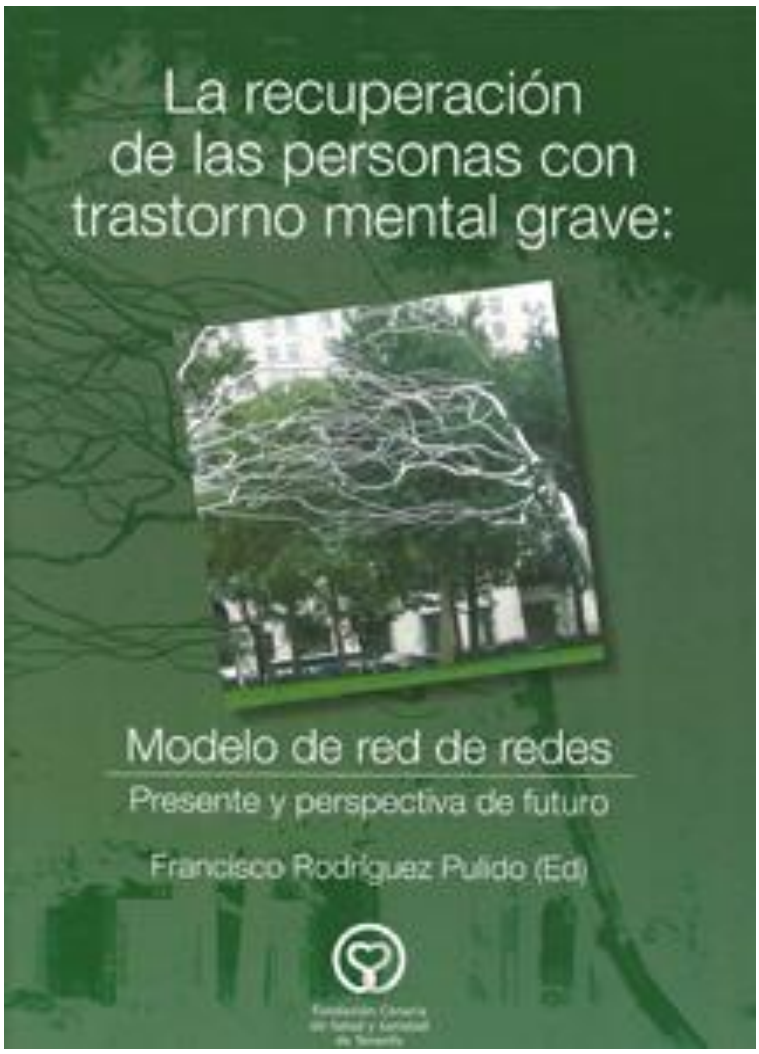


LA RECUPERACION DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: MODELO DE RED DE REDES

Presente y perspectivas de futuro

Dr. Francisco Rodríguez Pulido

Prólogo

Como presidente de la Fundación Salud-Universidad es para mí un placer especial prologar el libro **LA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: MODELO RED DE REDES** por un motivo que tiene que ver con los fines mismos de la fundación: conectar de forma más fluida las relaciones entre el mundo universitario, las instituciones públicas y la sociedad. Es dentro de esta comunicación permeable y multidireccional donde la fundación quiere establecer espacios de reflexión que permitan abordar los problemas colectivos que afectan la salud desde una óptica que combine los avances científicos con el uso óptimo de los recursos disponibles. Publicar este libro supone para la Fundación renovar la larga tradición que une al Cabildo Insular de Tenerife con la psiquiatría insular y sobre todo divulgar aquellas experiencias, novedosas y avanzadas en salud mental comunitaria, que llevan a cabo modelos innovadores y avances técnicos y científicos, que propician líneas punteras de investigación, y lo más importante, desarrollan un abordaje interdisciplinar que demuestra en el día a día que la cooperación entre instituciones es posible, y mas aun, necesaria en estos ámbitos.

LA RECUPERACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: MODELO RED DE REDES escrito por el Dr. Rguez. Pulido es un libro que recoge la experiencia del modelo tinerfeño de asistencia pública a los enfermos mentales graves en la comunidad. El lector encontrará en él la pormenorizada descripción del marco que rigen las bases legislativas y los acuerdos interinstitucionales que sustentan y financian el programa; los equipos y recursos de empleo, rehabilitadores y residenciales desarrollados; las técnicas terapéuticas implementadas; y sobre todo, las bases -clínicas, sociales y éticas – por las que se rige una experiencia de siete años que representa el desarrollo local de los criterios internacionales más avanzados para abordar la enfermedad mental. Son personalmente estos criterios clínicos, sociales y éticos los que más han despertado mi interés y los que me gustaría comentar brevemente.

Como médico no puedo más que felicitar el énfasis que pone el autor en los aspectos clínicos del programa. La importancia de la clínica empieza por el diagnóstico y es éste en primera instancia el determinante para la entrada al recurso, concebido única-y exclusivamente para las personas que presentan psicosis. Al recurso no se accede por la pobreza, el desarraigo social o la marginación, no. Se accede porque una persona con esquizofrenia, psicosis afectiva o paranoia, requiere de una intervención especializada de rehabilitación psicosocial que pretende aportar a las personas una continuidad de cuidados específica a largo plazo, es decir, mientras éste la considere necesaria. La Recuperación, como nuevo paradigma de la rehabilitación psiquiátrica, representa la superación de ésta última en el sentido de primar menos la mejoría de las funciones perdidas que la de recuperar el proyecto vital truncado por la psicosis. Y para poder acompañar durante toda la vida a una persona con una psicosis es necesario, "conocer, escuchar y hablar con el delirante, encrucijada de la clínica donde nos corresponde perfeccionar el trato con el psicótico, trato que constituye la raíz central del tratamiento y su condición preliminar" como bien dice el psiquiatra y escritor Fernando Colina.

El modelo de red de redes se inserta en lo social y adquiere su definición más desarrollada en el concepto comunitario. Ya no basta que los recursos asistenciales estén fuera de los hospitales como corresponde a un modelo hospitalocéntrico superado por obsoleto. Lo comunitario parte fundamentalmente, y el autor insiste en ello, de la capacidad del usuario de decidir por sí mismo, de su empoderamiento. El desarrollo de un modelo de vida autónomo - propio de cada uno - accesible a todos sin depender del lugar en el que se viva, igualitario e integral. En otras palabras, lo comunitario como un cambio radical desde un modelo centrado en el "espacio asistencial" y el "proveedor asistencial" (hospital, ambulatorio, etc.), a un modelo centrado en una dimensión temporal del usuario. Un modelo de organizar los dispositivos comunitarios de salud mental para las personas con enfermedad mental grave que es singular en relación a otras formas organizativas existentes en el conjunto del país.

El tercer aspecto que quería destacar es la concepción profundamente ética que impregna el dispositivo de principio a fin. No es baladí que los primeros residentes del dispositivo ECA fueran personas que habían estado viviendo en el Hospital Psiquiátrico durante más de 30 años. La desintitucionalización, por indignación ante la realidad manicomial, nutrió el impulso ético (más tarde imperativo legal) de la Reforma psiquiátrica, pero como todo proceso nuevo tuvo que sortear serias dificultades. En este sentido es sumamente esclarecedora la lectura del Informe del Defensor del Pueblo Andaluz cuando, en 1996, se refiere a la situación de los enfermos crónicos: "es cierto que el sistema manicomial quedó atrás, pero la trasgresión de los derechos humanos aunque reducida, no ha sido eliminada, sino que se ha transformado. Lo que en la época anterior constituía una trasgresión y desprotección jurídica por acción, hoy es por omisión". En Tenerife a las personas con trastorno mental grave no se las espera, se las busca.

Otros aspectos éticos son la confidencialidad (indispensable en unos recursos en donde intervienen muchas personas e instituciones), el consentimiento informado y fundamentalmente la continuidad asistencial. Una continuidad contraria a la fragmentación que enfrenta hospitales vs. ambulatorios, primaria vs. especializada, lo sanitario vs. lo social, y lo público vs. privado. Una continuidad de cuidados como compromiso ético que recoge las recomendaciones de la OMS (2001) cuando dice que sólo es posible una continuidad asistencial cuando "la gestión integrada trata de incluir atención primaria, especializada, salud pública, servicios sociales y comunidad de vecinos".

El mundo universitario también está presente en la obra que prologamos. El Dr. Rguez. Pulido tiene una larga trayectoria universitaria como profesor titular del Área de psiquiatría de la Universidad de La Laguna. Una extensa bibliografía avala su trayectoria académica reflejando una línea de pensamiento dirigida, entre otros, al campo de los trastornos mentales graves. Este interés científico y docente se plasma en todo el libro desarrollando intervenciones rehabilitadoras basadas en la evidencia científica e instaurando un programa de formación permanente abierto a estudiantes universitarios de distintas facultades relacionadas con la disciplina. Los MIR de Psiquiatría, PIR, DUE en su especialidad en salud mental, estudiantes de Trabajo Social, de Bellas Artes, etc. tienen establecidos períodos de formación dentro de los Equipos Comunitarios Asertivos y demás recursos rehabilitadores. Pero nos quedaríamos cortos si sólo destacáramos el perfil académico del Profesor Pulido. El actual director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) ha sido el artífice de un proyecto que delimita históricamente la asistencia pública del enfermo mental grave en Tenerife. Esta vocación de servicio por mejorar la calidad de vida de los que han estado excluidos de la sociedad me congratula como político y tinerfeño.

D. Antonio Alarcó Hernádez
Presidente Fundación Sanidad-Universidad

Parte I

Construcción de un modelo de red de redes

Queremos contar con nuestra propia voz nuestra propia experiencia con la finalidad que nos sea fácil reconocer la identidad de la misma. Su base esta sostenida en unos fundamentos, en unas técnicas, en unos soportes comunitarios y una voluntad subjetiva común. Estos cuatro ingredientes tienen que conjugarse y combinarse en las proporciones adecuadas, y a veces en diferentes, dependiendo del momento, si queremos construir y ganar madurez en las prácticas de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves.

Nos aproximamos a la realidad, a su transformación, sabiendo que en cada cosa intrínsecamente esta su contrario. No construimos la realidad con percepciones simples y dicotómicas sino las verificamos a través de una visión holística en formato de prisma. Las palabras comunidad y individualidad, apoyo social y redes sociales, cerebro y medio ambiente, la clínica y la relaciones terapéuticas, el mito del deterioro y el entorno, la rehabilitación y la recuperación, el cuidado y el tratamiento, deben ser clarificadas o removidas, pues, su uso común han desgatado su verdadero significante generador de otra psiquiatría. La rehabilitación se encuentra ahora en un proceso de redefinición. La recuperación ofrece un nuevo marco conceptual para la práctica de la rehabilitación moderna.

La atención a las personas con trastornos mentales graves, aunque sea diversa y en diferentes espacios, debe tejerse en el interior de un conjunto de recursos dando sentido al cada uno de los espacios de la relación terapéutica. La red de soporte comunitario debe ser funcional y no fragmentada en áreas estancos, facilitando que prime la cooperación entre los actores de los distintos procesos. La construcción de comunidad como un entramado de vínculos en redes en los que madura y se desarrolla el sujeto. Reconocer a un sujeto suficientemente autónomo significa atribuirle determinado nivel de capacidad en la construcción y formulación de pensamientos y acciones que parten de la conciencia de si, y por ello, de la conciencia del otro como sujeto. Este significante es el que fundamenta la relación terapéutica y la clínica de la recuperación, saltando por encima de las palabras que encorsetan como "crónico" que hay que despojarla de su reduccionismo mítico vinculada al deterioro. A la luz de las investigaciones científicas y de la psicología profunda, descubrimos que hay motivos esperanzadores para hacer el viaje de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves, No solo las personas con psicosis, sino los profesionales y el sistema de atención. Lo que sucede al que habla no deja impasible al que escucha.

Creemos que en la isla hemos creado las condiciones para que el otro pueda ser escuchado, para poder encontrar un sentido a sus propias preguntas y buscar soluciones que lo incluyan como sujeto activo, rompiendo así la situación de pasividad y dependencia alienadora. La continuidad de cuidados de forma coherente y con una focalización clínica particularizada es lo que hace factible una medicina del siglo XXI, una *clínica personalizada*, mas aun, cuando los avances científicos permiten mas vivir a pesar de las limitaciones que la propia enfermedad pueda originarnos o los entornos excluirnos. El relato biográfico, la relación terapéutica, la red como el entramado de vínculos, el cerebro que es modulado por el medio, el empoderamiento de las personas, las relaciones de iguales, la provisión de servicios de soporte comunitario en cada espacio, la autonomía personal como valor, la reconstrucción del sujeto, la escucha desde el deseo del otro, las políticas de cooperación, acompañar al sujeto, continuidad de cuidados y trato, las actividades asistenciales y las técnicas como meros instrumentos de mediación y soporte para la creación de la subjetividad, la investigación a servicio del bienestar de la humanidad y la formación como inyección para la calidad, la cohesión, la calidez y la creatividad, son mas que palabras que juntas fecundan, han germinado en nuestra visión, nuestro quehacer y proyectan un futuro mejor.

Parte I

Capítulo 1

FUNDAMENTOS PARA UNA VISION

Francisco Rodríguez Pulido. Ángeles Rodríguez García. Cecilio Hernández Sotomayor.

INTRODUCCION

Este libro representa la experiencia desarrollada en la isla de Tenerife en el campo de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Y decimos la experiencia, la experiencia de muchos profesionales, lejos de la pretensión de ser la experiencia con mayúscula. Huimos de ser la experiencia única, la valida, la representativa de todas las demás, y menos aun, la ultima. Es una experiencia desarrollada - en el ámbito de un territorio insular geográficamente limitado por el mar y con una población de 800.000 habitantes -, por un conjunto de hombres y mujeres,- profesionales y para profesionales de la salud mental- en una sociedad con un sistema público fuerte de atención a la salud mental y a las situaciones de dependencia. Por ello, esta iniciativa, en formato de libro, nace con el orgullo de transmitir la realidad de nuestro aprendizaje en el ámbito de nuestra especialización partiendo de nuestra propia historia y sus contextos. Que sea o no valida o útil para los otros es una cuestión que nosotros no pretendemos responder ni respondernos, ni tan siquiera que sea valorada como un modelo a seguir. Eso si, en nuestro contexto y en nuestro devenir ha representado un salto cuantitativo y cualitativo en la atención a las personas con trastorno mental grave y sus familias. Esta obra representa *nuestra formula para nuestra realidad aprovechando las oportunidades que el tiempo nos condujo, tras los muchos empujones a la piedra de Sísifo, para poder hoy comunicarla y previamente pensarla e imaginarla.*

Hecha estas aclaraciones, desde nuestra modestia, quisiera a continuación señalar que esta obra no pretende ser un libro científico al uso ni quiere mostrar una idea ilusionante a desarrollar basado en un discurso de la ética, o representa una diseño cuasiexperiemental en un subgrupo de población humana. Deseamos mostrar el desarrollo de una experiencia real desde sus inicios como parte de la atención pública en salud mental para toda una población adscrita al Servicio Canario de la Salud (SCS). Tampoco nuestra experiencia forma parte de un programa de financiación externa a la administración regional y con gran inestabilidad de futuro. Es una experiencia que esta integrada en los presupuestos públicos de la administración canaria. Como tampoco, nuestra experiencia ha sido liderada por organismos no especializados provenientes del tercer sector sino todo lo contrario, se enmarca en la determinación que, a principios del siglo XXI, la administración publica canaria asumió el liderazgo y la modernización que correspondía al ámbito de la atención especializada en salud mental.

LA VISIBILIDAD DE LA RECUPERACION

Aclarar que este no es un libro científico al uso. Esto no significa que, en la toma de decisiones de nuestro proceso la evidencia científica no estuviera presente. Es obvio que los dispositivos del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y el Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE), no pueden ser contemplados, si nuestra mirada no se hubiera impregnado de las experiencias evaluadas en otros continentes. Precisamente, la lectura científica de la última década del siglo XX influyo y atraviesa la toma de decisiones y lo que aparentemente puede ser visto como original y caprichoso tiene

detrás de si el respaldo de la evidencia científica hasta este momento (léase final de este capitulo). Muchas veces el desarrollo local de los recursos depende del momento evolutivo de la ciencia y aquí no iba hacer menos. A su vez esto advierte, sobre todo, a los escépticos, que a la luz de los avances actuales, no podía haber sido otro desarrollo posible que se considerara razonable desde el punto de vista histórico en consonancia con las experiencias validadas en otros lugares.

Este libro representa el trabajo de una década, el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2009, después de haber empujado en esta dirección durante la década anterior (Rodríguez Pulido, 1995, 2000), frente a otro proyecto ahistórico y manicomial. Hicimos operativo el cambio a partir del año 2003 hasta el año 2009. Si se prefiere se empujo durante 10 años, se escribió en tres años y se operativizo en seis años. En un corto espacio de tiempo florecieron numerosas plazas, numerosos puestos de trabajo y diversos recursos.

Realmente lo particular de esta obra viene dado en su esfuerzo de hacer visible una visión fundamentada de la rehabilitación y la recuperación y de sus practicas organizativas así como, permitirnos descubrir el que y el como se trabaja. Llenar de contenido el pensar y trabajar en este espacio de la salud mental no puede seguir siendo un misterio ni para nuestros colegas, ni para las familias ni para el público en general. Hacerse visible significa también desnudar la experiencia desde nuestras entrañas para que todos y todas podamos apreciar las fortalezas y debilidades de este ámbito del quehacer, como ocurre también en el conjunto de otras disciplinas. Seguramente la opinión publica, las familias y los colegas tienen una idea más precisa de la rehabilitación física, de lo que pretende y como lo hace la neurología o la traumatología. Nosotros pretendemos en nuestro ámbito facilitar el descubrimiento del quehacer en la campo de la rehabilitación y recuperación de los trastornos mentales graves.

Queremos contarla con nuestra propia voz y desde dentro nuestro propio proceso de crecimiento, desarrollo y maduración con la finalidad que nos sea fácil reconocer la identidad de esta experiencia basadas en unos fundamentos, en unas técnicas, en unos soportes comunitarios y una voluntad subjetiva común. Estos cuatro ingredientes tienen que conjugarse y combinarse en las proporciones adecuadas, y a veces en diferentes, dependiendo del momento, si queremos construir, expresar, ganar presencia y ser porque no mas eficiente en nuestras practicas en la recuperación de las personas con trastorno mental grave y sus familias.

FUNDAMENTOS

Estamos convencidos que nuestro trabajo y el de las generaciones siguientes se realiza sobre un fondo que nos abre autenticas posibilidades para facilitar contextos que permitan la recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Hoy día, la acumulación de leyes y las recomendaciones es de una extensión no alcanzada en otras épocas. Señalar que tanto a nivel institucional en las Naciones Unidas, en el Tratado de CE, en el Consejo de Europa, en la Asamblea Parlamentaria de la UE, en las Conferencias de Ministros de la UE, Estrategias Nacionales de Salud Mental, la Constitución Española, así como, a nivel de Organizaciones no Gubernamentales, como el Foro Europeo de la Discapacidad, la política de igualdad de oportunidades, la lucha contra la discriminación, y el desarrollo de la sociedad del pleno empleo, son ingredientes de profundo valor democrático, que por el empuje de la sociedad civil organizada, son recogidos por diferentes organismos o en sus declaraciones, y que actuaran como *facilitadotes* en la integración de las personas con trastorno mental en la sociedad y en las acciones locales que los gobiernos lleven a cabo, porque la sociedad civil organizada, estará como conciencia movilizada, reiterando su practica efectiva.

En este sentido considero, que se están produciendo, aunque con cierta lentitud, cambios significativos que llevan a la construcción de nuevos paradigmas en el mundo de

la discapacidad en el siglo XXI, que favorecen las políticas de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Estos principios serian:

1. Del modelo de las minorías al modelo universalista
2. De pacientes al reconocimiento de ciudadanos
3. Del asistencialismo a la integración real y efectiva
4. De la responsabilidad política de un departamento a la de todo el gobierno
5. La integración social seria posible en el marco de la integración laboral
6. El reconocimiento del derecho a la diferencia

Sobre estos principios esta girando la acción institucional y también la acción las Asociaciones de Familiares, de las Asociaciones de Usuarios o de los Supervivientes de la Psiquiatría, y de las Organizaciones no Gubernamentales, en definitiva la sociedad civil, lo cual *creara un entorno mas favorable para la integración*. Esto significa que todas las asociaciones, los profesionales y los equipos tendremos un nuevo reto: el saber aprovechar las oportunidades que se vayan abriendo en este sentido.

Estos principios han facilitado el paso de un modelo institucional al modelo comunitario. Ha representado un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales. Se pasa de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración en la comunidad. De un espacio institucional cerrado al espacio comunitario, abierto, territorializado y complejo. De un enfoque basado en la enfermedad y a peligrosidad a otro basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes. Un sujeto con una dimensión social además de la dimensión biológica y psicológica.

Por lo tanto nuestro proceso, nuestra experiencia, no se fundamenta en la moral. No es una posición de ser más justo o más bueno. No es una posición humanitaria la que determina nuestra voluntad. Somos conscientes, sin embargo, que nuestras decisiones si tienen como consecuencia una mayor equidad y una bondad intrínseca, por una práctica estética y ética, del deseo de ayudar a los demás, que forma parte del constructo de la acción sanitaria. Como tampoco hay una razón ideológica, al uso de una historia, para haber desarrollado esta experiencia. Simplemente sentirnos en el mundo, mirar alrededor y una alta sensibilidad perceptiva no permitió ir descubriendo las claves, nuestras claves, para nuestro propio desarrollo. No es un modelo que esta en función de una ideología o una moral. Esto le confiere una impronta sistémica.

No es por tanto un fundamento moral e ideológico, -algunos seguramente nos llamaran ilusos o renegados- que ha movido nuestra experiencia en la toma de consciencia de una posición, sino la convicción basada en razones suficientes - unas procedentes de la propia disciplinas y de las disciplinas afines y otras, de las ciencias de la cultura-, para ofrecer una atención psiquiátrica moderna en consonancia con, la experiencia acumulada, la ciencia publicada y las realidades conocidas. Estos componentes es lo que ha fundamentado nuestra esperanza, al tomar la dirección, de que ***otra psiquiatría era posible en nuestra comunidad.***

En cuanto a los fundamentos partimos de varias ideas fuerza que colorean todas nuestras decisiones y nuestra practica en *la construcción del modelo de red de redes y de una clínica personalizada.* Ello conlleva aclarar muchos términos y a veces hasta conceptos no adecuadamente utilizados, incluso en los ámbitos especializados, y que serian constructos básicos para la fundamentación de la disciplina.

1.- Comunitario y Individualización

Empecemos por el vocablo mítico de lo *comunitario.* En muchas ocasiones, el vocablo *comunitario* o la práctica de *lo que es o no comunitario* parece ser, que lo determina y se reduce de forma simple, a el lugar en donde se realiza el quehacer

rehabilitador o en su caso, lo comunitario es definido por el lugar donde se encuentran las personas con trastorno mental grave. Para nosotros ningún recurso esta fuera de la comunidad. El afuera y el adentro es un artificio.

Somos de la opinión que lo *comunitario* viene definido, por la posición o la relación significativa que el sujeto mantiene con un lugar y por el vinculo que mantiene ese lugar con el sujeto. Realmente si el entorno o el quehacer es visualizado y comprendido como comunitario debe favorecer de forma interdependiente los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia y individualización. Estos cuatro ingredientes forman el contenido de lo comunitario y deben estar presentes operativamente en los procesos de recuperación personal. Así pues los procesos de institucionalización, no pensemos que son solo genuinos de los manicomios, hoy llamados hospitales psiquiátricos, sino también pueden darse en los recursos de alojamientos alternativo o en las practicas de rehabilitación Psicosocial. Para estos últimos, determinadas prácticas, a lo mejor, no ha perdido toda su vigencia, el término de transinstitucionalizacion. Ni tampoco pensemos que lo comunitario es depositar la carga en las familias, haciendo que estas sean las responsables de los cuidados y soporte de las personas con trastornos mentales graves. La comunidad no solo es un espacio geográfico, sino, sobre todo, una red de vínculos que en los que se construye y desarrolla el sujeto.

Los procesos de la practica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión deben favorecer el hacer individualidad desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. Esto nos parece intrínsecamente sustancial de los procesos de diferenciación psicológica para hacer que las identidades personales se construyen a partir de la interacción con los otros. Los procesos individuales de separación, diferenciación, e individualización se construye desde la interacción con los otros a través y en el marco de todas las formas grupales que nos vamos encontrando en nuestra maduración y desarrollo. Nuestra visión y su toma de decisiones, indisolubles, parten de los ingredientes del constructo comunitario citados anteriormente, que automáticamente vienen coloreando todo los niveles de las acciones emprendidas - la propia concepción, elaboración y gestión del proceso, el propio liderazgo de la administración, la continuidad de los cuidados, la gestión de los soportes comunitarios, el cuidado de la formación o la de los propios planes de integrales de atención- que funcionalmente están al servicio de facilitar la *construcción de la comunidad.*

En resumen es relevante el significante de lo comunitario como una sucesiva construcción operativa grupal, visible y alternativa de mediación y soporte para promover, desarrollar y madurar los procesos de recuperación desde la individualidad.

2.- Apoyo social y redes sociales

El *enfoque Psicosocial* nos permite acercarnos a la comprensión de las relaciones entre las instituciones y la comunidad y a las relaciones entre las personas. El ámbito de lo psicosocial es el campo de la experiencia personal e interpersonal o intrapersonal, donde, a partir de la interacción y el intercambio de significados entre las personas, se configuran los procesos y objetos en función de los cuales construimos nuestra subjetividad, nuestra identidad, así como la realidad personal, social y cultural que hacen parte de nuestra vida cotidiana. Entendemos lo psicosocial desde una perspectiva holística, es decir, que tanto nuestra realidad individual como la social o cultural hacen parte de un mismo proceso global donde no es posible acceder a la comprensión de un proceso aislándolo del contexto, sino que, por el contrario, es en relación con el contexto global como accedemos a la construcción de su sentido, que debemos encontrarlo, en lo biográfico y lo clínico.

En la actualidad, muchas de las propuestas teórico-metodológicas alternativas al modelo médico psiquiátrico de comprensión de los problemas del comportamiento se han desarrollado poniendo especial énfasis en el papel que puede jugar la comunidad en la

solución de los problemas, o para decirlo de una forma más explícita, en la hipótesis de que gran parte de los problemas del comportamiento se explican por la ausencia de vínculos comunitarios, falta de calidad en las relaciones de colaboración y ayuda mutua de las personas, o por efecto de proceso de desintegración de la vida comunitaria. Es decir que si se trabajase en un sentido de fortalecer los vínculos y lazos de colaboración y ayuda mutua, se estaría realizando un trabajo de prevención de estos problemas y facilitando los procesos de socialización e individualización.

Una tendencia natural de los seres humanos es buscar el apoyo de otras personas para enfrentar situaciones problemáticas y satisfacer necesidades. En esta línea, el *apoyo social*, resulta influir de forma positiva para mantener o resolver el bienestar psicológico y la salud de las personas. Si el apoyo social lo entendemos como la «provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y relaciones íntimas» (Gracia (1990; 1995), La dimensión instrumental se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como conseguir trabajo, obtener un préstamo, ayuda en el cuidado del hogar o de los hijos, etc. La dimensión expresiva hace referencia a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorado y aceptado por los demás, o resolver frustraciones (Lin, 1986).

De acuerdo con Lin (1986), las fuentes de apoyo social pueden representarse en tres niveles que se corresponden con tres estratos distintos de las relaciones sociales, cada uno de los cuales indica vínculos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes. El más extenso y general de ellos consiste *en las relaciones que se establecen con la comunidad* y reflejaría la integración en la estructura social más amplia. Estas relaciones indican el grado y extensión con que el individuo se identifica y participa en su entorno social, lo cual constituye un indicador del sentido de pertenencia a una comunidad. El siguiente estrato, más cercano al individuo, consiste en *las redes sociales* a través de las cuales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Estas relaciones de carácter más específico (relaciones de trabajo, amistad, parentesco) proporcionan al individuo un sentimiento de vinculación, de significado por un impacto mayor que el proporcionado por las relaciones establecidas en el anterior nivel. Finalmente las *relaciones íntimas y de confianza* constituyen para el individuo el último y más central y significativo de los estratos o categorías de relaciones sociales propuestas. Esta clase de relaciones implican un sentimiento de compromiso, en el sentido de que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro.

Para Gottlieb (1992), las intervenciones basadas en el apoyo social, independientemente de la estrategia que adopten, difieren de otro tipo de intervenciones, puesto que su objetivo fundamental es la creación de un proceso de interacción con el entorno social que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas. Estas intervenciones se concentran en las interacciones con el entorno social primario, bien con interacciones ya existentes o con otras que se introducen desde el exterior y se convierten, temporal o permanentemente, en relaciones significativas. En cualquier caso, *el propósito de la intervención es la creación de un proceso de interacción que optimice el ajuste entre las necesidades psicosociales de la persona y de las provisiones sociales y emocionales que se reciben* (Gottlieb, 1983, 1992).

Nosotros hemos visualizado el abordaje de los trastornos mentales graves desde la *intervención en redes sociales* como un enfoque de intervención comunitaria sobre numerosos problemas o necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, donde una variedad de equipos multiprofesionales (Equipo Comunitario Asertivo/Equipo de Apoyo Individualizado empleo/ Centros de Recuperación Psicosocial,

Centros de Día Ocupacionales) que actúan como dinamizadores y catalizador de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social, y labora), cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes. Intervenir en redes sociales ha sido para nosotros una alternativa práctica donde es posible movilizar a la comunidad para que interprete su realidad, movilice sus recursos personales, comunitarios e institucionales hacia la transformación de las condiciones personales, sociales y culturales de las personas participantes y acceda a un nivel amplio de participación en la recreación de la vida social y cultural, que conlleve la solución integral de numerosos problemas. Todo nuestro proceso, ha sido un proceso participativo y de movilización de recursos al servicio de las necesidades de las personas con trastornos mentales graves. Muchos lugares de escucha y participación han sido abiertos para construir la subjetividad común,

En este proceso no olvidamos que existe una gran diferencia entre las *redes sociales de carácter informal y las redes formales o interinstitucionales,* las cuales están constituidas (Arango, 2003) por un conjunto de instituciones que han acordado realizar acciones conjuntas para el enfrentamiento de una problemática de la sociedad o de una comunidad. Para el trabajo en redes formales es necesario desarrollar una metodología que haga posible la construcción de un lenguaje común y un horizonte común de significados compartidos. Este ha sido un proceso lento y minucioso que se ha ido desarrollando a medida que se van construyendo los conceptos y se va llegando a acuerdos conjuntos. Es necesario acordar) principios, propósitos, objetivos, metas (Arango, 2003). Acordar una metodología en común y desarrollar mecanismos de comunicación en red que garanticen el mantenimiento de un mismo lenguaje, sin caer en la imposición y manipulación de conceptos. La elaboración, desarrollo y implementación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP), se nutre de esta fundamentación, que para una mayor profundización puede consultarse en la parte primera los capítulos 2, 3 y 4 respectivamente.

Este ha sido un gran proceso de concertación para la acción conjunta donde es necesario reconocer las diferencias, los contextos diversos, las opciones diversas y las experiencias diversas de las comunidades. Igualmente es necesario desarrollar mecanismos de acompañamiento a las acciones de los nodos formalmente constituidos, así como mecanismos de evaluación y control de los procesos. Aspectos estos últimos pendientes de concreción dada la premura y juventud de nuestra experiencia. Finalmente, toda la acción en red esta dirigida efectivamente al desarrollo de estrategias de acompañamiento institucional a las redes sociales informales que se encuentran trabajando en procesos de desarrollo y fortalecimiento de la convivencia o resolución de necesidades.

Permítame que les insista en la lectura de los siguientes capítulos de esta obra para poder observar como ha sido la gestación, nacimiento y desarrollo este proceso de construcción de significados, de propósitos, de lenguaje común y metodología compartida, en la construcción de una red de redes. La continuidad de los cuidados, tanto en la red territorial como en la dimensión temporal, es la forma operativa de organizar y coordinar el trabajo comunitario. Esto significa que la atención a los usuarios, aunque sea diversa y en diferentes espacios (sanitario, social y laboral), *deben integrarse en el interior de la red asistencial*. Por eso decimos que la red de redes debe ser funcional y no fragmentada en áreas estancos, facilitando la cooperación entre los actores de los distintos procesos.

La *red de redes* no es una suma de profesionales ni de recursos ni es una coordinación que nos satisface. *La red de redes* es una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y darle el protagonismo de su vida.

3.- Cerebro y medio ambiente

Otra de las estigmatizaciones que sufre "la psiquiatría comunitaria" es que a sus profesionales no les interesan los temas relacionados con el cerebro. Nuestro grupo siente un profundo deseo de conocer todo lo relativo a los avances científicos sobre el enigma del cerebro. No es posible pensar que un ser humano en la tierra no tenga, al menos, curiosidad por el cerebro y por el universo. Y no digamos de un profesional de la mente. Ahora bien nuestra comprensión, explicación y visión de este órgano singular que es el cerebro, no esta fecundada por una idea reduccionista biologicista, que simplifica la vida psíquica o la vida cerebral, a los excesos o déficit de las moléculas y/o protones o anomalías cerebrales - en la conformación de las comunicaciones entre redes y circuitos neuronales – y que menoscaban la importancia de interacción con los otros en su desarrollo y maduración. Vean ustedes manejamos aquí, no por casualidad, términos como circuitos y redes, similar al apartado anterior.

Las neurociencias nos permite saber que el cerebro se desarrolla a medida que interacciona con los entornos, siendo capaz, por un lado, debido a su plasticidad neuronal- proceso continuo que permite la remodelación de los mapas neurosinapticos para optimizar el funcionamiento de las redes neuronales- de adaptarse a las exigencias internas y externas, y por otro, mostrar su capacidad de regeneración de las partes dañadas en las zonas posteriores (Waddell et al., 2008). La evolución de la masa encefálica en el transcurso de los años con el desarrollo del cerebro (sistema reptilineo, el sistema límbico y el neocortex) y el predominio del área frontal, - importante en la resolución de problemas y el razonamiento- nos habla como el cerebro ha ido adaptándose a las necesidades de la historia de la humanidad para nuestra supervivencia como especie.

En los procesos de maduración cerebral, la estimulación ambiental, conseguirá una dirección concreta sobre todo mediante el posterior podado o prunning, bien sea cuantitativo, en cuanto al número de sinapsis, o cualitativo en cuanto a la calidad de las conexiones. (Ortiz 2009). En el cerebro adulto se generan cada día neuronas nuevas en la zona del hipocampo y que estas células participan en complejas tareas de aprendizaje y cuanto más se les exige, con mayor fuerza crecen. Al cabo de un par de semana, la mayoría de esas neuronas recientes morirán, a menos que el animal se enfrente al desafió de aprender algo nuevo. El aprendizaje sobre todo el que requiere de un esfuerzo notable, puede mantener con vida esas neuronas nuevas. Intensificar la neurogenesis podría ayudar a frenar el deterioro cognitivo y a mantener en forma nuestro cerebro. Los pacientes que son capaces de implicarse de lleno en actividades exigentes desde el punto de vista cognitivo pueden frenar el avance de las enfermedades degenerativas (Shors, 2009). El ejercicio aeróbico, los antidepresivos, el hígado de bacalao, favorecen la neuroprotección neuronal, mientras que el estrés crónico, y el abuso de sustancias, son destructores neuronales. Todo apunta pues que la plasticidad para el cambio se produce si se enriquece con el aprendizaje el cerebro a través de la creación de estímulos por medio de juguetes o de tareas. El cerebro adulto es dinámico y eficiente, no deja espacios vacíos sin aprovechar. Tal plasticidad ofrece una vía para inducir la autoreparación cerebral tras una lesión o enfermedad. La neurogénesis no ocurre de una vez, no se trata de un evento, sino de un evento, que esta regulado por una clase de moléculas presentes de forma natural, los factores de crecimiento. Si se llegase a conocer de que manera los factores de crecimiento y los diferentes entornos celulares controlan la neurogénesis en un cerebro sano, podríamos desarrollar terapias que indujesen la auto reparación de cerebros enfermos o dañados. El objetivo actual es obtener mas información sobre los factores de crecimiento especifico que rigen las diferentes etapas de la neurogénesis. Hoy sabemos que la experiencia regula la tasa de división celular,- la supervivencia de nuevas neuronas- y, por fin, la capacidad de estas para integrare en los circuitos ya establecidos.

Por lo tanto contrariamente a la creencia largamente sostenida, el cerebro no es una caja negra, al estilo del disco duro de un ordenador. La estructura del cerebro adulto no es rígida. El cerebro fue construido para cambiar. El cerebro evoluciona en una dirección u otra según lo empuje la experiencia. El cerebro puede experimentar una amplia remodelación en el transcurso de la vida sin fármacos ni intervenciones quirúrgicas. En caso necesario es posible enseñar a regiones del cerebro en nuevas tareas. Si un área cerebral sufre una disfunción o resulta lesionada puede hacerse cargo de su cometido y suplirla. Se han observado tales desplazamientos de funciones en personas que han padecido un accidente cerebrovascular, con pérdida consiguiente del lenguaje o de la capacidad motora, en enfermos con parálisis cerebral, en músicos u operarios incapacitados para mover los dedos de uno a uno y en individuos con TOC o con trastornos de lectura. Con dadas de ejercicio intenso, físico y mental, se ha logrado neutralizar los efectos de la lesión. En la actualidad, se esta ampliando y perfeccionando estos tratamientos: también, en investigar tareas basadas en el ejercicio que produzcan mejoras en las condiciones de esquizofrenia, la enfermedad de Parkinson, la perdida senil de memoria, el autismo y otras. Se ha visto, que el aprendizaje entraña el refuerzo de las conexiones entre neuronas, por un doble camino, a través de la creación de nuevas conexiones, y a través, de la intensificación de su capacidad para comunicarse químicamente. Tales cambios vinculan a la cadena de neuronas para evocar un movimiento, un sentimiento o un pensamiento. Las pruebas disponibles por neuroimagen estructural sugieren que las funciones neuropsicológicas no son progresivas después del inicio de la esquizofrenia y que pueden mejorar (Rund, 1998; Pantelis, et al., 2005).

Por otro lado, a nuestro cerebro, constatado por los neurocientíficos, no le interesa la verdad o falsedad de sus percepciones sino garantizar la supervivencia del organismo, la especie humana (Rubia, 2004). Para el cerebro, como reconoce este autor, es más importante tener una historia, aunque sea falsa, que no tener ninguna. En esta línea de pensamiento, la psicosis probablemente seria una forma adaptativa que la humanidad ha desarrollado en el transcurso de su evolución. Asimismo la neurobiología del yo, todavía muy joven, intenta elucidar de que modo engendra el cerebro el constante sentimiento de nuestra identidad (Gillihan et a., 2005). Si bien es ridículo pensar que exista en el cerebro un punto concreto que sea el yo, lo que si se sospecha es que, la corteza prefrontal media puede ligar entre si todas las percepciones y recuerdos que contribuyen a producir la idea de ser uno mismo, a crear un sentimiento unitario de quienes somos. Puede que la corteza prefrontal media desempeñe con respecto al yo el mismo papel que el hipocampo para la memoria. Y también es relevante los nuevos hallazgos sobre los mecanismos de la empatía emocional con el descubrimiento de las neuronas espejo, que permiten a nuestro cerebro correlacionar los movimientos observados con los nuestros y reconocer, así, su significado. Ciertamente, en cuantos seres dotados de capacidades cognitivas superiores, los humanos podríamos reflexionar sobre todo lo que percibimos e inferir eventuales intenciones, expectativas o motivaciones capaces de explicar los actos realizados por los demás. Pero es el caso de nuestro cerebro esta en condiciones de comprender estos últimos de manera inmediata, así como de reconocerlos sin recurrir a ningún tipo de razonamientos, basándose únicamente en sus propias experiencias motoras. El sistema de neuronas espejo parece, así, decisivo (Rizzolatti,2006) en el surgimiento de ese terreno de la experiencia común que está a su vez en el origen de nuestra capacidad de actuar como sujetos, y no solo en el plano individual, sino también, sobre todo, en el plano social.

Los avances en la exploración del cerebro y por ende de las neurociencias no nos deben hacer olvidar la mirada de la antropología del cerebro (Bartra, 2006), en su viaje de búsqueda de la conciencia y los sistemas simbólicos. Para el autor citado, la conciencia, -apoyándose en Locke, definida como conocer con otros- se trata de un conocimiento compartido socialmente. Asimismo señala de forma critica la euforia que desplegaron los neurobiólogos ante nuestros ojos con coloridas imágenes del maravilloso paisaje interior del cerebro, pero afirma que, no lograron explicar los mecanismos neuronales del pensamiento y de la conciencia. Un cerebro humano en estado de

naturaleza es una ficción, esta influenciado por los procesos culturales y sociales que son extracorporeos. La conciencia para la antropología no radica en percatarse de que hay un entorno exterior (un hábitat) sino en que una porción de ese contorno externo funciona como si fuese parte de los circuitos neuronales. Para decirlo de otra manera, se mantiene la hipótesis que la incapacidad y disfuncionalidad del circuito somático cerebral son compensadas por funcionalidades y capacidades de índole cultural. Frente a las posición clásica de los neurobiólogos que insisten en la división entre el medio interior, precursor del yo individual, y su contorno exterior, para Bartra (2006), la conciencia surgiría de la capacidad cerebral de reconocer la continuación de un proceso interno en circuitos externos ubicados en el contorno. Propone pues la idea de un exocerebro, similar al exoesqueleto de los insectos o los crustáceos, constituyendo un sistema simbólico de sustitución de las deficiencias o carencias del sistema de codificación y clasificación a raíz de un cambio ambiental o de mutaciones que afectan a los sentidos. Los circuitos exocerebrales constituyen un sistema simbólico de sustitución, que sustituyen ciertas operaciones cerebrales mediante operaciones de carácter simbólico. Incluso, desde posiciones mas biológicas, se dispone de mas investigaciones (Hofman, 2008) que caracterizan el "cerebro social" del ser humano. Se trata de los medios neurales dedicados a la comprensión del lenguaje hablado, la emocionalidad, las intenciones, las acciones y el estado mental de otras personas. Se ha propuesto la hipótesis de deferenciacion social (DAS) en la inducción de la esquizofrenia activa. De forma análoga a las alucinaciones generadas por la deferenciación sensorial, como en el miembro fantasma, la hipótesis de DAS presume que grados elevados de retraimiento/aislamiento social en personas vulnerables dan lugar a programas de cognición social que generan significados erróneos en forma de complejos, alucinaciones emocionales convincentes y delirios que representan a otras personas o agentes.

A la espera de métodos no invasivos para visualizar en el cerebro humano el nacimiento y muerte de las neuronas recientes, aunque sea a nivel experimental, son noticias prometedoras para el ámbito de la rehabilitación y recuperación de las personas con trastornos mentales graves, sabiendo que la etipatogenia de la esquizofrenia o de los trastornos afectivos esta por descubrir, aunque sigue persistiendo una brecha significativa entre lo que sabemos sobre el cerebelo en la función motriz y los indicios heterogéneos de su papel en una posible disfunción cerebelar de la esquizofrenia en relación al escaso rendimiento cognitivo. Hoy se reconoce lo complicado de generalizar los modelos funcionales que se han estudiado, principalmente con tareas motoras, a las tareas cognitivas e incluso mas a la esquizofrenia, en donde las anomalías cerebrales dispersas excluyen cualquier interpretación simple localizada (Picard et al., 2009) Hoy sabemos que la recuperación de las lesiones cerebrales no permanece estáticas, sus efectos se modifican con el tiempo y es probable que se produzca cierta recuperación funcional. La capacidad mostrada por el cerebro para adaptarse al daño y recuperar ciertas funciones, y el análisis de un nivel no deslegitima los otros, hace que la rehabilitación de funciones se encuentre en el transito de la especulación a la evidencia, apareciendo nuevos constructos como adaptación funcional, recuperación conductual, estrategias alternativas y estrategias compensadoras (Junque et al., 2009).

4.- La Clínica y la relación terapéutica

Si muchas veces se lee o habla con simpleza del constructo comunitario, por sus defensores y por sus detractores, algo similar, en nuestra opinión ocurre con el constructo *lo clínico*. Tradicionalmente la clínica (del griego kliní: "lecho", "cama") es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración. Muchos colegas están convencidos que la clínica o lo clínico empieza y finaliza en el espacio de las unidades hospitalarias -donde están los expertos- y los mas generosos, cuando realizamos el acto del diagnostico clínico según las clasificaciones de los trastornos mentales al uso.

Nosotros en cambio, no podríamos entender nuestra experiencia, sin su capacidad de conectividad con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y sus familias, y si la misma no hundiera sus raíces en el método clínico, como el conjunto de pasos que se siguen para la observación, elaboración y construcción del conocimiento médico. Entendemos que la clínica como un proceso de observación y análisis que comienza desde que una persona se coloca delante de nosotros, voluntariamente o no, para resolver o reafirmar, justificadas o no, sus quejas o demandas físicas y/o mentales. Desde este mágico momento comienza la clínica y si prefieren lo terapéutico. Aunque hay espacios terapéuticos que no se lleven la bata blanca - símbolo tribal- ni se cuente con sofisticados aparatos, ni ocurra en contextos hospitalarios, nosotros apostamos porque en el espacio sanitario de la recuperación de los trastornos mentales graves se realice una *clínica basada en la palabra dialogada que en su resonancia con el otro establece el reconocimiento de una relación terapéutica*. Mas aun a intentar que nuestro coloquio con el delirante, contradictorio y aporético hasta la extenuación, no entorpezca la estabilización y el esfuerzo autocurativo (Colina, 2007). Y mas difícil cuando el otro esta replegado en si mismo.

Nuestra mirada -en la observación y para su análisis y toma de decisiones- siempre debiera ser en forma de prisma. Una mirada capaz de observar permanentemente todas las caras de ese dibujo personal que es la historia de alguien, que inicialmente anónimo, un día se ha sentado frente de nosotros. Este mirar de todas las caras favorece una *medicina personalizada*, que no solo vendrá dada, por las promesas inacabadas de la terapia genética, sino también hunde su raíz en la búsqueda y en el encuentro de una hipótesis explicativa de lo que le ocurre al otro en sus propios contextos. Así pues, el síntoma, el lenguaje y la subjetividad (la propia historia biográfica) (Colina, 2007) anidan en la mas hondo de la experiencia humana y no es el psicótico el que desea y espera satisfacción de sus expectativas de goce, sino que él niega su ser, siendo un mero objeto del goce incontenible del otro que le vitupera, le amenaza o le ama de forma desbordante. Esta es la fuente de su malestar y de sus síntomas (Rivas, 2005).

Por ello *la clínica* requiere de un dialogo - me pregunto, por que no socrático- para descubrir lo que no sabe el propio sujeto de si y para si en su propia identificación. En la relación terapéutica emerge el lenguaje como fuente del dialogo y ofrece todo su sentido a la clínica. No creemos en una "clínica del momento" de "lo agudo y de lo crónico". Somos partidarios de una clínica de la vivencia y del modo de vivenciarlo, donde el equipo terapeuta se ofrezca como un punto fijo de referencia, para favorecer una identificación del sujeto que le haga existir ante el otro, obtener un lugar en el Otro quien se compromete a acogerle con su escucha, sin menoscabo, que se profundice sobre los aspectos mas abstractos y desconocidos de la motivación, motivación intrínseca en la esquizofrenia (Barch, 2005), y en la definición, y evaluación precisa de las dimensiones del insight (Lincoln, et al; 2008).

Los fundamentos para conocer, escuchar y hablar con el delirante, es la encrucijada de la clínica, donde nos corresponde perfeccionar el trato con estas personas. "Escuchar" es una habilidad muy subestimada y, aunque pueda ser incómoda, a menudo es muy valioso estar dispuesto tan sólo a sentarse y escuchar mientras la persona intenta dar sentido a su experiencia de malestar y angustia (también puede ser doloroso para los profesionales escuchar las descripciones del paciente acerca de un servicio donde estuvo con anterioridad y no se preocuparon por su situación). Se puede animar entonces al paciente a que escriba sus síntomas y sus estrategias para afrontar la enfermedad y, así, centrándose en pequeños pasos para efectuar cambios, aumentar su sentido de autocontrol en momentos de angustia (Perkins, 2007). Muchas veces en la escucha uno descubre la asociación entre trauma y psicosis y comienza entonces el control de la propia vida (Boevink, 2007). La mejor forma de prevenir la psicosis, nos dice esta paciente, "es ocuparse de la vida".

La locura como su recuperación es parte de un experiencia humana que le confiere singularidad a las personas que la viven, generalmente asociado a un significado y un significante en su narrativa biográfica relacional y se expresa, no solo con la palabra, sino también, con el cuerpo, el movimiento, el drama y la expresión artística. Es tal nuestra convicción, que es hemos facilitado el desarrollo de la creación las terapias creativas para fundar en el espacio terapéutico un nuevo lugar para un nuevo referente que ya no se encuentra sujeto a la lógica ni a la dialogica, sino que seguramente contiene y promueve sus propias leyes. Un nuevo discurso expresivo o comunicacional que no es accesible en el plano de lo verdadero o de lo cierto: que nos remite necesariamente a una nueva forma de intersubjetividad articulada sobre la presencia y la ausencia, sobre la voz pero también sobre el silencio. O en su caso recobrar el espacio del cuerpo como dimensión primogénita de lo humano (léase terapia del movimiento). Como nos decía Foucault (1999) el vinculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía mas compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son, a la vez, discutidos en su objetividad por el discurso reductor del medico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva.

En las últimas décadas del siglo XX la forma de relacionarse los médicos y los enfermos ha cambiado más que en los veinticinco siglos anteriores, y este cambio triangular, es mas hondo, en la relación terapéutica con lo delirante. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados (Lazaro et al., 2006):

1. *El enfermo*, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a finales del siglo veinte transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen.

2. *El médico*, que de ser padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume.

3. *La relación clínica*, que de ser bipolar, vertical e infantilizante, se fue colectivizando (con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios), se fue horizontalizando y se fue adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas.

La relación medico paciente es el fundamento de la practica clínica pero han entrado en escena múltiples profesionales, Sin embargo en esta relación no deja de estar presente el dolor, el sufrimiento, numerosos e intensos afectos, ansiedades y temores, y la muerte. Mas aun en las enfermedades crónicas, donde la relación medico enfermo es una relación prolongada y muchas veces el personal sanitario o los nuevas profesionales no esta formado para abordar las variables psicológicas y sociales presentes en los procesos de enfermar o de reconstrucción de la salud, acercándose estos de forma intuitiva a los pacientes, haciendo un aprendizaje por la experiencia. Las defensas ante las vivencias de amenazas de nuestros limites profesionales y organizativos pueden reforzar las posiciones de no cambio y la burocratización de las respuestas, sentimientos de quemado y distanciamiento emocional. Las deficiencias de formación afecta no solo a la relación terapéutica sino a la salud física y mental de los profesionales y su relación con la institución. La relación medico paciente o de otros profesionales con las personas con trastornos mentales graves también viene condicionada no ya solo por sus competencias, y habilidades, sino también por su personalidad y actitudes. Volveremos a este punto.

La atención a la salud mental en el mundo esta experimentando un desplazamiento de valores. En este sentido, la mirada de nuestro trabajo relacional y vivencial debe *favorecer la autonomía de las personas* en su toma de decisión, respetando sus sistemas de valores y sus libres elecciones. Muchas de las técnicas psicoterapéuticas en el ámbito de la recuperación de los trastornos mentales graves centran su atención en el usuario para que este sea el que *determine* su propio proceso y sus ritmos, quedando espacio para el terapeuta en el cumplimiento y desarrollo, a nuestro entender, de una triple función: la amistad calidad con limites, el acompañamiento y la de ser útil en la resolución de sus necesidades y conflictos. Asumimos la afirmación de Foucault (1999) que ha cambiado la configuración sorda en la que se apoya el lenguaje, la relación de situación y de postura, entre el que habla y aquello de lo cual se habla.

La información que puede ofrecer el profesional sigue siendo importante, pero la recuperación la sitúa en un contexto distinto. Los profesionales son expertos en realizar intervenciones eficaces en el tratamiento, en dinámicas grupales, en los temas relacionados con la participación y en el marco conceptual para facilitar el desarrollo de los servicios. Por lo tanto, trabajar con los recursos orientados hacia la recuperación, no se trata de que los profesionales dejen de serlo –ni siquiera se trata de que los profesionales utilicen "nuevas" intervenciones- *se trata de cómo se utilizan las intervenciones ya existentes y en qué contexto*. Los profesionales y los servicios de salud mental, por sí solos, no pueden llevar a la *práctica* la recuperación -esto sólo puede ser llevado a cabo por los propios usuarios y sus familias- lo que pueden hacer es intentar crear condiciones en las cuales los individuos se sientan con poder de decisión, de tal modo que el sentido de la "autogestión" personal pueda desarrollarse. Lo que realmente sí pueden es evitar crear las condiciones en las que la práctica de la recuperación resulte imposible.

Las personas está eligiendo lo mejor para él, según sus valores, cuando se le transmite una información veraz, en lenguaje comprensible, ajustada a sus necesidades y sin producirle impacto emocional que le dificulte la toma de decisiones. Cuando entran en colisión la autonomía del paciente con la obligación de no dañar del profesional y con la necesidad de gestionar unos recursos limitados resulta útil la deliberación, teniendo como referentes los principios de bioética. Desde lo legal, todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado (García et al., 2004) no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Estas consideraciones éticas deben estar presentes en el trabajo asertivo con las personas con trastornos mentales graves y persistentes.

5.- El mito del deterioro y el entorno

Nos gustaría también señalar lo limitado y confuso del termino la cronicidad. Cronicidad como algo que permanece en el tiempo, un camino sin retorno, que empuja hacia la adaptación de los entornos, el sujeto desaparece, la enfermedad esta presente, y como un efecto exclusivo de esta. Ni el concepto es estático, ni es irreductible, los sujetos pueden tomar sus vidas en sus manos, ni lo determina exclusivamente factores físicos. Cuestiones estas que como demostramos en otra publicación (Rodríguez Pulido, et al 2000) se basa en una observación clínica sesgada. Un estereotipo hace su aparición que puede impedir cualquier cambio. Rivas (2005), nos señala que, uno de los elementos o significantes que sellan metafóricamente el rechazo de la presencia de lo real del psicótico, es el de "crónico", termino heredado del discurso medico, que no remite solo al carácter irreversible de una patología y su evolución tórpida e infausta, sino, sentencia este autor, al sentido de ser el crónico un sujeto irredento tanto en sus valores sociales y en la falta de reconocimiento como tal por el Otro social. El psicótico no hace vinculo social, pero es otro de la instancia social tampoco hace vínculos con el psicótico. Y es que en este reduccionismo parece ser que "lo crónico lo trae el individuo" cuando los factores

determinantes de esta posición que se sitúa al sujeto con "lo crónico" viene marcado por varios factores que favorecen ese status (Harding et al., en 1992), como por ejemplo, los efectos residuales del trastorno, los efectos debidos a la institucionalizacion, la socialización en el papel de paciente, la falta de rehabilitación, la reducción de oportunidades económicas, la reducción del status social, los efectos laterales de la medicación, la falta de expectativas del personal, las profecías autocumplidas, la perdida de esperanza, la infraestimulacion o la sobreestimulacion, y las expectativas de otros significativos. Por lo que vemos que muchos factores han sido recogidos en la literatura que contribuyen al otorgamiento de la "posición de lo crónico", donde los factores psicosociales son también relevantes, es decir, entre las personas y los entornos se producen múltiples interacciones que configuran el proceso y la probabilidad de recuperación.

Vamos ahora a detenernos en uno de estos factores, que en mi opinión están implícitos, en los procesos psicológicos de cambio y que en muchas ocasiones se les presta poca atención. Como observamos, la falta de esperanza, a veces, incrustada en conocimiento no del todo exactos como la creencia "la esquizofrenia conduce invariablemente al deterioro" es señalada como un de los factores potenciadotes de la cronicidad. Esto significa que si nosotros no tenemos esperanza en lo que hacemos¸ esto no lo podemos transmitir a las personas y sus familias que participan en nuestros programas o servicios de rehabilitación, por lo que, nos convertimos de hecho en un factores activos favorecedores de la propia cronicidad, y esto adquiere mas relevancia si los servicios están orientados a la recuperación. Estoy seguro que este es un elemento intangible con el cual todos trabajamos y no le damos el valor que merece. Veamos esto con más detalle. ¿Qué significa esperanza? La Real Academia Española de La Lengua la define como "el estado de animo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos"**.**

Claro, el primer problema que se nos plantea, es que es *lo que deseamos*. Lo que desea ¿quién? y ¿para que?, ¿Cómo solucionamos este enigma?. Normalmente, lo que se considerable deseable para los profesionales, los usuarios y sus familias, pueden existir consenso y desacuerdo en ciertas áreas. Los profesionales, en su mayoría lo que desean es la estabilidad psicopatológica y el control de los síntomas. Las familias, que no ocurra ningún acontecimiento de violencia ni agresividad. Y los pacientes, desean lo que desean las demás personas. Esto representa en la práctica un conflicto de intereses, por lo que todos deben involucrarse en el proceso de definir lo que se debe ofrecer.

En segundo lugar, en la definición de esperanza lo q*ue se desea esta en función de lo posible.* Termino este nuclear. Ahora bien, ¿que es lo posible? Lo que nos enseñaron en la Facultad de Medicina, en el programa de formación de residentes, en los cursos de formación continua, o lo que me enseño el adjunto de psiquiatría… etc. ¿Y lo posible es lo que se hace en mi comunidad, o en otras que he visitado? ¿O lo posible en todo caso, es lo mas efectivo?. ¿O lo posible lo sabe el sujeto?, ¿o lo posible es subjetivo?. O sea los posibles podrían venir modulado por mis creencias personales o la cultura prevalerte del servicio, por lo que nos ofrece la evidencia científica o por las preferencias de los usuarios. Una síntesis seria aquella que dialoga entre lo manifiesto por la evidencia científica en función del proceso de reconstrucción del sujeto.

En tercer lugar lo que se desea y lo posible esta en función del estado de animo. Este esta sometido, entre cada uno de las personas, a una gran variabilidad, moviéndose este entre el realismo de los pesimistas y el optimismo de los idealistas. Por eso el subjetivismo propio del estado de ánimo solo puede ser modulado por la conversación interactiva entre los conocimientos clínicos contrastados y la recuperación de la palabra por parte del sujeto.

Por eso estamos en condiciones de decir que *mover la esperanza* es comunicar y transmitimos con racionalidad y calidez emocional al otro que nuestro acompañamiento

creara las condiciones favorecedoras de su autonomía personal. A lo más que se puede aspirar en el trato con el psicótico es a crear las condiciones para habilitar un vínculo de discurso diferente del que juega en la trama social.

La mayor proximidad de los servicios al medio sonde viven los usuarios, con el trabajo de los Equipos Comunitarios Asertivos (ECA), y la mayor facilidad para traer y conocer sus circunstancias vitales, predispone mas a que las anomalías psicopatológicas sean entendidas como una manera de expresar un trastorno personal y un sufrimiento humano. En este nuevo sistema de atención, las manifestaciones psicopatológicas dejan de ser un subproducto o un desecho para pasar a ser consideradas como una expresión de un sujeto: de su historia y de sus relaciones con el entorno social. Consiguientemente la salud mental presupone la existencia del sujeto; de un sujeto de relación, y de la comunidad como matriz del mismo, y soporte de las relaciones que se establecen.

En estas manifestaciones, aunque sean anómalas, siempre están presentes elementos simbólicos y metafóricos de la historia y de las relaciones de estas personas, es decir, la historia de sus vidas. Lo que se expresa en el lenguaje de la sicopatología no puede ser entendido únicamente, desde la óptica de lo intrapsíquico, sino que remite al espacio de la relación que mantiene esa persona con su mundo. Por eso para aproximarse a una comprensión es absolutamente necesario incluir su modo de vida y su contexto, que no esta integrado solo por la realidad externa objetiva, sino por las relaciones que mantienen las personas y a percepción que se tiene de las mismas.

El objeto de la atención es, por tanto, un sujeto en relación, que exige no quedarse en la queja de su malestar, sino valorarla en función de las circunstancias de esa persona, de sus necesidades, de sus carencias y de las relaciones en su contexto. Pues además, el significado que se produzca en la relación entre equipo asistencial y paciente tiene finalmente que ser validado o consensuado como aceptable por la comunidad, que también interpreta la realidad y establece limites a lo que se puede proponer y hacer.

Las personas tienen que elegir su propio camino de recuperación. El papel de los demás (incluyendo a los profesionales) es asegurar que la persona nunca se vea desanimada en su creencia de que debe perseguir sus propias esperanzas y aspiraciones.

6.- Rehabilitación y Recuperación

Rehabilitar es habilitar una función parcial del estado mental o del funcionamiento para la vida diaria con la finalidad de aumentar su rendimiento, competencia o capacidades a un nivel de eficacia mas próximos a los niveles premorbidos o ajustar los entornos a las personas. (Re)construir habilidades en personas que, por alguna razón, carecen de ellas. Digamos que esta definición es una definición muy restrictiva medico biológica que emula a la rehabilitación física y que a veces, en los personas con mas deterioro clínico y funcional, parece adquirir su pleno sentido. En la presencia de cuadros clínicos con la misma etiqueta diagnostica pero de curso episódicos y con deterioros no invalidantes, o que conviven de forma adaptativa con sus sintomatología psicótica sin angustias amenazantes, este conceptualizacion se nos antoja en nuestra practica muy estrecha para abordar nuestro trabajo clínico.

El concepto de recuperación nos es útil para poder facilitar los procesos individuales partiendo del descubrimiento del ser y de los deseos personales. Esta consideración clínica, de saber con que grupo de usuarios estamos trabajando, determina posteriormente, el marco de relaciones intersubjetivas y los planes individualizados de atención Por ello no se puede obviar que las practicas de la rehabilitación se asientan sobre un marco explicativo del enfermar y sobre el concepto de deterioro, es decir, mas allá, del termino crónico o si se prefiere del cuestionamiento simbólico de lo crónico. Habilitar o instituir al sujeto psicótico como sujeto de la palabra, del derecho y de la

responsabilidad en un discurso de nueva creación que considere y tolere que en la raíz del sentido habita en toda su potencia el sin sentido irreductible del ser (Rivas, 2005).

Por lo que este espacio de la rehabilitación y/o la recuperación de las personas con trastornos mentales graves *requiere* contar con unos *fundamentos, de un análisis epistemológico de la materia* (García et al., 2003; Vázquez et al. 2002), *unas técnicas y unos soportes*. Un análisis epistemológica de la rehabilitación debería iluminar sobre la naturaleza de los procedimientos de trabajo, pero de modo mas especial, debería arrojar luz sobre el substrato de conocimientos sobre el que se asienta dicha practica. Deterioro y Rehabilitación, Psiquiatria/Psicología Clínica y Rehabilitación se nos presentan indisolublemente unidos. Para nosotros el mito del deterioro en la psicosis recae efectivamente sobre las funciones simbólicas, en sentido amplio, del "sujeto"; la función de relación y vinculación con los otros, en su constitución como individuo deseante, su verdad histórico vivencial (Anasagasti, 2005). La apuesta por la reconstrucción del sujeto es para nosotros el objeto de la recuperación y las técnicas y la provisión de recursos están en segundo orden y en función del deseo. Muchas veces, en el mejor de los casos, se reduce la rehabilitación a unos ingredientes ateoricos, en el peor de las situaciones a una suma de actividades, y casi siempre las practicas no relaciona de forma coherentes cada uno de los elementos, dando lugar a la impresión real, que. la rehabilitación se mueve en un concepto en busca de un método (Anthony 1977) o es una practica que espera una teoría (Saraceno y Montero 1993). Por ello la visibilidad forma parte del proceso de este saber concreto en el marco de la visión general del conocimiento, las prácticas y la historia de nuestra disciplina. Las actividades asistenciales son meros instrumentos de mediación y soporte para la creación de la subjetividad y la poiseis de los actos del habla del sujeto.

La recuperación puede ser definida desde la perspectiva de los profesionales y desde la perspectiva de los usuarios (Bellack 2007). Hace dos décadas Anthony (1990, 1993) nos ofrecía una de las definiciones mas influyentes, al describir la recuperación como "un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, mas allá de los efectos catastróficos de la enfermedad" o Farkas en 1996, nos habla de "recuperar el sentido de uno mismo y la confianza en un futuro de autenticas posibilidades".

Las ideas de recuperación en el campo de la salud mental recibieron un fuerte impulso en los años 80 por la evidencia que aparecía en estudios sobre resultados a largo plazo de personas con enfermedad mental grave como la esquizofrenia, así como, al mismo tiempo que entre las personas con psicosis se ha ido extendiendo el movimiento de usuarios que se opone a la perspectiva tradicional y plantean criterios asociados a la posibilidad de que personas con la enfermedad vivan una vida productiva y satisfactoria. Se discutía en lo ámbitos científicos y clínicos la idea de que estas personas sufrían un inevitable deterioro, demostrando una gran variedad de diferentes resultados finales. La investigación puso de manifiesto que entre una cuarta parte y dos tercios de las personas que habían vivido una psicosis por primera vez eran capaces de conseguir una recuperación parcial o completa: recuperación definida como una suavización de los síntomas hasta un nivel suficiente para no interferir en las actividades diarias, permitiendo al paciente reanudar actividades personales, sociales y profesionales (Davidson et al., 1997).

Las definiciones científicas consideran la recuperación como un resultado, enfatizando las manifestaciones de la enfermedad: síntomas y discapacidad funcional. La mayoría de las personas con trastornos graves y de larga duración pueden, por lo tanto, esperar de forma realista una "recuperación clínica", si bien algo menos de una cuarta parte, es probable que mantenga una discapacidad permanente. Liberman et al., 2002

ha señalado que "ningún conjunto único de criterios para definir la recuperación ha conseguido acaparar el mercado", señalando los factores positivos que impulsan el progreso hacia la recuperación (veáse figura 1).

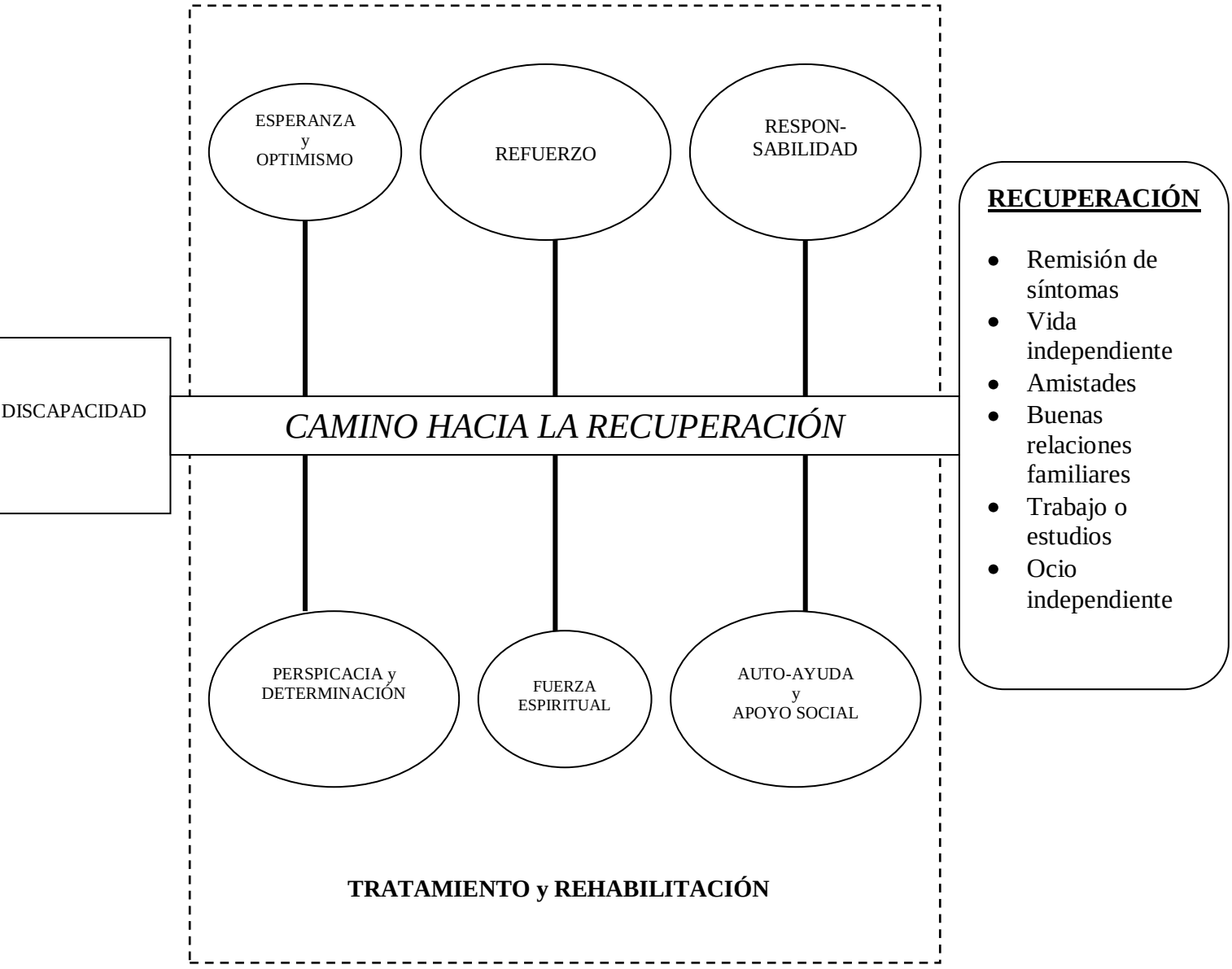


Figura 1.- Factores Positivos que impulsan los progresos hacia la recuperación

Los investigadores han empleado diferentes criterios para definir la recuperación clínica (Harrow et al., 2006;Robinson et al., 2004; Noordsy et al., 2002; Whitehorn et al.,2002; Corrigan et al., 1999; Frank et al., 1991; Prien et al., 1991). Sin embargo, muchas definiciones de recuperación clínica incluyen la ausencia de síntomas principales, y un funcionamiento en el trabajo instrumentales así como un funcionamiento social apropiado. Harding en 1994 al examinar y completar los estudios de seguimiento de tres décadas anteriores relativos a las medidas de resultados de la recuperación de los pacientes con trastorno mental severo comprueba que de forma significativa un alto porcentaje 43-68% de los pacientes expresaban una recuperación subjetiva (léase tabla). En el Internacional Estudio de la Esquizofrenia (Harrinson et al., 2001) se efectuaron seguimientos de 15 y 25 años de individuos originariamente incorporados a ensayos internacionales anteriores. En este estudio, el 48% de los participantes con esquizofrenia fue calificado como recuperado (según los criterios de M. Bleuler, trabajando y habiendo

resumido sus funciones cotidianas anteriores, no considerado mentalmente enfermo por la familia y sin síntomas psicóticos manifiestos); el 37,8% fue clasificado como recuperado según un criterio mas restrictivo (criterios de Bleuler mas evaluación global de funcionamiento mayor 60). Recientemente, Harrow et al., en el 2006, en Chicago se realizo el seguimiento de una cohorte de pacientes durantes y ha efectuado evaluaciones en cinco ocasiones 15 años, observando que mas del 50% de los pacientes esquizofrénicos no tenían un trastorno que fuera crónico y continuo. Mas bien, su trastorno era episódico, aunque, para muchos pacientes con esquizofrénicos mas vulnerables y menos resistentes los episodios eran frecuentes y mas graves, con recuperaciones mas lentas.

Los datos sobre el porcentaje acumulado de pacientes con esquizofrenia que presentan un periodo de recuperación son especialmente importantes con respecto a antiguas opiniones de los pacientes con esquizofrenia no tenían posibilidad de recuperarse. Siguiendo el mito de la caverna de Platón, la realidad ofrecida por los clásicos, es una realidad a medias. Kraepelin (1919), dio de baja a muchos de sus pacientes en calidad de curados, pese a que un claro concepto de cura requiera la demostración de una restitutio ad integrum. Estos mismos pacientes fueron valorados por otro psiquiatra de la época y no encontró tales curaciones. Este clásico en la desenlace de la demencia precoz – serie de estados, cuyas características común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica- en su clasificación en formas hebefrénicas, catatónica y paranoide, habla de una amplia mejoría en un 8% de sus hebefrenicos; mientras que cerca del 17% permanecen en el nivel de la demencia moderada. Estima que entre los catatónicos, un 13% muestra curas evidentes, y otro 20% exhibe "remisiones" que persisten tanto tiempo que son comparables con curas. De los paranoides, dice meramente que "solo un numero pequeño de casos" se podría hablar de mejoría amplia (véase tabla 1).

Tabla 1.- Subtipos de esquizofrenia y grado de deterioración.

Grupo	Deterioración		
	Moderada	Media	Grave
Paranoide	65%	16%	19%
Catatónico	57%	13%	30%
Hebefrénico	58%	22%	20%

*Fuente: Tomado de Bleuler (1950), "Demencia precoz" (Zablocka utiliza material de Bleuler)

Si bien Kraepelin reconoce que estas afirmaciones han sido muy discutidas y las diferencias de opinión tiene más que ver, ciertamente, con los límites de lo que se considera como recuperación. La diferencia contradictorias de estas opiniones, al revisar Kraepelin sus cifras -con la de otros autores de la época- tiene que ver con ensanchamiento de los límites de la propia demencia precoz. Sin embargo, vale la pena señalar la experiencia de que incluso entre los casos que terminan desfavorablemente, que constituyen el fundamento de las afirmaciones clínicas de Kraepelin, podría pensarse, en un tercio de los casos, en verdad en mas de la mitad, exhiben una mejoría marcada, pero dan lugar mas tarde o mas temprano a una recaída. Sus posteriores investigaciones le llevan a afirmar, que las curas durables y verdaderamente completas de la demencia precoz, aunque puedan tal vez ocurrir, son sin embargo, en todo caso, rarezas. En su defensa, el propio Kraepelin señalaba que la mayor parte de las comunicaciones señaladas hasta la fecha, el tiempo transcurrido desde el comienzo de la mejoría es demasiado corto como para que las cifras puedan dar una decisión definitiva sobre el pronóstico de la demencia precoz.

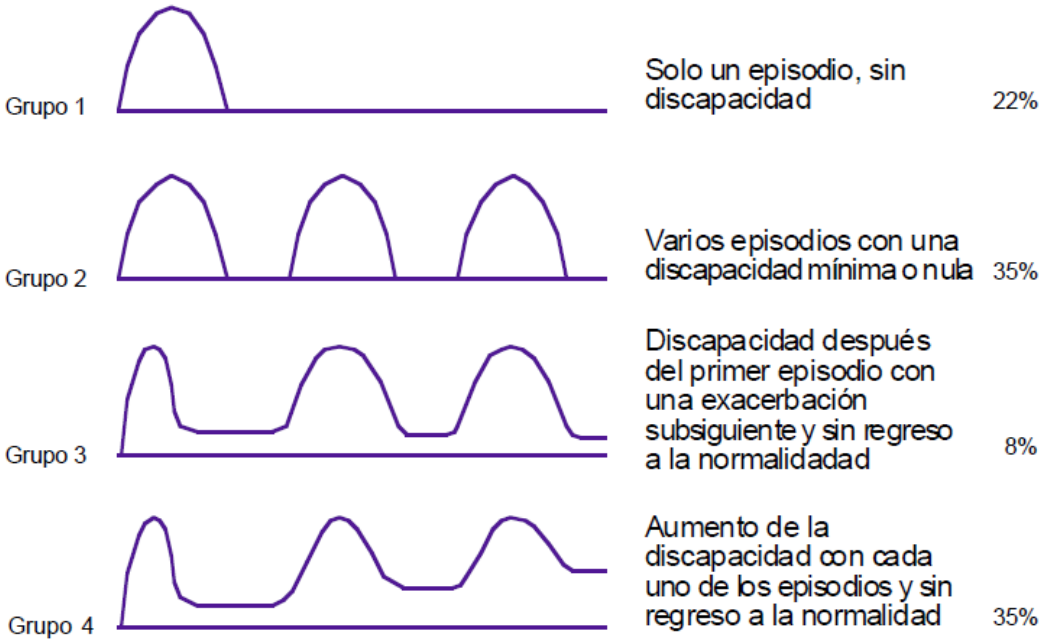
Incluso la opinión de E. Bleuler (1950) en su tratado sobre "Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias" en el capitulo sobre el curso temporal de la enfermedad escribe "es imposible describir todas las variaciones que puede asumir el curso de la

esquizofrenia. Nuestros libros de texto no se ocupan de las variaciones mas frecuentes sino solo de aquellas que son más fáciles de describir. Nos aproximamos mas a la realidad si dejamos claramente establecido que solota dirección general del curso de esta enfermedad conduce a una deterioración esquizofrenica (demencia), pero que cada caso individual la enfermedad puede seguir un curso que será tanto cualitativa como temporalmente muy irregular. Constantes progresos, oscilaciones, recurrencias, o mejorías, son posibles en cualquier momento. Mas adelante insiste en esta imposibilidad de trazar un curso general y regular en la evolución temporal de la esquizofrenia, cuando afirma "los casos que progresan irregularmente son muy comunes". Bleuler (1950) matiza que no hablan de curas, sino de importantes mejorías, y las distinguimos de las deterioraciones graves (en las cuales los pacientes son completamente incapaces de mantener relaciones sociales) y la deterioración moderada, a (quienes son capaces de ganarse la vida y vivir fuera) y de las deterioraciones medias, que incluyen a todos los demás casos que se encuentran entre aquellos dos extremos De forma significativa, señala que el desenlace de la enfermedad podría también, no solo venir determinado, por la forma de enfermedad sino también , señala, que la diferencia entre los sexos es particularmente notable, y que quizás, las condiciones de trabajo y las necesidades de alimentación, son factores que podrían explicar las diferencia de los desenlaces de la enfermedad según el sexo.

Desde una posición critica y abierta Bleuler (1950) reconocía que en la medida de que no definamos a la cura exclusivamente como restitución al estado anterior, depende de un procedimiento enteramente arbitrario decidir en que punto y numero de síntomas residuales hablaremos de cura. Si la restitución social es nuestro criterio, debemos considerar algunos factores que están fuera del control del paciente, y non puede aplicarse a la psicopatología. Algunos de los factores que apunta son el grado de sensibilidad de las familias, el impacto de la enfermedad según las profesiones de los afectados. El propio Bleuler, reconoce encontrar dificultades con el concepto teóricamente preciso de cura. En cuanto restitución al estado anterior y se pregunta ¿Qué es una peculiaridad del carácter y que es un síntoma esquizofrénico?.

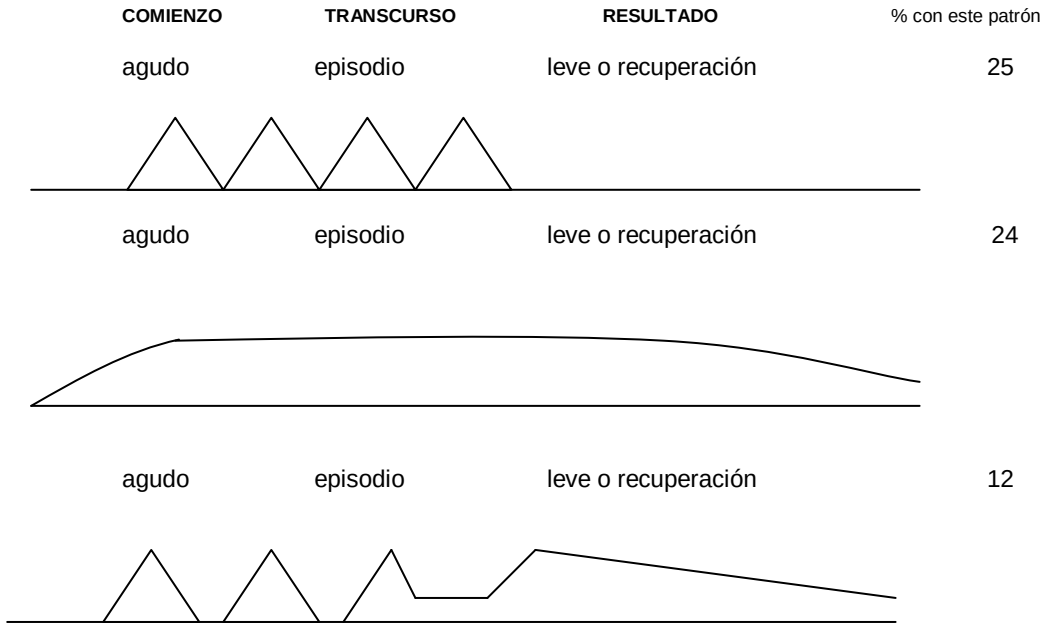
Una opinión, como hemos visto, mucho mas benevolente que el planteamiento original de Kraeplein. Por ello, en relación a estas antiguas perspectivas, los datos actuales sobre el curso de la enfermedad en las personas con esquizofrenia traen buenas noticias, y seguramente, se aproximan mas a la realidad autentica. De este modo, a pesar, sentencia Harrow (2006), de una tasa inferior de recuperación clínica comparada con la de los otros grupos psiquiátricos, en la evaluación a los 4,5 años de seguimiento y en las visitas posteriores a partir de ese momento, el 19% o mas de estos pacientes mostraba tanto una adecuada ejecución ocupacional como un periodo de recuperación de los síntomas principales. Por otra parte, y aún mas importante, en uno o mas puntos durante el periodo de 15 años, poco mas del 40% de estos pacientes mostraba un periodo de recuperación de 1 año o mas de duración. Para muchos pacientes con esquizofrenia, este periodo de recuperación duraba al menos algunos años, aunque en mas del 60%, con el tiempo, a esta resuperación le seguía la aparición de síntomas y/o otras dificultades adaptativas en los 5 0 8 años siguientes. Si el 35-45% o mas de las personas que sufren de esquizofrenia presenta esta posibilidad de recuperación, incluso durante un periodo de tiempo inferior, es importante que los programas de rehabilitación puedan estimar cuantos pacientes con esquizofrenia muestran este tipo de posibilidades recuperación y cuantos podrían precisar una ayuda especial (Harrow et al., 2006). Asimismo, la creciente bibliografía sobre primeros episodios señala que el tratamiento precoz puede desempeñar un papel considerable en mejorar los resultados (Kelly, et., al 2005). Puede consultarse la obra de Davidson et al., 2005, para una mayor profundidad. La figura 2 ilustra bien el estado de la cuestión a través de los datos de un estudio con una metodología rigurosa que siguió la evolución de la enfermedad durante los 5 años siguientes al primer ingreso y que muestra los cuatro tipos más comunes de evolución de la esquizofrenia (Shepherd et al., 1989).

Figura 2.-*Evolución de la enfermedad en sujetos con esquizofrenia o tras un primer ingreso, de acuerdo con el numero de episodios, los síntomas, y la discapacidad social, en evaluaciones realizadas durante 5 años (n=49).*



Source: Reprinted with permission from Shepherd et al. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychol Med Monograph Supplement 15. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.

Ciompi psiquiatra suizo hizo un útil análisis del curso de la esquizofrenia en seguimientos hasta edades avanzadas. En el últimos años de 1960, Ciompi estudio 289 pacientes todos de más de 65 años de edad que fueron admitidos para tratamiento psiquiátrico en la Clínica Universitaria de Loussane varias veces durante el siglo. Para la mayoría de estos pacientes tenia una historia de enfermedad de más de 35 años, en muchos casos, más de 50 años. Esto es uno de los estudios más largos de seguimiento presente en la literatura científica. Ciompi describe con detalle sus criterios diagnósticos, siguiendo los criterios de Emil Kraepelin y Eugen Bleuler.



on esquizofrenia (Fuente: Ciompi)

agudo	episodio	leve o recuperación	10
agudo	episodio	leve o recuperación	10
agudo	episodio	leve o recuperación	8
agudo	episodio	leve o recuperación	5

La figura 3 representa el inicio, el curso y el resultado de la enfermedad en 228 pacientes por los cuales la información podría estar determinada con certeza.
Ciompi encontró que el inicio de la enfermedad ha sido aguda (con menos de seis meses desde los primeros síntomas hacia el esplendor psicótico) o insidiosa en iguales números de los casos. De manera similar, el curso de las condiciones era episódica o de forma continuada en aproximadamente los iguales números de pacientes; además el resultado era una discapacidad moderada hacia severa en la mitad de los casos y discapacidad media o un recuperación total en la otra mitad. La recuperación total fue observada en más de un cuarto de los pacientes. El resultado de la esquizofrenia varía desde un periodo hasta otro y desde un sitio hasta otro. Estos resultados, como los de Eugen Bleuler, son en alguna manera mejor de la media y, esto puede ser una consecuencia de la superior condicione económica en Suiza durante la mayor parte del siglo XX, explica Warner (2003). Nosotros podemos observar estos resultados además que el curso de la esquizofrenia puede variar mucho entre pacientes y el resultado es a menudo favorable, sin tener en cuenta el tratamiento.

Para los usuarios la recuperación es mas un proceso en el que el individuo lucha para superar el hecho de la enfermedad mental y su impacto en el sentido de uno mismo donde la recuperación es un proceso de adaptación positiva a la enfermedad y a la discapacidad, unido fuertemente a la autoconciencia y a un sentido de empoderamiento. (Hogan, 2003). Por lo tanto lo consideran que "recuperación social" no es imposible ya que pueden lograr una mayor comprensión sobre cómo gestionar sus síntomas y construir una vida con sentido pese a padecer limitaciones graves, como sucede en las enfermedades clínicas crónicas, la diabetes o olas cardiopatías, que pueden interferir en

el funcionamiento pero que no definen a la persona ante si misma o ante los ojos de la sociedad. El modelo de usuario hace especial hincapié en apoyo de iguales y la experiencia personal y el tratamiento no es un requisito indispensable.

Muchas ideas sobre la recuperación vienen incluso de más lejos. Existen antecedentes en el concepto de "tratamiento moral" tal como se practicaba en las instituciones más tempranas inspiradas en el ejemplo del York Retreat (Digby 1985).También existen paralelismos con el movimiento de "Comunidad Terapéutica" que impulsó las reformas de las viejas instituciones después de la Segunda Guerra Mundial (Clark 1974). Estos dos enfoques ponían de relieve la importancia de un tratamiento humano, la autoayuda, el apoyo entre iguales y el valor del trabajo y otras actividades estructuradas. En Inglaterra, la recuperación también tiene vínculos con la tradición de la rehabilitación, encabezada por psiquiatras como Douglas Bennett (1978) y Shepherd, (1984). Se enfatiza la las ideas de no perder la esperanza y mantener altas las expectativas (Perkins, 2006). Por lo tanto, la recuperación ofrece un nuevo marco conceptual para la práctica de la rehabilitación moderna.

.

La rehabilitación se encuentra ahora en un proceso de redefinición para incorporar las ideas de recuperación (Roberts *et al.,* 2006). Esta mantiene una preocupación por los resultados sociales, en oposición a los resultados clínicos, pero existe un énfasis creciente en la autoayuda y en un enfoque centrado en lo que las personas pueden hacer, en vez de lo que no pueden hacer (Rapp et al., 2006). A la idea de "recuperación" le ha llegado su momento. En su base reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la "esperanza" para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena. La recuperación proporciona un nuevo fundamento a los servicios de salud mental.

El concepto de recuperación necesita un desarrollo más amplio, desde el punto de vista de los usuarios (dimensiones subjetivas de la recuperación, instrumentos de medida y ensayos controlados), pero ofrece un marco de trabajo que, si se adopta en serio propiciará en el futuro una transformación radical de los servicios de salud mental. Recientemente el Colegio de Psiquiatras Británicos, (Shepherd et al., 2007) publico un documento cuyo titulo "hacer la recuperación una realidad" ya de por si nos habla por si solo. Se pretendió con el mismo abrir un debate sobre cómo el enfoque de la recuperación puede ser puesto en práctica y qué deben hacer los servicios de salud para convertirlo en realidad. "Recuperación" es un término algo discutible. Sin embargo, existe un amplio consenso en que la definición estaría en torno a lo dicho por uno de los fundadores intelectuales del movimiento de recuperación, Bill Anthony: "[La recuperación es] *un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. "La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental…".* (Anthony 1993). En este sentido anteriormente en EE.UU. a finales del 2004, la SAMHSA (Substance abuse y Mental Health Services Administration) celebró una Conferencia de Consenso Nacional sobre el tema de la recuperación y transformación de la salud mental. Se desarrollo como borrador de definición que la recuperación de la salud mental un viaje de curación y transformación de una persona con discapacidad de la salud mental para que sea capaz de llevar una vida con sentido en las comunidades de su elección, mientras intenta alcanzar un potencial humano completo o personalidad. Se identificaron a si mismo diez características de servicios eficaces orientados a la recuperación:

- *Autodirección*: el usuario dirige, controla, toma decisiones y determina su propio camino de recuperación.

- *Individualización* y enfoque en la persona: hay muchas vías de recuperación que se basan en las necesidades, preferencias y experiencias individuales e intransferibles de la persona.
- *Capacitación*: el usuario tiene la autoridad de elegir y tomar decisiones que tengan influencia en su vida y se le educa y apoya para que pueda hacerlo.
- *Holistico:* la recuperación engloba los diferentes aspectos de la vida de un individuo, incluido la mente, el cuerpo, el espíritu y la comunidad.
- *No lineal:* la recuperación no es un proceso paso a paso, sino un proceso basado en el crecimiento continuado con reveses ocasionales.
- *Basado en los puntos fuertes*: la recuperación se enfoca en valorar y estructurar los múltiples puntos fuertes, la resistencia, la habilidad para sobrellevar los síntomas, el valor inherente y las capacidades del individuo.
- *Apoyo de iguales*: se reconoce y se fomenta el valioso papel de apoyo mutuo en el que los usuarios se animan unos a otros.
- *Respeto*: para alcanzar la recuperación es crucial que, en la comunidad, los sistemas y la sociedad acepten y valoren al usuario, incluidas la protección de los derechos del usuario y la eliminación de discriminación y estigmas.
- *Responsabilidad*: el usuario tiene la responsabilidad personal de su propuso cuidado y su camino ala recuperación.
- *Esperanza*: la recuperación ofrece el mensaje esencial y motivador deque las personas pueden superar, y superan, las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan.

De estas diez dimensiones el informe SAMHSA puso especial énfasis para definir la recuperación en la esperanza basado en los testimonios personales de supervivientes de la psiquiatría Asimismo, Andresen et al., en el 2003 después de estudiar relatos personales sugieren *cuatro componentes esenciales* en la recuperación. Estos se reflejan en el Cuadro 1. Son muy similares a los elementos sugeridos por Rethink (2008).

Cuadro 1.- Componentes del proceso de recuperación

I. **Encontrar esperanza y mantenerla** –creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro;
II. **Re-establecimiento de una identidad positiva** – encontrar una nueva identidad de que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo;
III. **Construir una vida con sentido** – entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir;
IV. **Asumir responsabilidad y control** – sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza, en cambio, el recorrido único de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente "recuperarse de" su enfermedad.

Aunque la recuperación es una opción para todos, no es preciso que cada individuo la asuma al mismo nivel (depende de su "elección"). Andresen, Caputi y Oades (2006), tomando como base extensas entrevistas con personas usuarias de los servicios, sugieren cinco 'etapas' en el proceso de recuperación. Estas se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2.- Las cinco etapas de la recuperación

• **Moratoria** – Un tiempo de retraimiento caracterizado por una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza;
• **Concienciación** – Darse cuenta de que todo no está perdido y que una vida plena

es posible;
• **Preparación** – Hacer un inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación y empezar a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación;
• **Reconstrucción** – Trabajar activamente para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas y asumir el pleno control de la propia vida;
• **Crecimiento** – Vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad, la fuerza moral y un sentido positivo de uno mismo.

Las 'etapas' del Cuadro 2 no deben interpretarse como una progresión lineal que todo el mundo debe recorrer. Es mejor verlas como aspectos de vinculación con el proceso de recuperación. Entonces, ¿por qué no se vincula al mismo nivel todo el mundo?. Davidson y Roe (2007) sugieren que muchas personas pueden parecer reticentes a implicarse en la recuperación debido a la gravedad de sus síntomas, sus experiencias negativas con los servicios de salud mental, los intolerables efectos secundarios de la medicación o el simple hecho de que es a veces demasiado doloroso y costoso para ellos empezar a reconocer que necesitan el tipo de ayuda que se les está ofreciendo. Es vital que los servicios apoyen a estos individuos para empezar su recorrido de recuperación.

Pese a su larga juventud esta orientación de los servicios se ha convertido en el principio organizativo clave que subyace en los servicios de salud mental en Nueva Zelanda (Mental Health Commission, 1998), los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, 2003) y Australia (Australia Goverment, 2003). Cerca de nuestro entorno, se han adoptado en Irlanda (Mental Health Commission, 2005) y en Escocia (Scotland Goverment, 2006). Las ideas que sustentan la recuperación también se siguen en Inglaterra a través de varias políticas del Departamento de Sanidad cuyo objetivo es promover en los pacientes la autogestión de las enfermedades crónicas y la toma de decisiones. O fue asumido, como comentamos anteriormente en el 2007 por el Colegio Británico de Psiquiatría.

Ciertamente la relación profesionales, usuarios y familias (Glyn et al., 2007) están llamados a establecer mecanismos de dialogo que permitan ir negociando - en el transcurso de un compromiso común - la toma de decisiones que hagan factible la combinación de la elección del usuario y el énfasis en la evidencia científica, mientras se profundiza y se operativizan, las dimensiones subjetivas del sentido y propósito de uno mismo, y se valida de forma universal. No obstante difícil tarea porque no decirlo.

7.- Continuidad de cuidados y los equipos

En la medida de que a las personas de volver a su océano de experiencias fluyen sus necesidades en la interacción con los entornos. Las personas pueden necesitar cuidados, desde cuidados prácticos inmediatos a cuidados del desarrollo. El cuidado no es un trabajo directivo ni una receta para la practica, sino, el modelo de la marea (Barker et al., 2004), es una guía practica para administrar unos cuidados de colaboración, centrados en la persona, basados en la fuerza y el poder de la relación. Dos asunciones principales se asumen. Primero, el cambio es la única constante. Nada perdura. Toda experiencia humana comporta un flujo, y las personas cambian constantemente. Ello sugiere el valor de ayudar a las personas a ser mas conscientes de cómo se producen los cambios en y alrededor de ellos "ahora". Segundo, as personas son sus historias. No existe nada mas nada menos que la compleja historia de la experiencia vivida. La historia narrada, su experiencia vivida, contiene el material en bruto de las soluciones, es la forma más valiosa de la evidencia.

La continuidad de cuidados hace posible la interacción entre las personas, los espacios, las redes, los equipos y los profesionales. Se trataría que los equipos y las redes de los distintos espacios que van intervenir en el plan integrado de atención, establezcan un marco de trabajo cuyo proceso se inicie con un acuerdo de contrato

(Lorenzo, 1997) al modo como se establecen los contratos terapéuticos, es decir, la organización de un encuentre donde quedan fijados los roles y funciones de cada uno, los objetivos, el tiempo y los espacios del encuentro. Esto que permite al paciente una diferenciación del mundo interno y del mundo externo, posibilita a los equipos y las redes, la diferenciación entre su propia organización y las otras.

La continuidad de cuidados debiera invitarnos a pensar en su desarrollo, en un proceso: la cronicidad tiene voz. Los equipos, en su lugar privilegiado, pueden hacer de la escucha de la demanda de estos un momento fecundo, procurando distinguir el cuidado del tratamiento. (Recamier, 1983). El cuidado, es sobre todo, una tarea que implica a todo el equipo; requiere con frecuencia de un trabajo planificado, con intervención de varios profesionales y espacios. El tratamiento, sin embargo, suele recaer con más frecuencia en un solo miembro. Hacerse cargo del paciente, es asegurarle una presencia estable, el "estar ahí" tiene un especial relevancia. Es poderle acompañar sin que nuestra presencia anule la individualidad (García, 1990), saber que cuenta con nosotros y que puede hacer uso de los recursos de cada uno de los espacios de cuidados cuando sus necesidades así lo requieran. Un peligro frecuente que hay que evitar en los servicios perteneciente a la continuidad de cuidados (Lorenzo, 1997), es fomentar la dependencia, donde el paciente queda infantilizado frente a la "gran madre institución". Y este ofrecimiento que da la institución se intercambia con la norma contractual (no manifiesta) de aceptar nuestros criterios y pautas normalizadotas.

Un recurso clave en el cuidado y tratamiento de las personas con trastornos mentales es la formación y la moral de los profesionales y los equipos. Poner en funcionamiento los recursos humanos de la mejor forma posible en beneficio de los pacientes es una de las tareas sensibles de los directivos. En salud mental a diferencias de otras ramas de la medicina depende mas de la tecnología humana que de la tecnología instrumental, por la mayor relevancia de la relación terapéutica en este ámbito. Estos recursos humanos no son recursos constantes están sujetos a un continuo deterioro y degradación excepto que sean objeto de restauración y formación (léase capitulo 13). Es necesario tomar en consideración *los factores derivados del la actitud y de la personalidad* que son los mas importantes durante la fase de selección seguidos por las formas y el contenido de la preparación. La siguiente etapa es la de la *maestría clínica*, la cual debe distinguirse de la *experiencia clínica*. La experiencia esta sencillamente en relación, de modo directamente proporcional, con el tiempo empleado en el desempeño de una tarea concreta. Estamos de acuerdo con Mosher y Burti 1989 las características de personalidad deseables e indeseables para los profesionales de la salud mental comunitaria *(véase tabla 2).*

Tabla 2.- Características de personalidad deseables e indeseables para los profesionales de la salud mental comunitaria.

CARACTERÍSTICAS DESEABLES	CARACTERÍSTICAS INDESEABLES
1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre. 2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga. 3. Paciencia, sin intromisiones. 4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas. 5. Flexibilidad. 6. Empatía. 7. Optimismo y apoyo. 8. Firmeza respetuosa. 9. Humor. 10. Modestia. 11. Razonamiento tomando en consideración el contexto.	1. Fantasía de salvador. 2. Distorsión consistente de la información. 3. Visión pesimista. 4. Abuso de los clientes en función de sus propias necesidades. 5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás. 6. Desconfianza y culpabilización de los demás.

Tales factores deben identificarse en la fase de entrevista o de selección debido a que nuestra experiencia nos ha enseñado que la mayoría de la ocasiones- los gerentes,

los sindicatos y los directores de recursos humanos- se piensa que con un curso de formación o una rotación se pueden corregir estos factores intrínsecos de la personalidad o infundirles las cualidades a quienes no lo poseen. Entonces si se puede es mejor no contratar a alguien inadecuado y comenzar de nuevo otro proceso de selección.

La formación, su estructura, su amplitud de mira, su continuidad es más efectiva si se desarrolla en los equipos comunitarios in situ no en el hospital. Es beneficioso que los residentes en formación y estudiantes de diversas disciplinas permanezcan en los recursos un tiempo y participen en la formación y es muy valioso el análisis pormenorizado de casos individuales con tutores clínicos. En relación a los contenidos debe ser relevante los fundamentos de la especialización, los manejos de las técnicas psicoterapéuticas, y la formación clínica tradicional. Y su programación debe estar en función y ordenada en base a las necesidades clínicas de los usuarios no de los intereses particulares. Léase los contenidos formativos del ECA en la parte tercera en el capitulo 13.

Aunque los profesionales individuales son claves en la administración directa de tratamientos de alta calidad a los pacientes, sin embargo, es la calidad del equipo el factor que establece las diferencias en este sentido entre los recursos de rehabilitación y recuperación. Es necesario considerar el equipo clínico como un agente un vehículo de administración de servicios independientemente de las contribuciones individuales. Nuestros equipos ha pasado por una fase inicial de construcción que nos ha dado la oportunidad de ir estableciendo un practica coherente que se aproxime progresivamente a la imagen identificatoria que grupo tiene de si mismo y su diferencia con los otros dispositivos y asimismo establecer los limites de la integralidad del trabajo clínico. En la actualidad entramos en una fase de mantenimiento donde el recuerdo de la misión, la formación clínica, los propósitos y los objetivos, y la individualización de la atención, conforman la agenda de nuestras preocupaciones.

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Como metodología vamos a rescatar la información proporcionada por el cuarto Grupo de Cochrane Collaboration - el primero en salud mental de los hasta ahora cinco grupos de salud mental- me refiero al Grupo Cochrane de la Esquizofrenia (Adams et al., 2009). Como ustedes saben, este grupo reúne, en un momento dado toda la información científica acumulada, sobre un determinado aspecto de la salud, y tras un análisis de la calidad de los estudios, de acuerdo a los requisitos científico de la evidencia, seleccionan los estudios mas relevantes y emiten conclusiones útiles para los pacientes, los clínicos, los gestores, políticos, los patrocinadores y los equipos de investigación.

En cada uno de los procedimientos terapéuticos y de los soportes comunitarios señalaremos también otras revisiones sistemáticas de interés conocidas por nuestro grupo, sin pretender que la información suministrada pueda ser entendida como concluida. Esta información, de la medicina de pruebas, nos permite disponer de una fotografía de los puntos fuertes y débiles de este campo abriendo las perspectivas para unas mejoras posibles.

Empecemos por las conclusiones para:

1.- Las terapias de apoyo en la esquizofrenia

Muchas personas que tienen diagnóstico de esquizofrenia reciben apoyo de sus familiares, amigos o de los servicios de salud mental. Habitualmente, después de que una persona está bajo el cuidado de los servicios de salud mental, la única intervención que recibe de un equipo de salud mental es apoyo general. Por lo tanto, se intenta obtener evidencia (Buckley et al., 2008) por parte de los servicios de salud mental sobre

los efectos del apoyo en las personas con esquizofrenia; lo que frecuentemente se denomina "terapia de apoyo", aunque no existe una definición universalmente aceptada.

Buckley et al., en enero de 2004 realizó la búsqueda -con el procedimiento establecido por el Grupo Cochrane- de todos los ensayos clínicos aleatorios que incluyan a personas con esquizofrenia y comparen la terapia de apoyo con cualquier otro tratamiento o atención estándar. Las medidas de resultados utilizadas principalmente fueron las recaídas, la hospitalización, cambios importantes en el estado mental, funcionamiento global, implicación con los servicios y satisfacción con la atención y los cuidados. Se empleo los métodos estadísticos habituales para el análisis de estos estudios. Se incluyeron 21 estudios pertinentes.

Se observo que no se hallaron diferencias significativas en los resultados primarios entre la terapia de apoyo y la atención estándar. Sin embargo, hubo diferencias significativas a favor de otras terapias psicológicas o psicosociales, en comparación con la terapia de apoyo. Estas diferencias incluyeron las tasas de hospitalización (3 ECA, n = 241; RR 2,12; IC: 1,2 a 3,6; NNT 8) aunque no las tasas de recurrencia (5 ECA, n = 270; RR 1,18; IC: 0,9 a 1,5). Se encontró que los resultados sobre el funcionamiento general favorecían significativamente a la terapia cognitivo-conductual, en comparación con la terapia de apoyo, en el corto (1 ECA, n = 70; DMP -9,50; IC: -16,1 a -2,9), medio (1 ECA, n = 67; DMP -12,6; IC: -19,4 a -5,8) y largo plazo (2 ECA, n = 78; DME - 0,50; IC: -1,0 a -0,04), si bien la importancia clínica de estos resultados, basados en escasos datos, es incierta. Los participantes que recibieron terapia de apoyo presentaron menor probabilidad de estar satisfechos con la atención, en comparación con la terapia cognitivo-conductual (1 ECA, n = 45; RR 3,19; IC 1,0 a 10,1; NNT 4; IC: 2 a 736). Los resultados sobre el estado mental y los síntomas fueron inciertos en las comparaciones con otras terapias. No se dispuso de datos para evaluar la repercusión de la terapia de apoyo sobre el compromiso con actividades estructuradas.

Se concluye que no existen datos suficientes para identificar una diferencia en el resultado entre la terapia de apoyo y la atención estándar (4 ensayos aleatoerizados controlados (ECA, n=354). Existen varias medidas de resultado, incluida la hospitalización y el estado mental general y la satisfacción con los cuidados, que indican ventajas de otras terapias psicológicas con respecto a la terapia de apoyo. Sin embargo, en todos los casos hubo escasez de datos, falta de consistencia en la documentación de resultados y un potencial de sesgo de inclusión que favorecería al grupo que no recibían tratamiento de apoyo.

No hay ninguna prueba que el tratamiento de apoyo añada algo a la atención estándar. La revisión sistemáticas de 21 ensayos clínicos y a pesar de estos resultados negativos, su valoración no puede pasar por alto que casi todos los estudios revisados no usan la terapia de apoyo como el elemento principal a evaluar sino como línea base control de otras terapias Las investigaciones futuras deben considerar el tratamiento de apoyo a un grupo de tratamiento principal, más que en uno de comparación, y deben disponer de terapeutas que hayan sido formados de manera específica en un tratamiento de apoyo claramente definido. Las mediciones de resultados también podrían centrase en campos que, hasta el momento, han sido relativamente poco considerados, como los efectos adversos, el funcionamiento social, la situación laboral, la calidad de vida y los parámetros económicos.

2.- Psicoeducación para la Esquizofrenia.-

El objetivo de la psicoeducación (o la educación del paciente / enseñanza) es aumentar el conocimiento de los pacientes y la comprensión de su enfermedad y tratamiento. Se supone que un mayor conocimiento permite a las personas con esquizofrenia para hacer frente más eficazmente con su enfermedad, mejorando así el pronóstico. Intervenciones psicoeducativas como una interacción entre el proveedor de

información y de la persona mentalmente enferma. La esquizofrenia puede ser una enfermedad grave y crónica que se caracteriza por la falta de comprensión y cumplimiento con el tratamiento. Diferentes enfoques psicoeducativos han sido desarrollados para aumentar el conocimiento de los pacientes de, y comprendan la enfermedad y sus tratamientos.

Pékkala et al., (2002) evaluaron los efectos de las intervenciones psicoeducativas en comparación con los niveles estándar de prestación de conocimientos. Realizaron las búsquedas por varios sistemas desde 1996-2001 y se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios pertinentes que centran su atención en la psicoeducación para la esquizofrenia y / o relacionados con enfermedades mentales graves que participan individuos o grupos. Se aplico los métodos estadísticos al uso. Diez estudios están incluidos en esta revisión. Todos los estudios de la educación en grupo incluían a miembros de la familia.

Se observo que el cumplimiento con la medicación mejoró significativamente en un único estudio mediante una intervención breve del grupo (en un año), pero otros estudios producidos aportaban datos equívocos o sesgados. Cualquier tipo de intervención psicoeducativa redujo significativamente las tasas de recaída o de readmisión de nueve a 18 meses de seguimiento, en comparación con la atención estándar (RR 0,8, IC: 0.7-0.9 NNT 9; IC 6-22). Varios de los resultados secundarios (aumento de los conocimientos, el estado mental, el nivel global de funcionamiento, la emoción expresada en los miembros de la familia) se midieron utilizando escalas que son difíciles de interpretar. En general, sin embargo, los resultados fueron consistentes con la posibilidad de que la psicoeducación tiene un efecto positivo en las personas el bienestar. Sin impacto fue encontrado el conocimiento, las actitudes relacionadas con la medicación o en la satisfacción general con los servicios de los pacientes o familiares, pero estos resultados se basaba en estudios de muy pocos. Efectos en la salud económica sólo se mide en un estudio y los datos fueron asimétricos. No fue posible analizar si la duración y formato de la eficacia de la psicoeducación influencia.

Pruebas de los ensayos sugiere que los enfoques psicoeducativos son útiles como parte del programa de tratamiento para las personas con esquizofrenia y enfermedades relacionadas. El hecho de que las intervenciones sean breves y de bajo costo que hacen atractivas a los gestores y responsables políticos. Más bien diseñados, realizados y comunicados de los estudios aleatorios que investigan la eficacia de la psicoeducación son necesarios. La evidencia muestra una reducción significativa de las tasas de recaída o de readmisión. Se puede estimar que alrededor de doce recaídas se pueden evitar, o al menos pospuesto, alrededor de un año si 100 pacientes reciben psicoeducación. Parece que hay algún indicio de que la psicoeducación puede mejorar el cumplimiento con la medicación pero el grado de mejoría sigue siendo incierto. Los resultados muestran la posibilidad de que la psicoeducación tiene un efecto positivo sobre el bienestar en las personas. La escasez de estudios hizo que la comparación entre la eficacia de diferentes formatos (programas de 10 sesiones o menos, o 11 o más, sesiones individuales o grupales) débil.

Los "costes económicos" se midió sólo en un estudio y los datos eran sesgados. No fue posible analizar si la diferente duración o los formatos de psicoeducación influenciaron en la efectividad. Son necesarios estudios mejor diseñados, con más y mejores pruebas aleatorias. Los resultados en los costes económicos deben ser también medidos, ya que la eficacia de la psicoeducación es crucial para hacerla una opción atractiva a gestores y "políticos"..

Cualquier experimento futuro debe emplear programas de educación psicológica estandarizada con definiciones claras del contenido de las intervenciones para ayudar a los profesionales a planear las intervenciones psicoeducacionales basadas en evidencias, a las personas con esquizofrenia y a los miembros familiares que participen en

programas psicoeducacionales. No sólo la conformidad, las recaídas o readmisiones tienen que ser registradas como resultados, pero también la función psicosocial, la calidad de vida y el insight.

Para que los formatos de psicoeducación sean eficaces son necesarias más investigaciones. Desde de la diversidad de modelos, generalmente las intervenciones, incluyen diferentes combinaciones, psicoeducación, solución de problemas, entrenamiento en manejo de la enfermedad, apoyo familiar e intervención en crisis, radicando las diferencias en la forma de aplicaron (en grupo o individualmente), lugar (en el hogar o entorno clínico), presencia o no del paciente, la duración de la intervención y fase de enfermedad (Vallina et al., 2003).

3.-Terapia familiar para la esquizofrenia

Las personas con esquizofrenia provenientes de familias que expresan altos niveles de criticismo, hostilidad o sobreimplicación, presentando recaídas más frecuentes que las personas con problemas similares provenientes de familias que tienden a ser menos expresiva de las emociones. Las formas de intervención psicosocial, destinadas a reducir estos niveles de emoción expresada dentro de las familias son ahora ampliamente utilizadas. Hay disponibles varias intervenciones psicosociales relacionados con la educación, apoyo y gestión para reducir la emoción expresada dentro de las familias.

El objetivo de la revisión era estimar el efecto de las intervenciones psicosociales familiares en la comunidad en personas con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos comparados con los servicios estándar. Pharoah et al., 2006, actualizaron las búsquedas anteriores (noviembre de 2002 y junio de 2005), y seleccionaron los ensayos aleatorios o cuasialeatorios estudios que se centran principalmente en las familias de las personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que compararon la comunidad familiar de orientación basado en la intervención psicosocial con la atención estándar. Aplicaron los métodos estadísticos al uso. La actualización (2005-6) agrega los datos de 15 ensayos adicionales (1765 participantes, el 43% de los 4124 en total).

Se observo que la intervención familiar puede reducir la frecuencia de recaídas (n = 857, 16 ECA, RR 0,71, IC 0,6 a 0,8, NNT 8; IC: 6 a 11), aunque algunos estudios pequeños pero negativos no han sido identificados por la búsqueda. La intervención familiar también puede reducir el ingreso hospitalario (8 ECA, n = 481, RR 0.78, IC: 0,6 a 1,0, NNT 8; IC: 6 a 13) - y este hallazgo es un cambio en los datos ambiguos informados en 2002. La intervención familiar también puede promover el cumplimiento con la medicación (n = 369, 7 ECA, RR 0,74 IC: 0,6 a 0,9, NNT 7; IC: 4 a 19) pero no afecta de manera notable la tendencia de los individuos y sus familias a abandonar la atención (n = 481, 6 ECAs, RR 0,86, IC: 0,5 a 1,4). Se puede mejorar el deterioro social general y los niveles de emoción expresada dentro de la familia. No hemos encontrado datos que sugieren que la intervención familiar previene o promueve el suicidio.

Se realizaron estudios en Europa, Asia y América del Norte. Los paquetes de intervención familiar varían entre los estudios, aunque no hubo diferencias claras en el diseño del estudio. Los resultados indicaron que la intervención familiar puede reducir el riesgo de recaída y mejorar el cumplimiento con la medicación. Sin embargo, los datos eran a menudo mal informado y por lo tanto inservible. Los médicos, investigadores, responsables políticos y los destinatarios de la atención no puede estar seguro de los efectos de la intervención de la familia de los resultados de esta revisión. Otros datos de los ensayos ya realizados podrían aportar gran informar a la práctica y se justifican más ensayos mientras sus participantes, las intervenciones y los resultados son aplicables a la atención de rutina. En este paquete de atención es ampliamente empleado debe haber un estudio para aclarar debidamente algunas de las de corto plazo y los resultados a largo plazo.

En las conclusiones de la revisión del Grupo Cochrane para la Esquizofrenia, realizadas por Pharoah et al., 2006, se constata que el principal beneficio de la "intervención familiar" para las personas con esquizofrenia es que puede disminuir el riesgo de recaída. También puede ayudar a los pacientes a cumplir con su medicación regularmente. La "intervención familiar" hace también que la vida familiar sea menos tensa y llevadera. Para estos beneficios, que pueden ser percibidos como una seguridad, las personas con esquizofrenia y sus familias deben estar dispuestas a pasar una cantidad de tiempo considerable en contacto con los servicios sanitarios.

Los médicos clínicos pueden sentir que la "intervención familiar" merece tiempo y esfuerzo, asumiendo que es un servicio de alta calidad. La prevención de recaídas es una de las piedras angulares del cuidado psiquiátrico. En el caso de que los servicios de alta calidad no estén disponibles, los médicos clínicos tendrán que tomar difíciles decisiones en vista del hecho de que cualquier beneficio de terapia familiar es moderado y otras intervenciones iguales o de mayor efectividad puedan estar más accesibles.

Como siempre, los gerentes del servicio y patrocinadores deben sopesar los costes y beneficios de este tratamiento y si mejoran significativamente los resultados para los individuos y sus familias. Ellos puede que crean con el relativamente alto número de necesitados de tratamientos, que los recursos requeridos para implementar adecuadamente las "intervenciones familiares" podrían ser mejor utilizados de otras formas. Alternativamente, si las familias parecen mostrar claramente un beneficio como el de los pacientes, se puede considerar que merecerá la pena el coste.

Implicaciones para la investigación. Si el conjunto de recomendaciones fueran seguidas en el informe de futuros estudios, los efectos de la "intervención familiar" serían más claros, afirma el Grupo Cochrane. Muchos datos importantes dentro de los estudios incluidos fueron tan deficientemente informados. Esta revisión podría ser más informativo si más datos individuales de pacientes hubiesen estado disponibles. Las futuras investigaciones deberían incluir datos donde más breves versiones de "terapia familiar" (menos de 5 sesiones) sean evaluadas:

- un estudio largo y pragmático tiene que hacerse para concluir argumentos sobre el valor de esta terapia tan extensamente usada.

- el criterio de inclusión debe ser amplio, las intervenciones accesibles y los resultados claros y bien reportados.

Todos los estudios incluidos se centran principalmente en el descenso de las recaídas cuando valoran los efectos de la "intervención familiar".El criterio de recaída, cuando es usado como la principal medida del resultado, tiene la importante desventaja de que el paciente deja el estudio cuando el paciente recae y los datos con respecto al periodo siguiente a la recaída no pueden ser recogidos. Una investigación de seguimiento de datos más completa producirá un cuadro más válido sobre los efectos duraderos de la "intervención familiar" en el curso de la enfermedad.

La variedad de resultados puede ser considerada como una importante aportación en futuras "intervenciones familiares". Estas podrían ser

i. un método de "monitor" para "días saludables"- no tomando la recaída como criterio principal pero sí la frecuencia e intensidad de menores a mayores agravantes
ii. una valoración del papel social y de la actuación social, sin usar ajustes sociales debido a la tendencia de la normativa sobre esta medida
iii. una valoración de la calidad de vida
iv. una medida de la influencia entre los parientes;
v. la inclusión de informes subjetivos de pacientes y parientes;

vi. valoración de la carga en la familia;
vii. la medición de periodos depresivos y/ o intentos de suicidio;
viii. el número de pacientes admitidos, número de ingresos por paciente y duración de la hospitalización;
ix. el número de contactos con los servicios psiquiátricos; y
x. la valoración del cumplimiento con la medicación y chequeos aleatorios de los análisis de sangre para aquellos que tomen medicación oral.

La recopilación de datos debe permitir comparar las evaluaciones económicas (costes-efectividad-beneficios).

En la revisión de Dixon et al., 2000, se comprueba que las intervenciones familiares combinadas con la medicación antipsicotica han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada familiar, la sintomatología clínica, las recaídas y las rehospitalizaciones de los pacientes, así como, en su rentabilidad económica para los servicios sanitarios. Además, la eficacia se ha demostrado en entonos clínicos naturales, en distintas realidades culturales, y los familiares como agentes terapéuticos. Dixon et al., 2001, también nos señala las dificultades de su implementación y diseminación por los servicios sanitarios. Muela et al 2001 realizo una revisión de la descripción de los programas de intervención familiar en esquizofrenia realizados desde principios de la década de los 80 y que se basan en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia de Zubin y Spring (1977) y (casi todos) en el constructo de Emoción Expresada. El objetivo de todos ellos es la reducción del estrés familiar (concretamente de la Emoción Expresada, en la mayoría de ellos) para así tratar de evitar la recaída. Se revisan los estudios de Ventura, Camberwell, California, Hamburgo, Pittsburgh, Salford, Sydney, Birmingham y Andalucía.

4.- Programas de entrenamiento de habilidades para la vida

La mayoría de las personas con esquizofrenia tienen un patrón de enfermedad fundado en la recaída y luego tener una remisión. Un número significativo de estas personas se vuelven menos capaces de cuidar de sí mismos después de cada recaída y su falta de auto-cuidado y peor funcionamiento hace que sean personas con una movilidad reducida y aislada. La enfermedad puede reducir la capacidad de auto-cuidado y el funcionamiento y puede conducir a la enfermedad se vuelva crónica y discapacitante. Una manera posible de ayudar a estas personas, junto con la medicación, es enseñarles habilidades para la vida, cuyos elementos son la comunicación y el conocimiento financiero, la competencia en las tareas domésticas y auto cuidado personal. La rehabilitación es una de las partes importantes de los tratamientos. Programas de habilidades para la vida, haciendo hincapié en las necesidades asociadas con el funcionamiento independiente, son a menudo una parte del proceso de rehabilitación. Estos programas, por lo tanto, se han desarrollado para mejorar la vida independiente y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia viven en la comunidad.

Para revisar la eficacia de los programas de preparación para la vida con la atención estándar u otros tratamientos equivalentes para las personas con problemas crónicos de salud mental. Robertson et al., 1998 y Tungpunkom 2008 realizo una revisión sistemática Se realizaron búsquedas en el Grupo Cochrane de Esquizofrenia Trials Register (mayo de 2007). Se incluyeron todos los pertinentes ensayos aleatorios o cuasi-aleatorios controlados con placebo para los programas de preparación para la vida en comparación con otras terapias equivalentes o atención estándar de las personas con enfermedades mentales graves. Se incluyeron cuatro ensayos controlados aleatorios con un total de 318 participantes. Estos programas de vida evaluaron las habilidades versus la atención estándar, o grupo de apoyo.

Se observó que no se encontraron diferencias significativas en el desempeño de las habilidades de vida entre las personas que reciben preparación para la vida y la

atención estándar (Patterson 2003, n = 32, DMP -1,10, IC: -7,8 a 5,6). Capacitación en destrezas vitales no mejoran o empeoran la retención de estudio (n = 60, 2 ECA, RR 1,16, IC: 0,4 a 3,4). No se encontraron diferencias significativas en la PANSS positivo, negativo o total de resultados entre la intervención de habilidades para la vida y la atención estándar. Las puntuaciones de depresión (HAM-D) no reveló ninguna diferencia significativa entre los grupos (Patterson 2003, n = 32, DMP -0,70 IC: -4,1 a 2,7). Se han encontrado puntuaciones de calidad de vida eran contradictorias entre los participantes que recibieron preparación para la vida (Patterson 2003, n = 32, DMP -0,02 IC: -0,1 a 0,03) y la atención estándar. Habilidades para la vida en comparación con los grupos de apoyo tampoco revelaron diferencias significativas en las puntuaciones PANSS, la calidad de vida, o las habilidades de desempeño social (Patterson 2006, n = 158, DMP -0,90 IC: -3,4 a 1,6).

Se analizó los ensayos que comparaban la vida programas de formación con un grupo control que tienen acceso a la terapia ocupacional, o un grupo de apoyo entre iguales, donde las personas que padecen una enfermedad mental crónica se facilitaron para ayudarse mutuamente. Cuatro ensayos se encontraron con un total de 318 participantes en su mayoría tenían un diagnóstico de esquizofrenia o como trastornos. El juicio más largo fue de 24 semanas y el más corto fue de 7 semanas. Los resultados medidos fueron la mejora de las competencias generales y específicas, la mejora de los síntomas y una mejor calidad de vida.

En la revisión sistemática Robertson et al., 1998 y Tungpunkom et al., 2008 concluyen que no hay pruebas convincentes para sugerir programas de habilidades para la vida son eficaces para las personas con enfermedades mentales crónicas- Ninguno de estos resultados fueron significativamente diferentes entre los habilidades para la vida, el apoyo mutuo y los grupos de control a pesar de los cuatro ensayos eran a menudo de medición de diferentes maneras, haciendo la comparación difícil. Además, el número de personas en dos de los estudios era muy pequeño, por lo que es poco probable que las diferencias se observan entre los dos grupos.

Para evaluar si los programas de habilidades para la vida son beneficiosos para las personas con problemas crónicos de salud mental de un gran ensayo debe hacerse utilizando bien investigada escalas para medir los resultados. Se necesitan urgentemente más estudios en esta área. Estos estudios tienen que ser grandes, cuidadosamente diseñados, alegorizados, bien dirigidos e informados. Sería posible diseñar un estudio con resultados pragmáticos y objetivos que puedan ser recogidos por aquellos que no estén tan implicados en la intervención evaluada. Usar escalas validadas, hacer referencia a los datos esperados y al estado previo, así como, a satisfacción y costes. Diferencias los datos continuos y los discontinuos, datos exactos de las p. y presentar los números totales de los que se derivan etc. Más datos sólidos se necesitan de estudios que se estadístico adecuado para determinar si la preparación para la vida es beneficiosa para las personas con problemas crónicos de salud mental.

El problema de la generalización de los resultados es unos de los principales problemas de esta técnica. De otro lado, Bustillo et al., 2001 en una revisión de ensayos clínicos controlados concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales ha sido ampliamente exitoso para el aprendizaje de conductas sociales específicas y que los resultados son prometedores en los pocos estudios de entrenamiento en habilidades sociales diseñados para incrementar la generalización, así como que se han demostrado resultados fundamentalmente positivos en los programas de empleo protegido, por lo que recomiendan el uso de estos tipos de intervención psicosocial.

Esto fue evaluado por Glynn et al., 2002, quienes comprobaron que el trabajo experimental llevado a cabo en contextos reales, con el nuevo procedimiento de entrenamiento en vivo diseñadas por Liberman (2002), parece validar lo adecuado de este procedimiento (In vivo ampliefed skills training, IVAST) para facilitar esa

transformación del entorno clínico al entorno real, así como, para mejorar el ajuste del ajuste del funcionamiento social del paciente en sus principales sociales e instrumentales y en su calidad de vida global.

5.- Terapia Resolución de problemas

Los síntomas graves y duraderos de la esquizofrenia a menudo son la causa de discapacidad grave. El estrés ambiental, como acontecimientos de la vida y las personas se enfrenta a problemas prácticos en su diario, pueden empeorar los síntomas de la esquizofrenia. El déficit en habilidades para resolver problemas en personas con esquizofrenia afecta al funcionamiento independiente e interpersonal y deterioran su calidad de vida. Como resultado, las terapias tales como la terapia de resolución de problemas se han desarrollado para mejorar la capacidad de resolver problemas para las personas con esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia a menudo carecen de la capacidad para resolver los problemas derivados de la vida cotidiana y los acontecimientos estresantes de la vida. Este déficit afecta a la posibilidad de una vida independiente, y contribuyen a la discapacidad y a una pobre calidad de vida.

La terapia de resolución de problemas es una intervención psicológica para mejorar la capacidad de las personas con esquizofrenia a abordar problemas de una manera sistemática y esta terapia se puede utilizar además de la medicación antipsicótica y otras intervenciones de apoyo. La terapia de resolución de problemas incluye varias etapas fundamentales: (i) La vinculación de los síntomas de los problemas, (ii) la definición de los problemas, (iii) el establecimiento de objetivos alcanzables, (iv) generar y elegir las soluciones preferidas, (v) la aplicación de soluciones preferidas y (vi) la evaluación de el resultado de la solución. Tratar más eficazmente con los problemas de la vida cotidiana es reducir el estrés, que probablemente disminuya el riesgo de una recaída o un aumento de los síntomas.

Para revisar la eficacia de la terapia de resolución de problemas en comparación con otras terapias equivalentes o con la atención habitual para las personas con esquizofrenia Se realizaron búsquedas en el Registro del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (septiembre de 2006), Los autores citados revisaron las referencias de todos los estudios identificados para obtener ensayos adicionales Se incluyeron todos los ensayos clínicos aleatorios que comparan el tratamiento con la solución de problemas con otras terapias equivalentes o con la atención habitual. Se extrajeron los datos de forma independiente.- Se realizaron los análisis estadísticos habituales. Solamente se incluyeron tres ensayos pequeños (n = 52) que evaluaron la solución de problemas frente a los cuidados de rutina, la formación de habilidades de afrontamiento o la interacción no específica. La información inadecuada de los datos inutilizables muchos resultados. No se pudo realizar el metanálisis.

Los resultados globales fueron limitados y no concluyentes, sin diferencias significativas entre los grupos de tratamiento de hospitalización, el estado mental, comportamiento, habilidades sociales o de abandono temprano del estudio. No se presentaron datos del estado global, la calidad de vida o la satisfacción.

Los autores concluyen que no se encontraron pruebas suficientes para confirmar o refutar los beneficios de la terapia de resolución de problemas como un tratamiento adicional para las personas con esquizofrenia. Se ha evaluado la eficacia de la terapia de resolución de problemas en comparación con otras terapias equivalentes o con la atención habitual para las personas con esquizofrenia. Se incluyeron tres ensayos pequeños aleatorios con muestras pequeñas y resultados pobremente descritos cuyos resultados globales no fueron concluyentes y no demostró una ventaja significativa para la solución de problemas que afectan a la admisión en el hospital, el estado mental, de comportamiento y habilidades sociales. Actualmente no podemos, a partir de los resultados de esta revisión, para proporcionar orientación para apoyar o desalentar el

uso de habilidades para resolver problemas de formación como un tratamiento adicional para las personas con esquizofrenia.

El pequeño número de participantes, la calidad de la información de los métodos y los resultados fueron motivo de preocupación. Más ensayos con un adecuado informe de los métodos para minimizar el sesgo, adecuado, validado, confiable y de resultados clínicamente significativos son necesarios para proporcionar pruebas sólidas para orientar la política y la práctica.

6.- La rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia

Los investigadores han encontrado consistentemente que las personas con esquizofrenia puntúan peor que otros, sobre una amplia gama de tareas cognitivas y que este déficit persisten incluso cuando la enfermedad está en remisión. La percepción del impacto del deterioro cognitivo en el día a día el funcionamiento ha llevado al desarrollo de técnicas de rehabilitación cognitiva con miras a subsanar estas deficiencias y mejorar así el funcionamiento de las personas con esquizofrenia. Para determinar si el uso de técnicas de rehabilitación cognitiva se asocia con una mejoría en personas con esquizofrenia y enfermedades relacionadas.

McGrath et al., en el 2000 revisó estos aspectos y se baso en las búsquedas electrónicas desde 1966-2000. Los revisores incluyeron los ensayos aleatorios que investigan el impacto de la rehabilitación cognitiva en personas con esquizofrenia o con condiciones relacionadas, en comparación con una intervención con placebo, otra intervención o tratamiento estándar. Esta versión de la revisión no incluye la comparación de diferentes tipos de rehabilitación cognitiva. Los estudios pertinentes fueron identificados y extrajeron los datos de forma fiable por dos revisores que trabajaron de forma independiente. En los estudios que no especificaron las razones para que los participantes que abandonan, se asumió que los que habían abandonado había experimentado ningún cambio en las medidas de resultado. Tres estudios pequeños cumplieron con los criterios de inclusión. Dos de rehabilitación cognitiva en comparación con una intervención con placebo (n total = 84), y la otra terapia para el trabajo (n = 33). Aunque la rehabilitación cognitiva fue tan aceptable como el placebo y la terapia ocupacional, con el desgaste bajo en ambos grupos, no se han demostrado efectos sobre las medidas del estado mental, comportamiento social, o el funcionamiento cognitivo.

Los autores concluyen que sólo se encuentra una revisión sistemática de 3 ensayos clínicos y no hay suficiente evidencia a favor de la eficacia de la rehabilitación cognitiva para la esquizofrenia. Un efecto, a favor de la rehabilitación cognitiva, en una medida de autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, MD 6,3 IC: 1.07-11.53) es digno de réplica en todos los ensayos futuros.

Recientemente Elias et al., 2003 realizó una revisión de la eficacia de la rehabilitación cognitiva en los pacientes esquizofrénicos, afirmando que hay evidencia científica con relación a: la existencia de déficits cognitivos en las personas con esquizofrenia, los ámbitos de repercusión de estos déficits (cognitivo, social, laboral...) y la posibilidad de modificar estos déficits a través de la rehabilitación cognitiva. Sin embargo, hay escasa evidencia en lo que atañe a la magnitud del efecto terapéutico y el tiempo de mantenimiento de los cambios, así como a la generalización de estos cambios a un nivel superior de funcionamiento, ya que los estudios de asociación entre la mejora en el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento adaptativo no ofrecen resultados concluyentes. Para solucionar estas inconsistencias en los distintos hallazgos y mejorar el conocimiento del efecto de la rehabilitación cognitiva en los pacientes esquizofrénicos es necesario principalmente: una mayor investigación sistemática con estudios controlados y un afianzamiento de las teorías integradoras. Finalmente, los autores señalan, los

resultados inconsistentes con relación a la generalización de los cambios cognitivos a un nivel conductual y social, plantean la necesidad de una intervención multimodal como tratamiento adecuado de la cognición social. Es decir, programas de rehabilitación en los que se intervenga tanto en las estrategias conductuales y personales, como en los déficits de procesamiento de la información.

7.- Terapia "cognitivo- conductual" (TCC) para la esquizofrenia.-

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las terapias verbales que se sugiere para ser de valor para las personas con esquizofrenia. Este enfoque ayuda a establecer conexiones entre los pensamientos, sus sentimientos y sus acciones en relación al síntoma objeto. Se corrigen los trastornos de la percepción, los pensamientos irracionales, y los razonamientos sesgados de los sujetos sobre el síntoma objeto. El paciente monitoriza sus propios pensamientos, sus sentimientos y sus conductas.

Jones et al., 2004 revisó los efectos de la TCC para las personas con esquizofrenia en comparación con la atención estándar, medicación específica, otros tratamientos y ninguna intervención- Se examinaron las referencias de los artículos seleccionados para ensayos pertinentes adicionales. Todos los ensayos clínicos aleatorios pertinentes de la terapia cognitivo-conductual para personas con enfermedades similares a la esquizofrenia Los estudios se seleccionaron de manera fiable y evaluaron la calidad metodológica. En 30 documentos se describen 19 ensayos. En las diferentes comparaciones se obtiene que:

CBT más la atención estándar no redujo la recaída y la readmisión en comparación con la atención estándar (a largo plazo 4 ECA, n = 357, RR 0,8, IC: 0,5 a 1,5), pero disminuyó el riesgo de quedarse en el hospital (1 ECA, n = 62, RR 0,5 IC: 0,3 a 0,9, NNT 4 IC: 3 a 15). CBT ayudó el estado mental en el mediano plazo (2 ECA, n = 123, RR ninguna mejoría significativa 0,7 IC: 0,6 a 0,9, NNT 4 IC: 3 a 9), pero después de un año la diferencia se había ido (3 ECA, n = 211, RR 0,95 IC: 0,6 a 1,5). Las medidas continuas del estado mental (BDI, la EBRP, CPR, MADRS, PAS) no demuestran un efecto consistente.

En comparación con la psicoterapia de apoyo, la TCC no tuvo ningún efecto sobre la recidiva (1 ECA, n = 59, a medio plazo, RR 0,6, IC: 0,2 a 2; 2 ECA, n = 83, a largo plazo RR 1,1, IC: 0,5 a 2,4). Esto también se aplica a los resultados de "n mejorías clínicamente significativas en el estado mental" durante los mismos periodos de tiempo (1 ECA, n = 59, a medio plazo, RR 0,8, IC: 0,6 a 1,1, 2 ECA, n = 100, a largo plazo RR 0,9, IC: 0,8 a 1,1).

Cuando la *CBT se combina con un enfoque psicoeducativo* no hubo una reducción significativa de las tasas de reingreso en relación con la atención estándar sola (1 ECA, n = 91, RR 0,9, IC: 0,6 a 1,4).

Los resultados provenientes del análisis de 19 ensayos clínicos sugieren una mejoría a corto plazo, asociado a un riesgo de recaídas considerablemente reducido con ella puede alcanzarse una mejoría del estado mental y del funcionamiento global superior a lo esperado en una terapia convencional. Pero los resultados no se mantienen a largo plazo. Se necesita más investigación en esta área. La terapia cognitivo-conductual se debe seguir evaluando en diversos entornos clínicos y la comparación de los efectos, tanto para expertos y profesionales menos cualificados. Los autores advierten de que para lograr una terapia cognitivo conductual eficaz debe darse una participación activa tanto por parte del terapeuta del paciente que participa en la terapia.

En definitiva la TCC es prometedora pero bajo intervenciones evaluadas. La información sobre los efectos de la CBT está basada en estudios relativamente pequeños

(debido al 30% de tasas de abandono se requieren al menos 100 personas) y no se puede decir que ofrezcan evidencias concluyentes de los efectos de la CBT sobre personas con enfermedades psicóticas. Actualmente los "datos basados en resultados" que apoyen el amplio uso de la CBT para enfermos con esquizofrenia u otras enfermedades psicóticas están lejos de ser concluyentes. Están justificados más estudios, especialmente en comparación con enfoques de apoyo de menor grado. Estas pruebas tienen que estar diseñadas para que sean a la vez significativas y ampliamente aplicables. La TCC es un prometedor, pero en virtud de la intervención evaluada, actualmente, el juicio basado en datos que apoyen el uso generalizado de la TCC para las personas con esquizofrenia u otras enfermedades psicóticas está lejos de ser concluyentes.

Actualmente la CBT es un tratamiento poco extendido proporcionado por terapeutas altamente experimentados. Por tanto, su aplicación práctica en el día a día puede que esté restringida por la disponibilidad de profesionales convenientemente cualificados. Los datos actuales nos dan pocas pistas sobre cuánta efectividad pueden tener las CBT cuando son aplicadas por profesionales menos experimentados. En una situación donde la CBT es imposible de proporcionar, la "terapia de apoyo" puede ser una alternativa.

A pesar del hecho de que puede ser una terapia efectiva, está actualmente inaccesible para la mayoría de las personas con esquizofrenia incluso dentro de los "servicios de cuidado" con más recursos. Esta situación continuará así hasta que: las técnicas básicas de la CBT puedan ser generalizadas para otros profesionales de la sanidad; o pueda aumentar la disponibilidad de especialistas que practiquen específicamente la CBT. Usar resultados duros como recaída, autolesiones, y recaída o readmisión, en vez de usar datos que se deriven de escalas. Podrían ser de interés datos de resultados referidos a calidad de vida, función social, estatus laboral, impresiones del cuidador/otro, efectos indeseados, así como ansiedad, depresión o dependencia en la relación con el terapeuta, fatiga en la plantilla y resultados económicos serán también de mucha utilidad.

Son necesarias pruebas clínicamente significativas en mayor cantidad, de mayor tamaño y de mayor aplicación general. Desafortunadamente los estudios no presentaron claras medidas de asociación entre intervención y resultado, por ejemplo, riesgos relativos, "razón de probabilidad" ("odds-ratio"), o "diferencia media", así como los "datos en crudo".

Más comparaciones de la CBT con "enfoques de apoyo" pueden tener un interés especial.

Posteriormente se han realizado numerosos trabajos pero tres de ellos son ensayos controlados aleatorizados. Tarrier et al., 1998 publicó un ensayos clínico aleatorizado con 87 pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica asignados aleatoriamente a grupos de tratamiento cognitivo conductual intensivo, terapia de apoyo, o a un grupo sin tratamiento (cuidados rutinarios), observando una mejoría en severidad y número de síntomas positivos a los tres meses del inicio del tratamiento con respecto a pacientes tratados con terapia de apoyo. También merece atención los trabajos de Sensky et al., (2000) confirmando la efectividad de la TCC para los síntomas psicóticos en la esquizofrenia resistente a la medicación antipsicótica y el de Lewis et al., (2002), aunque metodológicamente esta bien diseñado, excepto en el control de la variable medicación, los resultados obtenidos muestran que los efectos del tratamiento cognitivo conductual solo son transitorios. Probablemente la TCC sea un tratamiento eficaz debiendo ser bien establecido para llegar a conclusiones sólidas.

Un Guía clínica del tratamiento cognitivo-conductual en la esquizofrenia (Perona et al., 2003) en castellano ha sido hace unos años.

8.- Psicoterapia de grupos en la esquizofrenia

La psicoterapia de grupo, en sus diferentes orientaciones, puede ser una intervención viable y adaptable a todos los dispositivos sanitarios, a la vez que una alternativa eficiente dentro de unos servicios públicos con recursos limitados.

Recientemente hemos participado en una revisión sistemática (Tost et al., 2007) sobre las evidencia de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia. El objetivo de la revisión sistemática fue analizar la eficacia y efectividad de las terapias grupales como estrategias terapéuticas en personas con esquizofrenia e identificar los factores terapéuticos asociados. También se hizo una Revisión sistemática de las estrategias de grupo, análisis de las diferencias entre las modalidades halladas y sus resultados, diferencias con la terapia individual e identificación de los instrumentos de medida y escalas de evaluación de los parámetros terapéuticos de las terapias grupales. Se consultaron varias bases de datos electronicas desde 1887 a 2007. Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos se acudió a un tercer revisor. Los estudios tenían que cumplir con las siguientes características: 1) Las intervenciones debían utilizar la psicoterapia grupal como instrumento terapéutico en personas con esquizofrenia. Concretamente se revisó la literatura sobre grupos de terapia psicodinámica, grupos de terapia interpersonal, grupos de intervención cognitivo-conductual, grupos de afrontamiento de habilidades sociales y entrenamiento en la resolución de problemas; 2) Los estudios debían reclutar personas adultas (mayores de 18 años) con el diagnóstico clínico de esquizofrenia y/o trastorno esquizoafectivo y según los criterios diagnósticos de las clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento del DSM (APA) y CIE (OMS), que se encontraran en cualquier fase de la enfermedad. Se incorporaban estudios que se estuvieran realizando en personas con esquizofrenia tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario. Se excluyeron de la revisión los estudios no centrados en las estrategias antes mencionadas, concretamente los trabajos relativos a: grupos psicoeducativos, terapia familiar, grupos de autoayuda, psicodrama, análisis transaccional, Gestalt, etc. También se excluyeron los estudios que incluían a personas que, además de padecer esquizofrenia y/o trastorno esquizoafectivo, tuvieran retraso mental o algún trastorno orgánico cerebral asociado. Las medidas de resultados de los estudios que se incluyeron en esta revisión evaluaron los siguientes aspectos relacionados con la estrategia en sí y la repercusión sobre el paciente: tiempo de la intervención (duración total y/o número de sesiones), frecuencia y duración de las sesiones, lugar de realización ("setting") y contexto general de implementación de la intervención, contenido de las terapias (teorías y objetivos de trabajo), características profesionales del equipo terapéutico, entrenamiento y formación de los terapeutas, coste/efectividad de las estrategias, cambios en la psicopatología esquizofrénica y capacidad de insight de la persona con esquizofrenia, cambios sobre el funcionamiento global y social del paciente y cambios sobre la autopercepción del paciente y calidad de vida. Asimismo, también se evaluó el grado de satisfacción de la persona y de los familiares con la estrategia y la valoración subjetiva de la utilidad del grupo.

Una vez identificados los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los contenidos en hojas/fichas de extracción de datos diseñadas diferencialmente para los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), para los ensayos clínicos no aleatorizados (ECNA), estudios observacionales (EO), y para las revisiones sistemáticas (RS). La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECA, la escala de Estabrooks para los ECNA y EO, y la escala de Oxman para las RS. Los artículos y demás productos obtenidos en la literatura se valoraron de forma crítica en función de los grados de calidad y evidencia, con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Un total de 1.083 referencias se localizaron en las bases de datos electrónicas. Tras revisar los abstracts disponibles, 902 de ellos se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión descritos. De los 181 artículos que se seleccionaron y revisaron se

incluyeron 69 de ellos, a los que se debe añadir dos ensayos controlados aleatorizados localizados a partir de las búsquedas manuales, resultando un total de 71 artículos incluidos: 12 revisiones sistemáticas; 28 artículos de ensayos clínicos aleatorizados que resultaron ser 22 ensayos clínicos debido a que algunos artículos trataban del mismo estudio; 23 estudios controlados no aleatorizados; y 8 artículos de estudios observacionales que finalmente fueron 7 estudios observacionales puesto que dos artículos se referían al mismo estudio (Rico 2000 y 2001).
Los ensayos revisados incorporaban tres tipos distintos de psicoterapia de **grupo**: terapia cognitivo-conductual (CBT), terapia de entrenamiento en habilidades sociales (SST) y terapia integrada de la **esquizofrenia** (IPT). Diez de los ensayos clínicos describían resultados relativos a la primera de ellas (CBT), ocho a la segunda modalidad (SST) y cuatro a la técnica IPT.

Los resultados se exponen siguiendo esta categorización:

Los ensayos de CBT apoyan su eficacia en medidas de resultados secundarias como: desesperanza, depresión y autoestima, así como en el nivel de satisfacción de los usuarios hacia el procedimiento terapéutico. Sin embargo, no proporcionan resultados a corto plazo sobre las experiencias alucinatorias o delirantes de los pacientes. Halperin (2000) logra beneficios en ansiedad y fobia social, y Wykes (2005) en conducta social. Las intervenciones sobre SST logran resultados positivos en algunas medidas de funcionamiento social, si bien se plantean dudas a la hora de generalizar los resultados a la vida cotidiana del paciente. Los resultados obtenidos en el entrenamiento en habilidades sociales obviamente no se correlacionan con la psicopatología previa, ni con la mejora a corto plazo de la misma. Las intervenciones sobre IPT son la tercera modalidad terapéutica más utilizada que se ha encontrado en esta revisión. Los resultados plantean también limitaciones en la extrapolación de los beneficios fuera del contexto experimental. En Vallina (1998, 2001) se utiliza una intervención multimodal que proporciona logros positivos en todas las variables medidas, si bien no especifica la contribución de cada uno de los componentes del programa a los resultados globales y no se realiza un estudio del coste del mismo.

Como conclusión, los autores (Tost et al., 2007), afirman que los logros alcanzados en el contexto grupal, y en las terapias combinadas sobre el bienestar del paciente y su calidad de vida, tales como: superar el aislamiento, lograr comunicarse, mejorar la autoestima y salir de la desesperanza; así como comprender, aceptar, reconocer y revelar las experiencias psicóticas, alientan el desarrollo de estas practicas terapéuticas grupales y futuras investigaciones. Sobre sus efectos a largo plazo en las experiencias psicóticas mismas. Las visiones unilaterales y fatalistas de estos trastornos están asociadas a bajos niveles de asistencia sanitaria y poca dedicación de los profesionales. Hoy es posible ofrecer una mejor calidad en el tratamiento y esto es un objetivo necesario y prioritario. Además, es preciso desarrollar futuros ensayos en los que se mejore la calidad metodológica de los mismos, se utilicen grupos de participantes homogéneos, terapeutas especializados, así como grupos de control activos. Así mismo, se deben precisar los criterios de mejoría sobre funcionamiento social y calidad de vida del paciente utilizando instrumentos de medida adecuados y fiables. Como destaca la literatura científica en los últimos años, es importante llevar la aplicación de estas terapias al entorno de vida del individuo mediante intervenciones interdisciplinarias comunitarias de larga duración que incorporen refuerzos de las adquisiciones conseguidas.

9.- Arteterapia en la esquizofrenia o en enfermedades similares

Lyddiatt describe el uso del arte como un medio para forjar un vínculo con el yo del que se tiene poco conocimiento, "que tenga más de un siglo significa que es natural para el hombre" (Thomson 1989). Originalmente, la teoría de la arteterapia era que el arte en

sí mismo era un proceso curativo o una ocupación y los pacientes dibujaban imágenes en amplios ambientes similares a un taller de pintura (Gilroy 1995). Este punto de vista ha cambiado y en la práctica actual la Arteterapia utiliza teorías de diversas escuelas psicoanalíticas. La British Association of Art Therapists, la asociación profesional, brindó una definición general de la Arteterapia en 1989 en un intento por cubrir la diversidad de la práctica clínica. Dijeron que "el centro de la Arteterapia es la imagen y el proceso que implica una transacción entre el creador (el paciente), la obra de arte y el terapeuta. Como en toda terapia, se considera que traer sentimientos inconscientes a un nivel consciente y posteriormente explorarlos es válido para la arteterapia, pero aquí la riqueza del símbolo artístico y de la metáfora ilumina el proceso" (SCATP 1989). Woods en 1997 brinda una descripción detallada de la historia del uso de la Arteterapia para la esquizofrenia en el libro "Art, Psychotherapy and Psychosis". A través de una imagen, un individuo puede comunicar "tanto lo racional como lo irracional y encontrar una aceptación interpersonal que no tiene que amenazar la integridad del creador" (Sarra 1998). Esto puede ayudar a afirmar un sentido del yo, que puede no estar claro en la esquizofrenia y que puede verse más amenazado dentro de un contexto institucional (Sarra 1998).

Ha resultado ser difícil estimar la magnitud de la disponibilidad de esta intervención pero hay descripciones de su uso en personas con esquizofrenia, individualmente o en grupos, en contextos ambulatorios y hospitalarios en el sector publico y también en el sector privado. Una cuestión actual para los arteterapeutas es cómo traducir el trabajo que se suele realizar con pacientes psicóticos agudos en el ambiente contenedor de un hospital a un contexto ambulatorio (Wood 1997).

En muchos lugares el uso de medicación es el principal tratamiento para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. Sin embargo, muchas personas continúan experimentando síntomas a pesar de la medicación. Además de la medicación, las terapias creativas como la arteterapia pueden ser de ayuda. La arteterapia le permite al paciente explorar su mundo interior de una manera no amenazadora a través de una relación terapéutica y del uso de materiales artísticos. Se desarrolló principalmente en unidades psiquiátricas de adultos y se diseñó para que la utilicen personas en las que la psicoterapia verbal es imposible.

Rudy et al., 2005, reviso los efectos de la arteterapia como un tratamiento adyuvante para la esquizofrenia en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales. Se hicieron búsquedas en el registro del grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group's Register), se hicieron búsquedas manuales en las listas de referencias y en 'Inscape' (la publicación de la British Association of Art Therapists), y se contactó con autores relevantes. Todos los ensayos controlados aleatorios que compararon la arteterapia con la atención estándar u otras intervenciones psicosociales para la esquizofrenia. Se seleccionaron los estudios de forma fiable, se evaluó la calidad y se extrajeron los datos. Se excluyeron los datos donde más del 50% de los participantes en cualquier grupo se perdieron durante el seguimiento. La búsqueda identificó 57 informes pero solamente dos estudios (total n=137) cumplieron con los criterios de inclusión. Ambos compararon la arteterapia más la atención estándar con atención estándar sola. Menos personas asignadas a la arteterapia abandonaron el estudio antes de las 20 semanas en comparación con aquellos que recibieron atención estándar sola (n=47; 1 ECA; RR 0,34 IC 0,15 a 0,8; NNT 3 IC 1,5 a 7). Se informaron las medidas de cambio en el estado mental, las relaciones interpersonales y la red social pero los datos fueron demasiado problemáticos como para interpretarse con confianza.

Los autores concluyeron que se perdieron muchos datos debido a informes deficientes o un uso inapropiado de escalas pero que los estudios aleatorios han probado ser posibles en esta área. Se debería continuar la evaluación del uso de la arteterapia para las enfermedades mentales graves, ya que sus beneficios o daños son inciertos.

Nosotros en la actualidad, léase parte segunda, capitulo 10, venimos trabajando en esta dimensión desde un punto de vista clínico y de la investigación. En este sentido para garantizar la estabilidad de este recurso/técnica tuvimos que crear de la nada la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC).

10.- Danzaterapia

La esquizofrenia puede ser una larga enfermedad que origina limitaciones en el funcionamiento y restricciones en la participación. Los tratamientos más comunes para las personas con esta condición son los medicamentos (antipsicóticos) y la psicoterapia, la terapia conductual cognitiva y en especial la terapia familiar. Estos tratamientos funcionan bien para las personas con síntomas "positivos" (escuchar voces y otras alteraciones de los sentidos) y delirios (distorsiones en la forma en que el mundo se ve). Sin embargo, las víctimas de la "negativa" síntomas (tales como aplanamiento de estado de ánimo, la pobreza del lenguaje, falta de apetito, pérdida de sensibilidad, el aislamiento social y disminución de los movimientos espontáneos), no responden tan bien. La danza-terapia se define como el uso psicoterapéutico del movimiento como un proceso que facilita la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo.

La terapia de baile (también llamada terapia de movimiento de la danza) utiliza la danza y el movimiento para explorar las emociones de una persona en una manera no verbal. El terapeuta ayudará al individuo a interpretar su movimiento como un enlace a los sentimientos personales.

La terapia de baile o la terapia del movimiento de danza (DMT) se define como "el uso psicoterapéutico del movimiento como un proceso que promueve el desarrollo emocional, integración social, cognitivo y físico de la persona». Puede ser de valor para las personas con impedimentos de desarrollo, médica, social, físico o psicológico. La terapia de baile puede ser practicado en las unidades de rehabilitación de la salud mental, hogares de ancianos, guarderías e incorporados en la prevención de enfermedades y programas de promoción de la salud.

La revisión de Xia et al., 2009 tiene por objeto evaluar el efecto de esta terapia como un tratamiento para la esquizofrenia, en comparación con la atención estándar u otras intervenciones.

Se realizaron búsquedas en el Grupo Cochrane de Esquizofrenia Trials Register (julio 2007), se revisaron las referencias de todos los estudios identificados (incluidos y excluidos), y se contactó con los primeros autores para obtener datos adicionales. Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) que comparan la terapia de baile y los enfoques relacionados con la atención estándar u otras intervenciones psicosociales para las personas con esquizofrenia. Seleccionaron en forma fiable, se evaluó la calidad y extrajeron los datos. Se excluyeron los datos cuando más del 30% de los participantes se perdieron durante el seguimiento. Se incluyó un estudio simple ciego (n total = 45) de una calidad razonable. Se comparó el tratamiento y cuidado médico de rutina de baile con la atención habitual sola. La mayoría de la gente tolera el paquete de tratamiento, pero alrededor del 40% se pierde en cada grupo de cuatro meses (RR 0,68: 0,31 a 1,51). Las puntuaciones PANSS total promedio variable fueron similares en cada grupo (DMP -0,50 IC: -11,8 a 10,8) al igual que los resultados parciales positivos (DMP 2,50; IC: -0,67 a 5,67). Al final del tratamiento de personas significativamente mayor en el grupo de terapia de baile tuvo una reducción de un 20% mayor en la puntuación PANSS síntomas negativos (RR 0,62: 0,39 a 0,97), y en general las puntuaciones promedio del extremo negativo fueron más bajos (DMP -4,40 IC: -8,15 a 0,65). No hubo diferencias en la puntuación de satisfacción (puntuación media CAT, DMP 0,40: -0,78 a 1,58) y la calidad de los datos de la vida también fue ambiguo (puntuación media

MANSA, DMP 0,00: -0,48 a 0,48). Los autores concluyen que no hay ninguna evidencia para apoyar - o rechazar - el uso de la terapia de la danza en este grupo de personas.

Se identificaron seis estudios, pero cinco fueron excluidos porque no había datos fiables, porque eran de otra terapia de baile o porque no fueron adecuadamente aleatorios. El estudio incluyó a comparación de 10 semanas de terapia de grupo de danza más la atención estándar, al grupo de apoyo de asesoramiento más la atención estándar para el mismo período de tiempo. Era un proyecto de base comunitaria (Janey Antoniou de repensar, www.rethink.org Reino Unido) con 45 personas y ambos grupos fueron seguidos después de cuatro meses. De los resultados medidos (estado mental, la satisfacción con la atención, abandono temprano del estudio, la calidad de vida y efectos adversos), la mayoría no mostró ninguna diferencia entre los dos grupos. Sin embargo, cuando los síntomas negativos fueron específicamente medidos después de 10 semanas de tratamiento, hubo una mejora significativa en el estado mental del grupo de terapia de baile. En los cuatro meses de seguimiento más del 30% de los participantes se habían perdido de ambos grupos, lo que hace imposible sacar conclusiones válidas de los resultados medidos. En general, debido al número relativamente pequeño de personas, los datos de este estudio fueron concluyentes. Sin embargo, un ensayo aleatorizado mayor medida de los resultados como las recaídas, ingreso en el hospital, la calidad de vida, abandono temprano del estudio, el costo de la atención y satisfacción con el tratamiento ayudaría a aclarar si la terapia de la danza es un tratamiento efectivo para la esquizofrenia, especialmente para los síntomas negativos que no responden tan bien a la medicación y la psicoterapia.

Los autores concluyeron que sólo se encontró un ensayo de calidad razonable, que comparaba danza-terapia más atención rutinaria con atención rutinaria solamente en 45 pacientes con esquizofrenia. Un 40% abandonaron cada grupo a los 4 meses. Al final del estudio tanto la psicopatología general como los síntomas positivos fueron similares en ambos grupos*. Sin embargo, los síntomas negativos se redujeron más de un 20 % en un número significativamente mayor de pacientes asignados al grupo de danza-terapia*.. No se encontraron diferencias en cuanto a satisfacción con el tratamiento, o calidad de vida.

Esta terapia no ha sido demostrada y las personas con esquizofrenia, sus cuidadores, los investigadores y los financiadores de la investigación podría alentar a los trabajos futuros para aumentar la evidencia de alta calidad en este ámbito

Nosotros en la isla de Tenerife desarrollamos esta técnica terapéutica con las personas atendidas por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) y/o los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) y en la actualidad nos encontramos valorando la experiencia que puede leerse en la parte segunda en el capitulo 11.

11.- Dramaterapia

La medicación es la base del tratamiento para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, pero muchas personas continúan experimentando síntomas a pesar de la medicación. Además de la medicación, las terapias creativas, como la dramaterapia pueden ser beneficiosas. Dramaterapia es una forma de tratamiento que estimula la espontaneidad y la creatividad. Se puede promover la expresión emocional, pero no necesariamente requiere que el participante tenga conocimiento de su condición o psicológica de pensar. Estudios aleatorios que se han realizado con éxito en este ámbito pero el estudio de los pobres de información significa que no han podido sacar conclusiones de ellos. Los beneficios o perjuicios del uso de la terapia de teatro en la esquizofrenia, por lo tanto poco clara y más grande, se necesitan estudios de alta calidad para determinar el verdadero valor de la dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia. Una revisión sistemática fue realizada por Ruddy et al., en el 2007, quienes estudiaron los efectos de la dramaterapia y los enfoques relacionados como tratamiento adyuvante para la esquizofrenia en comparación

con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales. Se realizaron búsquedas en el Registro del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (octubre de 2006), la revista de la Asociación Británica de Dramatherapists y Arte en Psicoterapia y contacto con autores relevantes Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios que dramaterapia comparación, el psicodrama y los enfoques relacionados con la atención estándar u otras intervenciones psicosociales para la esquizofrenia. Seleccionaron en forma fiable, se evaluó la calidad y extrajeron los datos de los estudios. Se excluyeron los datos cuando más del 50% de los participantes de cualquier grupo se perdieron durante el seguimiento. La búsqueda identificó 183 referencias, pero solamente cinco estudios (n total = 210) cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron en las poblaciones de pacientes hospitalizados y compararon la intervención con la atención hospitalaria estándar. Un estudio había dramaterapia como la intervención, había juegos de rol, uno tenía un grupo de drama social y dos psicodrama utilizados. Dos de los estudios incluidos fueron chinos, y es difícil saber si el psicodrama y la atención psiquiátrica hospitalaria en China, de hecho es comparable con las intervenciones de drama y la atención hospitalaria en los otros estudios incluidos.

Se observo que no hubo hallazgos significativos sobre el valor de las intervenciones de drama para mantener a los pacientes hospitalizados comprometidos en el tratamiento. Los autores concluyen que se dispone de muy pocos datos debido a una información deficiente de los cinco estudios disponibles y no hay resultados concluyentes acerca de los daños o beneficios de la dramaterapia para los pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Pese a estas dificultades los estudios aleatorios son posibles en este campo. La utilización de la dramaterapia para la esquizofrenia y enfermedades similares a la esquizofrenia debe seguir siendo objeto de evaluación como sus beneficios, o daños, no están claros siendo una de las terapias creativas que pudiera ser de valor como tratamiento adyuvante para las personas con esquizofrenia o enfermedades similares.

Nosotros en nuestro ámbito desarrollamos esta técnica terapéutica con las personas atendidas por el Equipos Comunitarios Asertivos (ECA) y/o pertenecientes a los Centros de Recuperacion Psicosocial (CRPS) y en la actualidad nos encontramos valorando la experiencia, que puede leerse, una aproximación a la misma, en parte segunda en el capitulo 12.

PROVISION DE SERVICIOS DE SOPORTE

Las personas con graves enfermedades mentales necesitan acceso a tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo en la comunidad. Estos servicios pueden ser prestados a través de una variedad de servicios sociales, sanitarios y organismos de salud mental, cada uno con sus propios criterios de elegibilidad y procedimientos de solicitud y de seguimiento. Ante la inexistencia de una articulada de servicios, el acceso a la agencia adecuada es con frecuencia una frustrante y larga tarea, especialmente para las personas con enfermedad mental. Debido a la ausencia de conciencia de enfermedad, las severas deficiencias cognitivas y de motivación común a las enfermedades mentales graves estos elementos son especialmente intimidante, y muchos (si no la mayoría) de los pacientes simplemente dejar de intentarlo. Esto invariablemente acelera el ciclo rotatorio de alta hospitalaria: retorno a la comunidad, el abandono, la recaída, y volver al hospital psiquiátrico**.** Por ello nuevas formas organizativas de los servicios se han ido imponiendo en las prácticas de los servicios nacionales de salud**.**

Siguiendo con la metodología de revisiones sistemáticas del Grupo Cochrane para la esquizofrenia como realizamos en el apartado de procedimientos terapéuticos, haremos a la luz de la evidencia científica. una síntesis, no definitiva, de los hallazgos mas relevantes de los soportes comunitarios, considerando dentro de estos a: los recursos de alojamiento alternativo, de rehabilitación laboral, la gestión de casos, y el tratamiento asertivo comunitario (TAC).

1.- Residencias de apoyo

De apoyo para personas con enfermedades mentales graves puede obtenerse mediante la construcción de viviendas financiadas con la intención de aumentar las tasas de éxito del tratamiento y reducir los ciclos de reingresos hospitalarios. Muchas de estas iniciativas se basan en informes oficiosos de la eficacia y son costosos en términos de desarrollo, la inversión de capital y en curso de la prestación de cuidados.

Para determinar los efectos de los regímenes de residencias de apoyo en comparación con los sistemas de apoyo de extensión o la "atención estándar" para las personas con trastorno mental grave / s que viven en la comunidad, se realizo una revision por Chilvers en 2002 que sea actualizó en el 2006 con búsquedas en el Grupo Cochrane de Esquizofrenia (abril 2006) y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL, 2006 Número 2) Se incluyeron todos los pertinentes aleatorios o cuasi-aleatorios, los ensayos con personas con "trastorno mental grave / s de vivienda destinados a apoyo, en comparación con los sistemas de apoyo de extensión o la atención estándar. Nos centramos en los resultados de la utilización de servicios, el estado mental, satisfacción con la atención, el funcionamiento social, calidad de vida y los datos económicos. Aunque se obtuvieron 139 citas de las búsquedas, ningún estudio cumplió con los criterios de inclusión.

En esta revisión se intentó comparar los planes de vivienda apoyados con sistemas de apoyo de extensión o la "atención estándar" para las personas con trastorno mental graves que viven en la comunidad. No se identificó ningún estudio de los ensayos aleatorios en esta revisión. Hay una serie de opciones de vivienda financiados por el apoyo de las autoridades locales, así como organizaciones de caridad que pueden ser beneficiosos, pero también podría aumentar los niveles de dependencia de los profesionales y ofrecer una mayor exclusión de la comunidad. Sea o no los beneficios superan a los riesgos en la actualidad sólo una cuestión de opinión, debate e informes informales**.**

Hay una necesidad urgente de evaluar la eficacia de estos sistemas mediante ensayos aleatorios bien realizados. Ha habido una reducción significativa en el número de personas con enfermedades mentales graves que pasan largos períodos en hospitales de larga estancia. Las autoridades de salud de distrito, las autoridades locales, asociaciones de vivienda y las organizaciones de voluntarios conjuntamente espera que proporcione apoyo a las personas con trastorno mental severos. Este "apoyo" bien puede implicar algún tipo de vivienda especial.

La elección de los recursos de alojamiento alternativo, debe estar basado en una combinación de preferencias personales, criterio profesional y disponibilidad de recursos. Las decisiones de esta naturaleza deben ser tomadas con el completo entendimiento de que ningún tipo de intervención ha mostrado ser más efectiva que la otra con respecto a los síntomas, uso de futuros servicios, calidad de vida u otras medidas de importancia. Además, la eficacia del "apoyo domiciliario" permanece sin examinar. Hay que fomentar la participación en estudios que examinen la efectividad de tales servicios.

Las políticas en favor de la dedicación a planes de "apoyo domiciliario" deben ser vistas con cierta precaución y no deben ser implementadas sin planes de evaluación que usen métodos rigurosos, o deben ser desechadas a la espera de más evidencias de su efectividad. Se necesita investigación para identificar y cuantificar éstos, y para explorar su significado para los usuarios del servicio. Ya que hay muchas variaciones para tales servicios, el desafío para los investigadores es rodear los principios subyacentes para crear un estándar que pueda ser evaluado. La evaluación de estos servicios usando pruebas metodológicas es esencial para la provisión de evidencias de efectividad que podrían en última instancia contribuir en el proceso de toma de decisiones.

2.- Rehabilitación vocacional

La mayoría de las personas con enfermedades mentales graves gustaría trabajar y no son convincentes razones éticas, sociales y clínicos, para ayudarles a lograr este objetivo. Formación pre-profesional y de empleo con apoyo son dos enfoques diferentes para ayudar a las personas enfermas mentales graves obtener un empleo. El principio clave de la formación pre-profesional es que un período de preparación es necesario antes de entrar en un empleo competitivo. En cambio, el principio clave de Empleo con Apoyo es que la colocación en un empleo competitivo, debe producirse tan pronto como sea posible, seguido por el apoyo y la capacitación en el trabajo.

Las tasas de desempleo son altas entre las personas con enfermedades mentales graves, pero las encuestas muestran que la mayoría quiere trabajar. Servicios de rehabilitación vocacional existen para ayudar a personas enfermas mentales, encontrar trabajo. Tradicionalmente, estos servicios han ofrecido un periodo de preparación (formación pre-profesional), antes de tratar a los clientes en lugar de la competencia (es decir, el empleo abierto). Más recientemente, algunos servicios han comenzado a poner los clientes en el empleo competitivo de inmediato la vez que proporcionan sobre el apoyo en el trabajo (Empleo Apoyado). Inicialmente no estaba claro cuál es el enfoque más eficaz.

Lehman et al., en 1998, en la evaluación de resultados del Estudio PORT, del conjunto de recomendaciones, en la recomendación 27, señala, que a las personas con esquizofrenia que tienen alguna de las siguientes características debería ofrecérseles servicios vocacionales:

(a) la persona identifica el empleo competitivo como un objetivo personal,

(b) tiene una historia personal de anterior empleo competitivo,

(c) tiene una mínima historia de hospitalización psiquiátrica,

(d) se considera, sobre la base de una evaluación vocacional formal, que tiene buenas habilidades laborales (rehabilitación vocacional)

Crowther et al., 2001 evaluaron los efectos de la formación pre-profesional y de Empleo Apoyado (para personas con enfermedades mentales graves) entre sí y en contra de la atención convencional (en el hospital o la comunidad). Además, para evaluar los efectos de: (a) variedades especiales de formación pre-profesional (modelo casa club) y Apoyo para el Empleo (Apoyo Individualizado y el modelo de apoyo) y (b) técnicas para mejorar uno u otro enfoque, por ejemplo, el pago o la intervención psicológica**.** Se realizaron las búsquedas desde 1980 a 1998. Fueron incluidos los ensayos controlados aleatorios de los enfoques de rehabilitación profesional para personas con enfermedad mental grave. Un análisis de sensibilidad se realizó, con exclusión de los ensayos de menor calidad. Dieciocho ensayos controlados aleatorios de razonable calidad fueron identificados.

El principal hallazgo de esta revisión Cochrane fue que en el resultado primario (número en un empleo competitivo) Empleo Apoyado fue significativamente más eficaz que la formación pre-profesional, por ejemplo, a los 18 meses el 34% de las personas en Empleo con Apoyo fueron empleados frente al 12% en la formación pre-profesional (RR efectos aleatorios (desempleo) 0.76 IC 95%: 0,64 a 0,89, NNT 4,5). Los clientes en el Empleo Apoyado también ganaron más y trabajaron más horas por mes que los de formación pre-profesional. No hubo evidencia de que la formación pre-profesional fue más eficaz en ayudar a los clientes a obtener un empleo competitivo que la atención estándar en la comunidad. El empleo con apoyo es más eficaz que con anterioridad a la Formación Profesional en ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a

obtener un empleo competitivo. No había evidencia de que la "pre-formación profesional" fue más efectiva en la ayuda a usuarios a obtener empleos más competitivos que el modelo estándar del "cuidado comunitario" La evidencia de cinco estudios aleatorios (n= 484) mostraron que los usuarios de "empleo apoyado" eran más propensos a estar en empleos competitivos en seis momentos a lo largo de 18 meses Aunque el "empleo apoyado" está creciendo en popularidad, está aún menos extendido que la "pre-formación profesional".

La búsqueda de empleos competitivos es de alta prioridad para muchos enfermos mentales, así que las agencias de rehabilitación laboral que les sirven necesitan considerar cómo hacer el "empleo apoyado" más ampliamente disponible. Empleadores, médicos clínicos y usuarios deben alentar a las "agencias de rehabilitación laboral" a desarrollar y evaluar más planes de "apoyo al empleo" según este modelo.

Estos desarrollos no solo se han puesto en marcha en economías altamente competitivas y con altas tasas de empleo y sistemas de protección sanitaria y social débiles, sino también en economías menos competitivas, alto desempleo, y sistemas de protección sanitarios y sociales fuertes como puede ser varias regiones de Europa. Nosotros en la isla de Tenerife hemos puesto en funcionamiento varios Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo cuyos resultados pueden leerse en la parte cuarta en el capitulo 19 y recientemente hemos publicado una revisión sistemática (Rodríguez Pulido et al., 2007), cuyos resultados son similares a la revisión Group Cochrane excepto que nosotros constatamos que el empleo rápido no conlleva un empeoramiento clínico de las personas del espectro de la psicosis que logran trabajar con un salario competitivo pero tampoco se evidencia una mejoría clínica o en el funcionamiento social, y evidenciamos, una asociación entre las preferencia en el empleo y su duración. Además constamos que probablemente los Equipos de Apoyo Individualizado al empleo para aumentar su efectividad deberían introducir ampliar la visión de sus estrategias. Y recientemente el grupo EQOLISE (Burns, et al., 2007) llevo a cabo en 6 países europeos un ensayo aleatorizado multicéntrico con 312 pacientes con esquizofrenia, comprobó que el apoyo individualizado para la búsqueda de empleo (un miembro del equipo de salud mental especialista en búsqueda de empleo) ayuda a encontrar un empleo y reduce el número de ingresos hospitalarios, frente a los servicios de orientación profesional convencionales.

Se necesita hacer estudios complejos metodológicamente para medir los efectos del empleo sobre la recuperación clínica y social y estudios de costes-efectividad.

Puede profundizarse en la experiencia de los EAIE en la parte tercera en el capitulo 19.

3.- La gestión de casos

El concepto de gestión de casos (CM) para las personas con enfermedades mentales graves es una parte importante de la solución al problema de la fragmentación y de difícil acceso al servicio. Es la organización "pegamento" que une a un plan coordinado de tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo para los pacientes con enfermedades mentales graves

Los programas convencionales de CM se dirigen normalmente a 5 funciones básicas: evaluación de necesidades, la planificación del tratamiento, la articulación, el seguimiento y la promoción. Una variedad de modelos CM existen -desde *modelos generalistas*, en el que los gestores trabajan con gran número de casos y servicios de mediación de proveedores externos y de los organismos, de los *modelos clínicos*, en la que los gestores trabajan con menor número de casos y proporcionar algunos servicios de salud mental o de rehabilitación. Los modelos también difieren en cómo funciona el Administrador de Casos: solo o como parte de un equipo, con los fondos para servicios, o

con el control de acceso a los servicios clínicos, como los privilegios de admisión de hospitalización psiquiátrica.

Desde la década de 1960, en muchas partes del mundo, grandes psiquiátricos se cerraron y las personas fueron atendidas en clínicas para pacientes ambulatorios, centros de día o centros comunitarios de salud mental. El aumento de las tasas de reingreso sugirió que este tipo de atención de la comunidad puede ser menos eficaz de lo previsto.

La gestión de casos surgió en 1970 como un medio de coordinación de la atención de las personas con enfermedades mentales graves en la comunidad. Para determinar los efectos de la gestión de casos como método de cuidado de las personas con enfermedades mentales graves en la comunidad, Marshall et al en 1998, llevaron a cabo una revisión sistemática donde se compara la gestión de casos con la atención estándar en cuatro índices principales: (i) los números de permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos, (ii) extensión de la hospitalización psiquiátrica, (iii) los resultados clínicos y sociales, y (iv) los costos. Se realizo unas búsquedas electrónicas desde 1966-1997. Los criterios de inclusión fueron: los estudios de ensayos controlados aleatorios (i) que había comparado la gestión de casos a nivel de atención comunitaria, y (ii) habían participado personas con trastorno mental grave, principalmente entre las edades de 18-65. Los estudios de "la gestión de casos" fueron definidos como aquellos en los que los investigadores describen la intervención como "caso" o "gestión de la atención" y no "Tratamiento Asertivo en la Comunidad" o "actuar". Un estudio fue realizado para probar la fiabilidad de los criterios de inclusión. Se realizo las pruebas estadísticas propias de estos estudios.

Se observó que la gestión de casos aumentó la cantidad restante en contacto con los servicios (para la gestión de las probabilidades caso ratio = 0,70; 99% CI 0.50-0.98, n = 1210). La gestión de casos de aproximadamente el doble el número de admisiones a hospitales psiquiátricos (OR 1.84, IC del 99% 1.33-2.57, n = 1300. La gestión de los casos asegura que más personas queden en contacto con los servicios psiquiátricos (un paciente de cada 15 de quienes reciben una gestión del tipo "gestión de casos"), pero también aumenta las tasas de ingreso a hospitales. Las pruebas disponibles hasta el presente indican que la gestión de casos también aumenta la duración de estos ingresos, pero esto no está claro. Aunque hay alguna evidencia de que la gestión de los casos mejora el cumplimiento de los tratamientos, no produce mejoría clínicamente significativa del estado mental, del funcionamiento social o de la calidad de vida. No hay prueba alguna de que la gestión de los casos mejore el resultado de otras variables clínicas o sociales. Las pruebas disponibles indican que la gestión de los casos aumenta los costos de la atención sanitaria -es posible que sustancialmente-, aunque esto no está establecido con claridad.

En resumen y por consiguiente, los autores concluyen, que la gestión de los casos es una intervención de valor cuestionable y por ello debe considerarse si se ofrece por los servicios de atención psiquiátrica de la comunidad. Salvo un hallazgo positivo sobre cumplimiento en un estudio, la gestión de los casos no mostró ventaja significativa alguna sobre la atención estándar en ninguna variable psiquiátrica o social. Los datos de costo no favorecían la gestión de los casos, si bien la información disponible era insuficiente para permitir sacar conclusiones definitivas. Es difícil ver cómo los encargados de formular políticas que suscriban enfoques basados en pruebas pueden justificar mantener la gestión de casos como "la piedra angular" de la atención de la salud mental de la comunidad. La gestión de casos se comparo posteriormente con el principal enfoque alternativo, el tratamiento asertivo comunitario. Los modelos de CM pero los modelos CM de programación generalista, que no ofrece directamente los servicios clínicos y dependerá de la disponibilidad de estos servicios en la comunidad circundante. No ha cumplido con el reto de proporcionar servicios de integración dentro de la comunidad para el paciente psiquiátrico.

4.- Tratamiento asertivo comunitario (TAC/ACT).

Los pacientes con trastornos mentales graves presentan, en el contexto americano, un conjunto de dificultades, que fueron descritas por Lamb en 1976 (léase tabla 3).

Tabla 3 .- Dificultades de los enfermos mentales crónicos en el marco comunitario.

1.- No pueden recibir tratamiento de urgencias ya que los hospitales no disponen de camas.
2.-Reciben escaso o casi nulo tratamiento en las residencias asistenciales.
3.-Van a parar a priori en puestos que no existen emplazamientos mas apropiados.
4.-Viven en la calle sin recibir ningún servicio o atención.
5.-La carga de la atención recae sobre las familiares del enfermo mental (Kuehnel, 1984).
6.-Muchos precisan asistencia para su aseo.
7.-Pese a recibir medicación psicoactiva, muy pocos la siguen tal y como les fue prescrita.
8.-La mayoría son incapaces de mantener un hogar, acudir a las citas y conservar un trabajo remunerado.
9.-Pocas personas con incapacidad psiquiatrita son capaces de manejar dinero adecuadamente.
10.-Muchos esquizofrénicos tienen baja autoestima y sociabilidad, depresión, numerosos hábitos inadaptados y síntomas psicóticos activos.
11.-La mayoría son vulnerable al estrés y manifiestan déficit en habilidades de afrontamiento, dependencia extrema, dificultades en las relaciones interpersonales y deficiencias laborales.

Para el seguimiento de los pacientes en la comunidad nos encontramos en la practica organizativa con diferentes modelos (Mueser et al., 1998): modelo de Broker o Brokerage ; Modelo case management clínico ; modelote fuerzas o capacidades; modelo rehabilitador y el tratamiento asertivo comunitario (TAC/ACT).

El modelo de tratamiento asertivo comunitario (TAC/ACT) fue desarrollado por Stein y Test en Madison, Wisconsin, a finales de los años 60, en respuesta a las necesidades de los enfermos mentales con psicosis graves y crónicas, o con un patrón de elevada frecuentación y uso de recursos - observadas durante el proceso de reforma del Mendota State Hospital- y como alternativa al hospital psiquiatrico. El modelo de ACT fue desarrollado (Test et al.,1976) y evaluado (Stein et al.,1975) durante la década de 1970 en Madison, Wisconsin, donde llegó a ser llamado para la formación en la Vida Comunitaria (TCL) del programa (Stein et al.,1985; Test et al,1992). La primera evaluación principal se realizó en la década de 1970 por Stein y Test. (1980; 1998), realizando una revisión critica de su efectividad a comienzo de este siglo (Test et al., 2001). Thompson y sus colegas (1990) proporcionan un panorama histórico de desarrollo y evolución de este modelo de programa. Estudios de replicación posteriores se llevaron a cabo en Australia, (Hoult et al., 1983 y 1984) de California (Jerrel et al.,1989), y Londres (Mark et al.,1994).

Se han desarrollado normas claras y especificas que es el ACT e incluso se ha creado un comité internacional de expertos de cara a definir y validar el modelo. Las características de este modelo han sido establecidas por comités de expertos:

- Trabajo sobre población definida.
- Bajo ratio paciente/staff (10:1).
- Equipo multidisciplinar.
- Prestación de servicios en ambiente natural paciente.
- Servicios individualizados y completos.
- Responsabilidad de los casos compartida por todo los profesionales, mas que individualmente individual.
- Cobertura permanente 24 horas/7 días semana.
- Prestación directa por el equipo de todos los servicios sanitarios y sociales que necesita el paciente.
- Apoyo y servicios ilimitado en el tiempo

TAC es un enfoque para la organización y prestación de servicios de salud mental que trata de ofrecer una gama completa de tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo a través de un equipo multidisciplinario en la comunidad. Las características básicas incluyen contactos de clientes frecuentes por parte del personal, la prestación de servicios dentro de la comunidad, disponibilidad las 24 horas de los servicios, y la responsabilidad permanente de personal para la atención de sus clientes. Este es un programa con un alto nivel de intensidad de servicio. Se requiere el número de casos con el personal de la elevada relación entre el cliente con un contacto breve y frecuente. El Tratamiento asertivo comunitario (TAC) se desarrolló en la década de 1970 como respuesta al cierre de hospitales psiquiátricos. El TAC es un enfoque de equipo destinado a mantener a las personas enfermas en contacto con los servicios, la reducción de los ingresos hospitalarios y la mejora de los resultados, especialmente el funcionamiento social y calidad de vida.

A finales de los años noventa Marshall et al 1998 reviso de forma sistemática la eficacia de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC) como una alternativa a la i. la atención estándar en la comunidad, ii. hospital tradicional basado en la rehabilitación, y iii. gestión de casos. Para cada una de las tres comparaciones de los índices de resultado principales fueron i. permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos, II. medida de los ingresos hospitalarios psiquiátricos, III. los resultados clínicos y sociales, y iv. costes. Estos autores realizaron las búsquedas electrónicas desde 1966 a 1997. Los criterios de inclusión fueron que los estudios debían i. ser ensayos controlados aleatorios, ii. han comparado el ACT con la atención estándar en la comunidad, el hospital de rehabilitación, o la gestión de casos y iii. se han llevado a cabo en personas con trastorno mental severo, la mayoría de los cuales eran de entre 18 y 65 años. Los estudios de TAC se definen como aquellos en los que los investigadores describen la intervención como "Tratamiento Asertivo en la Comunidad" o uno de sus sinónimos. Los estudios de TAC como una alternativa a la hospitalización, los programas de derivación del hospital, para las personas en crisis, fueron excluidos. Evaluaron la fidelidad y la calidad de los datos obtenidos Y aplicaron los procedimientos estadísticos al uso. Los resultados que se obtienen del grupo Cochrane son los siguientes:

TAC versus la atención estándar en la comunidad. Aquellos que actúan recibir tenían más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios de personas que reciben atención estándar en la comunidad (OR 0,51, IC del 99% 0.37-0.70). Las personas asignadas al TAC eran menos propensos a ser ingresados en el hospital que los que recibieron la atención estándar en la comunidad (OR 0,59, IC del 99% 0.41-0.85) y pasaron menos tiempo en el hospital. En términos de resultados clínicos y sociales, diferencias significativas y sólida entre la TAC y la atención estándar en la comunidad se encuentra en i. estado de alojamiento, II. el empleo y III. satisfacción del paciente. No hubo diferencias entre el acto y los tratamientos de control sobre el estado mental o social en funcionamiento. TAC invariablemente reduce el costo de la atención hospitalaria, pero no tenía una clara ventaja sobre la atención estándar, cuando los demás gastos se han tenido en cuenta

TAC frente a los servicios hospitalarios de rehabilitación. Aquellos que actúan recibiendo no tenían más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios que los que recibieron rehabilitación en el hospital, pero los intervalos de confianza para la odds ratio fueron amplios. Cómo actúa la gente fueron significativamente menos propensos a ser hospitalizados que aquellos que recibieron el hospital de rehabilitación (OR 0,2, IC del 99% 0.09-0.46) y pasaron menos tiempo en el hospital. Los asignados a TAC fueron significativamente más propensos a vivir en forma independiente (o (para no vivir de forma independiente) 0,19, 99% CI 0.06-0.54), pero no hubo otras diferencias significativas y robustas en los resultados clínicos o sociales. No hubo datos suficientes sobre los costes para permitir la comparación.

TAC frente a la gestión de casos. No hubo datos sobre el número de permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos o en los números ingresados en el hospital. Las personas asignadas a actuar de manera coherente pasaban menos días en el hospital que las que figuran la gestión de casos. No hubo datos suficientes para permitir comparaciones exhaustivas de los resultados clínicos o sociales. El costo de la atención hospitalaria fue cada vez menos para los asignados a la TAC, pero la Ley no tenía una clara ventaja sobre el manejo del caso cuando los demás gastos se han tenido en cuenta.

En esta revisión los autores concluyeron que el TAC es un enfoque clínicamente eficaz para la gestión de la atención de las personas con enfermedades mentales graves en la comunidad. En este sentido se constata que, mantiene la adherencia de los enfermos mentales severos con el programa, reduce dramáticamente el tiempo de ingreso hospitalario de los pacientes, y mejora algunos aspectos del resultado. TAC, si son correctamente dirigidos a grandes usuarios de la atención hospitalaria, puede reducir sustancialmente los costos de la atención hospitalaria al mismo tiempo mejorar los resultados y la satisfacción del paciente. . Los equipos de ACT pueden ser particularmente útiles en entornos donde los cuidados a los pacientes psiquiátricos escasean Los responsables políticos, los médicos y los consumidores deben apoyar la creación de equipos de ACT.

Los TAC, sin embargo, son caros a corto plazo, así que los políticos deben considerar cómo pueden ser financiados nuevos equipos de TAC. Una de las soluciones que nos proponen para reducir su alto coste es proporcionar TAC a los pacientes que más tiempo están ingresados en psiquiatría, bajo estas circunstancias los equipos ACT se autofinancian. Y otra solución para bajar los costes, es crear equipos de TAC con recursos que actualmente se desaprovechan en formas de cuidados menos efectivas, como la "Case Managment".

Asimismo para la investigación futuras nos proponen cuatro recomendaciones Nos insisten en que es necesario hacer posible: i. identificar los ingredientes efectivos del modelo ACT; ii. Identificar aquellos pacientes que probablemente más se beneficiaran del ACT; y iii. Permite un meta-análisis más sofisticado de los datos económicos existentes.

Sin embargo, el impacto económico de este enfoque, como decíamos, ha recibido escasa atención. En las recomendaciones terapéuticas, del equipo de investigación de resultado en pacientes con esquizofrénicos (PORT, Lehamn et al., 2004) (dependiente de Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (INSM) y de la Agencia para la Política de Cuidados en Salud), en los tratamiento psicosociales, se señala que las pruebas de un creciente número de estudios de coste-efectividad sugiere, sin embargo, que TAC actúan de manera eficaz y puede reducir significativamente los costos generales de atención a pacientes con enfermedades mentales graves, con una historia de repetidas hospitalizaciones psiquiátricas o que han sido difíciles para participar en la programas convencionales. Esta relación coste-eficacia general se consigue a través de cambios en los costos de la hospitalización a la comunidad de los sectores basados en la atención, a menudo en un ahorro neto para el sistema de salud mental. De particular importancia es el hecho de que el ahorro de costes de la reducción del uso de servicios de hospitalización tiende a ser casi inmediata, la reducción significativa se puede conseguir en los primeros 6 a 12 meses de actividad del programa (Scott et al., 1995).

Por último, se recomienda en la literatura especializada seguir estudiando las comparaciones entre el TAC y los "cuidados estándar" en países fuera de Estados Unidos, en especial en aquellos con buenos servicios de investigación primaria, como en Reino Unido. Se espera que estos estudios arrojen una correlación inversa entre los sistemas públicos de atención a la salud y la promoción de los TAC. Es sorprendente que tan solo dos estudios con casos control aleatorio y comparativas entre TAC y "cuidados estándar" se han realizados fuera de Estados Unidos. Hoy en el Reino Unido, Canadá y Australia los

TAC son una realidad formando parte de sus sistemas nacionales de salud. En el 2007 la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud promovida por Consejo Interterritorial de Salud se recomienda los TAC y case managment para la atención de los trastornos mentales graves en nuestro país. En Asturias (1990) y Tenerife (2005) los TAC es una realidad vinculada a los sistemas públicos de atención a la Salud Mental. Si desea conocer nuestra experiencia, léase en la parte tercera, el capitulo 13.

BIBLIOGRAFIA

Rodríguez Pulido, F. (1995): Análisis del modelo asistencia en el Archipiélago Canario. Dirección de Asistencia Sanitaria. Gobierno de Canarias.

Rodríguez Hernández, S. Rodríguez Pulido, F. Hernández Marrero J. (2000): La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales. Ayuntamiento de Santa Lucia. Proyecto ISLEM. Gran Canaria.

Arango Cálad, C.A. (2003): Los vínculos afectivos y l a estructura social, una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. Investigación y desarrollo vol 11, n° 1:70- 103.

Gottlieb, B.H. (1983): Social support strategies: Guidelines for mental health practice. Beverly Hills, CA: Sage.

Gottlieb, B.H. Quandaries in translating social support concepts to intervention. (1992): En H.O.F. Veiel & U. Baumann (comps.), The meaning and measurement of social support. Nueva York: Hemisphere.

Gracia, E. Herrero, J. Musitu, G. (1995): El apoyo social. Barcelona: PPU.

Gracia, E. Musitu, G (1990). Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano J.R. Bueno (comps.), Psicología Comunitaria. Valencia: NAU Llibres.

Lin, N (1986): Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, W. ENTEL (comps.). Social support, life events and depression. Nueva York: Academic Press.

Waddell, J. Shors Tracey, J. (2008): Neurogenesis, Learning and associative strength. European Journal of Neurosciencie, 27:11:3020-3028.

Ortiz T. (2009): Neurociencias y educación. Alianza Editorial. Madrid.

Shors Tracey, J. (2009): Salvar las neuronas nuevas, En El cerebro, hoy. Tema 57. Investigación y Ciencia. Scientific American, Septiembre, 19-25.

Rund, BR. (1998): A review of longitudinal studies of cognitive funcions in schizophrenia patients. Schizophrenia Bull, 24(3):425-435.

Pantelis, Ch. Yücel, M. Wood, S.J. Velakoulis, D. Sun D. et al., (2006): Evidencia por neuroimagen estructural de procesos patológicos múltiples en diferentes estadios del desarrollo cerebral. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp), 1(2):66-91.

Rubia, F.J (2004): El cerebro nos engaña. En Mora F. Esplendores y miserias del cerebro. Fundación Santander Central Hispano, 377-391.

Gillihan Seth, J. Farah, M.J. (2005): Is self special? A critical review of evidence from experimental psychology and cognitive neurosciencie . Psychological Bulletin (Ed Esp),131(1):76-97.

Rizzolatti, G. Signaglia, C. (2006): Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatia emocional. Paidos Transiciones. 117-139.

Bartra, R. (2006): Antropología del cerebro. La conciencia y los sistemas simbólicos.- Pre-Textos.

Hofman, R.E. (2008): Hipótesis de la desaferenciacion social en la inducción de la esquizofrenia activa. Schizophrenia Bulletin, 3 (2): 75-79.

Picard, H. Amado, I. Mouchet-Mages, S. Olie, JP. Krebs, MO. (2009): Función del cerebelo en la esquizofrenia: actualización de los indicios clínicos, cognitivos y funcionales. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp), 4 (1): 17-34.

Junque, C. Barroso, J. (2009): Manual de neuropsicologia. Editorial Síntesis.

Foucault, M. (1999): El Nacimiento de la clínica: Una Arqueología de la mirada medica. 1 Edición. Siglo XXI.

Colina, F. (2007): El saber delirante. Madrid. Ed. Síntesis.

Rivas Padilla E (2005). Dialogo y Trato con el sujeto psicótico En. Gómez Esteban R. Rivas Padilla E. La practica analítica en las instituciones de salud mental. La psicosis y el malestar en la época actual. VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. AEN. Estudios/34,25-61.

Barch, D. M. (2006): Relaciones entre cognición, motivación y emociones en la esquizofrenia: lo mucho o lo poco que sabemos. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp) ;1(3):190-196.

Lincoln, T.M. Lüllmann, E. Rief, W. (2008): Correlaciones y consecuencias a largo plazo de un escaso insght en pacientes con esquizofrenia. Revisión sistemática. Schizophrenia Bulletin (Esp), 3(3):169-188.

Perkins, R. (2007): Making It! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems. London: South West London. St. George's Mental Health NHS. Trust.(www.swlstg–tr.nhs.uk).

Boevink, W. (2007): Historia personal: De tener un trastorno a ocuparse de la vida: la exploración de la experiencia en la asociación entre trauma y psicosis. Schizophrenia Bulletin, 1(2):21-23.

Lázaro, J. Gracia, D. (2006): La relación médico-enfermo a través de la historia An. Sist. Sanit. Navar., 29 (Supl. 3):7-17.

García Ortega, C. Cózar Murillo, V. Almenara Barrios, L. (2004): La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. Rev Esp Salud Pública, 78:4: 469-479.

Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Hernández, S. Hernández Marrero, J. et al., (2000): Los trastornos mentales y la discapacidad y su relación con la cronicidad. En Rodríguez Hernández S. Rodríguez Pulido F. Hernández Marrero J La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales. Ayuntamiento de Santa Lucia. Proyecto ISLEM. Gran Canaria, 167-188.

Harding, CM. Zubin, J. Strauss, J.S. (1992): Chronicity in Schizophrenia. Revisited. British Journal of Psychiatry, 16(suppl.18):27-37.

García Montes, J. Pérez Álvarez, M. (2003): Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3;(1):107-122.

Vázquez, C. Nieto, M. López-Luengo, B. (2002): Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Eds.), Rehabilitación en salud mental: Situación y perspectivas (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones.

Anasagasti, I. El mito del "deterioro" en las psicosis frente a la apuesta por la reconstrucción del "sujeto" (2005). En. Gómez Esteban R. Rivas Padilla E. La practica analítica en las instituciones de salud mental. La psicosis y el malestar en la época actual. VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. AEN.. Estudios/34.2005.65-74.

Anthony, W.A.(1997) : Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. American Psychologist, 32:658-662.

Sarraceno, B. Montero, F. (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En Aparicio V. Evaluación de servicios en salud mental. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 313-321.

Bellack A.S. (2007): Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizfrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones, Schizophrenia Bulletin (ed Esp);2(3):117-128.

Anthony, W. A. Cohen, M. Farkas, M. (1990): Psychiatric Rehabilitation. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

Anthony W.A.(1993): Recovery frommental health illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabili J. 16(4):11-23.

Farkas M. (1996): Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En Aldaz, J.A. Vázquez, C. Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiátricos en la rehabilitación. Madrid. Siglo XXI de España Ediciones.

Davidson, L. McGlashan, T.H. (1997): The varied outcomes of schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry, 42:34–43.

Harrow, M. Grossman, L.S. Jobe, T.H. Herberner, E. (2006): Los pacientes con esquizofrenia: ¿alguna vez presentan períodos de recuperación? Un estudio de seguimiento de 15 años. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp);1(2):92-103.

Robinson, D. Woerner, M. McMeniman, M. Mendolowitz, A. Bilder, R.(2004): Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia of schizoaffective disorder. Am J Psychiat., 161:473-479.

Whitehorn, D. Brown, J. Richard, J. Rui, Q. Kopola, L.(2002): Multiple dimensions of recovery in early psyvhosis. Int Rev Psychiatr., 14:273-283.

Noordsy, D. Torrey, W. Mueser, K. Mead, S. et al., (2002): Recovery from severe mental illness: an interpersonal and functional outcome definitions. Int Rev Psychiatr.,14:318-326.

Corrigan, PW. Gliffort, D. Rashid, F. Leary, M. Okeke, I. (1999): Recovery as a psychological construct. Community Ment Hlt J. 35:231-239.

Frank, E. Prien, RF. Jarret, RB. et al., (1991): Conceptualization and rationales for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse and recurrence. Arch Gen Psychiat., 48:851-855.

Prien, Rf. Carpenmter, LL. Kupfer DJ. (1991): The Definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder: a review of the current research literature. Arch Gen Pschiatr., 48:796-800.

Harding, C. M. An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatry disorders. (1994). Ed R. Ancill. Schizophrenia: Exoploring the Spectrum of Psicosis. Jhon Wiley & Sond Ltd. 153-168.

Harrison, G.Hopper, K. Craig, T. et al., (2001) : Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. Br J Psychiatry, 178;506-517.

Kraepelin, E. La demencia Precoz. Buenos Aires. Polemos. 2008:211-239

Bleuler E (1950). Demencia Precoz en el Grupo de las Esquizofrenias. Ediciones Horme. 259-278.

Kelly, DI. Copnley, RR. Carpenter, WT.(2005): First-episode schizophrenia: a focus on pharmacological treatment and safety considerations. Drug, 65:1131-1138.

Davidson, L. Harding, C. Spaniol, L. (2005): Eds. Recovery From Severe Mental Illnesses. Research Evidencia and Implication for Practice. Vol 1. Boston Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sarget College of Health And rehabilitation Sciencies, Boston University.

Ciompi, L. (1980): Catammnesis long-term study on the course of life and ading of schizophrenics. Schizoprehia Bulletin, 6:606-18.

Warner, R. (2004): Recovery from Scizophrenia. Psychiatry anad Political Economy. 3ª Edition. Brunner-Routledge.233-260.

Digby, A. (1985): Madness, Morality and Medicine – A study of the York Retreat, 1796–1914.Cambridge University Press: Cambridge.

Hogan, ME. (2003): New Freedom Commissión report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. Psychiatr Ser., 54:1467-1474.

Clark, D. (1974): Social Therapy in Psychiatry.Penguin Books: Harmondsworth, London.

Bennett, D. (1978): Social forms of psychiatric treatment. In J.K. Wing (ed.) Schizophrenia: Towards a new Synthesis. Academic Press.

Shepherd, G. (1984): Institutional Care and Rehabilitation. Longmans: London

Perkins, R. (2006): First person: 'you need hope to cope'. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. Tattan, T. (eds.) Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry. Gaskell: London.

Roberts, G. Davenport, S. Holloway, F. Tattan, T. (2006): Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry. Gaskell: London.

Rapp, C. Goscha, R.J. (2006): The Strengths Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.

Mental Health Commission (1998): Blueprint for mental health services in New Zealand. Mental Health Commission: Wellington NZ.

Mental Health Commission (2005): A vision for a recovery model in Irish mental health services. Mental Health Commission: Dublin.

National Institute for Mental Health in England (2004): The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce. Department of Health: London. National Social Inclusion Programme / CSIP (2007) Capabilities for Inclusive Practice. National Social Inclusion Programme / CSIP : London. (www.socialinclusion.org.uk).

Royal College of Psychiatrists / Social Care Institute for Excellence / Care Services Improvement Partnership (2007) A common purpose: Recovery in future mental health services. Social Care Institute for Excellence: London.

Shepherd, G. Boardman, J. Slade, M. (2007): Hacer de la recuperacion una realidad Sainbury Centre for Mental Health Policy Paper Making Recovery a Reality. Edición en Castellano.

Anthony, W.A. (1993): Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11 –23.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville Md: Dept of Health and Human Services; 2005.

Andresen, R., Oades, L., Caputi (2003): The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 586–594.

Rethink (2008). A brief introduction to the recovery approach (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery_and_self_management/recovery) ([Accessed February 2008]

Andresen, R., Caputi, P, Oades, L. (2006); Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40:972-980.

Davidson, L., Roe, D. (2007): Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. Journal of Mental Health, 16, 459–470.

Glynn, S.H. Cihen, A.M. Dixon, L.D. Niv N. (2007): Impacto potencial del movimiento de la recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos. Schizophrenia Bulletin (Ed. Esp); 2(3):129-142.

Barker P.J. (2004): Uncomomon sense-The tidal model of mental health recovery. New Therapist, 33:14-19.

Lorenzo, Mª D. Continuidad de cuidados. Cronicidad. En Rubio J.L.(1997). Equipos e instituciones de salud (mental), salud mental) de equipos e instituciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 21;143-148.

Recamier, P.C.(1983): Los esquizofrénicos. Madrid. Biblioteca Nueva.

García Badaraco J.E. (1990): La comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid. Tecnipublicaciones.

Mosher, L. Burti, L (1989): Community Mental Health. Principles and Practice. New York; Norton.

Adams, C.E Coutinho, E.S.F. Davis, J. Duggan, L. Leucht, S. t al., (2009) : Grupo Cochrane de esquizofrenia. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp), 4(1):41-47.

Buckley, LA. Pettit, TACL, Adams, CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004716. DOI: 10.1002/14651858.CD004716.pub3.

Pekkala, E.T. Merinder, L.B. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI:. 10.1002/14651858.CD002831.

Vallina Fernández O. Lemus Giradles S. (2003): Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez Álvarez M. Fernández Hermida J.R. Fernández Rodriguez C. et al., Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Madrid Pirámide, 18-79 pp.

Pharoah, F. Mari, J. Rathbone, J. Wong, W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.

Dixon, L. Adams, C. Lucksted, A. (2000): Family Psychoeducation for Schizophrenia: An Update, Schizophrenia Bulletin 2000;26(1):4-20.

Dixon, L. McFarlane, W. Lefley, H. Lucksted, A. Cohen, M. Falloon, I. Mueser, K. Miklowitz, D. Solomon, P. Sondheimer, D. (2001): Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities, Psychiatric Services. 52:903-910.

Muela, J.A. Godoy, J.F.N. (2001): Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. Psicothema, 13;1;1-6

Xia, J. Li, C. Problem solving skills for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD006365. DOI: 10.1002/14651858.CD006365.pub2.

McGrath, J. Hayes, RL. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000968. DOI: 10.1002/14651858.CD000968.

Robertson. L. Connaughton, J. Nicol, M. (1998): Life skills programmes for chronic mental illnesses The Cochrane Database of Systematic Reviews Crochrane Schizophrenia Group.

Tungpunkom, P. Nicol, M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD000381. DOI: 10.1002/14651858.CD000381.pub2.

Bustillo, JR. Lauriello, J. Horan, WP. Keith, SJ. (2001): The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. Am J Psychiatry, 158:163-75.

glynn, S. M. Marder, S.R. Liberman, R.P. Blair, K. (2002): Suplementig clinic-based skills training with manual-based community support sesions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. American Journal of Psuchiatry, 1959;827-837.

Liberman, R.P. (2002): En vivo Amplified skills training : Promoting generalization of independent. Living skills for clients with schizophrenia. Sychiatry, 2;10-12,20-32.

McGrath, J. Hayes, RL. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000968. DOI: 10.1002/14651858.CD000968

Elias Abadias, M. Chesa, D. Izquierdo, E. Fernández, E. Sitjas. M. (2003): Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: una revisión. Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría, 86 ;91.-103.

Jones, C. Cormac, I. Silveira da Mota Neto, JI. Campbell, C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD000524. DOI: 10.1002/14651858.CD000524.pub2.

Tarrier, N. Yusupoff, L. Kinney, C. McCarthy, E. et al., (1997): Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia BMJ, 317:303-307.

Sensky, T. Turkington, D. Kingdon, D. Scoott, J.L. et al., (2000): A randomized controlled trial Cognitive-Behavioral Therapy for persistent symptoms in chizophrenia resistasnt to mediocation. Archives of General Psychiatry, 57;165-172.

Lewis, S. Tarrier, N. Haddock, G. Bentall, R.P. et al., (2002). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia:acute-phase outcomes. British Journal of Psychiatry, 181 (Suppl,43), s91-s97.

Perona Parcelan, S. Cuevas Yust, C. Vallina Fernández O.- Lemos Giradles S. (2003). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica Madrid. Minerva Ediciones.

Tost Pardell, L. Hernández A de Sotomayor, C. Rodríguez Pulido, F. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos J. González de Chávez, M. Rodríguez García, Á. González Lorenzo, M. Rivero Santana, A. Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. SESCS Num. 2007/13

Thomson, M.(1989): On art and therapy. London & New York: Free Association Books.

Gilroy, A. Lee, C. (1995): Art and music therapy and research. London & New York: Routledge.

Wood, C. (1997): In: Killick K, Schaverien J, editor(s). Art psychotherapy and psychosis. London & New York: Routledge.

Sarra, N. (1998). In: Skaife S, Huet V, editor(s). Art psychotherapy groups. Between pictures and words. London & New York: Routledge, 74.

Ruddy, R. Milnes, D. La terapia de arte para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD003728. No.: CD003728. DOI: 10.1002/14651858.CD003728.pub2

Xia J. Grant, TJ. Dance therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD006868. DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub2.

Ruddy, R. Dent-Brown, K. Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia. La Biblioteca Cochrane Plus (ISSN 1745-9990). De La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford.

Chilvers, R. Macdonald, G. M. Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, 4, CD000453.

Lehman, A.F. Steinwachs, D.M. (1998): Pattern of Usual Care for Schizophrenia: Initial Results From the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. Schizophrenia Bulletin, 24(1):11-20.

Crowther, R. Marshall, M. Bond, G. Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080 Authors' conclusions

Rodríguez Pulido, F. Tallo Valdana, E. Tost Pardell, L. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos, J. Rivero Santana, A. González Lorenzo, M. Rodríguez García, A. Hernández A de Sotomayor, C. Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Num. 2007/12

Burns, T. Catty, J. Becker,T. Drake, RE. Fioritti, A. Knapp, M. Lauber, C. Rössler, W. Tomov, T. van Busschbach, J. White, S. Wiersma, D. EQOLISE Group.(2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet.29;370(9593):1146-52

Marshall, M. Gray, A. Lockwood, A. Green, R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858. CD000050.

Lamb, HR. (1996): Guiding principles for community survival. En: Community Survival for Long-Term Patients. Lamb HR. Ed- San Francisco:Josey-Bass.

Mueser, KT. Bond, GR. Drake, RE. Resnik, SG. (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 25(1):37-74.

Stein, LI. Test, MA. Marx, AJ. (1975): Alternative to the hospital: a controlled study. American Journal of Psychiatry, 132:517–522.

Test, M.A. Stein, L.I. (1976): Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal* 12:72-82.

Stein, LI. Test, MA. (1980): Alternative mental hospital treatment, I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 37:392-397.

Test, MA. Stein, LL. (1980). Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. Archives of General Psychiatry, 37:409–412.

Stein, LI. Test, MA. (1985): The Training in Community Living model: a decade of experience. New Directions for Mental Health Services 26:1–98.

Test, M.A. (1992): Training in Community Living. In *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R. P. Liberman, ed., pp. 153-7, Macmillan Publishing, New York.

Stein, L.I. Santos, A.B. (1998): *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness,* Norton, New York.

Test, M.A. Stein, L.I. (2001): A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services* 52:1396-7.

Thompson KS, Griffith EH, Leaf PJ. (1990): A historical review of the Madison model of community care. Hosp Community Psychiatry 41:625-633.

Hoult, J. Reynolds, I. Charbonneau-Powis, M. et al.,(1983) : Hospital Psiquiátrico versus el tratamiento de la comunidad: Los resultados de un ensayo aleatorizado. Aust NZJ Psiquiatría 17:160-167.

Hoult, J. Reynolds, I. (1984): Esquizofrenia: Un ensayo comparativo de los orientados hacia la comunidad y la atención hospitalaria psiquiátrica orientada. Acta Psychiatr Scand., 69:359-372.

Jerrell, JM. Hu, TW. (1989): Rentabilidad de la intensidad clínica y gestión de casos en comparación con un sistema de atención existentes. Encuesta 26:224-234.

Marks, IM. Connolly, J. Muijen, M. et al., (1994): Home-based versus la atención hospitalaria para las personas con enfermedad mental grave. Br J Psychiatry, 165:179-194.

McGrew, JH. Bond, GR. Dietzen, L. McKasson, M. Miller, LD. (1995): A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. Psychiatr Serv., 46:696-701.

McGrew, JH. Pescosolido, B. Wright, E. (2003): Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation. Psychiatr Serv., 54(3):370-6.

Moser, L.L Bond, G.R.(2009): Scope of Agency Control: Assertive Community Treatment Teams' Supervision of Consumers Psychiatr Serv, 60(7):922–928.

Marshall, M. Lockwood, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

Lehman, A. F. Kreyenbuhl, J. Buchanan, R.W. Dickerson, F.B. Dixon, L.B. Goldberg, R. et al., (2004): The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. Schizophrenia Bulletin, 30(2): 193-217.

Scott, JE. Dixon, LB. (1995): Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21:657–668.

Estrategia de Salud Mental de Sistema Nacional de Salud (2006): Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 2

LO CLÍNICO PARA CONSTRUIR UN MODELO RELACIONAL

Francisco Rodríguez Pulido. Ángeles Rodríguez García.

El comienzo del siglo XXI también ha sido el comienzo de una nueva manera de observar la problemática de las personas con trastornos mentales graves en la

comunidad canaria, en este caso, en la isla de Tenerife. Un nuevo siglo que ha traído el impulso acumulado en la ultima cuatro décadas del siglo XX de transformación de la asistencia psiquiatrica en el mundo, sobre todo, en el mundo europeo industrializado. Con distintos desarrollo de los modelos asistenciales y diferentes ritmos de implementación de estos de acuerdo a las condiciones políticas, económicas, sociales, científicas, y culturales de cada país, la isla de Tenerife, a pesar de su retraso, ha sido capaz de imprimir una velocidad aeronáutica en el desarrollo de los soportes comunitarios de salud mental, que no podría haber sido factible sin el conocimiento de la herencia aportada por las ciencias del hombre y de la cultura en estos años.

Nuestro particular desarrollo, en una isla del Atlántico, con un territorio delimitado naturalmente donde se asienta 800.000 habitantes y con un predominio del sector servicios, con una modelo sanitario heredero del sistema del bienestar, hace que esta experiencia pueda ser aplicable a otros territorios y servir de referente para el seguimiento de cualquier enfermedad de carácter crónico.

A nadie se le esconde que las personas que se les ha etiquetado con un trastorno mental, y sobre todo, aquellas que presentan alguna discapacidad, en muchas ocasiones, no sólo sufren una situación de exclusión motivada por la naturaleza de su perdida de salud, sino también, por la procedencia de su estatus de cualificación profesional, cultural, social y económica, que condicionan, más si cabe, la misma. Pero existen múltiples motivaciones para desear la superación de esta situación de exclusión. No sólo aludiendo a los cantos de los derechos de todos los ciudadanos o a la liturgia de la conciencia o al poema de la bondad humana. En los últimos veinte años, desde un punto de vista científico, hay suficiente experiencia acumulada y contrastada, para saber que existen procedimientos técnicos de cuidados más eficientes para facilitar, de acuerdo a las capacidades de cada persona, su funcionamiento en la vida diaria y su adaptación e incorporación a la vida social y laboral. Por lo tanto, el objetivo de los recursos sociosanitarios de rehabilitación y recuperación no es compensar, ocupar o entretener, como se dice en frase coloquial a "los chicos". Se trata de abrir un camino para unos ciudadanos adultos y facilitar la igualdad de oportunidades y posibilidades de llegar, sabiendo que, las dificultades particulares de los caminantes marcaran unos resultados diferenciados respecto a la integración, como nos ocurre a todos.

EL CONSEJO INSULAR DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Y ACCION COMUNITARIA

La Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias por el Decreto 83/1008 de 28 de Mayo, publico el 19 Junio del 1998 en el BOC (léase anexo), la regulación por la que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para los enfermos mentales crónicos. Una de las tareas centrales de este Consejo era la elaboración del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) (léase documento 1) a través de un Director del Plan nombrado por el pleno de este Consejo.

En el CIRPAC están representadas la administración pública canaria en todos sus niveles y una representación de las asociaciones e entidades privadas. Las decisiones de toman por consenso institucional. El Director de Área de Salud preside dicho Consejo, que al menos, se reúne una vez al año. La importancia histórica de este Consejo radica en que las instituciones y la sociedad civil organizada ha asumido que cualquier decisión debe contar con el visto bueno de dicho organismo para la planificación de las acciones en el campo de la atención de las personas con trastorno mental grave y comprendido que todas las partes implicadas juegan un papel fundamental en el desarrollo del proceso.

Por otro lado, las funciones del director del PIRP son relativas a las tareas de planificación, favorecer la colaboración inter-administrativa, y supervisión de los recursos y su formación, y esta adscrito a la Dirección de Área del Servicio Canario de la Salud.

Se trataba, con la aprobación en Diciembre del 2001 del PIRP por el CIRPAC (léase capitulo 2), de hacer efectivo uno de los mandatos contemplados en el Plan de Salud de Canarias (1997-2001), mediante el decreto de Constitución de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), y ofrecer una respuesta a la demanda sentida por las asociaciones de familiares de enfermos mentales y las asociaciones de profesionales. Posteriormente en el año 2005 las funciones del CIRPAC y parcialmente el PIRP de Tenerife, al entrar en vigencia el Programa Socio Sanitario Plan de Atención a la Discapacidad (PAD, 2005-2010), fueron incorporados al mismo.

La nueva Ley promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes, (21990. ley 39/2006, de 14 de diciembre) que también su sujeto de atención incluyen a las personas con enfermedades mentales crónicas, abre un nuevo escenario de prestaciones y servicios, y una nueva oportunidad para cubrir las necesidades de estas personas y sus familias. El escenario de la nueva ley de promoción de la autonomía personal, pese a sus insuficiencias, consolidara estos recursos y abrirá nuestras posibilidades de crecimiento antes las nuevas demandas previsibles para la década 2010-2020. La dinámica de los CIRPAC debe incorporarse a facilitar la implementación y el desarrollo de la citada ley en su versión estatal o su versión regional.

EL PIRP Y EL PAD

Con el apoyo de la administración canaria (Gobierno de canarias, Cabildo Insular y Ayuntamientos) y la entidades civiles (AFES, ATELSAM, Caritas), la Dirección del PIRP, durante todo el año 2000, y a través de una metodología de investigación participativa, cuyo punto culminante fue una reunión celebrada en la Facultad de Medicina el 25 de abril de ese año, donde en la discusión de la propuesta de Plan participaron todos los sectores implicados, presento el PIRP en el pleno del CIRPAC, el 18 de Diciembre el Plan definitivo, siendo aprobado y respaldado por todos.

EL PIPR representa un documento técnico de consenso de sumo valor, al alinear a todos los sectores hacia unas metas comunes, si bien, era un acuerdo, sin ficha financiera (véase capitulo 2). Por ello, se estableció la estrategia a partir del año 2002, de comenzar la ejecución del PIRP a través del marco de un convenio de colaboración del 2002 al 2005 para la planificación, gestión y financiación de los recursos sociosanitarios del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) de Tenerife para las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración donde se proyectase en la comunidad las primeros compromisos institucionales (léase documento 3). En el año 2002, paralelamente al sector de la salud mental, a iniciativa de la Dirección General de Servicios Sociales y los Cabildos Insulares comenzó a elaborarse el Plan de Atención a la Discapacidad (PAD). . Si bien desde la Dirección del PIRP de Tenerife, en Julio del 2002, mucho antes de la aprobación del PAD, en su elaboración, eleve como Director del PIRP de Tenerife, un informe critico sobre el borrador (lease documento 4). En el PAD aprobado con posterioridad se recogió algunas de nuestras advertencias y sugerencias.

Asi pues, el lograr la firma del acuerdo del convenio de colaboración interistuiitucional para hacer efectivo el PIRP genero unas tensiones intersectoriales. Lo cierto es que a la postre, representó un paso de sumo valor para el comienzo de una nuevo periodo en la asistencia psiquiatrica a las personas con trastornos mentales graves en la isla de Tenerife, tanto, por el numero de recursos que se iban a comenzar a implementar (4 CRPS, 4 EAIE, 9 CO), y pero sobre todo, porque se fijo las bases del

modelo de red de redes al señalar y ordenar las responsabilidades de cada administración implicada (léase documento 3). La firma de este convenio, después de movilizaciones de profesionales y familiares, represento para el sector de la salud mental ante la sociedad insular, su validación como un sector maduro y organizado, que le valió su reconocimiento por la opinión publica, ocupando la portada del rotativo de mayor tirana en la prensa escrita. Los medios de comunicación social auguraron un papel de apoyo a las iniciativas de sector, quizás, por su abandono histórico y por el papel jugado por las asociaciones de familiares y de determinados profesionales adquiriendo un compromiso publico con el modelo de psiquiatría comunitario.

El Convenio de Colaboración Interinstitucional (léase documento 3), entre 8 administraciones de carácter local, insular y regional fue un instrumento de carácter coyuntural que facilito la comunicación interinstitucional de las administraciones publicas con responsabilidades en materia de salud mental, permitió diseñar y unificar una política común de todas las administraciones a nivel insular y establecer un liderazgo de la administración en el sector. Asimismo, garantizó la estabilidad financiera de una serie de recursos, cuestión ésta, esencial cuando se trabaja con problemas crónicos y comunitarios. Los profesionales y usuarios, se beneficiaron de otros recursos terapéuticos, y las organizaciones de carácter cívico, ya no tendrán que suplir la carencia de liderazgo de las administraciones publicas en esta materia, lo cual le ha exigido reordenar su papel, como organizaciones que complementan las políticas de la administración y la propia dinámica las someterá a una mayor profesionalización de su actividad, si desean asumir un mayor capacidad de gestión. Este convenio, cuya firma por todas las administraciones, fué a la postre fundamental, al señalizar a todos, una nueva forma de trabajo transversal en la administración publica en problemáticas tan complejas como las patologías crónicas. De hecho, esta forma de relación fue tomada como ejemplo en otras islas.

Esta compleja tarea ordenada, planificada y regulada de cocido interadministrativo con la sociedad civil organizada con una ruta de trabajo común consensuada, constituyó, en estos primeros años, la tarea principal y la misma, conllevó en la práctica del día a día a una exigencia paralela de ejecución inmediata mediante: la gestión y habilitación de locales adecuados, la selección y formación del personal, la información a la opinión publica, la constitución de la comisiones comarcales e insulares de selección de casos, la elaboración y aceptación de protocolos y criterios de derivación en la red de salud mental y la propia red de rehabilitación.

Esta tarea se llevo adelante con mucha colaboración por parte de todos pero también (donde participan varias administraciones y sin experiencias histórica común que sirva de referente) con serias dificultades, entre ellas : 1) no existir una clara delimitación entre las tareas de gestión y las tareas clínico-rehabilitadoras, que tuvo inicialmente consecuencias nefastas como una excesiva burocratización y la no transición natural de la vertiente clínica a la rehabilitadora retrasando los comienzos de los procesos terapéuticos o facilitando abandonos, 2) la no comprensión de la especificidad de la discapacidades vinculadas a los estados psicóticos con la vinculación de la participación en el programa terapéutico a la voluntariedad, y) la vulneración del convenio del PIRP relativo a la contratación de personal.

También durante los primeros años de la década del 2000 se liberó una batalla no explícita entre los técnicos que asesoraban a las diferentes administraciones relativas a uno de los problemas centrales y determinantes: la decisión de determinar cual seria la puerta de de entrada a los recursos de nueva creación contemplados en el convenio PIRP. En la admisión a los recursos, una posición, enmarcaba más la contemplación de criterios sociales y la otra más los criterios clínicos. Esto tenia como consecuencia que en la dinámica del día a día, la puerta de entrada real - no administrativa - podrían ser los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) o bien, los servicios sociales insulares. La resolución, de esta cuestión -fue un desgaste considerable para todas las partes, pues en muchas ocasiones, se disfrazo el problema de fondo, con problemas del carácter en la relación entre los técnicos que representaban esas posiciones- fue que la puerta de

entrada fueran los ECSM. Y es que esta cuestión no era un aspecto secundario o de carácter menor sino formaba parte de la resolución de la contradicción principal; que los criterios de derivación fueran clínicos. Esta posición principalmente garantizaba la igualdad de oportunidades de que cualquier ciudadano de la isla con TMG de la isla pudiera disponer en algún momento de sus vidas de un recursos para su rehabilitación y su recuperación, y que esta decisión fuera autónoma de cualquier otro sistema social y no estuviera mediatizada por otros controles sociales. Otra ventaja es que este sistema, supondría simplificar la gestión de los procedimientos de admisión y que los sectores económicos de menor influencia política estuvieran protegidos. Posteriormente esta decisión se ha reconocido como una fortaleza del modelo de red de redes.

La resolución de esta contradicción a favor de los criterios de admisión clínicos por la vía de los Equipos Comunitarios de Salud Mental se ha visto que ha sido la decisión más acertada favoreciendo la transparencia en la gestión de recursos limitados y disminuyendo la carga de demanda a los servicios sociales insulares. No obstante, para corregir y definir con mayor claridad las líneas de demarcación de esta situación propusimos al pleno del CIRPAC en el 2004 un protocolo de relación interinstitucional (léase documento 5) donde se pretende con esta iniciativa que queden superados los problemas detectados, en la consideración de, la primacía de los procesos y tiempos terapéuticos sobre los tiempos administrativos y de gestión.

En el PAD (2005-2010) definitivo se estableció, el carácter prioritario de las actuaciones en sector de la salud mental, que las islas de Tenerife y Gran Canaria, sobre todo, para la creación de nuevas plazas de atención diurna, alojamiento tutelado y residencial. Asimismo se reconoce explícitamente que el CIRPAC es el órgano de planificación y evaluación de las necesidades de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y sus familias

Decimos que hemos recorrido un camino, con el esfuerzo de muchas personas, instituciones públicas y organizaciones cívicas, que ha ido abriendo las venas de la tierra entre todos, sobre un terreno sin historia común, a través del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial (C.I.R.P.A.C.). EL PIRP y el PAD ha permitido un número significativo de personas con TMG puedan realizar el camino de la recuperación de su identidad personal y social. Este Plan tiene enorme significado histórico, al romper con el acuerdo establecido en el siglo XVIII, donde los ilustrados se comprometieron a que la atención en salud mental girara en torno a los hospitales psiquiátricos. Ahora, en el siglo XXI, la sociedad insular haciéndose eco de las aportaciones mundiales en este campo, llega a un nuevo compromiso consensuado y moderno, con una nueva política reflejada en este Plan, para atender a las personas con una enfermedad mental de larga duración. Pero este complejo proceso conjunto de construcción, ha estado lleno de enormes dificultades, unas más blandas y otras mas duras. Entre las más duras, el insuficiente dinero disponible para estas cosas, la superposición de los protagonismos políticos, la indefinición legal entre las administraciones sobre las competencias sociosanitarias y la competición interinstitucional por el mismo producto al mismo ciudadano. Y entre las más blandas, por llamarlo de una manera, la actitud estigmatizadora de algunos de los técnicos de la administración que asesoran a los políticos. No obstante, a pesar de estos obstáculos, fue posible comenzar a andar y crecer en este camino.

Ahora bien, sin ningún triunfalismo, no debe entenderse la enumeración de los significados positivos de este plan y convenio, como la letra mágica que resolverá todos los problemas de las personas con una enfermedad mental de larga duración, pues esta nueva política en materia de salud mental, necesitará en la década del 2010-2020 y futuras, de la sostenibilidad de este compromiso político y económico, en este campo.

La ejecución real de los recursos, con financiación PAD, comienza en la isla de Tenerife en el 2006, ya que la firma del convenio en materia de discapacidad entre el Cabildo Insular de Tenerife y el Gobierno de Canarias, es en Octubre del 2005. Esta

circunstancia ha condicionado que la ejecución real del PAD lleve consigo, varios años de retraso, entre otras razones, por la crisis económica, cambios legislativos, etc.

El PAD en la isla de Tenerife en el sector de la salud mental para el periodo 2005-2008 recogió, véase tabla 1, el siguiente compromiso en la distribución de plazas de nueva creación:

Tabla 1.- Distribución anual de plazas de nueva creación (PAD. 2005-2008. Salud Mental. Tenerife).

PAD	Atención Diurna	Vivienda Tutelada	Alojamiento Residencial
2005	18	46	36
2006	20	46	36
2007	20	48	36
2005-2008	**58**	**140**	**108**

Observaran que en nuestra isla en un periodo de tres años teníamos que poner en funcionamiento 58 plazas de atención diurna y 248 de alojamiento, de las cuales, 108 de carácter residencial y 140 en viviendas tuteladas. Además debíamos ir incorporando, aun sensiblemente un numero menor, las plazas que ya estaban en funcionamiento (pisos tutelados), no solo en relación la homologación de su infraestructura sino en su modelo de intervención, y como no, seguir sosteniendo los recursos que habían sido puesto en marcha a través del Convenio de Colaboración del PIRP, o sea, 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS), 4 Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE) y 7 Talleres Ocupacionales.

Por otro lado en el PAD también se recogía, durante su periodo de vigencia, la contribución del Servicio Canario de la Salud (SCS) mediante la asunción de su aportación económica, entre otras, vinculados a la contratación gradual de personal especializado para hacer efectivo el seguimiento de estos recursos, tal como se recoge en la tabla siguiente**:**

Tabla 2.-Distribución anual del personal a contratar por el S.C.S. (PAD. 2005-2010. Salud Mental. Tenerife).

Profesionales	2005	2006	2007	2008	2009
Psiquiatra		**1**	**2**	**3**	**3**
Psicólogo	**4**	**4**	**4**	**5**	**5**
T.S.	**1**	**2**	**3**	**4**	**4**
DUE	**2**	**4**	**6**	**10**	**12***
Auxiliar E.	**4***	**4**	**5**	**5**	**5**

*** 2 de estas plazas fueron reconvertidas en DUE**

En este marco global se ha ubicado nuestra estrategia de implementación de los recursos, siguiendo unos criterios de gradualidad, comarcalización, equitativos, especializados, integrales e integrados. Esto ha permitido en nuestra opinión, que los nuevos recursos faciliten un desarrollo comunitario de la sociedad, se profundice de manera efectiva en la psiquiatría comunitaria y sirva de promoción de la cohesión entre la personas a nivel insular y regional.

En definitiva, el desarrollo del PIRP y el PAD en la isla de Tenerife han permitido, que desde el 2003 al 2010, en apenas siete años del siglo XX, se han logrado mas

recursos que todo el siglo XX para las personas con trastorno mental grave y sus familias dispongan de los siguientes recursos para sus cuidados y su soporte en la comunidad:

6 Centros de Rehabilitación Psicosocial
3 Equipos Asertivos Comunitarios
5 Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo
14 Centros Ocupacionales
1 Centro Especial de Empleo
17 Pisos tutelados
4 Miniresidencias

Estos recursos se encuentran distribuidos equitativamente por toda la isla de Tenerife. La puerta de entrada a cualquiera de ellos es el servicio público de atención a la asistencia psiquiátrica. Jugando un papel destacado, la gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y la Jefatura Regional de Salud Mental y la Dirección de Área (CIRPAC) a través de recomendar y hacer efectivas las contrataciones anuales de personal especializado como se recoge en el Plan de Atención a la Discapacidad señalado anteriormente.

Por ello, lo alcanzado tiene una especial significación para una sociedad democrática participativa, que no me gustaría que pasara desapercibida, pero es solo eso, comenzar con cierta solidez caminos que favorecen la inclusión y que todas las personas, tengan la misma posibilidad de adquirir y asumir su propio protagonismo, independientemente de su condición.

UNA NUEVA ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN

Como puede fácilmente observarse la puesta en funcionamiento de estos recursos sanitarios y sociosanitarios para la recuperación de las personas con trastorno mentales graves en la isla de Tenerife ha podida ser llevado a cabo durante prácticamente una década gracias al desarrollo esfuerzo sistemático y mantenido de las instituciones y la sociedad civil organizada.

Gracias a un compromiso político mantenido, y a la existencia de organismos que han tutorizado todo este complejo proceso, que ha lleva consigo, la contratación de un significativo número de personas (sanitarios y no sanitarios), y una nueva carga asistencial, para el SCS y su servicio de psiquiatría, pues no olvidemos, que el eje central de la dirección, derivación, continuidad tratamiento y seguimiento, y supervisión, recae funcionalmente y jurídicamente en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, quien hasta ahora, ha delegado (vistos los resultados acertadamente) estas funciones en la Dirección del PIRP de la isla, que no tiene vinculación alguna con este servicio, pero se prevé que sea corregida esta situación en un corto espacio de tiempo.

Con esta amplia de red de recursos se ha puesto en funcionamiento, una nueva forma de organización de la atención al enfermo mental grave, que gira en torno a los **Equipos Comunitarios Asertivos (ECA**), cuya puesta en funcionamiento fue en Diciembre del 2005. Pusimos en marcha los ECA un año ante que surgiese, el 11 de Diciembre del 2006, esta recomendación en la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de acuerdo a la Declaración de Helsinki de los Ministros de Sanidad de la Unión Europea.

Por lo tanto disponemos en la isla de Tenerife desde finales del 2005 de un servicio con una organización coherente, integral e integrada, lo cual, requiere su *consolidación* (por otras redes se estima un periodo de ocho años) la *estandarización de sus procedimientos de trabajo* (desde los dispositivos semejantes se trabaje de igual

manera) *mantener la visión global y especializada* (y que no se pierda el valor añadido de la sinergia y la cooperación).

Para esta área de especialización, como puede ser la rehabilitación en la neurología o la traumatología, no de entretenimiento, en la literatura científica actual, hay suficiente evidencia medica, de los logros que su trabajo terapéutico y de gestión suponen para las personas con TMG y sus familias, entre otros, menos recaídas, menos reingresos, y menor tiempo de estancia hospitalaria, mejora funcionamiento social, mejora en las relaciones interpersonales, mejora en la calidad de vida, aminora la carga familiar, y aumenta la satisfacción de los usuarios.

CARGA ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS COMUNITARIOS

El desarrollo de este servicio con estos recursos, ha supuesto que a cargo de los mismos estén nuevos profesionales (sanitarios y no sanitarios), nuevos operadores (se trabaja con 6 entidades diferentes) y un volumen importante de personas y sus familias con TMG, cuyo funcionamiento en red conforman todo un nuevo espacio de especialización extrahospitalario de atención y soporte comunitario.

Este servicio de atención está formado, a 31 de diciembre del 2009, por: 81 profesionales (21 dependientes del SCS: Servicio de Psiquiatría y 60 dependientes jurídicamente de otras entidades pero funcionalmente bajo la tutela del SCS); y 700 usuarios y sus familias, y 7 entidades (AFES, ATELSAM ATC, MABEL II, CARYSOL, GUAMASA LIFE, SIMPROMI), supervisando y coordinando la dirección de PIRP de Área de Salud de Tenerife sus desarrollos. Estimamos, si tenemos en cuenta los contactos con estos servicios, que alrededor de 1.200 personas han contactado en algún momento con los mismos. En el capitulo 4 puede observarse con mayor detalle la distribución de los recursos y las plazas.

En el 2010 se estima que este servicio sufra un incremento de personas y familiares atendidos por los mismos: 95 profesionales (23 dependientes del SCS y 75 de otras entidades) y 1.000 pacientes estén a cargo de la supervisión y seguimiento de este servicio de atención comunitaria.

Este volumen de desarrollo presente y futuro, de significativa carga asistencial, y la consolidación de la visión y de la corresponsabilidad, a sabiendas de cuyo eje de articulación es el Servicio Canario de la Salud, su servicio de Psiquiatría de la HUNC pues por respeto a la continuidad de cuidados y a la profesionalización de la atención, debe garantizar esta perspectiva histórica, hacen que se detecte una nueva necesidad, propia de una Jefatura de Sección o de Servicio que hasta ahora ejerce voluntariamente la Dirección del PIRP de Tenerife. A fin de superar esta situación voluntarista, sin reconocimiento laboral, y a sabiendas de la pertinencia de estos recursos en el tiempo, y ante una carga asistencial de los cuidados comunitarios significativa, y con la finalidad de cubrir la necesidad de una figura de dirección estable y reconocida en todos los órdenes, es por lo que a corto plazo habrá que poner en marcha la *creación de una Jefatura de Sección y/o de Servicio* para el servicio de atención comunitaria de rehabilitación psicosocial e integración social y laboral. Será una Jefatura dependiente del Servicio de Psiquiatría del HUNSC. La urgente cobertura de esta necesidad fue aprobada en el Pleno del CIRPAC del 2008 y en el I encuentro regional de Responsables de la Salud mental (léase documento 14).

Los múltiples equipos que se han constituido al calor del PIRP y del PAD y que realizan una especialización dentro de la atención psiquiatrica requieren de una formación continua y de supervisión terapéutica, y una dirección técnica cualificada capaz de mantener la misión y la filosofía de la organización para lo que fue creada en sus inicios.

LA PUERTA DE ENTRADA LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

La participación de los equipos comunitarios de salud mental de la isla no sólo se les requiere para cumplimentar un proceso administrativo, sino fundamentalmente porque su implicación tiene un carácter estratégico en todo el proceso rehabilitador y de recuperación, al adquirir un compromiso real en el seguimiento terapéutico de sus usuarios y en un trabajo conjunto con los recursos y los equipos de soporte comunitario. Todos los recursos están en función de un mismo proceso: ofrecer servicios especializados de calidad y garantizar la continuidad de los cuidados y acompañar a los usuarios y sus familias en sus procesos de recuperación e integración social y laboral. Así se reconoce por su parte, en el nuevo Plan de Salud de Canarias (2010-2014) y en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Todos los expertos, incluso organismos desde ámbitos oficiales, como pueda ser los Servicios Sociales, o sea el Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO) en un reciente documento de consenso establece que los Servicios Comunitarios de Salud Mental, son la puerta de entrada a los recursos de rehabilitación, sirviendo los recursos sociales de apoyo y complemento a su labor. Los Ayuntamientos podrán derivar ciudadanos de sus municipios a los servicios de salud para su valoración. Este proceso ha requerido de una exhaustiva explicación técnica a estos profesionales para evitar demandas injustificadas para ocupar las plazas del PIRP/PAD.

Por ello el CIRPAC aprobó un protocolo de acceso y seguimiento de las personas con discapacidad por trastorno mental grave a los recursos sanitarios y sociosanitarios de rehabilitación psicosocial e integración social y laboral (léase documento 5).

LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Sabiendo que cada administración tiene que realizar una aportación al conjunto del sistema, la planificación de los recursos para las personas con trastornos mentales crónicos corresponde al CIRPAC, esto es; definir estratégicamente por anticipado los fines que se desea alcanzar en base a los instrumentos de planificación en formato de Plan, Convenios o Leyes que se establezcan para cada periodo de tiempo.

La gestión de los recursos de la rehabilitación y recuperación, según el PIRP, el convenio de colaboración Interinstitucional del 23 de Diciembre del 2002 y el PAD, se le adjudico al Instituto de Atención social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo Insular de Tenerife (léase capitulo 6). El IASSS tiene las siguientes funciones en relación a la salud mental:

- Administrar la financiación proveniente del SCS, D.G. de Servicios Sociales y del propias IASS para hacer efectivo el citado convenio. Asimismo informar de su gestión al CIRPAC al comienzo de cada año, de acuerdo al Convenio ya mencionado.

- Acondicionar con los Ayuntamientos la habitabilidad para la mejor funcionalidad posible de los recursos del PIRP y establecer con estos, en las condiciones de especiales dificultades de accesibilidad, estrategias para facilitar el transporte de los usuarios a los recursos del PIRP.

- Acordar con las ONG y empresas las condiciones de infraestructura y tecnología en que deben ofrecer sus productos, haciendo posible, que las condiciones administrativas de gestión no interfieran sobre los criterios terapéuticos o en la focalización de los recursos.

- Convocar las reuniones terapéuticas, facilitar los programas terapéuticos que se implementaran en los recursos del PIRP, facilitar al personal el seguimiento clínico de los usuarios con otros recursos de la red propia o con la de salud mental o servicios sociales o laborales, o la formación anual de los profesionales, a petición del responsable del PIRP.

- Presidir la Comisión Insular de Valoración de las Discapacidades y administrar los expedientes de admisión o baja de los recursos del PIRP.

Destacar las limitaciones de funciones de cada una de las partes de las instituciones que participan en este proceso, así como, la cooperación entre las mismas, bajo un proyecto técnico que se sustenta en su capacidad de transformar la realidad de las personas con discapacidad con trastorno mental grave y de sus familias.

DELIMITACIÓN DE LAS ORIENTACIONES Y FOCALIZACIÓN TERAPÉUTICAS DE LOS RECURSOS

El director del PIRP o persona que el delegue será el responsable de la supervisión y evaluación técnica de los recursos específicos de rehabilitación e integración laboral financiados a través del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial.

Los recursos contemplados en el PIPR, independiente de sus gestores, se comprometen a funcionar como un sistema de red supeditado a las decisiones estratégicas de orden terapéutico rehabilitador que se vayan estableciendo a través del director del PIRP. En la contratación o no renovación de los recursos humanos, implicados en los recursos del PIRP, tendrá que ser oído el Director del PIRP.

Los criterios de derivación a los recursos de habilitación psicosocial para las personas con una enfermedad mental de larga duración se tomaran como marco técnico de funcionamiento para todos los recursos contemplados en el PIRP, independientemente de su gestión. Estos podrán ser revisados cuando se estime oportuno por los ECSM.

La puerta de entrada de las personas a cualquiera de los recursos financiados por el PIRP. Independiente de su gestión, será a través de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (léase documento 5). EL director del PIRP comunicara al IASS el orden del día, calendario y actas de las reuniones que se celebren entre los recursos terapéuticos del PIRP o entre estos y los otros recursos sociales o laborales.

Específicamente desde los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS), con la opinión de los profesionales de la USMC, se organizara todo el proceso de rehabilitación e integración laboral a través de los Planes Integrales de Atención, teniendo en cuenta la jerarquía organizativa y de funcionamiento ya señalada. Los Centros de Día Ocupacionales (CDO) y los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE) no son recursos independientes uno de otros sino por su naturaleza guardan una relación de interdependencia.

LA RELACIÓN DE LA ENTIDAD GESTORA CON EL EQUIPO COMUNITARIO ASERTIVO

Las acciones sanitarias son competencia del ECA del SCS, a través del personal asignado a tal efecto. Sus acciones están encaminadas al mantenimiento, soporte e integración de las personas residentes en el ámbito de la comunidad. A dicha finalidad se sumará todo el personal (cuidadores y animadores de la entidad gestora), quedando cualquier iniciativa de carácter sanitario, bajo la supervisión y seguimiento del ECA del SCS.

Al personal de la entidad gestora (educadores y animadores) se les formará por parte del equipo sanitario para el cuidado específico que requieren las personas con discapacidad por trastorno mental grave. El operador respetará la especificidad de la relación del ECA del SCS, en los términos de este convenio, facilitándole el desarrollo de las metas y objetivos que garantizan la convivencia, la calidad de vida y la integración en la comunidad, reconociendo la singularidad de este cometido. Léase documentos 3 y 6 respectivamente.

Esta constituida una comisión de seguimiento, pendiente de su regulación, que debe reunirse mensualmente, donde cada entidad bajo su criterio y tareas a resolver nombrará a sus representantes con la finalidad de intercambio de opiniones, análisis de las incidencias, resolución de problemas y alcanzar acuerdos. En caso de no llegar a acuerdos en alguna de estas reuniones y valorando cualquiera de las partes haber agotado las posibilidades de entendimiento, se podrá convocar una "comisión ad hoc" formado por los máximos responsables de cada entidad. En ultima instancia, el I.A.S.S. deberá estar presente en ambas comisiones como máxima institución pública responsable de la gestión. Durante el periodo comprendido entre dichas reuniones mensuales, cada entidad nombrará una persona responsable para la resolución de las incidencias diarias que puedan irse presentando. Cualquier acción ó iniciativa sanitaria que comprometa la relación laboral del personal (animadores y cuidadores de la entidad gestora), deberá ser comunicada previamente a dicha entidad. Así como cualquier acción o iniciativa de la entidad gestora de carácter laboral que pueda incidir en la acción sanitaria deberá ser comunicada al ECA del SCS antes de su ejecución. El intercambio de opiniones y perspectivas debe ser respetado en busca del mutuo acuerdo para la eficacia y calidad de las prestaciones que recibe el usuario/a. De este modo, en aquellas situaciones donde la entidad gestora valore la no adecuación de un usuario/ por cualquier motivo (inconvenientes en la convivencia del recurso, impago de las cuotas…etc) se valorará con el ECA del SCS la situación del usuario/a procediendo a lo que se estimase conveniente en cada caso.

La entidad gestora con la finalidad de garantizar el derecho de intimidad y la dignidad de los usuarios/as que residen en los recursos no podrán disponer de recogida de información por escrito que describan los comportamientos de los usuarios/as en los recursos.

Debido a que estos convenios obedecen a la política sociosanitaria del Gobierno de Canarias y del Cabildo Insular de Tenerife, los recursos están integrados dentro de una amplia red de recursos, por lo tanto, el personal y las direcciones de la entidad gestora participarán en cuantas reuniones se estimen con otras entidades, de acuerdo a las convocatorias del director del PIRP ó del propio I.A.S.S.

LA GRATUIDAD Y EL COPAGO

Razones de políticas general y local, legislaciones actuales, lo suscrito en el propio PIRP, las demandas de las familias y los profesionales, y sobre todo, con el fin de evitar rupturas de la equidad territorial o de prestaciones, se recomiendan que los recursos del PIRP donde predomine su carácter clínico-rehabilitador sean gratuitos, como es el producto ofrecido en los Centros Recuperación Psicosocial o Centro de Día Ocupacionales. Asimismo, cuando en los recursos tengan un carácter inminentemente social, como por ejemplo, el alojamiento, se estima que esta justificado una cuota de las pensiones de los propios usuarios. EN este sentido en el Plan de Atención a la Discapacidad se recogía *"la prestación sanitaria gratuita de los servicios de naturaleza sanitaria que se precisen y de los recursos Sociosanitarios para las personas sin recursos económicos"*

No obstante, el Programa Sociosanitario de Atención a la discapacidad de Canarias (2005-2010) establece que el Gobierno de Canarias determinara mediante regulación normativa la participación del/a usuario/o en la financiación del coste de la

plaza en los recursos de atención a personas con discapacidad. Como decíamos en su pagina 45, al señalar la participación de los usuarios en los coste, se indica que "queda pendiente hasta su regulación normativa, momento en el cual se establecerá el correspondiente sistema para descontar la recaudación efectiva de la aportación que realiza cada una de las administraciones o destinar la misma a mejorar la financiación de aquellos aspectos de la cartera de servicios que lo requieran (especialmente el transporte de los usuarios " Este aspecto es de especial importancia para la garantía de la equidad de unos usuarios con otros y para facilitar la integración social (sino no hay dinero en los bolsillos los usuarios se ven relegados al hospitalismo en la residencias).

La entidad gestora que se le ha adjudicado por concurso público la gestión indirecta de un recurso de alojamiento percibe por plaza el importe mensual fijado en el contrato de adjudicación del servicio (importe de adjudicación plaza ocupada y día multiplicado por el número de días del mes que corresponda). Dado que hasta la fecha no se ha dictado la referida normativa, así como la imposibilidad de encontrar operadores que presten el servicio con la financiación actualmente estipulada en dicho Programa, el/la usuario/a de un recurso residencial, o en su caso su represéntame legal, podrá participar para mejorar la financiación de aquellos aspectos de la cartera de servicios que lo requieran, en el coste de la plaza sin que se supere el 70% de la pensión o pensiones que por razón de su discapacidad y situación sociofamiliar tuviera reconocida. Dicha liquidación se hará efectiva a la Entidad Gestora del 1 al 5 de cada mes. Esta participación del usuario/a podrá sufrir variaciones, en el caso de que existiera una modificación de la financiación coste plaza/día que el día de hoy establece el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias, o cuando quede determinado reglamentariamente por la Comunidad Autónoma.

Dependiendo de la situación del usuario/a, éste/a participará en la financiación de la cartera de servicios de la siguiente manera:

- En el supuesto caso de que el/la usuario/a de un recurso residencial, estuviera trabajando por cuenta propia o ajena y su pensión por dicha situación quedara suspendida por el Organismo Competente, participará con el importe equivalente al 70% de la pensión o pensiones que pudiera corresponderle.
- En el supuesto de que el/la usuario/a del recurso residencial no tuviera derecho a pensión y contara con otra fuente de ingresos de cualquier naturaleza, participará con el equivalente del 70% de la pensión no contributiva por invalidez, siempre y cuando los ingresos obtenidos sean superiores a la cuantía mensual de dicha pensión. En su defecto, el usuario participará con el 70% de los ingresos que obtenga.
- En el supuesto de que el/la usuario/a del recurso residencias no tuviera derecho a pensión y no contara con otra fuente de ingresos de cualquier naturaleza, quedará eximido del pago. Si bien, corresponderá al área de trabajo social del recurso, tramitar aquellas ayudas que pudieran corresponderle. Si dado el caso, se le reconociera una pensión una vez ubicado en el recurso, este/a comenzará a financiarlo cuando reciba los pagos correspondientes y contando desde la fecha de reconocimiento de la pensión/es. Dependiendo de las necesidades del usuario/a, se le facilitará dicho pago mediante fraccionamiento ó medida similar.
- En el caso de que un usuario/a deje de pagar las mensualidades correspondientes de forma reiterada atendiendo a que hay un acuerdo privado entre la entidad del recurso y el usuario/a, se le anunciará por escrito al usuario/a del impago y se le dará oportunidad para establecer una forma de pago de las deudas pendientes. A pesar de ello si se insiste en el impago, se valorará con el ECA (pertenecientes al Servicio Canario de Salud) la situación de! usuario/a procediendo a lo que se estimase conveniente en cada caso.

Así mismo sumar a todo lo anteriormente expuesto, que en la co-financiación no se le deducirán al usuario/a las pagas extraordinarias que perciba, y que la aportación del

mismo nunca excederá del importe de 500 mensuales. El contratista tendrá derecho al abono de las plazas desde el momento en que se inicie la contratación. Se abonará por este Organismo el 80% de la plaza desocupada, salvo que la no-ocupación de éstas sea imputable al adjudicatario, en cuyo caso se detraerá la cantidad correspondiente al número de días y plazas no ocupadas. En esta línea de precisión del copago del alojamiento en Junio del 2007 se llego con los diferentes operadores al siguiente acuerdo:

1. Cobrar un máximo de 500,00 euros a los usuarios con pensiones superiores a lo habitual.

2. Para las Miniresidencias se pasará a cobrar a los usuarios el 70% de la suma todas las pensiones que reciba por cualquier concepto sin tener en cuenta las pagas extras de dichas pensiones, ni el salario para usuarios que trabajen. Esto se comenzará a facturar en el mes de julio para las facturas emitidas el 31 de julio de 2007.

3. Para los usuarios de los pisos supervisados se mantendrá el 75% igualmente de la suma de todas las pensiones que reciba por cualquier concepto sin tener en cuenta las pagas extras de dichas pensiones, ni el salario para usuarios que trabajen. Este porcentaje se mantendrá hasta que se determine un nuevo corte evaluativo para los pisos.

En este sentido la ley de dependencia también considera el copago como formula de cofinanciación de las prestaciones y servicios. En las obligaciones que marca la ley de la dependencia participan las personas con TMG que residen en los recursos de alojamiento.

EL TERCER SECTOR

La participación de tercer sector con las ONG de familiares (AFES y ATELSAM) y las empresas privadas (Carisol, Dña. Carmen, Caótica S.A. y Alamo S.A.) ha sido importante para el desarrollo de los recursos mediante la gestión indirecta de los mismos a través de los convenios con el IASS.

Las ONG, AFES y ATELSAM, en las dos últimas décadas del siglo XX, gestionaron mediante subvenciones anuales los escasos recursos ocupacionales y de alojamiento (pisos protegidos) que existían en la isla de Tenerife. Su relación con la red de salud mental se basaba en llamadas telefónicas, y sus profesionales hacían intervenciones sin ninguna supervisión por la red pública de atención a la salud mental. No existían comisiones de seguimiento y colaboración. Los personas ocupaban las plazas disponibles en las ONG bien porque las familias la solicitaban directamente a las directivas de las ONG y/o bien porque los servicios públicos enviaban a las familias a las ONG. Realmente se había constituido una raquítica red paralela, sin embargo, importante, ante las graves carencias, duirante los años ochenta y noventa, que en muchas ocasiones canalizó demandas sangrantes de las familias.

Durante el siglo XX la implicación del sector privado, en la isla de Tenerife, en el sector de la salud mental, fue inexistente, al contrario, que en la isla de Gran Canaria. El desarrollo del PAD, durante el siglo XXI, ha facilitado que por primera vez, que el sector privado, esté implicado en la gestión indirecta de recursos destinado a las personas con trastorno mental grave, aceptando las reglas del juego, que los propios convenios reguladores establecían. Esta implicación ha sido un factor positivo que ha favorecido la construcción de la realidad presente. Siendo un valor añadido, en nuestra experiencia, esta nueva forma de cooperación entre el sector público y el sector privado, que en nuestra opinión, debería ser estudiada para su extensión a otros ámbitos de la salud donde se requiere esta nueva perspectiva. En la actualidad, el tercer sector, coopera y está integrado a través de diferentes mecanismos en el soporte comunitarios de los

recursos de recuperación para las personas con trastornos mentales graves. Estos mecanismos se contemplan desde los niveles de toma de decisiones, Comisión Asesora Regional de Salud Mental y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). Desde el nivel mas pegado al terreno, de los propios recursos, cada mes se reúne el ECA, el IASS y el tercer sector para revisar la marcha de cada recurso y se levanta un acta de los citadas reuniones y desde las entrañas de los propios equipos, al participar los para profesionales del tercer sector, en las reuniones en cada recurso con el personal sanitario, o participando personal de las ONG en el propio equipo comunitario asertivo (ECA).

No obstante, nosotros hemos seguido varios criterios en la relación con estas entidades. *El primero* de ellos, es que las decisiones que se tomen estén fundamentadas en la clínica, ya que esto garantiza equidad en la asignación de los recursos. *La segunda*, que las prestaciones y los servicios que se ofrecen son servicios especializados en salud mental, por lo tanto, son los profesionales del sistema publico sanitario, los que guían su fundamentación, las acciones, la toma de decisiones, y la formación de todos aquellos otros profesionales que se relacionan con las personas con trastorno mental grave y sus familias. *Tercero*, se reconoce que la cualificación clínica especializada descansa en los servicios públicos de atención a la salud mental por lo que ejercen una autoría y tutoría sobre todos los recursos y todos los profesionales y para profesionales que trabajan en la red. *Cuarto*, la consideración que el tercer sector, su tarea central es, facilitar el trabajo de los profesionales de la red publica de atención a la salud mental y garantizar unas condiciones dignas en infraestructura y servicios para el mejor bienestar posible de los usuarios de los recursos. *Quinto*, las entidades, deben tener una función complementaria de las líneas o acciones que la administración pública no cubre, sabedores de la amplia gama de necesidades de las personas con trastorno mental grave. En ningún caso, las entidades deben competir con la administración para ejercer u ocupar algunas de las responsabilidades de esta. Y sexto, las familias descasan de su carga sabiendo que los servicios públicos de atención especializada en salud mental se han responsabilizado del seguimiento individualizado de sus familiares. En nuestra opinión, cualquier entidad que transgreda estos límites, nos indicará que está más preocupada por sus desarrollos internos como aspirante a empresa en busca de negocios, o por intereses particulares de un grupo de sus profesionales o familiares. Por supuesto, la administración pública debe ser firme en su relación con el tercer sector estableciendo relaciones calidas y amistosas pero con unos limites claros e identificables.

No obstante algunas enseñanzas podemos extraer de la experiencia: *el tercer sector tiene que redefinir su papel, la ganancia los espacios para la escucha y la participación y romper la dicotomía de lo sanitario y social***.**

En Tenerife, la administración ha liderado y dirigido un proceso de implementación de nuevos recursos de soporte comunitario que esta regulado y que ha exigido de las ONG asumir un nuevo papel en un nuevo contexto. A diferencia del pasado, a las ONG, como consecuencia de ello, la dinámica las ha colocado en el papel de gestor indirecto de los recursos. Las políticas públicas deben ser definidas por la administración a través de sus servicios especializados y las ONG tienen que asumir y adaptarse a un nuevo papel. El nuevo marco de relaciones, que esta regulado, se nos antoja que puede generar en alguna ONG, tensiones y una cierta dificultad de adaptación a su nuevo papel, queriendo volver cuanto menos, a una línea anterior y a la vez evidenciando una dificultad en la redefinición o, también puede ser que, simplemente caminen a un nuevo papel, ya que, tampoco asumen un papel reivindicativo claro. El tercer sector deben asumir una gestión indirecta de los cuidados de las condiciones de vida de los usuarios y dejar a los servicios especializados la atención global la persona con enfermedad mental grave.

El modelo de red de redes ha generado numerosos cauces para poder ser escuchados y de participación para el tercer sector. Si ya el CIRPAC, es un órgano de participación, donde no se ha presentado ninguna sugerencia, en las "comisiones ad

hoc", siempre han participado el tercer sector, por ejemplo, la ultima para el acuerdo de empleo de todas las entidades, esta dirección impulso una comisión conjunta llegándose a un acuerdo. O como sabemos, el ECA, desde su constitución, se estableció una comisión de seguimiento de los recursos de alojamiento (regulada en los convenios), donde participan las ONG, con una periodicidad mensual. En esta comisión de seguimiento, se resuelven los problemas del día a día. Y cuando en esta comisión tiene dificultad de resolver un asunto, el mismo, es tratado, en otra comisión (no regulada) que la forman el Director de la Unidad de Discapacidad del IASS, el director del PIRP y las direcciones del tercer sector. Estos son lugares de escucha y participación. Pero si esto fuese insuficiente, resaltar que el personal de las ONG participa en el ECA en igualdad de condiciones. Los mismos asisten a cada una de las reuniones del ECA y forma parte de los equipos. Además la Dirección del PIRP se ha reunido con cierta periodicidad para orientar el trabajo de los terapeutas ocupacionales para orientar su trabajo. Es mas, su personal superior participa en las reuniones de formación semanal, que dirige esta dirección y por si fuese poco, cada año, el ECA organiza dos cursos de formación para los para profesionales de los recursos, cuyos temas son elegidos por ellos. O las reuniones de los Trabajadores sociales del ECA con su personal de ocio y tiempo libre. O las reuniones de los miembros del ECA con las familias individualmente en el trabajo terapéutico

Otro elemento mas para una posible estrategia de la confusión en la relación con el tercer sector es cuando, rescatan lo de la "coordinación sociosanitaria" y dicotomizan lo "sanitario" y lo "social". Así con este nuevo argumento, intentan ganar espacio de decisión y de control. Apoyándose en el "argumento de "lo social" intenta abrir un hueco vació con el espacio sanitario. No me extenderé en una argumentación en contra pues hay mucho escrito y bien al respecto. Su visión reduccionista de las características clínicas de la población con las que trabajamos, la parcializacion de las necesidades de las personas, el cuestionamiento de la continuidad de cuidados y lo que es más grave lo erróneo. No se comprende que los procesos de recuperación y las intervenciones sanitarias, muchas veces, apoyarse en acciones sociales, en los programas de ocio y tiempo libre, para mejorar la adherencia al equipo y/o los terapeutas o mejorar la socialización y competencia de los participantes en los contextos reales. Por ejemplo hoy no se puede entender un programa de habilidades sociales que no este integrado en acciones de tiempo libre o de ocio. Separar lo social y lo sanitario, a parte de lo señalado, ataca al concepto de integralidad, psicotiza a los profesionales y dificultad que los usuarios estructuren su mundo interno.

DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS

En nuestra experiencia en la práctica asistencial debe considerarse una serie de orientaciones del quehacer que lleva implícito las maneras de entender la construcción de una red de redes, una red relacional. Estas diez orientaciones básicas serian las siguientes:

1.- Antes de enviar a un usuario a un determinado recurso de rehabilitación o recuperacion psicosocial o entre estos realizar una reunión conjunta, cara a cara, entre los profesionales de los recursos implicados (emisor y posible receptor) y valorar conjuntamente la idoneidad de la derivación y realizar un barrido de los probables candidatos. Aprendamos compartiendo. Una vez, clínicamente acordada la derivación y aceptada por el usuario, cumplimentar los documentos administrativos oportunos, que sean lo menos posibles y mas sustantivos.

2.- Recordar que el proceso progresivo de construcción y consolidación de la red de rehabilitación psicosocial y recuperación, es fundamental no solo que los propios equipos terapéuticos vayan adquiriendo su propia identificación con su meta, sino también lleva implícito una labor docente hacia todo aquello que gira en torno a nuestros recursos.

Tener paciencia y explicar las veces necesaria lo que hacemos y lo que somos y quien es nuestra población diana (perfil determinado de usuarios).

3.- Cada recurso debe de soportar la carga que debe y tiene que soportar, pero no la carga propia de otros recursos que realizan otras funciones. Por ejemplo, ninguna persona en un estado clínico de descompensación psicopatológica o en situación de riesgo para si misma o para los demás, debe ser asumida o seguida por los recursos de rehabilitación. Distingamos los estados y las funciones de cada persona y recurso. Todos los recursos del campo de la atención psiquiatrica trabajan con criterios. La rehabilitación también.

4.- No dejemos que los ruidos administrativos salpiquen nuestra valoración de los casos y de los otros profesionales. Pensar y actuar siempre con criterios propios del saber y quehacer de nuestras disciplinas. El acento ponerlo en la continuidad terapéutica y en la persona**.**

5.- Los recursos y su misión estratégica, estará muy determinada por lo que nosotros, como profesionales, deseemos que sean. Nuestra oportunidad, se encuentra ubicada, en la posibilidad de construir una red integrada, una cartera de servicios técnicamente justificadas científicamente, y un acercamiento al usuario y su familia, lleno de escucha empática, y basada en la ética. Puede construirse nuestra red de rehabilitación y recuperación para los ciudadanos de Tenerife con estos criterios, o también construir otra cosa, pero seguramente no sea lo mismo, si no se basa en estos criterios. Recordar siempre que será lo que nosotros deseemos que sea**.**

6.- Nuestra función como profesionales en la red del PIRP no consiste en buscar la verdad de las personas. Nuestra función es desvelar esa necesidad de cada persona capaz intrapsíquicamente de favorecer su proceso de cambio y que este aprendizaje sea vivido de forma satisfactoria y le permita construir lo real. Trabajemos con hipótesis para hacer el camino de la recuperación. Facilitemos los medios para esa construcción de lo real**.**

7.- Seamos flexibles, no cabe la confrontación, huyamos de la interpretación, no importa lo que nosotros desvelemos sino lo que el usuario y su familia asuman, tener presente nuestros propios pensamientos y emociones en nuestros juicios, facilitemos espacio para la escucha y el vinculo, respetemos el ritmo de cada usuario, no olvidemos a la familia. Aspiremos a la excelencia de lo que hacemos. Manejamos un bien preciado: la salud.

8.- Eliminemos al máximo posible los obstáculos administrativos de accesibilidad a los recursos, así como, construyamos la posibilidad de un circuito interno de fácil derivación y transito, a imagen y semejanza de lo que debe ser por definición, el propio proceso de recuperación, donde podamos vencer a nuestra propia psicotización. No funcionemos como partes escindidas sin tener conocimiento del todo.

9.- Construyamos los proyectos individuales desde la narrativa de los propios usuarios y desde sus necesidades verbalizadas. Cada persona en la definición de su proyecto de recuperación es singular. No hay proyectos validos para todos. Cada usuario establecerá su propio ritmo y su propio trayecto. Recordar que estar ahí ya es importante para el usuario y que el mas que sabe de si, aunque no lo sabe, es el propio usuario.

10.- El usuario es el mas que sabe sobre si mismo. Nosotros le acompañamos en su proceso de recuperación. Nuestra escucha activa, calidez y empatía (comprender por analogía) debe servir para la creación de una atmósfera terapéutica. Las relaciones interpersonales son claves para la recuperación de las personas. Las personas deben movilizar sus recursos internos, sus estrategias, sus deseos, sus fortalezas, para reconstruir su identidad. Este viaje no es lineal, esta sujeto a muchos vaivenes

admitamos que las personas pueden perderse un tiempo, el que ellas deciden. Démosles el control de sus vidas. Ayudemos y apoyemos su proceso de empoderamiento.

Capítulo 3

PLAN INSULAR DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (P.I.R.P.) DE TENERIFE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TRANSTORNO MENTAL DE LARGA DURACIÓN

Francisco Rodríguez Pulido

En 1996 el Servicio de Salud Mental del Servicio Canario de Salud incluyo entre la planificación de sus siete líneas estratégicas, el abordaje de las enfermedades mentales de larga evolución, como piedra de toque de toda transformación de la asistencia psiquiátrica

El Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial ha sido encargado desde el Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y de Acción Comunitaria (CIRPAC), y la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias. Este Plan obedece a una

urgente y apremiante necesidad en la isla de Tenerife para dar cumplimiento a varios Planes estratégicos de la administración de Canarias. A los objetivos de Salud Mental del Plan de Salud de Canarias (1997-2001) aprobado en 1997 por todas las fuerzas políticas en el Parlamento de Canarias, en 1998 el Plan De Integración Social Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Canarias (1999-2008) que cuenta con asignación presupuestaria para unas series de medidas en programas específicos donde se recogen como beneficiarios a las personas discapacitadas y sus familias y en 1999 al Plan de Desarrollo de Canarias 2000-2006 (PDCAN) en su objetivo final quinto sobre mejorar la cobertura y la calidad de los Servicios Públicos vinculados a las personas. Todo este conjunto de Planes nos proporciona un contexto favorable.

En este Plan Insular que presentamos se postula una nueva manera de entender el manejo de la discapacidad psiquiátrica, las relaciones de las personas con una enfermedad mental con la sociedad y se analiza la provisión de medidas sociosanitarias precisas para satisfacer sus necesidades.

Por lo tanto se trata de dar respuestas de forma eficiente a la problemática que se deriva del impacto de la enfermedad mental en el funcionamiento y competencia de la persona en las actividades del día a día.

Por lo que el segmento de población a que va destinado este documento es a todas aquellas personas que sufren una discapacidad como consecuencia de una pérdida de su salud mental de larga evolución.

Dicha concepción tiene como una de sus consecuencias más significativas lo que nosotros denominamos normalización de los cuidados y de la relación de estas personas con la sociedad.

Para hacer efectivo este propósito es necesario, implementar y desarrollar una serie de recursos sociosanitarios alternativos que de forma precisa y flexible satisfagan las necesidades de las personas con discapacidades como consecuencia de una enfermedad de larga evolución.

Pero también, como recomienda la Asociación Mundial de Psiquiatría (2000) debe acompañarse con un cambio de la mentalidad y actitud de la población hacia estas personas, que rompa la estigmatización y la discriminación debidas al padecer un trastorno mental de larga duración.

Este complejo proceso de transformación requiere y solo podrá llevarse a cabo únicamente desde el compromiso político, económico y ético de todas las administraciones canarias con la participación de las organizaciones de familiares y enfermos y la sociedad civil, con el fin de garantizar la igualdad de oportunidades a todas las personas y a todos los territorios de la geografía insular.

De ahí que una parte de este documento, ha sido elaborado por consenso de todas las partes implicadas desde las comisiones comarcales del CIRPAC, en lo relativo a la definición del modelo sociosanitario de intervención comunitaria.

En este sentido partimos de un acuerdo común, de un documento de consenso (2000), de lo que se entiende por espacio sociosanitario, las competencias de la administración sanitaria y la administración no sanitaria a este respecto, los principios estratégicos y el papel de las organizaciones y administraciones en su corresponsabilidad en atender las necesidades de las personas afectadas y sus familias. Este acuerdo común se incorpora en el cuerpo de este PIRP.

Los acuerdos alcanzados en 1997 por la Comisión Técnica integrada por representantes del S.C.S. y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, para la fijación de

criterios sobre coordinación funcional, y planificación conjunta de la Atención a la Salud Mental en la isla de Tenerife, también han sido utilizados como referentes.

El resto del documento ha tomado como referencia el consenso existente en la bibliografía actual sobre los trastornos mentales crónicos.

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN TENERIFE

Realizar un profundo cambio de la asistencia psiquiátrica en la isla de Tenerife, conlleva diseñar un *modelo de atención alternativo* en la comunidad para las personas con una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental.

Si por si mismo esto es ya una prioridad en cualquier política sanitaria y social que apueste por el cambio del modelo asistencial, lo hace más urgente, saber que los ciudadanos de la isla de Tenerife en la actualidad no cuentan con los mismos recursos sociosanitarios que otras islas. Digamos que el atraso en la optimización que sufre la atención psiquiátrica en la isla de Tenerife en casi todos sus aspectos ha sido tal abismal, que solo hemos dibujado con las propuestas existentes desde diferentes ámbitos un punto de partida que antes se difuminaba en un único referente, el manicomio. Se trata de pasar de un modelo de atención hospitalocéntrico a un modelo de atención psiquiátrica comunitario.

Plantear esta realidad no debe entenderse como que no se cubran las necesidades sentidas de cada isla y que todas de acuerdo a sus especificidades alcancen un optimo razonable y estimado, sino evidenciar el déficit de recursos sociosanitarios que arrastramos por el desarrollo de la propia reforma en la isla -*en franca línea de corrección*– y por la necesidad de potenciar un modelo de equilibrio interinsular en este tipo de recursos.

Este severo déficit de la isla de Tenerife ha sido, en innumerables ocasiones, denunciado en los medios de comunicación social (El DIA, 2000) por la asociaciones de familiares, pacientes y profesionales. La necesidad de recursos sociosanitarios es una necesidad sentida y detectada.

Recordemos que no sólo se benefician de la misma las personas afectadas sino también los familiares y la sociedad en su conjunto al garantizar la igualdad de oportunidades a sus ciudadanos.

Las discapacidades como consecuencia de una enfermedad mental de larga evolución además de que destruye la vida de millones de personas y de sus familias (Wyatt et al., 1995) ponen de manifiesto lo costosa que es para la sociedad, tanto en término del aumento del gasto médico como de pérdida de productividad. Por ejemplo se calcula que en 1991, la esquizofrenia costo en EE.UU. 19.000 millones de dólares en gastos directos y 46.000 millones en pérdida de productividad, es decir, 65.000 millones de dólares (más de un billón de pesetas).

Por las consecuencias de las discapacidades sobre la persona, la familia y la sociedad, el corregir esta alarmante situación deficitaria en la isla de Tenerife supone por un lado, definir una política financiera que aumente y consolide un presupuesto inversor plurianual en el sector a través de la figura jurídica de un consorcio interinstitucional y por otro, reordenar los recursos pasados y futuros hacia la comunidad.

Este proceso para su desarrollo y en *cumplimiento del Plan de Salud de Canarias (1997-2001)*, no podrá retrasarse más allá del 2004, pues ello llevaría con toda probabilidad a que ciertos sectores clamen por volver al viejo manicomio o en una posición más extrema, a ir progresivamente vociferando que el consorcio sanitario entre el Cabildo y la Conserjería de Sanidad ha sido perjudicial, como ya viene ocurriendo en

otros aspectos de la sanidad insular. Asimismo en el *Plan de Desarrollo de Canarias 2000-2006(PDCAN*) en la planificación de la política para el presente septenio dedica uno de sus cinco objetivos finales a la mejora de la cobertura y la calidad de los Servicios Públicos vinculados a la persona, es decir, todos aquellos conjuntos de servicios complementarios que suponen un beneficio en la calidad de vida de los ciudadanos del Archipiélago lo que repercute en todas las áreas del Gobierno, por lo que se prevé financiación y objetivos para cada una de las áreas. Y por ultimo en el *Plan de Integración Social Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Canarias* en las medidas B-1; B.3, D.1, entre otras, se recogen partidas presupuestarias destinadas para las personas con minusvalías o personas destinadas a las unidades de salud mental o de apoyo a las familias o de incentivación para viviendas de promoción publica de convivencia tutelada o para las políticas de sensibilización de la comunidad en el fomento de la igualdad de oportunidades.

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES COMO CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE SU SALUD MENTAL

Históricamente desde el campo de la psiquiatría hemos hablado de trastornos mentales crónicos para referirnos a un conjunto de trastornos mentales que tienen en común su larga duración en el tiempo. Este conjunto de trastornos incluía a los trastornos neuróticos invalidantes, las psicosis, los trastornos de la personalidad, los trastornos cerebrales orgánicos, los trastornos del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos de la conducta alimentaría.

Pero digamos que muchas veces este concepto en su apreciación lingüística se reducía a los trastornos psicóticos severos. Y es que el concepto de crónico en el campo de la psiquiatría ha ido de la mano de la propia transformación de la asistencia psiquiátrica.

En los años sesenta, cuando en Europa y América comenzaron los procesos de transformación asistencial, lo crónico se asociaba a años de hospitalización en el hospital psiquiátrico más el diagnóstico de psicosis.

Más tarde con la política de puertas abiertas, el concepto de crónico se ampliaba, debido a la presencia de mucho de estos pacientes en la comunidad y la aparición de nuevos pacientes crónicos que nunca habían necesitado ser hospitalizados, se cambia los requisitos para la cronicidad y comienza a añadirse otros criterios como el número de ingresos en el último año o la frecuentación a los servicios sanitarios.

Los intentos de definir las enfermedades mentales graves y persistentes se han basado normalmente en sistemas multidimensionales. Estos han usado una combinación de diagnósticos (normalmente psicosis mayor); índices de los servicios ofertados (frecuencia y duración de los ingresos), y presencia de discapacidad (dificultades en el funcionamiento y adaptación social) (Schinnar et al., 1990)

Nosotros no compartimos el modelo categorial de la enfermedad mental de agudo y crónico, ni creemos en la utilidad de este enfoque en los complejos procesos rehabilitadores.

Nos mostramos más partidarios de incluir estos trastornos mentales en un modelo multidimensional de la discapacidad.

O sea, nos interesa la persona, no su trastorno mental, y de la persona nos interesa no solo sus niveles de funcionamiento o de competencia sino también su proceso de recuperación, su capacidad para tomar su vida en sus manos.

El funcionamiento y la discapacidad son concebidos como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales.

La interacción puede ser vista como un proceso o como un resultado dependiendo del usuario. Por ello nosotros nos pronunciamos por incluir lo que antaño se denomina como trastorno mental crónico como estados de perdida de salud mental que dan como resultado en su interacción con los factores contextuales una discapacidad en la persona afectada.

En general, una persona con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental se caracteriza, por presentar problemas significativos en el funcionamiento*(auto cuidado, habilidades sociales, resolución de problemas, apoyos sociales, relaciones interpersonales, capacidad económica, etc.),* poca aceptación de la medicación, dificultades para comprometerse en el seguimiento y postratamiento, un alto índice de readmisiones hospitalarias, acumulan más de un tercio de los ingresos que acumulan en un año, frecuentes episodios críticos y baja adherencia a los servicios sanitarios.

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento (OMS, 1999; CIF, 2001). Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de "modelo médico" versus "modelo social". El modelo médico considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados de forma individual por profesionales.

El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de la conducta. La atención sanitaria se considera como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de la atención a la salud.

El modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad de hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. De aquí que, en realidad, la discapacidad se configura como un tema de índole político.

Este Plan Insular esta basado en la integración de estos dos modelos extremos. Nosotros utilizamos un enfoque biopsicosocial, con el fin de capturar la integración de los diferentes modelos y dimensiones de la discapacidad.

Y el enfoque biopsicosocial no lo entendemos como una sumativa de los ámbitos biológico, individual y social, sino como un compelo proceso de interacción de un elemento con los otros que conduzca a la normalización de estas personas en la comunidad (ONU, 1992) como propugnan organismos de carácter mundial(ONU, 1993) donde la igualdad de oportunidades y de participación forman las líneas estratégicas de índole político.

ESPACIO SOCIOSANITARIO

El espacio sociosanitario se entiende como el campo de intervención en el que el conjunto de los recurso institucionales (sanitarios y no sanitarios) y no institucionales (personales, grupales, asociativos) deben procurar de forma articulada y coordinada a las personas con discapacidad y a sus familiares, la habilitación que les permita una mejor autonomía personal e integración social en la esfera laboral, familiar, relacional y de ocio y tiempo libre, optimizando sus potencialidades.

LAS ADMINISTRACIONES

En el reconocimiento que desde una sola administración no podrá realizarse este complejo proceso de normalización e integración social de las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración, se requiere definir las competencias de la administración sanitaria y las administraciones no sanitarias a este respecto.

La Administración Sanitaria

La *administración sanitaria* adecuará y proveerá de los recursos humanos, financieros, normativos mediante los procedimientos médico-psicológicos, sociales y de cuidados de enfermería necesarios que faciliten la recuperación de las habilidades de las personas con discapacidad *para permitirles estar en las mejores condiciones posibles*, para la integración personal, social y laboral. Para ello se compromete a realizar coordinadamente su seguimiento y supervisión de estas personas en los procesos de rehabilitación psicosocial que les afecten (pacientes y familiares).

La Administración No Sanitaria

Las *administraciones no sanitarias* adecuarán y promoverá los espacios sociales, laborales, de alojamiento y educación suficientes e idóneos para *disminuir las barreras u obstáculos que dificultan o limitan la integración de las personas con discapacidad*, de acuerdo a sus condiciones particulares, en los distintos ámbitos de la comunidad. Para ello se adoptaran o facilitaran los recursos económicos, así como, promoverán iniciativas legislativas y de cambio de actitudes de la población para fomentar que las personas con una discapacidad puedan hacer efectivos sus derechos constitucionales.

LOS PRINCIPIOS

Los principios que guiaran al conjunto de las administraciones y organizaciones en la planificación y la intervención terapéutica en el espacio sociosanitario, referente a la discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución, serán los siguientes:

- **NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN***: Garantizando la continuidad legislativa y presupuestaria de los servicios, cuidados y atenciones de acuerdo a la autonomía personal.*

- **EQUIDAD***: Garantizando el acceso y las prestaciones socio-sanitarias para toda la población.*

- **PARTICIPACIÓN***: Implica la corresponsabilidad, la colaboración y la coordinación de todas las agencias, la descentralización de los servicios y pasar de trabajar "para" a trabajar "con" el usuario y su familia.*

- **INTERSECTORIALIDAD***: Las personas no son propiedad de ninguna de las agencias.*
- **RECIPROCIDAD***: Posibilidad de acercamiento de los recursos a las personas y de las personas a los recursos.*
- **TRABAJO EN EQUIPO***: Para definir, focalizar los recursos y facilitar la construcción, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos.*
- **RESPETO AL USUARIO***: En la toma de decisiones que le afecten y en sus diferencias personales.*
- **CONFIDENCIALIDAD***: La confidencialidad es para todos.*

LA ESTRUCTURA

El Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de la isla de Tenerife (2002-2008) se planificara y ejecutará desde, las estructuras organizativas del: Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria como órgano que aúna voluntades de las diferentes administraciones y organizaciones de familiares y pacientes y, los organismos de gestión que se establezcan a tal efecto.

A. - Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria

En consonancia con los objetivos que el Plan de Salud de Canarias 1997-2001 contempla respecto a la Salud Mental, resulto necesario la creación de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y de Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental de larga evolución.

En Mayo de 1998 fue publicado el decreto de constitución. En este Consejo de carácter Insular, esta representada la parte sanitaria, pero además una representación de otros departamentos de la Comunidad Autónoma, de las Administraciones Locales y Asociaciones y Organizaciones cuyo ámbito de actuación se relaciona con la discapacidad psíquica.

Los CIRPAC en cada área de salud son *órganos colegiados* adscritos al servicio canario de salud cuyo ámbito de actuación se coordina en la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Este órgano estará presidido por el Director del Área de Salud y entre sus funciones destaca, de acuerdo a un censo de persona y un inventario de recursos:

- *Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.).*
- *Asesorar a los responsables de los servicios Sanitarios y Sociales, sobre la correcta utilización de los recursos y prestaciones.*
- *Supervisar mediante análisis y evaluación, las memorias y planes anuales que conllevan los P.I.R.P.*
- *Proponer criterios y procedimientos de control de calidad para los diferentes subprogramas del P.I.R.P.*

- *Informar con carácter periódico a la Comisión Asesora sobre la Atención a la Salud Mental cuantas otras funciones sean precisas para lograr los objetivos que se fijen en los P.I.R.P.*

La organización del CIRPAC se establece, en base al Pleno y a las comisiones.

En la comisión permanente del día 27 de Marzo de 2000, fue aprobado la constitución de las comisiones comarcales de rehabilitación psicosocial distribuidas geográficamente, en la comarca noroeste, sureste y metropolitana.

B. - La Comisión Permanente del CIRPAC

La comisión permanente del CIRPAC es un órgano creado por el Presidente del CIRPAC en el cual esta representado los miembros del Pleno del CIRPAC con el fin de coordinar y agilizar las actividades del día a día del CIRPAC, ejecutar las decisiones del Plenario, o llevar propuestas al mismo.

C. - Las Comisiones Comarcales del CIRPAC

Las comisiones comarcales de rehabilitación psicosocial y Acción comunitaria son comisiones dependientes del CIRPAC Su constitución obedece a desarrollar de una forma más descentralizada las tareas que tiene encomendada el CIRPAC, resolver de forma conjunta, práctica y sobre el terreno las necesidades de las personas con una discapacidad como consecuencia de una perdida de salud mental, y ayudar al proceso de planificación y evaluación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria de la isla de Tenerife.

La corresponsabilidad es la base del trabajo mutuo de todas las Administraciones y Agencias implicadas en cumplimiento del Plan de Salud de Canarias (1997-2001).

C.1.- Objetivos

1. *Definir el papel que cada una de las administraciones o organizaciones deben asumir para resolver las necesidades de la población afecta por una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental.*

2. *Fomentar la planificación de los recursos sociosanitarios necesarios en la comarca para la población señalada.*

3. *Participar en el día a día en el seguimiento de estas personas en la comarca de acuerdo a una estrategia previamente definida.*

4. *Fomentar la reinserción social y laboral de estas personas en la comarca.*

5. *Fomentar la creación y búsqueda de alojamiento alternativo en la comarca.*

6. *Fomentar la participación de políticas activas de ocio y tiempo libre que se desarrollen en la comarca.*

7. *Favorecer la evaluación de los recursos sociosanitarios de la comarca.*

C.2.- Composición

- *Director del Área de salud de Tenerife.*

- *Responsable del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción comunitaria.*
- *Unidades de Salud Mental Comunitarias de la zona o/y servicios de rehabilitación hospitalarios.*
- *Equipos de Atención Primaria. Trabajadores sociales de los Centros de Salud de la comarca.*
- *Servicios Sociales Regional. Conserjería de Empleo y Asuntos Sociales*
- *Servicios Sociales Insular. Cabildo Insular de Tenerife*
- *Servicios Sociales de los Ayuntamientos de la zona, y Organizaciones no Gubernamentales para enfermos mentales.*
- *Organizaciones de familiares y pacientes y ONG del sector.*

C.3.- Funcionamiento

Las comisiones comarcales del CIRPAC estarán presididas por el Presidente del CIRPAC, o el responsable Insular de Rehabilitación Psicosocial o los profesionales en que estos deleguen.

Las reuniones serán convocadas desde la Dirección de Área por el secretario del CIRPAC. Las comisiones se reunirán al menos una vez cada tres meses. Se levantará acta de los acuerdos.

Cada organismo, administración o asociación nombrará a un responsable técnico de las agencias implicadas para la colaboración estable en el desarrollo de las tareas encomendada a la citada comisión por el Pleno del CIRPAC o en su caso por la Comisión Permanente. La colaboración entre las diferentes agencias será de mutua acuerdo.

C.4.- Ámbito

Se constituirán las Comisiones Comarcales del Área Metropolitana, del Noroeste y del Sureste. Los miembros de cada comarca se corresponderán con el ámbito de actuación poblacional de las Unidades de Salud Mental de referencia.

EL PAPEL DE LAS AGENCIAS

Las funciones de las agencias que participan en este espacio socio-sanitario destinado a las personas con una discapacidad como consecuencia de una perdida de salud mental serán las siguientes:

Responsable del PIRP

El Responsable encargado del PIRP, nombrado por el Pleno del CIRPAC tendrá varias funciones:

- *Presidirá las reuniones de cada comisión comarcal pudiendo delegar en otros técnicos la presidencia cuando así lo estimase.*
- *Convocará las reuniones de las comisiones comarcales con orden del día.*

- *Aunará esfuerzos y voluntades de las agencias sanitarias y no sanitarias y ONG del sector.*

- *Determinará las necesidades de las personas con discapacidad psiquiátrica.*

- *Planificará los recursos sociosanitarios necesarios para cada comarca.*

- *Supervisará y evaluará los recursos sociosanitarios existentes y los nuevos recursos que se pudieran crear.*

- *Asesorará a cada administración o organización en la focalización de sus recursos sociosanitarios destinados a las personas con discapacidad psiquiátrica.*

Unidad de Salud Mental Comunitaria

- La USMC formarán parte funcional de las comisiones comarcales de rehabilitación.

- La USMC facilitará el acceso preferente a la atención sanitaria en los casos de personas con discapacidad que sufren una reagudización de su cuadro clínico en colaboración con los Equipos de Atención Primaria.

- La USMC a través de su equipo interdisciplinar será la puerta de conexión con las agencias no sanitarias.

- El equipo de USMC realizará la evaluación de las discapacidades que junto a la evaluación psicopatológica servirá de base para conocer la condición de salud de la persona evaluada.

- La determinará la condición de salud, que requisito imprescindible para acceder a un recurso sociosanitario para la habilitación de usuario y su participación en un subprograma de rehabilitación y apoyo comunitario de acuerdo a sus características individuales.

- La USMC a través del equipo interdisciplinar realizará el control y seguimiento farmacológico y clínico de la persona con discapacidad.

- La USMC a través de su equipo realizará el seguimiento de las personas con baja adherencia al tratamiento o a los recursos.

Servicios Hospitalarios de Rehabilitación

- *Se integrará de forma funcional en las comisiones comarcales de rehabilitación.*

- *Registrará a las personas con discapacidad de acuerdo a la ficha y sistema que se establezca y envió de la información al Registro Acumulativo de Discapacidades del Servicio de Salud Mental del S.C.S.*

- *Sectorizará las plazas/camas de las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) de acuerdo a la sectorización sanitaria de Salud Mental.*

- *Estimará a corto y medio plazo las necesidades de recursos sociosanitarios de las personas que se benefician de las URA.*

- *Elaborará proyectos individualizados o colectivos para las personas con discapacidad tendentes a su normalización en la comunidad.*

- *Colaborará y coordinará sus acciones con el resto de las administraciones y organizaciones para facilitar la integración de las personas en la comunidad.*

- *Diseñará criterios de admisión en la URA para las personas procedentes de la Unidad Intermedia y establecer cauces de comunicación, coordinación y participación con las Unidades de Salud Mental Comunitarias.*

- *Colaborará en la supervisión y evaluación de los recursos que realice el CIRPAC.*

Equipos de Atención Primaria

- *Las trabajadoras sociales de los equipos de atención primaria se integrarán de forma funcional en las comisiones comarcales y forman parte de los profesionales vinculados al equipo de salud.*

- *Serán parte estable del trabajo a desarrollar por la comisión comarcal de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria de la zona formando parte del grupo constituido por las Unidades de Salud Mental Comunitarias.*

- *Aportarán información de las necesidades socio-sanitarias detectadas por el equipo de atención primaria a la comisión comarcal del CIRPAC, de los usuarios que presenten una discapacidad como consecuencia de una pérdida de salud mental y de sus familias*

- *Participará en la coordinación psicosocial con todos los recursos del espacio sociosanitario.*

- *Intervendrá en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de rehabilitación psicosocial de la comarca.*

Servicios Sociales Municipales

- *Se integrarán funcionalmente en las comisiones comarcales de rehabilitación.*

- *Registrarán de la demanda expresada y detectada de las personas de su municipio que presenten una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de acuerdo a los protocolos del Plan de Salud Mental.*

- *Derivarán de los casos detectados a la USMC que le corresponda.*

- *Colaborarán y coordinarán con los equipos sanitarios en los planes de trabajo y familiares que se llevan a cabo con los usuarios del municipio.*

- *Gestionará y tramitará las ayudas y prestaciones sociales que sean necesarias a cada persona y sus familias.*

- *Informará y orientará al discapacitado y sus familias en la utilización de los recursos que oferta la comunidad para la integración socio-laboral.*

- *Informará a organismos y población general sobre la problemática de estas personas así como de los recursos sociosanitarios existentes para facilitar su normalización en el municipio.*

- *Colaborará con el CIRPAC en la evaluación de los recursos municipales subvencionados con dinero público destinados a los discapacitados psiquiátricos.*

Organizaciones Y Asociaciones de Familiares Usuarios y Entidades Sociales

- *Será parte estable del trabajo a desarrollar por las comisiones comarcarles de rehabilitación psicosocial.*

- *Participará en la captación, derivación y registro de aquellas personas que participen en sus recursos que presenten una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental, para ello se establecerá unos procedimientos que faciliten esta labor. La información recogida se enviará a las Unidades de Salud Mental Comunitarias de referencia.*

- *Participará en las comisiones comarcales y coparticipar en las funciones rehabilitadoras y en el seguimiento de las personas con discapacidad que presenta una baja adherencia a los tratamientos y los recursos de habilitación*

- *Contactará con las Unidades de Salud Mental Comunitarias de referencia, con las Comisiones Comarcales o el equipo rehabilitador para facilitar la construcción de una bolsa de candidatos más idóneos para optar a los recursos que se disponga.*

- *Participará con el CIRPAC en la evaluación de los recursos propios subvencionados con dinero público destinados a la discapacidad psiquiátrica.*

- *Fortalecerá la presencia de las ONG en los lugares donde aún no estén desarrolladas asociaciones de familiares o de usuarios.*

LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

La información recogida en este apartado se ha llevado cabo desde el uno febrero de 2000 el uno de Septiembre de 2000. Ninguna de las agencias que han participado en la recogida de información disponía de cifras actualizadas y globales de la discapacidad en la isla de Tenerife como consecuencia de una perdida de la salud mental.

Para ello se elaboró unas hojas de recogida de información, tanto relativa al inventario de personas como de recursos, que fuese válida para la administración sanitaria, la no sanitaria y las ONG.

La urgencia en la recogida de información, la existencia de diferentes fuentes de información, y el número de agencias implicadas, así como, la confidencialidad de los datos, y la limitación del tiempo de recogida de información, con toda seguridad ha contribuido a que las cifras que aquí se exponen, pese a su volumen, estén infravaloradas y lejos de la cifra real, pero más próxima que antes a esta.

Por ello para acercarnos lo más posible a las cifras actuales y globales hemos consultado diversas fuentes, siendo la profundidad de la recogida de información muy diferente, debido a que además de existir registros distintos, los datos recogidos en los mismos también eran en muchos casos diferentes o insuficientes.

En la actualidad por el desarrollo de nuestro trabajo, sabemos que es aceptado a nivel mundial, que el 1% de la población general sufre de una discapacidad de naturaleza mental. Esto significa que en la isla de Tenerife sobre una población total de 696.415 habitantes, unas 6.964 personas presentarían una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental.

Pero si esta estimación teórica es muy orientadora, en los registros de los Servicios Sociales del Gobierno de Canarias, figuran que el número de personas en la isla

de Tenerife con minusvalía como consecuencia de un trastorno mental crónico que reciben una pensión no contributiva es de 8.000 mil personas.

Estos datos sin tener en cuenta a aquellas personas con minusvalías que no han solicitado aún ayuda económica alguna, o que han solicitado P.N.C. sin certificado de minusvalía.

Si tenemos en cuenta ambas cifras y tomando en consideración la estimación de la cifra de prevalencia para la discapacidad de naturaleza psíquica y la cifra real aportada por el área de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias, nos moveríamos en una banda de 3.000 y 8.000 personas con discapacidad de naturaleza psíquica.

Ahora bien, debido a la discapacidad de naturaleza psíquica incluye numerosas enfermedades mentales o cerebrales, para la estimación de la cifra aproximada de la cifra real hemos excluido de las anteriores cifras a las personas con trastornos cerebrales orgánicos, los trastornos de la inteligencia, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, y las personas con patología orgánica asociada a un trastorno mental, sin embargo, añadimos una estimación de las posibles personas con minusvalías sin pensión no contributiva.

Por todo ello podríamos estimar que en la isla de Tenerife en el año 2000 la cifra actualizada de personas con discapacidades como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución estaría entre las 3.000 a 6.000 habitantes

Si comparamos este volumen de población afectada con los escasos y parciales recursos sociosanitarios que ofrecemos desde la administración pública, se hace más evidente si cabe, que es de justicia que esta sea *una prioridad política y técnica en los próximos años en la isla.*

CENSO DE PERSONAS

Los datos que aquí presentamos son sobre un censo de personas con discapacidad previamente depurado entre todas las fuentes de información disponible. El total de personas que hemos registrado hasta Septiembre del 2000 en la isla de Tenerife es de 4.475 personas. El análisis de los datos lo hemos realizado, teniendo en cuenta los antes señalado, lo sobre un total de 2.882 personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental, debido a que disponíamos de una información más exhaustiva de esas personas, muy cerca de la información que deseábamos inicialmente con la puesta en macha del inventario, aun así, en algunas variables estudiadas no disponíamos de la información necesaria.

El análisis de esta población la hemos dividido en tres grandes subgrupos diana de intervención de personas con discapacidad como consecuencia de una pérdida de la salud mental.

Estos subgrupos de población están formados por: 1) las personas con discapacidad que viven institucionalizadas en el hospital psiquiátrico 2) las personas sin hogar y 3) las personas que viven en la isla de Tenerife. En este tercer subgrupo hemos incluido a todas las personas registradas.

Las personas que viven institucionalizadas.

De acuerdo a la información recogida en Marzo del año 2000 por el equipo terapéutico de las Unidades de Estancias Intermedia y Larga del Hospital Psiquiátrico de Tenerife, en ese momento, 63 personas con trastorno mental crónico están institucionalizadas en el hospital psiquiátrico de Tenerife, correspondiendo el 57% a la

unidad de estancias intermedias y el 43% a la unidad de estancias largas (véase tabla 1).

Tabla 1. - Personas ingresadas en las Unidades de Estancia Intermedia y Larga en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

UNIDADES	Nº	%
Estancia Intermedia	36	57,1%
Estancia Larga	27	42,9%

De las 67 personas ingresadas. El 46.8% lleva ingresada más de 20 años y el 24.2% entre 11 y 20 años. Solo el 28% lleva ingresado entre 0 a 10 años (véase tabla 2).

Tabla 2.- Distribución de los años de permanencia de las personas ingresadas en las Unidades Intermedias y larga estancia del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

TIEMPO DE ESTANCIAS	N	%
Menos de 1 año	4	6,5 %
Entre 1 y 5 años	8	12,9 %
Entre 6 y 10 años	6	9,7 %
Entre 11 y 20 años	15	24,2 %
Más de 20 años	29	46,8%

De estas el 76.2% son varones y 23.8% son mujeres (veáse tabla 3).

Tabla 3.- Personas ingresadas en la Unidad de Estancias Intermedias y Largas del Hospital Psiquiátrico de Tenerife

SEXO	Nº	%
Varón	48	76,2%
Mujer	15	23,8%

De estas 63, el 25% residían antes de ingresar en el hospital psiquiátrico en otro lugar fuera de la isla, mientras el 75% restante residían en algún municipio de la isla, y de estos un 22% en el municipio de Santa Cruz de Tenerife (véase tabla 3).

Tabla 4.- Municipios de residencia de las personas ingresadas antes de su hospitalización en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

MUNICIPIOS	Nº
Alajero	2
Almería	1
Arico	1
Arona	3
Arrecife	1
Avila	1
Barlovento	1
Buenavista	2
Cuba	1
El Paso	1
El Rosario	1
El Sauzal	1
Fasnia	2
Fuencaliente	1
Garachico	2
Granadilla	2
Guía De Isora	3
Hermigua	1
Icod De Los Vinos	1
La Laguna	4
La Matanza	2
La Orotava	2
Los Silos	1
Oviedo	1
Puerto de la Cruz	1
Republica Dominicana	1
S/C De La Palma	1
San Andres Y Sauce	1
San Juan De La Rambla	2
Santa Cruz De La Palma	2
Santa Cruz De Tenerife	14
Tacoronte	1
Valle Gran Rey	2
----------	-----
Total	***63***

El 90,5% de estas personas son solteras y solo el 1,6% están casadas (véase tabla 5).

Tabla 5.- Distribución del estado civil de las per6snas ingresadas en las Unidad Intermedia y de larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero	57	90,5%
Casado	1	1,6 %
Separado	4	6,3 %
Viudo	1	1,6 %

El 60% de estas personas se sitúan en el rango de edad entre los 56 y 65 años de edad, siendo reducido el número de personas a medida que desciende la edad, estando entre los 25 a 45 años el 28% del grupo ingresado y el 11% entre los mayores de 65 años (véase tabla 6).

***Tabla 6.*- Distribución de los grupos de edad de las personas ingresadas en las Unidades de Estancia Intermedia y Larga del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.**

GRUPO DE EDAD	Nº	%
26-35 años	3	4,8%
36-45 años	15	23,8 %
46-55 años	20	31,7 %
56-65 años	18	28,6 %
Mayor 65 años	27	11,1%

La edad media de las personas ingresadas es de 52 años, situándose de acuerdo a su desviación típica entre los 41 años y los 61 años de edad. Los hombres y las mujeres se sitúan ambos entre la edad media señalada, siendo ligeramente más jóvenes los primeros (veáse tabla 7).

Tabla 7. - Distribución de la edad media de las personas ingresadas en las Unidades de Estancia Intermedia y Larga del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

SEXO	Nº	Media	Desv. Típ.
Varon	48	51,13	10,92
Mujer	15	53,93	8,32
Total	***63***	***51,79***	***10,37***

En cuanto a su autonomía el 77% del total podrían funcionar independientemente, el 20.8%% necesitaría una supervisión y el 1% es totalmente dependiente (véase tabla 8).

Tabla 8.- Grado de autonomía de las personas ingresadas en las Unidades de Estancias Intermedias y Largas del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

GRADO DE AUTONOMIA	Nº	%
Totalmente Dependiente	1	2,1 %
Necesita Supervisión	10	20,8 %
Totalmente Independiente	37	77,1 %

En cuanto al apoyo familiar el 50% presenta un muy bueno o bueno apoyo familiar, mientras el 28.6% el apoyo es nulo y el 21.4% es definido como escaso (véase tabla 9).

Tabla 9.- Grado de Apoyo Familiar a las personas ingresadas en las Unidades Intermedias y de Larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

APOYO FAMILIAR	Nº	%
Nulo	16	28,6 %
Escaso	12	21,4 %
Bueno	19	33,9 %
Muy Bueno	9	16,1 %

En cuanto a su enfermedad (véase tabla 10), el 77% presenta el diagnóstico de Esquizofrenia, siendo de estos el 44% diagnosticados de esquizofrenia residual. El 33% se distribuyen entre trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad y retraso mental.

Tabla 10. -Distribución de los diagnósticos psiquiátricos (CIE-10) de las personas ingresadas en las Unidades Intermedias y de Larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

DIAGNOSTICO CIE 10	Nº
F20	1
F20.0	12
F20.00	2
F20.04	2
F20.05	1
F20.1	4
F20.20	1
F20.5	30
F20.50	1
F25	3
F25.9	1
F31.9	1
F42	1
F61.0	1
F70.1	1
G40.6	1
Total	***63***

En cuanto a su incapacidad legal, el 17.5% esta reconocida y el 61.9% en tramite. El 20.6% no esta incapacitados desde un punto de vista judicial (Véase tabla 11).

Tabla 11. -Incapacidad Legal de las personas ingresadas en las Unidades Intermedias y de Larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Tenerife.

INCAPACIDAD LEGAL	N	%
Si	11	17,5 %
No	13	20,6 %
En Trámite	39	61,9 %

Las personas que viven sin hogar.

Del registro de Cáritas Diocesanas en el año 2000, resultan los pacientes atendidos en sus recursos, un grupo que en cualquier momento ha estado en contacto con sus programas y otro grupo hace referencia a los que actualmente son seguidos.

La población de personas con trastorno mental crónico sin hogar que han estado en contacto con Cáritas es de 87. De estos 21 han estado en algún momento en contacto y 66 lo están en la actualidad. El 74% de esta población son varones y el 26% mujeres (véase tabla 12).

Tabla 12. - Distribución según el sexo de las personas con trastorno mental crónico en contacto con los programas de Caritas Diocesanas de Tenerife.

SEXO	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%

Varón	49	74,2 %	15	71,4 %
Mujer	17	25,8 %	6	28,6 %
Total	***66***	***100 %***	***21***	***100 %***

La edad media de todo el grupo es de 40.35 años con una desviación típica de 11.52, es decir, la mayoría de las personas se sitúan entre los 29 años y los 52 años de edad. (veáse tabla 13).

Tabla 13. - Distribución de la edad media de las personas con trastorno mental crónico en contacto con los programas de Caritas Diocesanas de Tenerife.

ACTUAL	Nº	Media	Desv. Típ.
SI	62	40,05	10,84
NO	21	41,24	13,57
Total	***83***	***40,35***	***11,52***

El 59% de las personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental que están actualmente en contacto con Caritas son solteras (véase tabla 14).

Tabla 14.- Distribución según su estado civil de las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

ESTADO CIVIL	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Soltero	36	59,0 %	14	66,7 %
Casado	1	1,6 %	1	4,8 %
Viudo	2	3,3 %	1	4,8 %
Separado	16	26,2 %	3	14,3 %
Divorciado	6	9,8 %	2	9,5 %

El 62% de las personas sin hogar con un trastorno mental residen en el municipio de Santa Cruz y el 34.8% en el municipio de Arona (veáse tabla 15).

Tabla 15.- Distribución según municipios de residencia de las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

MUNICIPIO	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Adeje			1	4,8 %
Arona	23	34,8 %	1	4,8 %
Guimar			1	4,8 %
La Laguna	2	3,0 %		
Puerto de laCruz			2	9,5 %
Santa Cruz	41	62,1 %	16	76,2 %

El 71% de estas personas que están en contacto con Caritas y que padecen un trastorno mental crónico de larga evolución son personas sin techo en donde vivir (véase tabla 16).

Tabla 16. -Distribución según tipo de convivencia de las personas que con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

CONVIVENCIA	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Vive Solo	6	9,5 %	1	4,8 %
Padres	1	1,6 %	1	4,8 %
Viudos o Mayores Familia Destino	1	1,6 %		
Con Algún Hijo	2	3,2 %		
Otros	1	1,6 %		
Familiares En Pareja, Sin Matrimonio	2	3,2 %	1	4,8 %
Pensión o Piso Compartido	4	6,3 %	1	4,8 %
Institución Sanitaria Asistida			1	4,8 %
Sin Techo	45	71,4 %	16	76,2 %

En la actualidad el 53% se encuentra en la situación de incapacidad laboral y el 33% en la situación de desempleo (véase tabla 17).

Tabla 17. - Distribución según la actividad laboral de las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

ACTIVIDAD LABORAL	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Nunca Ha Trabajado	2	3,0 %		
Trabajo No Cualificado	5	7,6 %		
Trabajo Cualificado	2	3,0 %		
Desempleado	22	33,3 %	11	52,4 %
Incapacidad	25	53,0 %	10	47,6 %

El 54.8% ha realizado trabajos no cualificados y no remunerados, y el 19.4% trabajos no cualificados pero remunerados. Solo el 26% ha realizado trabajos cualificados y remunerados (veáse tabla 18).

Tabla 18. - Distribución según tipo de trabajo realizado por las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

HISTORIAL LABORAL	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Trabajo No Cual.No Remun	17	54,8 %	2	15,4 %
Trabajo No Cualific Remun	6	19,4 %	9	69,2 %
Trabajo Cualificado Remun	8	25,8 %	2	15,4 %

La mayoría de los casos, el 87.2%, recibe en la actualidad una pensión no contributiva (véase tabla 19).

Tabla 19.- Distribución según tipo de prestaciones que reciben las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

PRESTACIONES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
AEB	3	7,7 %	2	18,2 %
Pensión Contributiva	1	2,6 %	1	9,1 %

Pensión No Contributiva	34	87,2 %	8	72,7 %
Desempleo	1	2,6 %		

De los 23 casos de que se dispone información sobre el diagnóstico resulta que en el 47.8% el diagnóstico es esquizofrenia y el 39.1% con el diagnostico de trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto (veáse tabla 20).

Tabla 20.- Distribución según el diagnostico (CIE-10) de las personas sin hogar con una discapacidad de naturaleza mental en contacto con Caritas.

DIAGNÓSTICO	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
F0			1	14,3 %
F2	11	47,8 %	3	42,9 %
F2	2	8,7 %	2	28,6 %
F4	1	4,3 %		
F6	9	39,1 %	1	14,3 %

Las personas que viven en la isla de Tenerife

De acuerdo a los datos, recogidos por nosotros, proporcionados por los Equipos Comunitarios de Salud Mental del S.C.S.; las unidades de intervención breve del consorcio sanitario Cabildo-SCS; las Organizaciones de familiares y enfermos psíquicos de la isla, los ayuntamientos, la sociedad insular de SIMPROMI y la Sección de Integración Social de personas discapacitadas de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, hemos construido la siguiente información que pasamos a comentarla.

El número de personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución registrado por nosotros desde 1 de Febrero al 1 de Septiembre del 2000 en la isla de Tenerife es de 2.882. De estos el 55% son varones y el 45% mujeres (véase tabla 21).

Tabla 21. - Distribución según el sexo de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

SEXO	Nº	%
Varón	1.592	55,2 %
Mujer	1.284	44,6 %
No consta	6	0.2%
Total	***2.882***	***100 %***

La edad media del grupo es de 43 años con una desviación típica de 14 años, es decir, la mayoría de las personas se sitúan entre los 29 años y los 57 años de edad, siendo relativamente la edad media de los varones, en seis años, más jóvenes que las mujeres (véase 22).

Tabla 22. - Distribución de la edad media de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

SEXO	Nº	Media	Desv. Típ.
Varón	1.366	40,26	12,99
Mujer	1.080	45,86	14,39
Total	***2.446***	***42,74***	***13,90***

De acuerdo a los municipios de residencia, teniendo en cuenta el 59% de la información disponible, (véase tabla 23) resulta que los municipios de Santa Cruz, La Laguna, Puerto de la Cruz, La Orotava, Los Realejos, Arona, Granadilla, Guimar, Guía de Isora, e Icod de los Vinos, presentan un numero de personas afectadas entre 30 y 500.

Tabla 23. – Distribución según municipios de residencia de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

MUNICIPIOS	N	%
Desconocido	1.120	38,9 %
Adeje	9	0,3 %
Arafo	3	0,1 %
Arico	6	0,2 %
Arona	60	2,1 %
Buenavista	30	1.0%
Candelaria	18	0,6 %
Fasnia	5	0,2 %
Garachicho	9	0,3 %
Granadilla	53	1,8 %
La Guancha	10	0,3 %
Guia De Isora	38	1,3 %
Güimar	49	1,7 %
Icod De Los Vinos	36	1,2 %
La Laguna	390	13,5 %
La Matanza	8	0,3 %
La Orotava	94	3,3 %
Puerto De La Cruz	103	3,8 %
Los Realejos	85	2,9 %
El Rosario	25	0,9 %
San Juan De La Rambla	23	0,8 %
San Miguel	5	0,2 %
Santa Cruz De Tenerife	524	18,2 %
Santa Ursula	15	0,5 %
Santiago Del Teide	22	0,8 %
El Sauzal	12	0,4 %
Los Silos	24	0,8 %
Tacoronte	29	1,0 %
El Tanque	23	0,8 %
Tegueste	22	0,8 %
La Victoria De Acentejo	26	0,9 %
Vilaflor	3	0,1 %
Gomera	1	0.0
Hierro	1	0.0
Total	***2.882***	***100 %***

Si la anterior distribución la realizamos de acuerdo a las comarcas de rehabilitación psicosocial (véase tabla 24), establecidas a partir de las Unidades de salud Mental de referencia, resultaría que:

Tabla 24. – Distribución según las comarcas de rehabilitación psicosocial de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

COMARCAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL	Nº	%
Comarca Metropolitana	990	56,92 %
Comarca Noroeste	506	29,09 %
Comarca Suroeste	243	13,97 %
Total	***1.739***	***100 %***

El 57% de las personas residen en la comarca metropolitana, el 30% en la comarca noroeste y el 14% en la comarca sueste.

Si tenemos en cuenta la edad (véase tabla 25) el 70% de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC se sitúan en el rango de edad entre los 26 y 65 años de edad, sobre todo, de estos el 46% de estos entre los 26 a 45 años, siendo reducido el porcentaje de personas a medida que desciende, el 19% entre los menores de 25 años, o asciende la edad, el 6% entre los mayores de 65 años.

Tabla 25.- Distribución de los grupos de edad de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC de la isla de Tenerife.

GRUPO DE EDAD	Nº	%
Menor 18 años	352	12.2%
19-25 años	198	6.8 %
26-45 años	1.337	46.39%
46-65 años	717	24.8 %
Mayor 65 años	181	6.2%
Total	***2.785***	***96.3%***

En cuento al estado civil, el 40.7% de las personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental son solteras y solo el 11% son casadas (véase tabla 26).

Tabla 26.- Distribución según su estado civil de las personas con una discapacidad como consecuencia de un TMC.

ESTADO CIVIL	Nº	%
No Consta	1.162	40,3 %
Soltero	1174	40,7 %
Casado	312	10,8 %
Viudo	38	1,3 %
Separado	129	4,4 %
Divorciado	51	1.7%
Convive	16	0.5%
Total	***2.882***	***100,0%***

El 32% de estas personas que padecen un trastorno mental crónico de larga evolución son personas que viven con su familia de origen (véase tabla 27).

Tabla 27.- Distribución según tipo de convivencia de las personas con una discapacidad como consecuencia de un TMC.

TIPO DE CONVIVENCIA	Nº	%
No Consta	1.351	46,8 %
Vive Solo	128	4,4 %
Familia De Origen Propia	926	32,1 %
Familia Propia. Padres Viudos y/o Mayores	63	2,1 %
Familia De Origen Del Conyuge	23	0,7 %
Familia De Destino	139	4,8 %
Con Algún Hijo	50	1,7 %
Otros Familiares	13	0,4 %
En Pareja, Sin Matrimonio	24	0,8 %
En Pensión, Piso Compartido o Similar	25	0,8 %
Institución Sanitaria o Asistida	63	2,1 %
En Comunidad	11	0,3 %
Sin Techo	66	2,2 %
Total	***2.882***	***100*** %

En cuanto a su actividad laboral, en el 72% de los casos desconocemos esta, en un significativo porcentaje (véase tabla 28).

Tabla 28.- Distribución según la actividad laboral de las personas con una discapacidad como consecuencia de un TMC.

ACTIVIDAD LABORAL	Nº	%
Desconocido	2.092	72,5 %
Nunca Ha Trabajado	400	13,8 %
Estudiante	48	1,6 %
Actualmente Trabajo No Cualificado	60	2,0 %
Actualmente Trabajo Cualificado	26	0,9 %
Desempleo	256	8,8 %
Total	***2.882***	***100*** %

En cuanto a la historia laboral, en el 91 de la muestra desconocemos la historia laboral previa de las personas, solo un 4% tienen historia de trabajo no cualificado remunerado y el 2% trabajo cualificado remunerado (véase tabla 29).

Tabla 29.- Distribución según la historia laboral de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

HISTORIA LABORAL	Nº	%
Desconocido	2.639	91,5 %
Trabajo No Cualificado No Remunerado	39	1,3 %
Trabajo No Cualificado Remunerado	114	3,9 %
Trabajo Cualificado No Remunerado	43	1,4 %
Trabajo Cualificado Remunerado	47	1,6 %
Total	***2.882***	***100*** %

La mayoría de los casos, el 78%, desconocemos que tipo de prestaciones recibe en la actualidad (véase tabla 30).

Tabla 30.- Distribución según tipo de prestaciones que reciben las personas con una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental crónico en la isla de Tenerife.

PRESTACIONES	Nº	%
Desconocido	1585	55,0 %
AEB	10	0,3 %
Pensión Contributiva	65	2,2 %
Pensión No Contributiva	1154	40,4 %
Pensión Por Viudedad u Orfandad	12	0,4 %
Desempleo	56	1,9 %
Total	***2.882***	***100*** %

En cuanto al diagnóstico, de los 2377 casos de los que se dispone información en el 50.5%% el diagnóstico es de esquizofrenia, trastorno esquizotipico y trastornos de ideas delirantes, el 14% de trastornos del humor (afectivos), el 7% trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto (véase tabla 31).

Tabla 31.- Distribución según el diagnóstico (CIE-10) de las personas con discapacidad como consecuencia de un TMC en la isla de Tenerife.

CIE-10	Nº	%
No consta	505	17.5%
0,00	7	0,2 %
1,00	20	0,6 %
2,00	1458	50,5 %
3,00	415	14,3 %
4,00	14	0,4 %
6,00	200	6,9 %
7,00	122	4,2 %
8,00	2	0,0 %
9,00	4	0,1 %
10,00	135	4,6 %
Total	***2882***	***100 %***

CENSO DE RECURSOS

Ya decíamos al comienzo de este documento que los recursos sociosanitarios específicos dedicados a la rehabilitación psiquiátrica eran escasos e insuficientes comparativamente con otras islas, encontrándonos lejos de un óptimo estándar.

No obstante los escasos recursos actualmente existentes y financiados en su totalidad por la administración publica han sido desarrollados y articulados bajo un criterio de planificación sino ha estado sometido a la influencia y tenacidad de las organizaciones de familiares y enfermos psíquicos de la isla de Tenerife, a las cuales hay que reconocer públicamente su meritoria labor de estos últimos veinte años. Habría que señalar que la mayoría de estos recursos apenas guardan conexión con la red sanitaria de la atención especializada en salud mental y su tendencia es a permanecer aislado, tanto en relación los de su genero como de la práctica rehabilitadora, dándose situaciones alarmantes donde las escasas plazas vacantes no son adecuadamente

cubiertas o simplemente permanecen sin ocupar y cada año la financiación de los mismos llega con retraso, haciéndose la situación del día a día insostenible.

En las tablas 32, 33 y 34 podemos observar los recursos y las plazas actualmente, así como, la cuantía económica anual asignada a los mismos por las diferentes administraciones públicas canarias.

Tabla 32.- Centros de Día financiados por la Administración Pública Canaria para la isla de Tenerife.

CENTROS DE DIA	PLAZAS	FINANCIACION	CUANTIA	LUGAR	GESTION
Santa Cruz	52	Consorcio SCS Cabildo	17..140	Santa Cruz	H.P.
Total	***52****		17.140		

**Plazas* teóricas, *no significa que* estén *ocupadas*

Tabla 33.- Talleres Ocupacionales financiados por la Administración Pública Canaria para las discapacidades por trastorno mental crónico.

TALLERES OCUPCIONALES*	PLAZAS		CUANTIA		GESTION
Cerámica Manual	15	Cabildo	3.024.772	Santa Cruz	AFES
Cerámica Especial	10	Ayto.Puerto Cruz	3.024.772	Puerto Cruz	AFES
Encuadernación	10	Sanidad	3.824.772	La Guancha	AFES
Marquetería	12	Ayto.La Laguna	3.524.772	La Laguna	AFES
Encuadernación	12	Cabildo	4.932.668	La Laguna	AFES
Carpintería	15	Cabildo-ICFEM	5.007.916	Tacoronte	AFES
Textil-Telar	30	Servicios Sociales-Ayto Orotava	8.500.000	Orotava	AFES
Isla Baja	5	Cabildo		Buenavista-Norte	AYTO
Los Realejos	15	Cabildo		Realejos	AYTO
Textil	15	Ayto Santa Cruz-Servicios Sociales	1.869.529	Santa Cruz	ATELSAM
Informática	15	ICFEM-	2.932.000	Santa Cruz	ATELSAM
Total	***154***				

*Plazas ocupadas no significa capacidad real

Tabla 34 .- Pisos Protegidos financiados por la Administración Pública Canaria para las discapacidades por trastorno mental crónico.

PISOS	PLAZAS	FINANCIACION	CUANTIA	LUGAR	GESTION
P.Asistido Hombres	5	Cabildo	1.220.000 Anual	Santa Cruz	AFES
P.Asistido Hombres	5	Cabildo	2.000.000 Anual	Santa Cruz	AFES
P.Asistido Mujeres	4	Servicios Sociales	3.000.000 Anual	Santa Cruz	AFES
P.Asistido Hombres	8	Cabildo	3.000.000 Anual	La Laguna	ATELSAM
Total	***22****		***9.220.000** Anual*		

Como vemos en la isla actualmente existen 1 Centro de Día, 11 Talleres Ocupacionales y 4 Pisos tutelados.

LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS ALTERNATIVOS

La Ley General de Sanidad de 29 de Abril de 1986, en su capítulo III, dedicado específicamente a la Salud Mental establece en el articulo 20 la filosofía global de los legisladores sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental con las demás personas.

Pero no sólo define los principios básicos sino que además establece las premisas del modelo asistencial para la atención a las personas con una enfermedad mental, entre ello, establece que *se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental* y en cuanto a los dispositivos advierte de *la necesidad de coordinación de los servicios de atención psiquiátrica y los servicios sociales,* encargándoles a estos conjuntamente las tareas de prevención y la atención de los problemas psicosociales que acompañan a la perdida de salud en general.

La Red Sociosanitaria

La naturaleza dinámica de la relación de las personas con la comunidad y con la práctica de la rehabilitación tiene que reflejarse necesariamente en una diversidad de ofertas sociosanitarias para cada una de las áreas de funcionamiento y en relación con el diferente grado de capacidad de autonomía, habilidades, y de sociabilidad de las personas para permitirles alcanzar los objetivos establecidos.

Esta diversidad de ofertas sociosanitaria han de estar en relación muy estrecha con la red asistencial y con los servicios sociales primarios y especializados, ofreciendo una diferenciación nítida y funcional de los productos.

En este sentido el diseño de un conjunto de recursos sociosanitarios lo que pretende es cubrir la amplia gamas de necesidades de las personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental.

Institucionalmente este conjunto de recursos formaría parte de un ***circuito o red sociosanitaria que permita cubrir una ratios básicas de cobertura socioasistencial,*** de las cuales se benefician las personas con discapacidad para ir adquiriendo en esta red una mayor competencia y habilidad en distintas áreas de funcionamiento con el fin de facilitarle su integración social y laboral.

Por lo que esta red de apoyo comunitario es la base para poder hacer efectiva técnicamente **la rehabilitación psicosocial**, entendida esta como un proceso que dota

a las personas con discapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menores apoyos posibles de servicios y profesionales (ISLEM.1997)-

Estimación de los recursos sociosanitarios para la Isla de Tenerife

El conjunto de recursos sociosanitarios mínimos, que hemos estimado tanto en términos de unidades como de plazas, para realizar una atención rehabilitadora psicosocial eficiente, teniendo en cuenta que la estimación de la población media total durante el periodo 2001-2008 es de 697.519 habitantes, estos serian los siguientes:

Cada 300.000 habitantes deberá contar con 3 Equipos Comunitarios Asertivos con una capacidad de 100 plazas.

En la isla deberá haber un mínimo de 3 Equipos Comunitarios Asertivos que no podrá exceder su número de plazas por encima de 100.

Cada 50.000 habitantes deberá contar con 1 Centro de Recuperación Psicosocial con una capacidad de 20 plazas, que podrá habilitarse en turno de mañana y de tarde, dando una cobertura total a 40 personas.

En la isla deberá haber un mínimo de 11 Centros de Recuperación Psicosocial con una capacidad total entre 220 y 440 plazas.

Por cada 70.000 habitantes se dispondrá al menos de 5 Centros ocupacionales o prelaboral con una capacidad de 15 plazas cada uno.

En la isla deberá haber 50 Centros de Día Ocupacionales con una capacidad total de 750 plazas.

Por cada 50.000 habitantes se constituirá una empresa social o de inserción laboral.

En la isla deberá haber un mínimo de 11 empresas sociales o de inserción laboral cuya dimensión laboral dependerá del tipo de empresa.

Por cada 50.000 habitantes se tendrá que disponer al menos de 35 plazas de alojamiento alternativo en sus diferentes formas.

En la isla deberá haber un mínimo de 300 plazas de alojamiento alternativo.

Por cada 200.000 habitantes se dispondrá de una comunidad terapéutica con una capacidad de 30-40 plazas.

En la isla deberá haber un mínimo de 3 Comunidades terapéuticas con una capacidad total entre 90-120 plazas.

Para cada 700.000 habitantes se dispondrá de 112 plazas hospitalarias de rehabilitación activa.

En la isla deberá haber un mínimo de 110 plazas de rehabilitación activa.

Por cada 700.000 habitantes se dispondrá de 6 equipos de apoyo individualizado al empleo.

En la isla deberá haber un mínimo de 125 plazas para la incorporación rápida al empleo

Por cada 700.000 habitantes se constituirá una Unidad Móvil para atender a las personas sin hogar.

En la isla deberá haber un mínimo de 1 Unidad Móvil, que cubra la atención de las zonas básicas de salud.

Por cada 350.000 habitantes se constituirá una Unidad de Noche.

En la isla deberá haber al menos 1 Unidad de Noche con una capacidad de 10 plazas residenciales.

La distribución de estos recursos se realizara de acuerdo a las necesidades específicas de cada subgrupo de personas con discapacidad con trastornos mentales crónicos contempladas anteriormente.

Veamos en la tabla 35 la cuantificación de los versos recursos, tanto de unidades como de plazas, sociosanitarios para el conjunto de la isla de Tenerife, que anteriormente hemos descrito:

Tabla 35.- Recursos Sociosanitarios para la isla de Tenerife (2001-2008) para las personas con discapacidades como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución.

LINEAS Y RECURSOS DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO (2001-2008)	Población	Número	Plazas Totales	Período
REHABILITACIÓN				
-*Centros de Recuperación Psicosocial*	50.000	11	220-440	2001-2008
-*Unidad de Rehabilitación Activa (URA)**	700.000	1	110 (55/55)	2001
-*Comunidad Terapéutica*	200.000	3	90-120	2002-2008
- *Centros de Día Ocupacionales-Prelaboral*	70.000	50	750	2001-2008
APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO				
Subprogramas:				
-Empleo				
-Empresas Sociales	50.000	11	----	2001-2008
-Equipo de apoyo Individualizado al empleo	700.000	1	125	2001-2008
-Alojamiento				
-Alojamiento	50.000	-	300	2001-2008
-**Apoyo coyuntura**l				
.-Unidad Noche*	700.000	1	10	2001
-.Unidad Móvil	350.000	2	Indefinida	2001-2004

* Recursos de cobertura insular

Señalar que algunos de los recursos sanitarios y sociosanitarios contemplados en este plan no son de nueva creación.

Distribución Comarcal de Los Recursos Sociosanitarios

Si ahora tenemos en cuenta la población adscrita a los Equipos Comunitarios de Salud mental de acuerdo a las comarcas de rehabilitación psicosocial definidas en la comisión permanente de la CIRPAC como comarca noroeste, suroeste y noreste, la distribución geográfica de los recursos sociosanitarios podríamos verlos en la tabla 36:

Tabla 36.- Distribución de los recursos del espacio sociosanitarios por las comarcas de rehabilitación psicosocial de la isla de Tenerife (2001-2008).

LINEAS Y RECURSOS DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO	COMARCA METROPOLITANA		COMARCA NOROESTE		COMARCA SURESTE		TOTAL ISLA	
REHABILITACIÓN	**Nº**	**Plazas**	**Nº**	**Plazas**	**Nº**	**Plazas**	**Nº**	**Plazas**
-Equipo Comunitario Asertivo	1	100	1	100	1	100	3	300
-Centros de Recuperación Psicosocial	7	40-280	2	40-80	2	40-80	11	220-440
*-Unidad de Rehabilitación Activa (URA)**							1*	110
-Comunidad Terapéutica	1	30-40	1	30-40	1	30-40	3	90-120
- Centros Dia Ocupacionales	32	470	9	150	9	150	50	750
APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO								
Subprogramas:								
-Empleo								
-Empresas Sociales	7	-	2	----	2	----	11	----
-Equipo de apoyo individualizado al empleo	2		2		2		6	
-Alojamiento								
-Alojamiento		150		75		75		300
-Apoyo coyuntural								
- .Unidad Noche*							1*	10
.- Unidad Móvil*	---					----	2*	-----

*Recursos de cobertura insular

LOS COSTES ESTIMADOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN INSULAR DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (2001-2008)

La estimación de costes para cada uno de los recursos contemplados en el PIRP se ha realizado en función de los siguientes criterios

- Costes de los servicios de iguales características en funcionamiento.
- Para los recursos de nueva creación, y no existentes en la actual oferta de recursos, se ha asimilado la estructura de costes de centros o servicios de

similares características y de equivalentes fuera del ámbito de la Comunidad Autónoma.

- La financiación pública de las plazas estará en función de la aportación de los usuarios estando referido su porcentaje de financiación a esta porción del coste total. En cualquier caso, para la cofinanciación por parte del usuario de los servicios y/o programas sociosanitarios que se desarrollen en los distintos ámbitos de actuación del PIRP, se garantiza la prestación gratuita de los servicios de naturaleza sanitaria que se precisen y de los recursos socisanitarios para las personas sin recursos económicos. Se prevé un plazo de 8 años, en el periodo 2001-2008, para la realización de este Plan.

Las administraciones implicadas se comprometen a dotar de los recursos económicos suficientes para el funcionamiento de los recursos previstos en el PIRP. Se establece así mismo, el compromiso de las administraciones de incrementar anualmente la financiación para la apertura de nuevos servicios en un porcentaje no inferior al 25% de la aportación prevista en el Plan y en todo caso, no inferior al incremento del 25% de la aportación realizada en el año anterior y durante todo el periodo de vigencia del PIRP (2002-2008)

En la estimación del coste real de los recursos sociosanitarios contemplados en el PIRP teniendo en cuenta lo anteriormente señalado (véase tabla 37) resulta que el total del coste para el periodo 2002-2008, a precios del 2000, asciende a **3.228.140.125** pesetas.

Tabla 37. Demanda, oferta y costes de los recursos sociosanitarios contemplados en el PIRP-CIRPAC (2001-2008) (precios 2000).

DEMANDA, OFERTA Y COSTES APLICACIÓN PIRP-CIRPAC (Precios 2000)							
Recurso	**Demanda Estimada**	**Oferta Actual**	**Déficit Estimado**	**Coste Plaza año**	**Coste total Estimado**	**Número Estimado**	**Coste día**
A. Ocupacionales	700	203	497	1.095.000	544.215..000	33	3000
B. Comunidad Terapéutica	105	0	105	6.232.375	654.399.375	5	17075
C. Unidad Móvil (***)	50	0	50	983.675	49.183.750	2	2696
E. Pensiones.	52	0	52	1.010.000	52.520.000	52	2767
F. Pisos tutelados	104	22	82	1.010.000	82.820.000	20	2767
G. Miniresidencias	96	0	96	5.584.500	536.112.000	8	15300
H. Centros de Rehabilitación Psicosoacial	230	0	230	5.548.000	1.276.040.000	10	15200
I. EIAE	125	0	125	273.750	32.850.000	3	750
Total	**1.462**	**225**	**1.237**		**3.228.140.125**		

(***) Recurso de ámbito insular.

ACCIONES

A. - Carácter Estratégico

1.- EL Gobierno de Canarias instará al Gobierno Central que una cartera de servicios básicos comunes que configure el perfil de la prestación en Salud Mental en el Estado y que incluya **las actualizaciones y desarrollo del contenido del R.D. 63/95 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Servicio Nacional de Salud**, entre ellos, los relativos a la financiación de la rehabilitación psiquiatrica, como prestación sanitaria.

2.- Promover y favorecer la **constitución del Consejo Insular de Discapacidades** con el objetivo de unificar las políticas del sector, la elaboración de un plan insular de la discapacidad y el establecimiento de conciertos plurianuales con los diferentes subsectores del mundo de la discapacidad.

En este Consejo Insular de la Discapacidad estará representado todas las conserjerías de la administración implicadas con el mundo de la discapacidad desde la Conserjería de Hacienda hasta la Conserjería de Empleo y Asuntos Sociales. También formaran parte las Federaciones de Asociaciones de Familiares y Enfermos y las ONG del sector de acuerdo a su ámbito de discapacidad.

El Consejo Insular de la Discapacidad estará adscrito al Instituto de Servicios Sociosanitarios y Sanitarios de la Isla de Tenerife. EL CIRPAC de Tenerife deberá estar representado en el Consejo Insular de la Discapacidad.

3.- Conjuntamente al desarrollo del PIRP dado que la puerta de entrada a la rehabilitación psicosocial son los Equipos Comunitarios de Salud Mental se precisa de la administración responsable que los citados equipos cuenten con la dotación de recursos humanos, materiales u organizativos al inicio y desarrollo del Plan según las ratios establecidas y tendentes al equilibrio interinsular

4.- Sumar de forma efectiva los esfuerzos de todos e instrumentar el compromiso político de las instituciones, cualquiera que sea su naturaleza, en aras de la consecución de una finalidad de elevado interés social como es atender las complejas y variadas necesidades de las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución, no es suficiente un organismo como el CIRPAC de carácter inminentemente planificador, consultor y dinamizador **sino que para la gestión del amplio conjunto de recursos sociosanitarios implicados en este Plan**, se hace necesario la implicación del **Instituto de Atención Social y SocioSanitaria (IASS),** como organismo autónomo del Cabildo Insular de Tenerife**.** Para garantizar la continuidad entre la planificación y la gestión el IAAS y el CIRPAC se arbitrarán formulas especificas de colaboración y seguimiento de los acuerdos alcanzados

5.- Instar al Cabildo Insular de Tenerife y al Instituto Sociosanitario, que en su **planificación de los recursos sociosanitarios**, comarcales o no, se contemple las necesidades de las personas con discapacidades como consecuencia de un trastorno mental crónico, con el fin de garantizar una atención lo más próxima al contexto social de las personas y en igualdad de condiciones que otros colectivos que sufren otras discapacidades.

6.- Instar al Gobierno de Canarias, a su Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, a que en los próximos fondos estructurales europeos del 2001-2006, en las acciones relativas al **programa EQUAL** se incluya a la isla de Tenerife, con la finalidad de promover la inserción social y laboral de las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución.

7.- Instar a la Consejería de Educación , Cultura y Deportes para la puesta en marcha de una comisión multiprofesional y multinstitucional que estudie la puesta en marcha de una **ordenación de la atención al alumnado adulto con necesidades educativas especiales por trastorno mental** en condiciones de igualdad, en cumplimiento de la ley 13/1982 de Integración social de los minusválidos, que del articulo 23 al articulo 31 establece el derecho de estas personas a recibir una respuesta adecuada a sus necesidades educativas, dentro del sistema escolar ordinario y en el seno de la propia comunidad, según los principios de normalización, integración, sectorización e individualización.

Entendemos como alumnos con necesidades educativas especiales cuando para lograr los fines generales de la educación requieren de respuestas educativas diferenciadas que posibiliten el máximo desarrollo de sus potencialidades.

8.- Instar al Instituto Canario de Formación y Empleo para que **adapte su normativa de sus cursos de formación** a las características de las personas con discapacidades, tome la iniciativa de constituir con la Sociedad Insular Simpromi una **bolsa de potenciales empleados discapacitados** que oferte a la administración y empresas y establezca un **mecanismo de seguimiento a la Lismi y del Real Decreto 27/2000 de 14 de Enero** por la que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2% a favor de los trabajadores discapacitados en empresas de cincuenta o mas trabajadores, además de **facilitar y promover la constitución de empresas sociales** (Centros Especiales de Empleo) con personas discapacitadas.

9.- Solicitar a Servicios Sociales del Gobierno de Canarias la revisión de los expedientes administrativos de las personas que se les ha adjudicado una pensión no contributiva como consecuencia de su trastorno mental a fin de optimizar y actualizar el censo de personas con discapacidad y realizar estudios intensivos sobre sus necesidades, que sirva como base para la constitución del registro unificado insular de las personas con discapacidades como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución.

B. - Carácter Coyuntural

1.- Se recomienda a cada una de las administraciones que tengan una contabilidad analítica de los dineros públicos que actualmente destina a la subvenciones de este tipo de recursos sociosanitarios para las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga evolución y los someta antes de

conceder las subvenciones solicitadas por cualquier agencia, al informe y criterio, en la planificación aceptada por todos para la isla de Tenerife, del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria.

2.- Se recuerda a cada una de las administraciones que el CIRPAC es un instrumento colegiado de colaboración reciproca, esto significa, considerar que el CIRPAC puede no solamente ser un instrumento de planificación, sino también de asesoramiento, sesnibilización y formación en discapacidades para todas agencias implicadas en la rehabilitación psicosocial de las personas con una enfermedad mental de larga duración.

3.- Promover desde el CIRPAC al calor de la implementación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial la puesta en marcha junto a la Asociación Mundial de Psiquiatría de un plan de acción local y un equipo de acción local para combatir la Estigmatización y la Discriminación debidas a la esquizofrenia. Del equipo de acción local formaran parte los grupos de apoyos a familiares y pacientes, abogados, periodistas, profesionales sanitarios y no sanitarios, legisladores, y miembros influyentes de la sociedad.

4.- Con el fin de, optimizar los recursos sociosanitarios actualmente financiados por la administración pública insular, reordenar los recursos de acuerdo a la planificación propuesta en el Plan Insular y reducir los costes señalados anteriormente, las diferentes administraciones y Asociaciones de familiares, y Usuarios y las Entidades Sociales facilitaran la evaluación por el CIRPAC de los recursos actualmente existente de acuerdo a la normativa jurídica que procede del Decreto 83/1998 de 28 de Mayo por la que se establecen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para enfermos mentales. Las administraciones se comprometen a que la financiación de cualquier nuevo recurso sociosanitario destinados a las personas con discapacidades por trastornos mentales de larga duración debe hacerse bajo la planificación contemplada en este Plan

5.- Instar al CIRPAC que en el plazo de un año se elabore un PROGRAMA INSULAR de rehabilitación psicosocial para la isla de Tenerife en el que se contemple la definición de los recursos definidos en el plan, sus objetivos, criterios de admisión o acogida, criterios de alta, y sistemas o procedimiento de evaluación de los mismos.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en nombre propio y en el de la Comisión Permanente del CIRPAC de Tenerife a todas las administraciones publicas y organizaciones de familiares y enfermos de Tenerife, así como, a todos los directores generales y de servicios o de área, los consejeros, los concejales, los secretarios, los administrativos, a los profesionales sanitarios y a los técnicos nombrados por las agencias nuestra gratitud por su colaboración y entusiasmo en la elaboración del Plan Insular de rehabilitación Psicosocial.

BIBLIOGRAFIA

Servicio de Salud Mental. La Atención a la Salud Mental en Canarias, presente y futuro. Objetivos en el Plan de Salud de Canarias 1996-2000 y estrategias para su desarrollo. Servicio Canario de Salud. Conserjería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias 1996.

Plan de Salud de Canarias. Boletín Oficial de Canarias nº41, Lunes 31 de Marzo de 1997. Salud Mental.3348-3353.

Plan De Integración Social Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Canarias. Gobierno de Canarias. Noviembre de 1998.

Plan de Desarrollo de Canarias2000-2006 (PDCAN).Conserjería de Economía y Hacienda. Gobierno de Canarias.1999:187-189

Asociación Mundial de Psiquiatría. Programa Institucional de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir la estigmatización y la discriminación debidas a la esquizofrenia. Madrid. Mayo. 2000.

Documento de Consenso. II Taller de las Discapacidades. CIRPAC. 28 de Abril de 2000. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Acuerdos alcanzados por la Comisión Técnica integrada por representantes del S.C.S. y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, para la fijación de criterios sobre coordinación funcional, y planificación conjunta de la Atención a la Salud Mental en la isla de Tenerife. Junio 1997.

EL DIA. Por la integración de los enfermos psíquicos. Criterios y Comentario EL DIA. Miércoles 2 Junio 2000. Página 1.

Wyatt Rj. Hwenter I.Leary Mc et al. An economic evaluation of schizophrenia.1991. Soc Psy chiatry Epidemiol 1995;30:196-205.

Schinnar, A.P.Rothband, A.B. Kanter, K.Jung Y.S. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. American Journal of Psychiatry, 1990;12:1062-1068.

CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.2001.

OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad CIDDM- 2. Borrador Beta- 2 Julio 99. Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología. Ginebra, Suiza. 1999. Pág 24.

ONU. La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a la salud mental (46/119). Resolución aprobada por la Asamblea General. 18 de Febrero de 1992.

ONU. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 46/96 de 20 de Diciembre de 1993.

Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 83/1998 de 28 de Mayo, por el cuál se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para enfermos mentales. Boletín Oficial de Canarias nº 75. Viernes 19 de Junio de 1998.

Inserción Social y laboral de Enfermos Mentales Crónicos (ISLEM). ¿Qué es la rehabilitación psico social?. Iniciativa de Empleo. Programa Horizon II. Discapacitados. Gran Canaria. Díptico. 1997.

Servicio de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Proyecciones de Población Isla de Tenerife. Estimación basada en censo de 1991 y padrón de 1996

Capítulo 4

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS DE SOPORTE COMUNITARIO

Francisco Rodríguez Pulido

En Junio de 1998 se publico el Real Decreto de constitución de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC)

(vease documento 1). En Enero del 2000 se constituyo el CIRPAC de Tenerife y se nombro al Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial. En Diciembre de ese año se aprobó en el pleno del CIRPAC, el Plan Insular de Rehabilitación Psicococial. (PIRP) (léase capitulo 2). En el verano del 2002 tiene lugar las transferencias del Gobierno Canario a los Cabildos Insulares de la gestión de los servicios sociales para la atención a las personas con discapacidad (léase documento 2). En Diciembre del 2002 se firmo el Convenio de colaboración para la planificación y gestión y financiación de los recursos sociosanitarios del PIRP para las personas con discapacidad por trastorno mental severo (léase documento 3). El 14 de Octubre del 2005 el Gobierno de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife firmaron la financiación del Plan de Atención a la Discapacidad (2005-2010) para este isla. En Diciembre del 2005 se apuesta por un nuevo modelo de organización en la atención de los trastornos mentales graves con la formación de los Equipos Asertivos Comunitarios (ECA). En Julio del 2007 se realizo el primer corte evaluativo del PAD. El 19 de Enero 2008 se difunde el Kit de trípticos con la cartera de prestaciones y servicios que se ofrecen a los ciudadanos en los recursos para la integración social y laboral. En diciembre del 2007 se aprueba la ley de dependencia. En Marzo del 2009, en el Hierro, se expone el modelo de red de redes en la I Reunión Regional de Responsables de salud mental, en la que se constata la efectividad del modelo para mantener a las personas con discapacidad por trastorno mental grave en la comunidad, recomendándose extender los Equipos Comunitarios Asertivos (léase documento 15).

DESARROLLO DEL PAD

Nuestras posibilidades de intervención en la elaboración del Plan de Atención a la Discapacidad (PAD), como Director del PIRP, fueron muy limitadas, si bien enviamos nuestra posición por escrito (léase documento 4) en base al borrador que llego a nuestras manos., pero el resultado fue en líneas generales el producto final fue satisfactorio, en mi opinión, para el sector de la salud mental. En el PAD se estableció, en, en relación a las actuaciones en sector de la salud mental las islas de Tenerife y Gran Canaria su carácter prioritario, sobre todo, para la creación de nuevas plazas de atención diurna, alojamiento tutelado y residencial. Asimismo se reconoce explícitamente que el CIRPAC es el órgano de planificación y evaluación de las necesidades de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y sus familias.

La ejecución real, con financiación PAD, comienza en la isla de Tenerife en el 2006, ya que la firma del convenio en materia de discapacidad entre el Cabildo Insular de Tenerife y el Gobierno de Canarias, es en Octubre del 2005. Esta circunstancia ha condicionado que la ejecución real del PAD lleve consigo un año de retraso.

El PAD en la isla de Tenerife en el sector de la salud mental para el periodo 2005-2008 recoge, véase tabla1, el siguiente compromiso en la distribución de plazas de nueva creación:

Tabla 1.- Distribución anual de plazas de nueva creación
(PAD. 2005-2008. Salud Mental. Tenerife)

PAD	Atención Diurna	Vivienda Tutelada	Alojamiento Residencial
2005	18	46	36
2006	20	46	36
2007	20	48	36
2005-2008	58	140	108

Hemos observado que en nuestra isla en un periodo de tres años teníamos que poner en funcionamiento 58 plazas de atención diurna y 248 de alojamiento, de las

cuales, 108 de carácter residencial y 140 en viviendas tuteladas. Además debíamos ir incorporando las plazas que ya estaban en funcionamiento (pisos tutelados), no solo en relación la homologación de su infraestructura sino en su modelo de intervención, y como no, seguir sosteniendo los recursos que habían sido puesto en marcha a través del Convenio de Colaboración del PIRP, o sea, 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS), 4 Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE) y 7 Talleres Ocupacionales.

Por otro lado en el PAD también se recogía, durante su periodo de vigencia, la contribución del Servicio Canario de la Salud (SCS) mediante la asunción de su aportación económica, entre otras, vinculados a la contratación gradual de personal especializado para hacer efectivo el seguimiento de estos recursos, tal como se recoge en la tabla siguiente**:**

Tabla 2.- Distribución anual del personal a contratar por el S.C.S. (PAD. 2005-2010. Salud Mental. Tenerife).

Profesionales	2005	2006	2007	2008	2009
Psiquiatra		1	2	3	3
Psicólogo	4	4	4	5	5
T.S	1	2	3	4	4
DUE	2	4	6	8	12
Auxiliar E.	4*	4	5	5	5

*En el pleno del CIRPAC del 2005 se aprobó la reconversión de estas 4 plazas de auxiliares de clínica en 2 plazas de DUE con lo cual en el 2005 se disponía de 6 DUE en vez de 4 y así en los años sucesivos hasta un total de 12 DUE en el 2009

En este marco global se ha enmarcado nuestra estrategia de implementación de los recursos, siguiendo unos criterios de gradualidad, comarcalización, equitativos, especializados, integrales e integrados. Estos permite en mi opinión, que los nuevos recursos faciliten un desarrollo comunitario de la sociedad, se profundice de manera efectiva en la psiquiatría comunitaria y sirva de promoción de la cohesión entre la personas a nivel insular y regional**.**

La rehabilitación Psicosocial en la isla de Tenerife, ha obedecido a los principios, líneas y objetivos de trabajo establecidos desde el inicio por el CIRPAC. Cuenta con características y modos de actuación específicos a las necesidades y realidades de la isla. Por ello y bajo el marco del Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias se han trabajado líneas que permitan la mejora de las actuaciones establecidas.

Como primer punto señalar, que en Tenerife bajo el marco del alojamiento tutelado se engloba tal y como refleja el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias por un lado las Plazas tuteladas y por otro las viviendas tuteladas. No obstante, de acuerdo a las especificidades de nuestra área y a la experiencia adquirida, se concibe la denominación de plaza tutelada como una atención domiciliaria especializada, definida en el marco del CIRPAC como plaza en domicilio propio para personas con una baja adherencia a los recursos de atención psiquiátrica y/o viven en situación social extrema, o de nula o escasa red sociofamiliar. Ante esto y dada la financiación establecida para las mismas en el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias y tras la experiencia de estos años se ha valorado la optimización de la financiación con la duplicidad de plazas al mismo coste dando lugar así al mantenimiento de dos plazas tuteladas con el coste de una. Logrando, una mayor cobertura de las necesidades de la isla al coste que desde el inicio se estableció en el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias. Asimismo para los Centros Ocupacionales también deberíamos adoptar un criterio de efectividad de los recursos, en el sentido de que si una plaza puede ser ocupada por dos usuarios porque clínicamente esto es factible, acordamos que lo mismo se comunique al IASS, para una mejor gestión y optimización de los recursos disponibles.

Otro punto a destacar, es que esta financiación, en el primer año de andadura supuso una mejora en los CRPS, recursos además de los que pueden beneficiarse lo usuarios de plaza tutelada como centro de referencia, donde las mejoras del entorno sociocomunitario también repercuten en la calidad de los servicios que se le ofrecen a los mismos.

También comentar que aunque el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias establece dentro de los requisitos de puerta de entrada criterios para la edad; en el sector de Salud Mental, existen criterios propios en cuento a este requisito y que se han determinado desde el Servicio Canario de Salud por el CIRPAC,, quedando un intervalo de edad entre 18 y 55 años, debido a que las personas con discapacidad por TMGP tienen una esperanza de vida menor sobre los 10-20 años en relación a la población general , y sufren deterioros cognitivos y envejecimiento cerebral y múltiples enfermedades orgánicas, que determinan que requieran recursos de alto requerimiento sanitario, no siendo candidatos adecuados para los programas de integración social y laboral. sino, para recibir una atención sociosanitaria mas orientadas a sus cuidados para hacer una vida mas confortable y mas saludable.

ATENCION DIURNA

A. Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS)

En el conjunto de la isla, si tenemos en cuenta un criterio comarcal, han sido financiadas y convenidas, 30 plazas de recuperación psicosocial en la comarca noroeste, otras 30 plazas en la comarca suroeste, y en la zona metropolitana, 38 plazas (23 CRPS S/C y 15 CRPS LL). En la isla de Tenerife, disponemos de 98 plazas de nueva creación atención diurna para la rehabilitación psicosocial de adultos con trastornos mentales graves persistentes, pero por un criterio de optimización se pueden atendemos en la actualidad a 103 personas

La dotación mínima de personal de los CRPS en la isla de Tenerife es de un psicólogo clínico, un auxiliar de rehabilitación, un animador sociocultural. Los CPRS de Santa Cruz y La Laguna tienen mayor dotación de personal por un mayor número de plazas convenidas.

En el 2008 nos propusimos como prioridad, la mejora de las infraestructuras, y mejorar la profesionalidad del trabajo terapéutico. Desde entonces ha habido un cambio significativo en la mejora de las infraestructuras de todos los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS). Hoy día podemos decir, que contamos con Centros muy dignos para nuestros usuarios, sus familias y para los profesionales. El CRPS de Camino del Hierro esta pendiente de una urgente remodelación que es sustancial para aumentar la efectividad del trabajo terapéutico que se realiza. Asimismo, se ha tenido reuniones mas sistemáticas, con los profesionales del SCS, para la definición y profundización de la cartera de servicios, y para garantizar las practicas terapéuticas y procedimientos, que no rompan la equidad del sistema de atención. Esperamos que en los próximos días, pueda ser contratado por parte del SCS 1 psicólogo, que inicialmente esta previsto para el 2008 y su probable ubicación- pactado con los profesionales actuales- será a caballo entre el CRPS de Arona y Puerto de la Cruz a tiempo compartido. De esta manera ya consolidaríamos los CRPS de Guía de Isora y de Icod de los Vinos con una atención durante todos los días de la semana. Así mismo cada CRPS ha presentado a la Dirección del PIRP un informe de cada uno de los Centros sobre todo el conjunto de su actividad y procedimientos que se emplean para el logro de sus objetivos**.** El intercambio de prácticas y de experiencias nos va a resultar sustancial en este próximo año. Los profesionales del CPRS también lo hemos incorporados a loa reuniones de formación del espacio de Rehabilitación Psicosocial bajo la Jefatura de la sección del SCS.

En cuanto a la distribución de las plazas, véase tabla 3, en cada uno de los CPRS es la siguiente**:**

Tabla 3.- Distribución de las plazas de los CRPS.

Centros de Recuperacion Psicosocial	Comarca	Plazas	Ocupadas	Libres
Camino del Hierro (ATELSAM)	Metropolitana	23	23	0
La Laguna (AFES)	Metropolitana	15	23	0
Guia de Isora (ATELSAM)	Suroeste	15	12	3
El Mojon (ATELSAM)	Suroeste	15	15	0 (15)
Puerto de la Cruz (Call Consultores)	Noroeste	15	15	0 (4)
Icod de los Vinos (AFES)	Noroeste	15	15	0

En definitiva en relación al PIRP y al PAD todas las plazas de atención diurna de atención psicosocial han sido convenidas, no quedando ninguna pendiente de ejecutar, y en cuanto al grado de ocupación de las mismas, a fecha de la redacción de este informe es prácticamente del 100% de las plazas están ocupadas. Este representa un avance de optimización con respecto al año 2008 donde informamos de 23 plazas libres. Es mas comienza a aparecer listas de espera para los CPRS habiendo más demanda para los CPRS de la comarca metropolitana, a pesar que los usuarios atienden más usuarios que plazas concertadas, lo cual habría que legalmente regular. En los CPRS de la comarca noroeste y suroeste aun podríamos optimizar más las plazas al poder ser compartidas por más de un usuario.

En la actualidad en isla de Tenerife, acogidos al PAD y al PIRP, existen 6 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Queda pendiente la programación de hace unos años en la cual estaba contemplada en el II Plan de Salud de Canarias un nuevo CPRS y los despachos de la dirección del PIRP en la comarca metropolita a expensas de la reformas pendientes del Hospital psiquiátrico de Tenerife. Somos optimistas y esperamos que en el III Plan de salud, dentro de las acciones en el campo de la rehabilitación psicosocial en la isla, se de prioridad a las acciones pendiente desde hace ya algunos años.

Seria de interés, que la Jefatura Regional de Salud Mental recogiera nuestra demanda para la contratación de un psicólogo clínico mas para las acciones del 2010, con lo cual, todos los CRPS actuales contaría con un profesional de psicología en la atención de los pacientes mentales graves. También queremos insistir en los sistemas de protección de datos, en las recomendaciones a seguir en los centros.

Hemos seguido la línea estratégica del PIRP en el cual ya señalábamos que cada equipo comunitario de salud mental (ECMS) tenga a su disposición, a través de los CPRS, una línea de intervención rehabilitadota de baja intensidad y asimismo el aumento demográfico de estos últimos cinco años. Hacen que la isla de Tenerife, necesite al menos 1 CRPS mas en la comarca metropolitana para el 2011, ello sin menoscabo de la integración al CRPS de Salamanca bajo la dirección del Director del PIRP o del SCS. Y si se desea aumentar la eficiencia de los CRPS actuales hay que reforzar la dotación de personal, mejorar algunas instalaciones, sobre todo CRPS Santa Cruz y mejorar la integración de los recursos a través de una conexión Intranet que garantice el cumplimiento de la normativa actual sobre la protección de datos.

B. Equipo Comunitario Asertivo

El proceso de consolidación de estos equipos lleva un ritmo aceptable Se trabaja en el ECA, hasta hace unos semanas con la coordinación del Director del PIRP, en la estandarización de los procedimientos, la definición de la cartera de prestaciones y servicios, la formación continua de los equipos, y la homogenización de criterios técnicos. Un producto de este esfuerzo ha sido la elaboración de una Guía clínica de cuidados físicos para las personas con TMGP que se elaboro conjuntamente con médicos de atención primaria, Y que la Jefatura Regional de Salud mental, esta dispuesta para su publicación y su extensión y difusión, en el conjunto de la red especializada de salud mental y en atención primaria, que acompañaría a una iniciativa de la citada Jefatura consistente en un Protocolo de actuación sobre el riesgo cardiovascular y metabólico.

La no resolución inmediata, de la falta de dirección técnica cualificada, puede hacer peligrar los logros conseguidos. Lo que comunico a este organismo para su conocimiento y adopta la resolución que estime oportuna. Ya esta Dirección, comunico en el CIRPAC del 2008, la falta de sensibilidad mostrada por la administración publica a las condiciones de trabajo del Director del PIRP durante los ocho años anteriores, situación esta no resuelta y que coloca a los dispositivos en una situación muy crítica.

En la comarca Noroeste ya viene funcionando el ECA con todos los recursos humanos, tanto los compromisos de contratación previstos y cumplidos por la Gerencia del HUNSC, como por las Organizaciones de Familiares. El Ayuntamiento del Puerto de la Cruz, nos ha cedido un local en la Universidad Popular, que esta pendiente de algunas mejoras. Quisiéramos agradecer también al anterior Concejal de Bienestar Social del citado Ayuntamiento el interés mostrado y las gestiones realizadas durante su mandato.

En la comarca suroeste todavía no viene funcionando el ECA con la composición de todos los recursos humanos necesarios, especialmente por la ausencia de 1 psiquiatra, que estaba prevista su contratación para el 2008 por el SCS y la misma no se ha producido, como consecuencia, al parecer, de las restricciones presupuestarias. El psiquiatra de la comarca noroeste esta atendiendo a las personas que viven en comarca suroeste, y si como tenemos previsto, se cubren las plazas de alojamiento residencial y todas las plazas de atención a domicilio propio, la carga asistencial que soportarían los dos psiquiatras actualmente contratados en el ECA, haría la dinámica de este equipo incompatible con su propia filosofía (tamaño adecuado de carga asistencia) y probablemente disminuiría su efectividad global.

Los MIR y PIR de los servicios de psiquiatría del HUC y HUNSC hacen las rotaciones para su formación por el ECA y por el resto de los recursos de rehabilitación psicosocial, así como, las y los DUE. que realizan la especialidad de enfermería en salud mental. También los estudiantes de la Escuela de Servicios Sociales, y los educadores sociales del Instituto de Formación Profesional. En sus informes, los MIR, PIR, que han rotado por nuestros recursos han expresando un alto grado de satisfacción con la formación especializada proporcionada y representa un estimulo para todos que las próximas generaciones de profesionales, a diferencia de todas las generaciones anteriores, hayan tenido la oportunidad de una formación especifica y cualificada, en esta área de nuestra disciplina.

Por lo tanto en torno al ECA me gustaría hacerles consciente de algunos puntos críticos de enorme trascendencia. EL ECA en este momento de su maduración y desarrollo de los recursos, se encuentra en una crisis de crecimiento, que dependen como la resolvamos determinara su futuro. Por un lado, por la ausencia de una dirección técnica especializada que mantenga la uniformidad de criterios y la misión de la organización y la integración de recursos. Somos de la opinión que entre mas tiempo pase mas difícil será su preconducción y sino se resuelve en la dirección correcta,

probablemente cada uno de los subsistemas que conforma el ECA y la red en su conjunto, caminara por su cuenta, con lo que ello significaría de retroceso para los pacientes y sus familias – ¿si esto ocurriera en la dirección de un quirófano lo aguantaríamos de la misma manera?. Y el otro punto critico, viene dado, si el ECA continua con la plantilla actual, si aumenta la intensidad de ocupación de las plazas libres con la carencia de psiquiatra y enfermeras disminuiría la efectividad de nuestro trabajo. Y por ultimo, en la experiencia acumulada, nos muestra la necesidad de la continuidad del personal, así como, del mantenimiento de los perfiles profesionales para el trabajo con las personas con TMGP, que no vasta con un curso de formación ni con la rotación por un centro un periodo de tiempo, sino guarda una asociación significativa con las actitudes y aptitudes de los profesionales. Determinadas competencias son inherentes a las personas (tener iniciativa, resolución de problemas, creatividad, optimismo, esperanza….), como tecnología esencial y fundamental, en el trabajo de la asistencia en salud mental, y mas aun, con las personas con enfermedades mentales graves y sus familias. Seria de interés que desde este CIRPAC se comunicara a las gerencias y direcciones médicas este aspecto, Ali como, las organizaciones científicas y de familiares hicieran valer este criterio ante la sociedad civil y la administración.

Por lo tanto recomiendo, el nombramiento urgente de una Jefatura de Sección -no se entienda que hablo que recaiga en mi persona- y la contratación de 1 psiquiatra y 2 enfermeras mas para el ECA, tal como, estaba previsto para el 2009 en el PAD. Si esto no se resuelve de forma satisfactoria no piensen los responsables sanitarios que no tienen consecuencias a corto plazo. Si estas contrataciones no ocurriesen el equilibrio de plazas y profesionales se rompería no pudiendo garantizar la ocupación de todas las plazas concertadas. En esta línea, la infraestructura con la que se maneja el personal del ECA dependiente del SCS debe ser mejorada: un nuevo local, teléfonos móviles, ordenadores e impresoras, archivadores.

Así mismo, recomiendo tener en cuenta los perfiles profesionales y continuidad del personal, en el ámbito de la salud mental, en las futuras contrataciones.

ALOJAMIENTO ALTERNATIVO

En las plazas de alojamiento hemos desarrollado varias modalidades de intervención en sintonía con la experiencia alcanzada en el transcurso de estos años, mostrándonos muy sensibles a los posibles cambios que la programación inicial del PAD no hubiera recogido. Esos cambios han resultado ser muy favorable al disponer de una variedad de recursos de alojamiento que se acercan más a cubrir las variadas necesidades individuales de las personas con discapacidad por enfermedad mental grave y persistente. Las Miniresidencias, los pisos supervisados y la atención en domicilio propio ha sido nuestra apuesta definitiva en Tenerife.

A.- Miniresidencias

Veamos en la tabla 4 como ha sido la evolución temporal de la ejecución de las plazas de miniresidencia en la isla de Tenerife en estos años:

Tabla 4.- Evolución temporal de la ejecución de las plazas de ALOJAMIENTO RESIDENCIAL (PAD, 2005-2009, Tenerife)

PAD / Años. Tenerife	Plazas de alojamiento residencial Salud Mental
2005-2006	37
2006-2007	23

2009-2010	20
2010-2011 (pendiente)	28

Fuente. IASS Tenerife

Si bien estaba previsto que durante el 2008 estuviera concertadas por el IASS y en funcionamiento 20 plazas residenciales de la comarca noroeste de la isla, los ajustes financieros, los cambios legislativos, y la perspectiva de la ley de dependencia (copago) han retrasado su disponibilidad. No obstante en Julio del 2009, se adjudico mediante concurso público estas plazas a una empresa privada y las personas seleccionadas por el SCS tomaron posesión de las mismas en Septiembre de este año.

Con esta última adjudicación por parte del IASS el grado de cumplimiento del PAD en relación a las plazas de miniresidencias esta en torno al 75% de lo previsto: Contaría entonces la isla de Tenerife con un total de 77 plazas de alojamiento residencial.

No obstante de las 108 plazas recogidas en el PAD, quedarían pendiente 28 plazas. Estas plazas, al menos la mitad de ellas, son fundamentales para que los personas que residen en la comarca suroeste no sean discriminadas en cuando a la igualdad de oportunidades respecto al resto de los habitantes de la isla. Reclamamos del IASS y de la Consejería de Bienestar Social, un esfuerzo financiero en este sentido, ya sea, a través del PAD (por los compromisos no ejecutados) o a través de la ley de dependencia.

b.- Pisos supervisados

En relación a las plazas de pisos supervisados, hemos incorporado todos las plazas (nueva creación y las de homologación) bajo el seguimiento del ECA.

Si tenemos en cuenta el desarrollo de las plazas de viviendas tuteladas por comarcas, en la comarca metropolita, véase tabla 5, resultaría la distribución siguiente.

Tabla 5.- Distribución de plazas de viviendas supervisadas en la comarca metropolitana. Salud Mental.

Viviendas supervisadas. Salud Mental. Tenerife. Comarca metropolitana	**Nº plazas PAD**	**Plazas ocupadas**	**Plazas libres**
VT I Los Gladiolos .Santa Cruz. AFES	5	4	1
V TII Nava y Gritón. La Laguna. AFES	4	3	1
VTIII Tomé Cano Santa Cruz. AFES	6	6	0
VTIV Méndez Nuñez. Santa Cruz.AFES	7	7	0
VT V Daute. La Laguna. ATELSAM	7	7	0
VT VI.Ruiz de Padrón. Santa Cruz. ATELSAM	7	7	0
VT VII Tirso de Molina. Santa Cruz. ATELSAM	4	4	0
VIT.VIII La Cervecera. Santa Cruz. Carisol	5	5	0
VT.IX. Barrio de La Salud. Santa Cruz.Carisol.	6	6	0
VT.X. Piscina Municipal. Santa Cruz.	5	5	0

Carisol			
VT. XI Av. Trinidad.La Laguna Carisol	5	4	1

Fuente. Dirección del PIRP Tenerife.

De las 62 plazas disponibles, incluidas las homologadas, 3 plazas no están libres, dando un porcentaje de ocupación superior al 90% en la comarca metropolitana, mejorando los resultados del pasado año. También desde un punto de vista clínico este porcentaje de reserva de plazas sirve a los equipos de salud mental para resolver en determinados momentos una prioridad insalvable.

Por su parte en la comarca noroeste, véase tabla 6, disponemos de 23 plazas de vivienda supervisada siendo su distribución la siguiente:

Tabla 6.- Distribución de plazas de viviendas supervisadas en la comarca noroeste. Salud Mental

Vivienda supervisadas. Salud Mental. Tenerife Comarca nororeste.	**Nº plazas PAD**	**Plazas ocupadas**	**Plazas libres**
VT1 XII.Plaza del Charco. Puerto Cruz. AFES (2)	8	8	0
VT XIII La Torrita. La Orotava. AFES.	8	5	3
VT IXIV. EL Bernegal Tacoronte. AFES	7	6	1

Fuente. Dirección del PIRP Tenerife.

Del total de plazas disponibles en la comarca nororeste, 4 plazas están libres, o sea, menos del 20%, habiéndose experimentado un incremento de ocupación del 50% en relación al año anterior.

En la comarca suroeste, vedse tabla 7, hemos incrementado el número de plazas concertadas en relación a Enero del 2008, pasando de 6 a 11 plazas,

Tabla 7.- Distribución de plazas de viviendas supervisadas en la comarca suroeste

Vivienda supervisadas. Salud Mental. Tenerife Comarca Suroeste	**Nº plazas PAD**	**Plazas ocupadas**	**Plazas libres**
VT.XV Las Galletas ATELSAM	6	4	2
VT XVI.San Isidro. ATELSAM. Vt. Granadilla. ATELSAM	5 4	3 1	2 3

Fuente. Dirección del PIRP Tenerife.

Como observamos 8 plazas están ocupadas y 7 libres. El índice de ocupación de las plazas concertadas de viviendas supervisads en la comarca suroeste es del 53%.

En resumen en relación a las plazas de viviendas tuteladas podemos decir que el grado de ocupación de las plazas concertadas en la comarca metropolitana es muy óptimo, mientras que de las 14 plazas libres de pisos tutelados en la isla, 7 plazas proceden de la comarca noroeste y 4 de la comarca suroeste. No se aprecian cambios sustanciales aunque sí una ligera mejora esperable para esta Dirección.

En resumen en la isla de Tenerife disponemos de 99 plazas de viviendas tuteladas, el porcentaje de ocupación es del 86% pero a expensas de la ocupación lograda en la comarca metropolitana, Esto no obstante es un avance en relación al pasado año, pero las otras comarcas deben mejorar su grado de ocupación.

c.- Atención en domicilio propio

En la tabla 8 observamos que en la comarca metropolitana las plazas concertadas por el IASS es de 40, de las cuales, 18 están ocupadas y 22 están libres. El porcentaje de ocupación de las plazas de atención en domicilio propio es del 45%. Los mismos números y porcentajes encontramos en la comarca noroeste. En cambios en la comarca suroeste, de las 20 plazas concertadas, 8 están ocupadas y 12 están libres, El porcentaje de ocupación es del 40%.

Tabla 8.- Distribución de las plazas de atención en domicilio propio en la isla de Tenerife

Atención domicilio propio	Plazas Disponibles	Plazas Ocupadas	Plazas Libres	Gestión
Comarca Metropolitana				IASS + Tercer Sector
Número	40	18	22	
Porcentaje	100%	45%	55%	
Comarca Noroeste				
Número	40	18	22	
Porcentaje	100%	45%	55%	
Comarca Sureste				
Número	20	8	12	
Porcentaje	100%	40%	60%	

Por lo tanto en la isla de Tenerife, sobre el 55%-60% de las plazas de atención a domicilio propio están libres en la actualidad. Este hecho podría tener varias explicaciones.

Por un lado, son las últimas plazas concertadas, lo que ha implicado un tiempo de preparación de los equipos y la elaboración de guías de actuación para estandarizar las intervenciones. En segundo lugar, pueden expresar la dificultad del ECA de incorporar estos nuevos usuarios, si no se fortalece el ECA con un nuevo psiquiatra y 2 DUE como estaba previsto para el 2009, y por ultimo porque la población beneficiaria reúne unas características de mayores dificultades de captación al ser pacientes que en general muestran baja adherencia a los servicios de salud mental y a los tratamientos psicofármacológicos, lo que hace que muestren mas reticencias de participar en este tipo de acompañamiento.

OCUPACION Y EMPLEO

En este espacio nos encontramos con los siguientes recursos:

a.- Centros de Día Ocupacionales

Asimismo en líneas generales los Centros de Día Ocupacionales han experimentado una mejoría en relación no tanto en infraestructura –que todavía en

algunos casos, como el Taller Ocupacional de agro jardinera de Icod los Vinos, esta en una situación lamentable, que debemos corregir inmediatamente- sino en la definición de la misión, la visión y los procedimientos que deben trabajarse en estos lugares, para que realmente se conviertan en lugares terapéuticos, en los procesos de recuperación de las personas. La incorporación de terapeutas ocupaciones y de técnicos de integración social, bajo la Dirección del Director del PIRP, así como, la participación de este personal en la formación que ofrece el SCS, estamos seguro que permitirá a corto y medio plazo avanzar en la misión señalada. Se esta preparando un documento sobre los procedimientos de intervención en esta área y la clarificación del papel de los Centros de Día Ocupacionales, en la configuración de las redes del espacio propio que conforma desde la formación en una actividad al empleo ordinario.

En cuanto al nivel de ocupación de plazas seguimos teniendo especial dificultad con la ocupación de las plazas en todos los CO de la Comarca suroeste de la Isla, aunque se ha mejorado no significativamente en los índices de ocupación en comparación con lo alcanzado durante el año 2007. Este problema viene siendo una constante de los últimos informes presentados a este Consejo, lo cual, no debe hacer si son las actividades mas adecuadas o si todavía los equipos sanitarios deberían insistir mas en la búsqueda de candidatos idóneos. En la Comarca Noroeste nos ocurre la tendencia contraria, que se ha empeorado los índices de ocupación, en sentido decreciente, tanto en Icod de los Vinos como en San Juan de la Rambla. Véase en las siguientes tablas 9 y 10 la distribución de las plazas en los Centros de Día Ocupacionales:

Tabla 9.- Distribución de las plazas de los CDO gestionados por ATELSAM

Centro de Día Ocupacional ATELSAM	Municipio	Plazas	Ocupadas	Libres
Los Andenes Diseño Informático	La Laguna	15	15	0
Camino del Hierro Informatica	Santa Cruz	15	15	0
Camino del Hierro Costura	Santa Cruz	15	14	1
Llano Alegre Serigrafia y Tampografia	Santa Cruz	15	14	1
Isora Agrojardineria	Sur (Guia Isora)	15	8	7
Mª de las Casas" Ceramica Tradicional Canaria	Sur (Granadilla)	16	6	9
Los Olivos Mantenimiento Edificios	Sur (Adeje)	15	8	7
Encuadernación Artesanal	San Juan de la Rambla	15	9	6

Tabla 10.- Distribución de las plazas de los CDO gestionados por AFES

Centro de Día Ocupacional AFES	Municipio	Plazas	Ocupadas	Libres
Alfarería Canaria	S/C de Tenerife	15	15	0
Encuadernación Artesanal	La Laguna	15	15	0
Ebanistería y reparación de muebles	La Laguna	15	13	2
Marquetería	La Laguna	15	15	0
Telares- Informática	La Orotava	25	22	3
Agrojardinería	Icod de Los Vinos	15	9	6

Encuadernación Artesanal	San Juan de la Rambla	15	9	6

Por otro lado en la comarca metropolitana tenemos ocupadas la totalidad de las plazas, teniendo lugar probablemente una mayor demanda, que tenemos que cubrir. Me gustaría insistir en que tenemos dos posibles escenarios para salir de este impás: 1) tomar una medidas concretas (ponerlo en el primer punto de nuestras agendas) 2) replantearnos una re-distribución de la plazas 3) Mejorar sus condiciones.

No obstante, para una mejor optimización - aquello que permite ocupar una plaza todo el tiempo durante todos los días de la semana que el CDO esta abierto- pondremos en marcha en todos los centros unos horarios que reflejen la cuantificación en horas reales de la presencia física de los usuarios en los Centros de Dia Ocupacionales

En el 2008, con financiación del 2007 del PAD, incorporamos de una nueva asociación al sector de la salud mental, la cual hemos, desde la dirección del PIRP contribuido a su nacimiento, LA ASOCIACION CANARIA DE TERAPIAS CREATIVAS (ASCATEC), con la cual el IASS ha realizado un convenio de 20 plazas para el inicio o la consolidación de las actividades creativas vinculadas a la expresión artística, el movimiento y la dramatización.

La expresión artística se sigue desarrollando en la Facultad de Bellas Artes con la colaboración de una profesora y los estudiantes de su asignatura, y estudiantes de psicología (hemos incorporado una investigación a este proceso terapéutico). Destacar la exposición que se realizo el pasado año en la Casa de la Cultura al calor del Dia Mundial de la Salud..

La actividad del movimiento se realiza en las propias miniresidencias y desde hace un mes también participan las personas que residen en los pisos protegidos, acudiendo a realizar la actividad en la Laguna, en una Asociación de vecinos que nos ha cedido un local.

Y la actividad de dramatización, la realizamos en el local citado y hemos invitado a participar de la actividad a los vecinos de la zona, como un criterio de normalización.

Estas 20 plazas concertadas en la práctica la hemos optimizado y en la actualidad cada plaza es compartida por varios usuarios debido a que no todos las actividades duran todo el año.

b.- Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo

Como recordaran estaba prevista la contratación de un nuevo técnico de empleo financiado por el PAD. Hasta el día de hoy esto no ha sido posible debido a varios factores, que no están su resolución al alcance de esta dirección, como por ejemplo, el estatus de SIMPROMI, los ajustes presupuestarios administrativos, y la agilización de trámites administrativos. Al parecer, en el próximo mes, podrá ser un hecho, esperemos, la contratación de este nuevo técnico de empleo. Si este fuese así, habría un reubicación de los técnicos de los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE), adscribiendo uno de ellos, a los ECA. En un sentido estratégico el número de EAIE deberían ser equivalentes al número de USMC. Por lo tanto nos faltarían cuatros EAIE para los próximos cinco años, pero el problema principal, espero que SIMPROMI juegue un papel relevante en este aspecto, en su nueva formulación jurídica como FUNDACION, en la búsqueda de fuentes financieras para incrementar estos recursos.

Los EAIE se encuentran, al igual que los demás recursos de la red de redes de rehabilitación psicosocial de Tenerife para las personas con discapacidad por TMGP, elaborando un informe técnico de estos recursos.

El que nuestra comunidad, y toda la comunidad internacional, esta ocurriendo una crisis financiera, sino también una crisis social, con tasas de desempleo esperables para el 2009, en torno al 29% en la población canaria, han hecho que desde esta dirección del PIRP aceleremos un acuerdo marco de cooperación entre todas las anexidades cívicas, para ordenar las actuaciones de nuestro sector y proteger en la medida de nuestras posibilidades, a las personas con enfermedad mental grave, de la feroz competencia que se establecerá en el mercado laboral.

Con este acuerdo marco de cooperación, insisto, queremos sumar fuerzas para hacer mas efectivo en tiempo de crisis económica, la posibilidad de integración en el empleo de las personas con discapacidad por trastorno mental grave. Este acuerdo marco, promovido técnicamente por la Dirección del PIRP, aparte del objetivo señalado, pretende también dar respuesta a las diferentes necesidades de las personas para afrontar sus dificultades con el mundo laboral y con el empleo. Disponer de una variedad de recursos, que sirvan a la misión global de nuestra organización es crítico para la obtención de buenos resultados para todos. Esta experiencia ya la tenemos cuado hemos ordenado el espacio sanitario y el espacio social. Todos hemos ganado. Los pacientes, las familias, los profesionales, las organizaciones, la administración y la sociedad en su conjunto.

Pues bien, en esta nueva fase que acométenos de forma decidida tenemos que comprender, como lo hemos hecho anteriormente, que cada organización y entidad, tienen un papel relevante para conseguir nuestra misión. Ninguna posición es más relevante que otra. Practicas basadas en la evidencia, muestras que el apoyo individualizado al empleo, no confundir con empleo con apoyo, es la práctica más efectiva para el logro del empleo ordinario. Sabemos además que esto es valido para personas con una alta motivación para el empleo. Y también reconocemos que hay personas que están motivadas pero que carecen de competencias apropiadas para el desarrollo de una actividad. Así como no olvidemos que hay personas que carecen de motivación y no tienen cualidades para una actividad determinada o global. Todas ellas son importantes para nosotros. Pero cada uno de nosotros, de nuestras organizaciones, tiene que jaguar un papel, para cada uno de los segmentos de la población descrita. Y entre nosotros ayudarnos a realizar este complejo proceso de la integración laboral que va desde la formación a recibir un salario en el bolsillo de los usuarios.

El acuerdo que se ha suscrito, técnicamente intenta resolver estos problemas, trabajando conjuntamente todos. Realizamos recientemente una reunión de la cual hemos `producido el texto que ustedes tienen en sus carpetas. En general hay un alto grado de acuerdo. Hemos puesto en marcha una comisión de seguimiento y la presentación en acto publico del citado acuerdo donde estén representadas al máximo nivel todas las administraciones implicadas y las organizaciones del tercer sector.

Profundizaremos más en nuestra experiencia en el espacio del trabajo y el empleo en el capítulo 19.

Capítulo 5

LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Andrés Hernández Sánchez; Beatriz Durán Hernández; Marta Jurado Ávalos

El trabajo integral entre las administraciones por las personas con discapacidad se ha convertido a día de hoy en una realidad. La planificación y proyección en el futuro de años anteriores por todas las partes ha supuesto un modelo único, por estar basado en una realidad concreta, para la isla de Tenerife. Este espacio común para el diálogo y la planificación ha sido gracias al entusiasmo profesional y al Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias. En él, se establecen mecanismos de trabajo y competencias de las administraciones y líneas de actuación específicas, que hacen que se funcione con el máximo de eficacia.

El caso de personas con discapacidad por un trastorno mental grave, el trabajo entre administraciones es aún más complejo ya que confluyen dos Consejerías del Gobierno Autonómico (Consejería de Sanidad y Consejería de Bienestar Social) y una insular que es el Cabildo de Tenerife. Además hay que tener en cuenta, que el trabajo no queda aquí, y que la interrelación continúa con entidades y empresas gestoras que se unen también a la red ampliando por tanto la complejidad de la misma. Todo este entramado requiere no sólo de entusiasmo y buenas intenciones, sino de mecanismos, protocolos y procedimientos que a nivel administrativo lo posibiliten. Y si ya trabajar dentro de una misma administración es complejo, hay que imaginar el obstáculo con en el que nos encontramos para poner en marcha un sistema con tantos agentes implicados en una red.

EL PAPEL DEL IASS

Comencemos por el principio; existe como se comenta en líneas anteriores un programa marco, el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias (PAD). Este programa es autonómico, que a su vez requiere de una concreción específica para nuestra isla que es lo que nos compete. Esta concreción se establece a través de un convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma Canaria, con las Consejerías implicadas, y el Cabildo de Tenerife; en él se establecen los compromisos de todos para el desarrollo del mismo. Es el Cabildo de Tenerife a través del IASS (Instituto Insular de atención Social y Sociosanitaria) quién gestionará y velará por el desarrollo de dicho Programa. El desarrollo del mismo se plasmará con convenios de colaboración entre distintas entidades y el propio IASS, donde se establecerán los mecanismos a seguir tal y como establece el Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias para que se garantice la ejecución del programa marco. De ahí que todos los recursos de la isla de Tenerife se rigen por un convenio marco (véase documento 3 y 6) pero a su vez específico para nuestra isla garantizando que sea cual sea la ubicación territorial del recurso garantice a las personas con discapacidad por un trastorno mental grave la misma atención rehabilitadora e integral.

Pero ¿cómo se puso todo este entramado en marcha?. Parte de una comisión entre el SCS (Servicio Canario de Salud) a través de la dirección del PIRP y del IASS a través de la Unidad de Discapacidad. Ésta Comisión es la que planifica y establece el desarrollo de la puesta en marcha de los recursos a nivel insular. Una vez establecido, se determina el orden o la prioridad de los mismos para su puesta en marcha por la

Dirección del PIRP. Establecidas las prioridades, la Unidad de Discapacidad es la encargada de realizar los trámites administrativos para la ejecución y puesta en marcha de las prioridades establecidas. Los trámites administrativos finalizan con la concreción de los convenios de colaboración específicos con las entidades que finalmente gestionarán el día a día del recurso. A continuación se detalla una tipología de Convenio para un recurso concreto como es el CRPS (Centro de Recuperación Psicosocial).

Los Convenios señala las obligaciones a desarrollar por cada uno de los agentes implicados, estableciendo a qué personas en concreto va dirigida la intervención rehabilitadora, qué tipo de atención es la que tiene que recibir, por quién se desarrolla o ejecuta el programa rehabilitador entre otros.

Una vez puesto en marcha, velará, el IASS por la gestión del mismo y el SCS por la ejecución del Plan Rehabilitador Individualizado que se desarrolla en el recurso. Al mismo tiempo, se desarrollan foros de discusión sobre el desarrollo del recurso garantizando la optimización de resultados en el día a día.

OPERATIVIDAD DEL MODELO EN RED

A nosotros, a nivel operativo y del día a día, ¿qué ha supuesto la implantación de este modelo?. Por una parte, formar parte de un modelo de atención donde somos el eslabón último de la cadena, donde el papel del IASS es meramente administrativo, siendo la concreción "en papel" de una atención específica que viene determinada desde la Consejería de Sanidad, fruto de un trabajo coordinado entre los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) y los Equipos Comunitarios Asertivos (ECA). El IASS, a través de la Unidad de Discapacidad comunica a todos los afectados, la adjudicación de la plaza asignada. La intervención y la designación son tareas de sanidad. Por otra, el modelo nos aporta tranquilidad, ya que los ECA se convierten en unidades móviles de supervisión de la intervención que garantizan que las personas con discapacidad por un Trastorno mental Grave están siendo atendidas en base al modelo establecido, siendo por tanto un modelo que está siendo evaluado de manera continua por la administración.

Pasados ya unos años de la puesta en marcha el modelo nos confirma de la viabilidad del sistema que se ha implantado, un sistema coordinado donde cada administración sabe y ejecuta las funciones que le competen y donde es clave el entendimiento, el buen hacer y la coordinación de todos los agentes que formamos parte del mismo.

La verdad es que no se es consciente de los logros de los que hemos podido participar hasta que no hemos escrito entre otras, estas líneas. Logros que sin lugar a dudas le pertenecen asimismo a todas aquellas personas que desde Tenerife se han implicado en un modelo de atención a las personas con discapacidad que a día de hoy a mejorado y mucho la calidad de vida de las personas con discapacidad, nos gustaría que aquellas personas que se sienten y que saben que son partícipes de la puesta en marcha de este modelo disfruten como nosotras de los éxitos conseguidos.

Para terminar, lo justo es que después de las alabanzas, tengamos espacio para hacernos unas autocríticas. Autocríticas que sirven para seguir trabajando por un modelo aún no completo, pero flexible y abierto donde las aportaciones de todos pueden ser recogidas en un presente y un futuro no lejano. Apostamos como primera crítica, aunque no atribuible a modelo de organización de los TMG, por un modelo que llegue a todos en las mismas condiciones. Es decir un modelo que atienda a todas las personas con un trastorno mental, el día a día desde el área social se convierte en una falta de respuesta a un sector que todavía no se atiende, faltará por tanto desarrollar un modelo paralelo que tenga tanto éxito como el actual para el TMG que garantice la Calidad de Vida a estas personas. Como segunda crítica, relacionada con la anterior, nos queda por apostar porque este modelo se extienda a otras patologías, y sea cada día más amplio, apostar

por que cada vez seamos más los profesionales los que participemos de esta nueva forma de abordar los trastornos mentales, apostando por objetivos amplios y complejos que garanticen un trabajo de todos.

De todas maneras, y entendiendo que aún quedan muchas cosas por hacer en este sector como en el resto, la primera piedra como en una gran obra ya está puesta, o las primeras líneas como en una gran novela ya están escritas. Queda seguir trabajando por unos fines y objetivos, fines en los que podemos participar todos los que queremos y tenemos entusiasmo por trabajar para las personas con discapacidad. Es por ello que desde la oportunidad que se nos ha dado de participar en este libro, la aprovechemos para invitar a todas aquellas personas del sector a seguir trabajando y disfrutando de lo que ha día de hoy ya se ha conseguido y lo que para un futuro se pueda hacer. Futuro que está pendiente de nuestros objetivos, buen hacer y de un trabajo colaborativo entre todos.

BIBLIOGRAFIA

Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias. Gobierno de Canarias. 2004.

.

Parte II

El Espacio Sanitario

El espacio sanitario es uno de los tres espacios que forman parte de los anillos para los cuidados y la atención las personas con trastornos mentales graves en la comunidad. Desde la clínica el espacio sanitario, es un espacio que vertebran y articulan de forma coherente y sistemática, los planes de atención integral, donde de manera sucinta esta expresada la historia narrativa de las necesidades, los conflictos, las expectativas, las fortalezas, y las responsabilidades, que las personas desean asumir para favorecer los procesos de cambios**.**

El espacio sanitario es un espacio de *atención especializada*. Se requiere que los equipos que la conformen y sus prácticas estén guiados por una fundamentacion de las disciplinas, por unas técnicas contrastadas, por un trabajo multidisciplinario, y por la asunción de un liderazgo social. La atención especializada, en el proceso de recuperación y rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves, no esta al margen de la experiencia clínica, sino que es su esencia, en el dialogo que no cesa con la experiencia humana singular que es la locura. Por lo tanto, el propósito y las acciones del espacio sanitario, no es la administración de unas escalas psicometricas ni sumar actividades unas detrás de otras ni reforzar el automatismo mental propio de la psicosis, su cometido es ahondar en la experiencia del otro, para que el otro, tome su voz y su palabra, y en este viaje, acompáñale de forma empalica para que este recobre, si lo decide, el propio sentido de si.

El espacio sanitario es un *espacio estratégico* dentro en el proceso de la recuperación de las personas. Este espacio es el que debe permitir tener una visión holistica de la persona, de su narrativa histórica, y de sus viajes o trayectos para hacer posibles el camino de la recuperación. La recuperación entendida como un viaje donde las personas van haciendo los descubrimientos de sus necesidades y expresando sus propios deseos para ganar capacidad de decisión y autonomía personal. Desde el espacio sanitario, cobra todo su sentido una actividad de ocio y tiempo libre como facilitador de las relaciones interpersonales o con el entorno más próximo, o la realización de un periódico como reaprendizaje de una actividad cognitiva. En la personas, y en la visión clínica, lo sanitario y lo social es indisoluble, es un conjunto inseparable, y mas aun, con la fuerza de lo biológico y los entornos. Los profesionales sanitarios también debemos mover los entornos para hacer posible la actividad y la participación. El entorno familiar también debe formar parte de este viaje. El cambio esta abierto.

El espacio sanitario es un *espacio relacional*. Nuestro liderazgo nos exige un trabajo en formato de equipo multiprofesional, donde cada disciplina tiene que saber de sus ventajas y sus limitaciones. Una relación con los otros equipos sanitarios en los diferentes niveles de atención para que estos comprendan la importancia del seguimiento de los cuidados físicos, cooperen en los planes de cuidados, ayuden en la adherencia de los tratamientos, conozcan las nuevas formas de organización de la atención, se entusiasmen con las nuevas practicas terapéuticas, y participen de los nuevos valores. Con los cuidadores informales como una relación donde se extendió nuestra mirada en sus ojos. Con el tercer sector, que comprende la importancia de su papel, al garantizar unas condiciones adecuadas de habitabilidad y de calidad de vida.

El espacio sanitario es un espacio conformado diferentes dispositivos sanitarios cada uno con su función y sus procedimientos terapéuticos y valores similares. La dimensión psicológica y social tiene especial relevancia en los Equipos Comunitarios Asertivos (ECA) y en los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS), así como, las terapéuticas psicológicas intentan, atender los conflictos intrapsiquicos, ayudar en el reaprendizaje de habilidades y conductas, mejorar las relaciones interpersonales y la capacidad para resolver problemas, favorecer las propia visión de si mismo, los demás y del mundo, y para ello nos valemos de la palabra, la conducta, el cuerpo, el movimiento o el drama para favorecer la individualización. Variados encuadres para ajustarlos a las narrativas personales y con practicas standarizadas en todos los recursos.

Parte II

Capítulo 6

CENTROS DE RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

Beatriz Ferrera Rodríguez; Susana Saavedra Jiménez; Joaquín Gerardo López Arce. Domingo Jesús de la Rosa Díaz. Francisco Rodríguez Pulido. Maria Sánchez Suárez.

Los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) son espacios donde las personas con trastorno mental grave y persistente pueden obtener ayuda para recuperarse y retomar el proyecto de vida que en un momento determinado fue invadido por experiencias singulares y propias del deterioro de la salud mental.

Los CRPS están diseñados desde una visión holística de las personas para ayudar a sus usuarios a volver a tomar las riendas de su vida. Por ello se tiene en cuenta que todo proceso de individualización y diferenciación psicológica no solo viene determinado por nuestro cerebro sino que éste se conforma bajo la irremediable influencia del entorno y con los que convivimos. Esto significa centrar la atención en las narrativas personales, en el fomento de habilidades y competencias y roles, el cuidados de las necesidades y las preferencias del usuario, poniendo para ello de forma integrada e integral en funcionamiento todos los recursos disponibles para favorecer el proceso global de recuperación. La recuperación se lleva a cabo por tanto a nivel personal, familiar, social y laboral.

Como el propio nombre indica el objetivo primordial del trabajo llevado a cabo en el CRPS es la **"recuperación"** global de la persona que acude al Centro y, más aún, facilitar el desarrollo de sus potencialidades como individuos inmersos en la comunidad.

Existen tres pilares básicos que subyacen bajo el funcionamiento de los CRPS; éstos son la quintaesencia del trabajo desarrollado en el centro y están por ello contemplados en el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP); éstos son los siguientes:

1. Empoderamiento: El personal del centro está a disposición del usuario para ayudarle a definir su proyecto personal, movilizando para ello todos los recursos disponibles para lograr ese fin. De este modo, el plan de rehabilitación será individual, voluntario, consentido y acordado entre las partes implicadas.

2. Abordaje Familiar: El núcleo familiar puede influir de manera crucial en el desarrollo de los proyectos de los usuarios y viceversa. Por ello, se anima a los familiares a que sean parte activa en el tratamiento llevado a cabo tanto dentro como fuera del centro.

3. Integración en la comunidad: El individuo está contemplado como un ser social y, como tal, se fomenta su participación plena y responsable como ciudadano, evitando así el aislamiento y la marginación. Así mismo, se entiende que la comunidad también tiene su parte de responsabilidad como elemento integrador de las personas con trastorno mental grave y persistente en la sociedad.

4. Preferencias del usuario: Los equipos acompañan en el camino de recuperación a los usuarios en sus propios procesos, manteniendo un clima de confianza y utilidad que les permita gozar plenamente de los derechos y deberes de la sociedad actual.

5. Trabajo en red: Todos los profesionales involucrados en el desarrollo de los planes individualizados de los usuarios trabajan en cooperación. Tanto la coordinación como la supervisión por parte de la dirección del PIRP (Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial) es continua.

En la actualidad existen 6 Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS), en la Isla de Tenerife, todos ellos emplazados estratégicamente en las principales poblaciones de la Isla y siempre en ubicados en lugares con facilidad de acceso para todos los ciudadanos.

Los CRPS son los siguientes:

- CRPS DE ICOD DE LOS VINOS.
- CRPS DEL PUERTO DE LA CRUZ.
- CRPS DE LA LAGUNA.
- CRPS DEL CAMINO DEL HIERRO.
- CRPS DE ARONA.
- CRPS DE GUÍA DE ISORA.

La cobertura poblacional de los CRPS es comarcal, con diferentes gestores (Asociaciones de Familiares, Sector Privado y/o Ayuntamientos) que regulan su actividad con convenios en el IASS. Los informes que exponemos fueron elaborados en el primer trimestre del 2009.

CRPS CAMINO DEL HIERRO

El CPRS del Camino del Hierro está ubicado en el casco urbano del municipio de Santa Cruz de Tenerife y presta servicio a el área comprendida entre Santa Cruz de Tenerife hasta Güímar.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

Hay un total de **23 plazas**. A finales de diciembre de 2008 estaban todas ocupadas.

A la hora de valorar el tiempo de estancia media del usuario en las actividades que se planifican y desarrollan desde este CRPS, debemos tener en cuenta que las intervenciones se desarrollan tanto en el espacio del CRPS, como en el entorno comunitario, como en el contexto de residencia del usuario en colaboración con su familia cuando el caso lo requiere. Por ello, consideramos el tiempo de estancia media de un usuario como equivalente al tiempo que el equipo terapéutico destina al trabajo clínico-rehabilitador, con independencia del lugar desde donde se desarrolle la intervención. El contexto de intervención viene determinado por lo establecido en el Programa Individualizado de Rehabilitación de

cada usuario, donde se establecen los objetivos (conectando con necesidades y potencialidades) que guían la intervención. Debemos tener presente que la ocupación media de un usuario no es un dato estático y cambia a lo largo del año, pues no todas las personas tienen el mismo ritmo y no pueden frenarse los procesos individuales. Del mismo modo, el trabajo rehabilitador se gradúa, reajusta o cesa temporalmente en función del momento clínico de los usuarios, lo que afecta temporalmente a la ocupación media de la plaza o tiempo medio de estancia.

En el momento actual, de los 22 usuarios, con independencia del contexto de intervención, la prestación que desde este CRPS reciben los usuarios es:

- 10 usuarios 3 veces por semana: 4- 5 horas diarias.
- 4 usuarios 1 vez por semana: 4- 5 horas diarias.
- 2 usuarios cada 15 días: 1 hora y media.
- 3 nuevas derivaciones: 2 en fase de valoración inicial, 1 ingresado en URA
- 3 usuarios no acuden en estos momentos: 2 toma a cargo por el ECA, 1 en fase de reenganche.
- El tiempo medio de estancia en intervenciones dentro del CRPS es de 1 día, en torno a 4 o 5 horas.

Inicialmente y desde enero de 2006, cuando los CRPS comienzan su proceso de transformación, y siguiendo las directrices marcadas por el Director del PIRP, los Psicólogos Clínicos empezamos a realizar un seguimiento clínico más estrecho de los usuarios que ya estaban asistiendo a los talleres y cuyo tratamiento de base se realizaba en las USM de referencia de este CRPS (OFRA, SALAMANCA). Asimismo, realizábamos una valoración inicial previa a la incorporación al taller con el usuario y su familia, acordábamos con ambos los días y horario de asistencia al taller, poníamos en contacto con los Terapeutas Ocupacionales de referencia de los talleres, y ofrecíamos, en caso de valorarlo necesario, una intervención clínica y un trabajo usuario-familia de cara a mejorar las estrategias de prevención de recaídas. A principios de 2008 y siguiendo las directrices marcadas por el Director del PIRP, se va produciendo un distanciamiento gradual y progresivo del trabajo que los Psicólogos Clínicos veníamos desempeñando con los usuarios de los talleres. Actualmente y desde este CRPS solo se realiza seguimiento a 2 personas de talleres.

Existe una lista de espera en la Unidad de Discapacidad del I. A S. S. en la cual aparecen derivaciones desde el año 2003, estas no se encuentran actualizadas, por lo que estamos realizando gestiones para tener una lista definitiva que refleje la situación de forma realista.

RECURSOS HUMANOS

En esta estimación se considera el tiempo medio destinado a cada usuario con independencia del contexto de intervención. En esta valoración incluimos a todos los profesionales de este dispositivo rehabilitador, puesto que todos estamos a tiempo completo.

1 Psicólogo Especialista en Clínica del Servicio Canario de Salud a tiempo completo. Dedica 6 horas semanales de intervención grupal (que se ampliarán a 10 horas en marzo cuando comience el programa de intervención multifamiliar) y 10 horas semanales de trabajo

terapéutico individual y familiar (sesiones familiares usuario-familia). Resto a planificación de las intervenciones individuales y grupales, planificación de próximos talleres, planificación y supervisión de las tutorías individualizadas, planificación y reajuste del trabajo en equipo, reuniones de coordinación, informes, formación de residentes, formación continuada, tareas administrativas.

2 Auxiliares Técnicos Educativos contratadas por ATELSAM a tiempo completo. Dedican 22 horas y 1/2 a la semana cada profesional. Lo que incluye trabajo grupal dentro del CRPS, tutorías de autonomía y autocuidados en CRPS y en contexto de residencia del usuario, apoyo en determinadas actividades desarrolladas por la Técnico de Integración Social en la comunidad. El resto del tiempo de se dedica a tareas de trabajo interno dentro del equipo, lo que incluye búsqueda de información para desarrollo de nuevos talleres, reuniones internas de coordinación y tareas administrativas.

1 Técnico de Integración Social contratada por ATELSAM a tiempo completo. Dedica 24 horas semanales a intervenciones directas con los usuarios. Esto incluye intervenciones grupales en contexto comunitario a través de Talleres específicos (Taller de deporte y Salud, Taller de Pesca), y Tutorías Individualizadas de Integración Social. Las 14 horas y 1/2 restantes se destinan a búsqueda de recursos, reuniones internas de coordinación, selección de material para desarrollo de nuevos talleres y a tareas administrativas (registro de las intervenciones desarrolladas).

CARTERA DE SERVICIOS

En este CRPS las intervenciones terapéuticas grupales se desarrollan en pequeños grupos (de 4 a 6 usuarios por grupo). Los grupos se forman atendiendo a dos criterios fundamentales: edad y perfil de deterioro. A lo largo de 2008 se han formado 3 grupos con perfiles diferenciados, y con procesos rehabilitadores a distinto nivel.

Los programas y talleres grupales en los que participan los usuarios se van ofertando a cada grupo, en el momento terapéutico oportuno y previamente habiéndose trabajado y de manera individual lo que les puede aportar para sentirse mejor.

Programa I. P. T.

Módulos I, II y III (Diferenciación cognitiva, Percepción social y Comunicación verbal).

Se realiza 1 sesión semanal por grupo, con una duración media de las sesiones de 45 minutos.

- ***Grupo 1*:** Formado por 6 usuarios. Ha finalizado los tres módulos (inicio febrero de 2007- marzo de 2008).
- ***Grupo2:*** Formado por 5 usuarios. Ha finalizado los dos primeros módulos, se está desarrollando en estos momentos el tercer módulo de comunicación verbal (inicio febrero de 2007- desarrollándose en estos momentos)
- ***Grupo3:*** Formado por 5 usuarios. Inicio en febrero de 2009, Módulo 1: Diferenciación Cognitiva.

Programa de Estimulación Cognitiva

Estimulación cognitiva: Individual y Grupal Se desarrolla con las personas del **grupo 3** y actualmente en formato de tareas para casa.

Taller de prensa: Desde mediados de 2007 no se desarrolla en este CRPS. Se deja el periódico a disposición de los usuarios, y el que quiera consultarlo por Internet se le enseña a hacerlo.

Programa Gradior: Pendiente de comenzar en marzo, en el despacho que se ha habilitado en ATELSAM.

Programa de Habilidades Sociales y Resolución de Conflictos

La intervención se ha desarrollado hasta estos momentos en formato grupal a través del taller de teatro y de forma individualizada, tanto en el espacio del CRPS como en el entorno comunitario, trabajando desde la transversalidad (estimulando la comunicación, sirviendo de modelaje de aspectos no verbales y desarrollando un entrenamiento individualizado en Tutorías de autocuidados y de integración social).

Además se están desarrollando y elaborando talleres para trabajar estas áreas de forma específica en formato grupal, que no suponen "un punto a parte" en relación al trabajo que se ha estado desarrollando en esta área, porque hasta ahora ha dado buenos resultados.

Taller de Teatro: HHSS no verbales, habilidades de comunicación básicas, identificación y expresión de emociones, técnicas de desactivación psicológica (respiración y relajación muscular progresiva), pensamiento creativo y conciencia corporal.

- ***Grupo 1*:** Formado por 6 usuarios. Periodicidad semanal (febrero de 2008-diciembre de 2008).

- ***Grupo3:*** Formado por 5 usuarios. Periodicidad semanal (febrero de 2008-diciembre de 2008).

Taller grupal de Habilidades Sociales (MÓDULO IV IPT modificado, en fase de desarrollo). Formato grupal. Incorporará aquellos aspectos básicos que se están elaborando y desarrollando en el CRPS de Icod de los Vinos y La Laguna, y se enriquecerá con 3 Módulos más: Habilidades Sociales para hacer amigos; Asertividad y Habilidades Sociales para Resolver Conflictos Interpersonales. Pero no dejarán de seguirse trabajando como se están trabajando desde este CRPS, pues está dando buenos resultados.

Taller grupal de Resolución de Problemas (MÓDULO 5 V IPT, modificado). Pendiente de inicio.

Programa de Psicoeducación de Pacientes

Esta área de intervención se trabaja preferentemente en formato grupal, con espacios individuales cuando el caso lo requiere. Con el objetivo de favorecer la instauración de hábitos protectores de la salud, se han desarrollado talleres monográficos específicos de formato grupal,

algunos de los cuales se desarrollan en contexto normalizado (fuera del CRPS), que se han incluido en el área de autocuidados.

Está planificada una sesión semanal con cada grupo de usuarios, aunque los grupos llevan diferentes ritmos y la intervención se ha ajustado a las características de los mismos.

- ***Grupo 1:*** Fecha de inicio abril de 2007. Hemos finalizado los tres módulos del Programa Psicoeducativo y Educación para la Salud: Información sobre la enfermedad y Educación para la Salud, Comunicación y Manejo de Recursos Sanitarios de urgencias, Adquisición y toma de la Medicación. Actualmente se desarrolla una vez a la semana un espacio grupal distendido que versa sobre temas de sus vidas que les preocupan, a la vez que se apuntalan aspectos básicos de prevención de recaídas.
- ***Grupo 2:*** Fecha de inicio abril de 2007. Inicialmente la frecuencia era semanal. Las sesiones se han ido distanciando y actualmente la frecuencia de este espacio grupal es trimestral, apuntalando aspectos básicos a nivel individual cuando el caso lo requiere.
- ***Grupo 3:*** Actualmente se está trabajando a nivel individual, dadas las resistencias iniciales de los usuarios para trabajar en grupo.

Programa de Autocuidados y Autonomía Personal y Habilidades de la Vida Diaria

En relación al cuidado personal, aseo y vestido, se desarrolla una intervención transversal e inespecífica con aquellos usuarios que tienen las capacidades cognitivas más conservadas, por estar este déficit más relacionados con aspectos motivacionales y de autoestima. Para las personas que tienen mayor deterioro cognitivo la intervención es individualizada y se desarrolla a través de la articulación de un sistema de tutorías:

- Tutorías individualizadas en el CRPS: Trabajo metacognitivo para favorecer la toma de conciencia de la necesidad de autocuidados y el aprendizaje de pequeñas rutinas de autocuidados. Actualmente esta intervención se está desarrollando con 1 usuaria.

- Tutorías individualizadas en domicilio y en entorno próximo: Valoración y reajuste de rutinas en contexto real, en colaboración con el usuario y su familia. Manejo de recursos sanitarios (MAP, adquisición de tratamiento psicofarmacológico). Actualmente esta intervención se está desarrollando con 1 usuaria.

En los hábitos de vida (sueño, alimentación, hábitos de vida saludables) desde este CRPS se han desarrollado los siguientes talleres monográficos específicos de formato grupal, donde se desarrollan aspectos básicos de educación para la salud:

Taller de hábitos e higiene del sueño: Periodicidad semanal. Duración de la sesión 20 minutos.

- ***Grupo 1:*** Formado por 6 usuarios. Inicio abril de 2008-finalización noviembre de 2008.

- ***Grupo 2:*** Formado por 5 usuarios. No ha comenzado**.**
- ***Grupo 3:*** Formado por 5 usuarios. Inicio octubre de 2008.

Taller de alimentación saludable: Periodicidad semanal. Duración de la sesión 20 minutos.

- ***Grupo 1:*** Formado por 6 usuarios. Fecha de inicio septiembre de de 2008.
- ***Grupo 2:*** Formado por 5 usuarios**.** Fecha de inicio septiembre de 2008**.**
- ***Grupo 3:*** Formado por 5 usuarios. Fecha de inicio septiembre de 2008.

Taller de prevención y actuación ante riesgos domésticos y medioambientales: Periodicidad semanal. Duración de la sesión 15 minutos.

- ***Grupo 1:*** Formado por 6 usuarios. Inicio junio de 2008- finalización octubre de 2008.
- ***Grupo 2:*** Formado por 5 usuarios. Inicio marzo de 2008**-** finalización octubre de 2008.
- ***Grupo 3:*** Formado por 5 usuarios. No se ha iniciado.

Taller de sexualidad responsable: En fase de elaboración.

Juego de prevención de riesgos: Formato grupal, en fase de elaboración. Integra la información más relevante de los talleres específicos anteriores.

En relación a la autonomía personal; con los usuarios que tienen las capacidades cognitivas más conservadas, la limitación en el desempeño de roles está más relacionado con la clínica psicótica persistente, factores motivacionales y de autoestima y/o la excesiva sobreprotección familiar, por lo que la intervención que se desarrolla es fundamentalmente individual (entrevista motivacional, manejo de síntomas persistentes) y familiar (usuario-familia). Además, desde este CRPS además se desarrollan las siguientes intervenciones en esta área:

Taller de Cocina. Están en funcionamiento dos grupos de cocina.

- ***Grupo martes:*** 6 usuarios.
- ***Grupo jueves:*** 5 usuarios.

Tutorías individualizadas en casa del usuario: Habilidades domésticas (planificación de la compra y comida semanal, lavadora…). Esta intervención se está desarrollando actualmente con 2 usuarios.

Tutorías individualizadas en el CRPS: En estos momentos esta intervención no se está desarrollando con ningún usuario.

Programa de Autocontrol Emocional y Manejo del Estrés

Inicialmente se desarrolló un Programa de Autocontrol Emocional para ser desarrollado en formato grupal a través de tres módulos: Módulo de autoestima; Módulo de control emocional y manejo del estrés; Módulo de Proyecto de vida.

Actualmente esta área no se trabaja así. El proceso de recuperación (recuperar proyecto de vida) es un proceso dinámico e individualizado al que se dirigen las intervenciones clínico-rehabilitadoras, y se favorece a través de un proceso psicoterapéutico individual. La autoestima se trabaja a nivel transversal a través de todas las intervenciones que se planifican y desarrollan desde este CRPS, aunque estamos elaborando un taller estructurado y específico a este nivel. En relación al control emocional y el manejo del estrés las técnicas de desactivación psicológica (respiración y relajación muscular progresiva) se han incorporado al Taller de pesca, Taller de deporte y salud y al Taller de teatro.

Con los usuarios que tienen más dificultades de autocontrol se trabaja a nivel individual tanto a nivel psicoterapéutico como en tutorías de integración social.

Está en fase de elaboración un programa de autocontrol emocional de formato grupal que pueda ser utilizado, con los ajustes que se consideren necesarios en todos los CRPS.

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

Todos los usuarios han sido valorados de forma individual con el protocolo de valoración de ocio y tiempo libre. Esta valoración aporta información valiosa sobre intereses y expectativas, actividades que se han dejado de realizar y motivos de finalización, así como de las dificultades para ser llevadas a cabo en el momento presente. Este área se trabaja a través de talleres transversales en el entorno comunitario y a través de tutorías individualizadas de integración social.

Talleres transversales: Estas intervenciones terapéuticas suponen la rehabilitación en relación con recursos comunitarios y contemplan la intervención tanto en el plano individual como en el plano social.

Taller de deporte y salud: Fecha de inicio octubre de 2008. Frecuencia semanal, 9 usuarios. Se desarrolla en la playa de las Teresitas. Duración aproximada 2 horas. Se ofertará a usuarios de la USM de OFRA, en cuanto dispongamos de más material.

Taller de pesca: Dos días a la semana, duración aproximada 3 horas. Grupo martes (3 usuarios); Grupo miércoles (4 usuarios).

Taller de gestión de ocio y tiempo libre: Formato grupal, cada 2 meses, preparación de la salida.

Salidas terapéuticas: Cada 2 meses. En colaboración con USM OFRA. Se contemplan las actividades sociales, festivas y relacionadas con la naturaleza.

Tutorías individualizadas de integración social: 4 usuarios están integrados en recursos normalizados en función de sus preferencias:

El primero ha finalizado un curso de informática a través del ICFEM y retomado los estudios normalizados en la escuela de adultos de su zona.

El segundo acude a clases de informática en una asociación de vecinos de su barrio.

Una tercera usuaria acude de forma autónoma a la piscina.

El último de estos usuarios acude al gimnasio de su zona.

El resto de usuarios que han manifestado preferencias en esta área, se encuentran en fase de búsqueda de recursos.

Programa de Psicoeducación Familiar

Se realizan intervenciones programadas unifamiliares (usuario-familia), algunas en casa del usuario cuando el caso lo requiere, manifestando disponibilidad en horario de 8.00 a 15.00 ante cualquier dificultad que surja en relación con el usuario. La intervención multifamiliar está planificada para iniciarse el mes de marzo, en horario de tarde dada la imposibilidad de la mayoría de las familias de acudir en horario de mañana.

Programas Pendientes de Ejecutar

Programa Gradior: Comenzó su actividad en Marzo del 2009.

Programa de Intervención Multifamiliar: La intervención multifamiliar está planificada para iniciarse en marzo de 2009 en horario de tarde dada la imposibilidad de las familias de asistir en horario de mañana. Se está modificando el módulo psicoeducativo para reducirlo a tres sesiones y destinar el resto del tiempo al módulo de resolución de problemas. Las sesiones se realizan los miércoles de 4.30 a 6.30., estarán invitados todos los familiares que quieran acudir hasta un máximo de 6 por usuario. Las sesiones del Módulo Informativo de la enfermedad tendrán una frecuencia de 1 vez a la semana (4 sesiones, incluída la sesión inicial de presentación), pudiendo alargarse hasta 6 en función de las dificultades o necesidades valoradas en los familiares. El número de sesiones del Módulo de Resolución de Problemas será en torno a 10 sesiones (cada 15 días). y se les invitará a asociase si lo consideran oportuno de modo que dispongan de un espacio para seguir en contacto y luchar para seguir reivindicando mejoras en la atención de su familiar. Se continuarán con sesiones individuales con usuario-familia como se ha hecho antes de iniciar la intervención multifamiliar.

COORDINACIÓN CON LA USM Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Unidad de Salud Mental de Ofra: Reuniones de coordinación cada 2 meses. La próxima reunión se ha comunicado a la USM la incorporación de los Terapeutas Ocupacionales de los Centros de Día Ocupacionales adscritos al PIRP, contratados por las ONGs del sector (AFES y ATELSAM).

Unidad de Salud Mental de Salamanca: Nos incorporaremos a la próxima reunión que la unidad tiene con el Equipo ECA a la que también se ha incorporado la Técnico de Empleo (E.A.I.E.) y que se desarrolla el asegundo miércoles de cada mes.

Estas reuniones de coordinación programadas, no excluyen la coordinación puntual y telefónica cuando el caso lo requiere.

Se realizan reuniones de coordinación y seguimiento de los programas de los centros, bajo la supervisión del director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial. Estas reuniones tienen una periodicidad quincenal.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

Por las características de infraestructura de este dispositivo rehabilitador (espacio insuficiente y mal distribuido) y siguiendo las directrices del Director del P.I.R.P. se habilito un despacho en ATELSAM para poder desarrollar el Programa Gradior, así como para cualquier tipo de intervención individual que requiera un espacio que garantice la intimidad para poder ser llevada a cabo.

Este despacho ha sido cedido a tiempo completo 3 días a la semana.

Se han iniciado obras de reforma del centro dirigidas a:

- Ampliación de la cocina. Espacio insuficiente y mal distribuido.
- Dividir el espacio físico a través de un método físico que garantice la intimidad y la insonoridad.

asi como, se pretende ampliar la plantilla con otro Técnico de Integración Social.

El material bibliográfico y de evaluación es suficiente.

CRPS DE LA LAGUNA

El CPRS de la Laguna esta ubicado en el Noreste de la Isla de Tenerife y presta servicio a los ayuntamientos de El Rosario, Tacoronte, La Laguna y los municipios circundantes. Se encuentra localizado en el casco urbano con facilidad de acceso para todos los ciudadanos procedentes de los municipios circundantes.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de La Laguna cuenta con 23 plazas; de estas, 15 son concertadas, según convenio; y desde enero de 2008 el centro cuenta con 8 plazas más (no concertadas), con esta ampliación se pretende lograr una mayor eficiencia de los servicios. No obstante, mantiene los mismos protocolos de derivación, no admitiéndose ningún usuario cuyo documento 1 no haya sido formalizado.

La ocupación media de un usuario, en actividades realizadas dentro del Centro, es de entre dos y tres días; aunque dos de los usuarios sólo asisten a actividades puntuales un día por semana. El tiempo medio de estancia de un usuario en el centro es de 3-4 horas por día. Así, de los 23 usuarios, 6 asisten tres veces por semana (tres horas por día), 14 lo hacen dos veces por semana (estancia media de 3 horas y media por día) y dos asisten una vez por semana.

Desde el centro de día se han estado realizando intervenciones de carácter grupal e individualizadas con los usuarios de los Centros Ocupacionales de Ebanistería, Marquetería y Encuadernación de AFES y con los Centros de Informática y Serigrafía de ATELSAM, se atienden a un total de 35 usuarios. La intervención contempla la valoración inicial del usuario, antes de acceder al recurso, la intervención en síntomas clínicos así como la participación de los usuarios en actividades de rehabilitación cognitiva o psicoeducación desarrolladas en el centro.

A partir de enero de 2009, la intervención de los psicólogos se centrará en la coordinación con las terapeutas ocupacionales, pasando a realizar una función de asesoramiento y desvinculándonos de la intervención directa con los usuarios, que será asumida por los profesionales de los Centros Ocupacionales. Con la excepción de aquellos casos que requieran nuestra intervención.

Se han realizado 11 derivaciones al CRPS de la Laguna en el último trimestre de de 2008. Estas derivaciones han sido propuestas en las reuniones de coordinación realizadas con las Unidades de Salud Mental. Existe una lista de espera en la Unidad de Discapacidad del I. A S. S. en la cual aparecen derivaciones desde el año 2003. Éstas no se encuentran actualizadas, por lo que se están realizando gestiones para tener una lista definitiva que refleje la situación de forma realista. Se adjunta listados de nuevas derivaciones.

RECURSOS HUMANOS

El centro de día de La Laguna cuenta con el siguiente personal:

1 Psicólogo *Clínico* del Servicio Canario de Salud (tiempo completo). La ocupación media estimada de la psicóloga en trabajo directo con los usuarios es 28 horas en intervención grupal y 35 horas a la intervención individual. Algunas sesiones se realizan en coterapia.

1 Auxiliar de Enfermería del Servicio Canario de Salud (tiempo completo).

1 Auxiliar Técnico Educativa contratada por AFES (tiempo completo).Se realiza una intervención, por parte de cada una de las auxiliares de rehabilitación, de 77 horas mensuales.

1 Técnico de Integración Social contratada por AFES (tiempo parcial, en horario compartido con el Centro de Día de Icod de Los Vinos).

CARTERA DE RECURSOS

Programa I. P. T.: Módulos I, II y III

Este programa se ejecuta mediante una intervención grupal. Se realizan **dos sesiones semanales** de este programa, con una duración de una hora por sesión. En este momento, se encuentran en funcionamiento dos grupos de trabajo, que denominamos B, y C. Dichos grupos se formaron para facilitar la

intervención en grupos no superiores a 8 usuarios y homogeneizar las capacidades y/o dificultades de los usuarios.

Los grupos B y C se encuentran realizando diferentes etapas del ***subprograma 1 de "Diferenciación-Cognitiva".***

El grupo B (formado por 6 usuarios) realiza las actividades del programa los martes y jueves, comenzando en mayo de 2008.

El grupo C (formado por 7 usuarios) desarrolla este programa los lunes y viernes, comenzando el programa en mayo de 2008.

Respecto a la **duración de los diferentes subprogramas**, en principio, no podemos establecerla ya que ésta dependerá de la superación de los objetivos por parte del grupo, del nivel de dificultad de los usuarios y de su nivel de asistencia.

- **Estimulación cognitiva**: Individual y Grupal

- Se utilizan *fichas de estimulación cognitiva:* disponemos de diferentes materiales para la realización de este programa.

- ***"Taller de Lectura del Periódico"*** (intervención cognitiva inespecífica), En este programa se sigue una metodología de intervención dinámica y participativa, con la introducción de las nuevas tecnologías (Internet) para facilitar su interés y conexión con el mundo actual.
- ***Programa Gradior:*** pendiente de comenzar en enero.

Habilidades Sociales y de Resolución de Problemas

Se aplica el **Programa Terapéutico Psicológico Integrado (I. P. T.)**. con un refuerzo del denominado **"Taller de comunicación".** En este programa participa un grupo de 8 usuarios del centro**;** este es ***El grupo A*** que se encuentra desarrollando el ***subprograma 4*** denominado "***Habilidades Sociales***", asistiendo los martes y jueves. Este grupo comenzó el programa de I. P. T. en febrero de 2007 y concretamente el subprograma de HHSS en mayo de 2008.

En noviembre de 2008 se inició un "Taller de Dinámicas de Grupo" como refuerzo al Subprograma de Habilidades Sociales para el grupo B, que se comenzará una vez concluyan los subprogramas anteriores.

Programa de Psicoeducación de pacientes

Se realiza **una sesión semanal de Psicoeducación** con cada uno de los tres grupos antes mencionados. Los grupos llevan diferentes ritmos de ejecución.

El ***grupo A*** ha finalizado el Programa de Psicoeducación, estando prevista la continuación del programa con otros objetivos de intervención, que contemplarían el entrenamiento *en técnicas de autocontrol emocional, técnicas cognitivas para el tratamiento de estrés y entrenamiento en relajación.*

Con el ***grupo B*** hemos finalizado el *Módulo Informativo* y vamos a iniciar el *Módulo de Prevención de Recaídas.*

En el ***grupo C*** estamos impartiendo el *Módulo Informativo*.

Programa de Habilidades de la Vida Diaria y Autocuidado

En éste área de intervención se están desarrollando los siguientes talleres:

- **"Taller de Cocina y Alimentación saludable" y**
- **"Taller de Hábitos y Calidad de Sueño"**

Están en funcionamiento **dos grupos de cocina**: **grupo de lunes** con la participación de cuatro usuarios y **otro grupo, los miércoles** al cual asisten otros cuatro usuarios.

En el taller de Hábitos y Calidad de Sueño participan ocho usuarios y en el mes de enero comenzará el programa otro grupo de usuarios (seis personas).

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

Este programa supone la rehabilitación en relación con recursos comunitarios y contempla la intervención tanto en el plano individual como en el plano social. Para la consecución de dichos objetivos tenemos en marcha **dos grupos** que acuden a una **actividad de piscina municipal,** considerando que con esta actividad favorecemos la adquisición de hábitos de vida saludables, el aumento de su autonomía personal, el apoyo mutuo en el grupo, la integración en recursos normalizados, etc.

Uno de los grupos asiste de forma autónoma (grupo de apoyo mínimo) dos veces por semana a la piscina de Taco (son 6 personas) y otro **grupo (grupo de mayor apoyo) acaba de comenzar y es acompañado por la técnico de integración social** (está formado por 4 personas), éstos acuden a la piscina de San Benito. Por otro lado, la intervención individualizada contempla la búsqueda de diferentes recursos de formación, ocio y actividades lúdicas en función de los intereses y las necesidades de los usuarios. En este momento se está realizando **la intervención individualizada con cinco usuarios**, con los cuales se interviene en la búsqueda inicial, participación e implicación de las actividades seleccionadas, así como un seguimiento cercano y continuado de los usuarios**.**

En último término, se desarrollan **actividades lúdico-culturales** donde se contemplan las actividades de tipo formativo, sociales y festivas, esta intervención se realiza a nivel grupal y de forma puntual, con el objetivo de favorecer la mejora de las relaciones interpersonales con compañeros del centro, y mayor conexión con la comunidad.

Programa de Psicoeducación de Familias

Se realizó un ciclo de sesiones de Psicoeducación con Familias desde septiembre de 2007 hasta enero de 2008. Durante estas sesiones participaron un total de 8 familias, con una asistencia muy irregular, a excepción de dos de las familias.

En octubre de 2008 comenzó un nuevo **ciclo de Psicoeducación con Familias** habiendo sido convocadas 16 familias de usuarios con plaza en el centro. Las sesiones se realizan los jueves de 5:00 a 7:00 de la tarde, cada 15 días. Se decide realizarlo en horario de tarde dadas las dificultades de muchas familias para asistir en horario de mañana.

La valoración inicial de esta segunda etapa es muy positiva dada la alta participación (13 familias) e implicación de las mismas.

La intervención multifamiliar contempla una primera etapa dentro del denominado Módulo Informativo para a continuación comenzar con los Módulos de Entrenamiento en Comunicación y Resolución de Problemas.

Intervención Unifamiliar:

La participación de la familia es un elemento fundamental para la consecución de los objetivos de rehabilitación de los usuarios que asisten al CRPS. Por ello, desde la primera entrevista contamos con las familias, con su información e implicación en los objetivos que nos proponemos.

Programas Pendientes de Ejecutar

- **Programa Gradior:** Se comenzó a aplicar a partir de enero de 2009.
- **"Taller de Actividad Física Saludable"** contemplado dentro del área de Auto-cuidado y Autonomía Personal. Es te taller comenzará a finales del mes de enero y se intervendrá con los grupos A y B.

COORDINACIÓN CON LAS USM Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Se realizan **reuniones de coordinación con las Unidades de Salud Mental:**

1) Hospital Universitario de Canarias con carácter trimestral y conjuntamente con la Técnico del E. A. I. E. (Equipo De Atención Individualizada al Empleo)**;**

2) Unidad de Salud Mental de Tacoronte realizamos reuniones mensuales junto con el ECA (Equipo Comunitario Asertivo) y Técnico de Empleo (E. A. I. E.)

3) Unidad de Salud Mental de La Laguna con carácter trimestral, sólo con profesionales del Centro de Día.

Las reuniones de coordinación y seguimiento de los programas de los centros, están bajo la supervisión del director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial y tienen una periodicidad quincenal.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

Con el aumento de plazas en este centro a 23 usuarios, el área de Integración Social con los programas de Ocio y Tiempo libre, Actividad Física Saludable y Taller de Teatro se aplica sólo parcialmente a un número determinado de usuarios, dado que la técnico de integración social trabaja a tiempo compartido con el centro de Icod de Los Vinos. Las mayores dificultades se encuentran en la intervención individualizada. Sería necesario contar con un Técnico de Integración Social a tiempo completo para poder realizar la intervención con todos los usuarios e individualizar aún más la intervención**.**

El CPRS de Icod de los Vinos da servicio al noroeste de la Isla de Tenerife. Se encuentra localizado en el casco urbano, contando con fácil acceso para todos los ciudadanos procedentes de los municipios de la zona norte desde la isla Baja. En esta zona se ubicará el futuro hospital comarcal de carácter sociosanitario.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

El CRPS de Icod cuenta con 15 plazas (actualmente todas ellas ocupadas) y está pendiente de ampliación en 3 plazas más (no concertadas). Con ello se pretende optimizar más el recurso al mismo tiempo que manteniendo los protocolos de derivación y la calidad del Servicio.

La ocupación media de un usuario, en actividades realizadas dentro del Centro, es de entre dos a tres días; aunque alguno de los usuarios asiste a actividades puntuales siguiendo su plan individual de intervención.

Desde el CRPS se han realizado intervenciones puntuales y de forma continuada a usuarios de los talleres de encuadernación y agro-jardinería con frecuencia. Estos han sido objeto de intervención individualizada y/o formando parte de otros talleres o programas específicos (IPT, etc.) y siguiendo un plan rehabilitador en sintonía con el taller al que pertenezcan. Los dos talleres adscritos al CRPS de Icod son gestionados actualmente por AFES. Los talleres cuentan en conjunto con 20 usuarios, actualmente.

Actualmente no hay usuarios en lista de espera para este centro. En dicha situación ha podido influir la alternancia de psiquiatra en la zona y la situación de infraestructura del Centro, cuestión que en breve se prevé solucionar al tiempo que la reactivación de las derivaciones al Centro.

RECURSOS HUMANOS

El personal del CRPS de Icod de los Vinos está compuesto por:

1 Psicólogo Clínico del Servicio Canario de Salud (tiempo completo, aunque simultaneo con el CRPS del Puerto de la Cruz). El psicólogo dedica en actividades grupales (IPT y PSEP-F) 3-4 horas de media semanales (12-16 horas mensuales) y en intervenciones individualizadas una media de 5 horas semanales (20 mensuales).

1 Auxiliar de Rehabilitación, contratada por AFES (tiempo completo). La auxiliar de rehabilitación realiza actividades programadas con los usuarios con una media de 2 a 3 horas por día (20-40 horas mensuales).

1 Técnico de Integración Social, contratada por AFES (tempo parcial, en horario compartido con el CRPS de La Laguna). En esta valoración no incluimos a la TIS al desarrollar la mayor parte de las actividades en el exterior.

CARTERA DE SERVICIOS

Programa de I. P. T.

Este programa se realiza principalmente en sesiones grupales de una frecuencia semanal. La duración de las sesiones es de 1 hora de promedio. Dicho grupo esta formado por 8 usuarios del CRPS y 3 de Talleres Ocupacionales (encuadernación y agro jardinería). La asistencia promedio es de 6 a 8 usuarios por sesión. Se cuanta con otro grupo denominado **refuerzo de la IPT** formado por 3 usuarios, donde se interviene de forma mas puntual e individualizada (usuarios con mayor dificultad cognitiva para ciertos sub-programas, usuarios de nueva incorporación o tras periodos largos de ausencias (enfermedad, desplazamientos, recaídas, problemas familiares, etc.). Actualmente el grupo principal se encuentra realizando el sub-programa 4 (habilidades sociales) y el grupo de refuerzo en distintos sub-niveles. Respecto a la duración del sub-programas esta condicionado por diversos factores, lo que resulta difícil de determinar por el momento.

En paralelo y a modo de refuerzo se ha comenzado con el programa de apoyo de **"comunicación interpersonal"** para mejorar las habilidades personales y la resolución de conflictos. En dicho programa participan una media de 8 usuarios y con una periodicidad de 1 vez por semana. Dicho programa se encuentra en fase experimental y pretende acercar las necesidades de cada usuario a su entorno vivencial. Cuenta con tres fases. La primera teórica, la segunda práctica en el CRPS y la tercera en su medio vivencial, con prácticas reales y planificadas conjuntamente con Técnico de animación.

Programa de Estimulación cognitiva

Se cuenta con 1 grupo de 8 usuarios con una frecuencia de una vez por semana. Tiempo estimado de 1 hora de duración. La intervención es realizada por la auxiliar y bajo supervisión del psicólogo. El material base de dicho taller corresponde a las fichas propuestas por A. Estévez y C. García, de la editorial Lebón.

Intervenciones psicoterapeuticas puntuales con los usuario en valoración y evaluación neuro-cognitiva (evaluación cognitiva, habilidades sociales, aspectos de personalidad, evolución de la enfermedad, etc.). Para ello, se utilizan distintos test y protocolos normalizados. Son realizados bajo la supervisión y valorados e interpretados por el psicólogo del CRPS.

Taller de periódico (intervención cognitivo-social inespecífica) Se sigue un modelo dinámico y participativo. Se pretende conectar al usuario con la realidad diaria y especialmente con los acontecimientos de su entorno vivencial.

Estimulación por ordenador: Programa GRADIOR. Actualmente hay 8 usuarios en evaluación y pendiente de incorporación 5 más. Igualmente, previsto comenzar la fase de entrenamiento una vez realizada la evaluación y familiarización de usuarios y terapeuta con dicho programa.

Programa de Psicoeducación para Pacientes

Se realiza una sesión cada 15 días y el grupo cuenta con una media de 8 a 10 usuarios. Dicho programa sigue la dinámica propuesta por R. Touriño y col ("Guía de intervención familiar en la esquizofrenia"), con las modificaciones pertinentes y adaptadas a los pacientes. Se refuerzan los aspectos referidos a la conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento, habilidades de comunicación con su psiquiatra, conocimiento de los recursos asistenciales en su

entorno vivencial, relación con familiares de referencia, expresión de sus preocupaciones y expectativas de futura, etc.

Programa de Auto-Cuidado y Autonomía Personal

Se cuenta con un grupo de 6 pacientes, con una frecuencia semanal y 1 hora y media a 2 horas de duración. Dicho programa sigue las directrices propuestas por el programa "habilidades de la vida diaria" de M.A. Verdugo, ed. Amarú.
Está pendiente de comenzar un taller de relajación, bajo supervisión psicoterapéutica, un taller de alimentación saludable y un taller de hábitos y calidad de sueño.

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

Este programa supone la rehabilitación en contextos naturales y siguiendo indicaciones del plan psicoterapéutico individualizado. Se compone de tres modalidades de intervención:

Taller de psicomotricidad y gimnasia de mantenimiento: esta actividad se desarrolla un día a la semana y consiste en realizar actividades deportivas en el pabellón de deporte del Ayuntamiento de Icod. Se pretende mejorar la condición física de los usuarios y su integración en la comunidad (medio normalizado). El grupo esta formado por 5 usuarios. A partir de marzo de 2009 se pretende añadir la actividad de piscina, acudiendo al complejo deportivo semanalmente o bien alternando con el de deporte.

Tercera fase del programa de "comunicación interpersonal" (refuerzo de la IPT). Se trata de intervenciones individualizadas con usuarios que formen parte del grupo terapéutico de comunicación interpersonal. Se pretende llevar los contenidos aprendidos y practicados en el CRPS a los contextos normalizados, con el fin de generalizar lo aprendido y poder ver dificultades en la puesta en acción. El usuario aprende a aplicar lo aprendido y por tanto a fortalecer el metaconocimiento y motivación para la consecución de objetivos en la vida real, apreciando su funcionalidad y bajo un contexto asertivo que nos permite y facilita la integración comunitaria y la mayor autonomía personal.

Actividades socio-culturales: se trata de intervenciones puntuales y dentro del marco comunitario. Se realiza de forma grupal (de 3 a 6 usuarios) y contempla actividades como visita a museos, ir al cine, exposiciones, conocimiento de otros municipios, etc.). Dentro de la autonomía personal e integración en la comunidad, se potencia la participación de los usuarios en los dispositivos culturales y formativos con los que cuenta la comunidad a la que pertenece (actualmente un usuario asiste a cursos en academia normalizada y otro a actividades deportivas). En este mismo apartado, señalar las salidas mensuales, donde se programan actividades grupales.

Programa de Psicoeducación Familiar

Se realizan intervenciones unifamiliares y multi-familiares. A nivel unifamiliar esta consisten en intervenciones programadas con psicología y siguiendo la evolución de cada paciente. La intervención en grupo o programa de psicoeducacion familiar sigue, en líneas generales, la programación propuesta por R. Touriño y col ("Guía de intervención familiar en la esquizofrenia"). Se cuenta en la actualidad con un grupo de 10 familias, con asistencia irregular. Las sesiones son quincenales y de duración aproximada de hora y media. Debido al traslado físico del centro y la nueva infraestructura se esta pendiente de reactivar

este aspecto de la intervención. Igualmente, dada la irregularidad de la asistencia de familiares se ha planteado en reciente reunión con USM la importación de la implicación y apoyo familiar para el proceso rehabilitados en el CRPS.

Programas Pendientes de Ejecutar

En esta línea se tiene previsto implementar la cartera de servicios con las siguientes orientaciones terapéuticas:

- Programa de intervención con las voces.
- Programa de refuerzo con las familias.
- Ampliar intervención en contextos naturales.
- Taller de Relajación.
- Taller de Alimentación Saludable.
- Taller de Mejora de Hábitos del Sueño.

COORDINACIÓN CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Se realizan reuniones con carácter mensual (una al mes) y consultas puntuales con los psiquiatras y enfermeras/os de referencia de los ECSM. Dichas reuniones se realizan conjuntamente con profesionales del ECA (psiquiatra, enfermeras, trabajadora social, atención domiciliaria) y Técnico de Empleo (AFES).

Se realizan reuniones de coordinación, seguimiento y supervisión de carácter quincenal, con el director del PIRP. La duración es de 1 hora. Con carácter semanal se realiza la formación bajo la coordinación del director del PIRP y dentro del marco formativo del ECA. La duración es de 2 horas.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

El CRPS de Icod se traslada a finales del 2008 a unas nuevas dependencias. Desde dicha fecha hasta la actualidad se ha mantenido las actividades del CRPS, en un principio en coordinación con el CRPS del Puerto. El nuevo centro recientemente se ha divido sus espacios con la finalidad de un mayor rendimiento de los espacios.

CRPS DEL PUERTO DE LA CRUZ

El CPRS del Puerto de la Cruz está situado en el norte de la Isla de Tenerife. Da cobertura a los ayuntamientos de la Orotova, los Realejos y el Puerto de La Cruz. Se encuentra localizado en el casco urbano del Puerto de La Cruz.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

El CRPS del Puerto de la Cruz cuenta con 15 plazas (actualmente todas ocupadas). La ocupación media de un usuario, en actividades realizadas dentro del Centro, es de entre dos a tres días; aunque 3 de los usuarios asisten a actividades puntuales siguiendo su plan individual de intervención. El tiempo

medio de estancia de un usuario en el Centro es de 2 horas por día, a los que tendríamos que añadir las actividades externas y los tiempos de desplazamiento al Centro, la climatología, cuestiones relevantes, dada la dispersión geográfica de la zona.

Desde el CRPS se han realizado intervenciones puntuales y de forma continuada a usuarios de los talleres de informática y telares (AFES), taller del Realejos (Ayuntamiento) y taller de cerámica (Ayuntamiento del Puerto). Estos han sido objeto de intervención individualizada y/o formando parte de otros talleres o programas específicos (IPT, etc.) y siguiendo un plan rehabilitador en sintonía con el taller al que pertenezcan. Los dos talleres adscritos al CRPS gestionados actualmente por AFES y debido, entre otros factores, a que cuenta en la actualidad con más personal de apoyo, se ha optado por limitar las intervenciones y actuar en coordinación con Terapeuta Ocupacional.

Actualmente hay 3 usuarios en lista de espera para este centro.

RECURSOS HUMANOS

El CRPS del Puerto de La Cruz cuenta con el siguiente personal:

1 Psicólogo Clínico del Servicio Canario de Salud (tiempo completo, aunque simultáneo con el CRPS de Icod de los Vinos). El psicólogo dedica a actividades grupales (IPT y PSEP-F) 3-4 horas de media semanales (12-16 horas mensuales) y a intervenciones individualizadas una media de 5 horas semanales (20 mensuales).

1 Auxiliar de Rehabilitación, contratada por CAL-Consultor (tiempo completo). La auxiliar de rehabilitación realiza actividades programadas con los usuarios con una media de 2 a 3 horas por día (20-40 horas mensuales).

1 Técnico de Integración Social, contratada por CAL-consultor (Tiempo parcial. En esta valoración no incluimos a la TIS al desarrollar la mayor parte de las actividades en el exterior.

CARTERA DE SERVICIOS

Programa de IPT

Este programa se realiza principalmente en sesiones grupales de una frecuencia semanal. La duración de las sesiones es de 1 hora de promedio. Dicho grupo esta formado por 8-12 usuarios del CRPS. La asistencia promedio es de 6 a 8 pacientes por sesión. Se cuenta con otro grupo denominado **refuerzo de la IPT** formado por 3 usuarios, donde se interviene de forma mas puntual e individualizada (usuarios con mayor dificultad cognitiva para ciertos sub-programas, usuarios de nueva incorporación o tras periodos largos de ausencias (enfermedad, desplazamientos, recaídas, problemas familiares, etc.). Actualmente, el grupo principal se encuentra realizando el sub-programa 4 (habilidades sociales) y el grupo de refuerzo en distintos sub-niveles. Respecto a la duración del sub-programas esta condicionado por diversos factores, lo que resulta difícil de determinar por el momento.

Programa de Estimulación Cognitiva

Se cuenta con 2 grupos de 4 usuarios cada uno y una frecuencia de una vez por semana. Tiempo estimado de 1 hora de duración. La intervención es realizada por la auxiliar y bajo supervisión del psicólogo. El material base de dicho

taller corresponde a las fichas propuestas por A. Estévez y C. García, de la editorial Lebón.

Intervenciones psicoterapéuticas puntuales con los usuario en valoración y evaluación neuro-cognitiva (evaluación cognitiva, habilidades sociales, aspectos de personalidad, evolución de la enfermedad, etc.). Para ello, se utilizan distintos test y protocolos normalizados. Son realizados bajo la supervisión y valorados e interpretados por el psicólogo del CRPS.

Programa GRADIOR: No se realiza ya que el CRPS no cuenta con el dispositivo informático.

Taller de expresión corporal: Se realiza 1 vez por semana y con una duración de 1 hora aproximada. Actualmente se encuentra en fase inicial y cuenta con 4 usuarios.

Programa de Habilidades Sociales y Resolución de Conflictos

Actualmente se aplica el **subprograma 4 de habilidades sociales de la IPT.** En paralelo y a modo de refuerzo se ha comenzado con el programa de apoyo de **"comunicación interpersonal"** para mejorar las habilidades personales y la resolución de conflictos. En dicho programa participan una media de 8 usuarios y con una periodicidad de 1 vez por semana. Dicho programa se encuentra en fase experimental y pretende acercar las necesidades de cada usuario a su entorno vivencial. Cuenta con tres fases. La primera teórica, la segunda práctica en el CRPS y la tercera en su medio vivencial, con prácticas reales y planificadas conjuntamente con Técnico de animación.

Programa de Psicoeducación para Pacientes

Se realiza una sesión cada 15 días y el grupo cuenta con una media de 8 a 10 usuarios. Dicho programa sigue la dinámica propuesta por R. Touriño y Col ("Guía de intervención familiar en la esquizofrenia"), con las modificaciones pertinentes, y adaptada a los pacientes. Se refuerzan los aspectos referidos a la conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento, habilidades de comunicación con su psiquiatra, conocimiento de los recursos asistenciales en su entorno vivencial, relación con familiares de referencia, expresión de sus preocupaciones y expectativas de futura, etc.

Taller de relajación. En fase inicial y cuenta con 5 pacientes. Se realiza 1 vez por semana y con una duración inicial de 10 a 15 minutos. Lo importe directamente el psicólogo.

Programa de Auto- Cuidado, Autonomía Personal y Habilidades de la vida diaria

Se cuenta con un grupo de 6 pacientes, con una frecuencia semanal y 1 hora y media a 2 horas de duración. Dicho programa sigue las directrices propuestas por el programa "habilidades de la vida diaria" de M.A. Verdugo, ed. Amarú.

Taller de alimentación saludable. Se realiza 1 vez por semana con duración de 1 a 3 horas, ya que incluye elaboración de comida. Participa una media de 6 usuarios (4-8). Está pendiente de comenzar **taller de hábitos y calidad de sueño y un taller de relajación,** bajo supervisión psicoterapéutica.

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

Este programa supone la rehabilitación en contextos naturales y siguiendo indicaciones del plan psicoterapéutico individualizado. Se compone de tres modalidades de intervención:

Taller de psicomotricidad y gimnasia de mantenimiento: esta actividad se desarrolla un día a la semana y consiste en realizar actividades deportivas en el pabellón de deportes del Ayuntamiento del Puerto de la Cruz. Se pretende mejorar la condición física de los usuarios y su integración en la comunidad (medio normalizado). El grupo esta formado por 5 usuarios. A partir de marzo de 2009 se pretende añadir y recuperar la actividad de piscina, acudiendo al Balneario de Santa Rita. Dicha actividad se alterna en los meses de calor con el Lago Martianez.

Tercera fase del programa de "comunicación interpersonal" (refuerzo de la IPT). Actualmente en fase de preparación. Se trata de intervenciones individualizadas con usuarios que formen parte del grupo terapéutico de comunicación interpersonal. Se pretende llevar los contenidos aprendidos y practicados en el CRPS a los contextos normalizados, con el fin de generalizar lo aprendido y poder ver dificultades en la puesta en acción. El usuario aprende a aplicar lo aprendido y por tanto a fortalecer el metaconocimiento y motivación para la consecución de objetivos en la vida real, apreciando su funcionalidad y bajo un contexto asertivo que nos permite y facilita la integración comunitaria y la mayor autonomía personal.

Actividades socio-culturales: se trata de intervenciones puntuales y dentro del marco comunitario. Se realizan en grupo (de 3 a 6 usuarios) y contempla actividades como visita a museos, ir al cine, exposiciones, conocimiento de otros municipios, etc.). Dentro de la autonomía personal e integración en la comunidad, se potencia la participación de los usuarios en los dispositivos culturales y formativos con los que cuenta la comunidad a la que pertenece (actualmente un usuario asiste a cursos en academia normalizada y otro a actividades deportivas). En este mismo apartado, señalar las salidas mensuales, donde se programan actividades grupales.

Programa de Psicoeducación Familiar

Se realizan intervenciones unifamiliares y multi-familiares. A nivel unifamiliar esta consisten en intervenciones programadas con psicología y siguiendo la evolución de cada paciente. La intervención en grupo, o programa de psicoeducacion familiar, sigue, en líneas generales, la programación propuesta por R. Touriño y Col ("Guía de intervención familiar en la esquizofrenia"). Se cuenta en la actualidad con un grupo de 12 familias, con asistencia irregular. Las sesiones son quincenales y de duración aproximada de hora y media. Debido a las interrupciones del Servicio (falta de personal, inundaciones del Centro, etc.) se han anulado diversas sesiones. Igualmente, dada la irregularidad de la asistencia de familiares se ha planteado en reciente reunión con USM la importación de la implicación y apoyo familiar para el proceso rehabilitados en el CRPS.

Programas Pendientes de Ejecutar

Propuestas terapéuticas:

- Programa de intervención con las voces
- Programa de refuerzo con las familias
- Ampliar intervención en contextos naturales

COORDINACIÓN CON USM Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Se realizan reuniones con carácter mensual (una al mes) y consultas puntuales con los psiquiatras y enfermeras/os de referencia. Dichas reuniones se realizan conjuntamente con profesionales del ECA (psiquiatra, enfermeras, trabajadora social, atención domiciliaria) y Técnico de Empleo (AFES).

Se realizan reuniones de coordinación, seguimiento y supervisión de carácter quincenal, con el director del PIRP. La duración es de 1 hora.

Con carácter semanal se realiza formación bajo coordinación del director del PIRP y dentro del marco formativo del ECA. La duración es de 2 horas.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

En el CRPS del Puerto se han realizado reformas estructurales durante el 2008. Entre estas se encuentra la separación de espacios internos del edificio (cocina, sala de psicoterapia) y de la obra externa que significo la unión física de los dos espacios en los que esta constituido el CRPS. Dichas reformas han facilitado considerablemente la labor asistencial para los usuarios. Queda pendiente mejorar alguna infraestructura, el mobiliario, las medidas de seguridad pasivas y la dotación ordenadores.

CRPS EL MOJÓN

El CPRS del Mojón está ubicado en el término municipal de Arona. Cubre la zona Sur de la Isla, abarcando los ayuntamientos de Arona, San Miguel, Granadilla de Abona, Arico y Fasnia. En esta zona se ubicará el futuro hospital comarcal de carácter sociosanitario.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

El CRPS El Mojón cuenta actualmente con 15 plazas ocupadas. La ocupación media de un usuario, en actividades en el centro es de entre tres y cuatro días. El tiempo medio de estancia de un usuario en el centro está entre las tres o tres horas y media por día aproximadamente.

Hasta enero de 2009 se ha atendido a usuarios de talleres ocupacionales, de forma individual o en grupo, siempre en coordinación con su USM de referencia (psiquiatra, enfermeras, trabajadora social) o con el monitor del centro correspondiente.

En función de la demanda de la USM o del usuario se han diseñado intervenciones concretas como acudir a un taller del centro (cocina, prensa, estimulación cognitiva deporte, etc.), o participar en programas terapéuticos como la IPT o las sesiones de psicoeducativa. También estos usuarios han sido atendidos en el ámbito de su sintomatología clínica cuando el caso lo ha requerido.

A partir de enero de 2009, la intervención de los psicólogos se centrará en la coordinación con las terapeutas ocupacionales. Esto implica que la mayoría de usuarios de los centros ocupacionales no necesitan intervención directa y

completa por parte de los CRPS. En casos en los que se considere necesario (normalmente establecido en coordinación con la USM y/o el terapeuta ocupacional), se apoya la mejoría de un usuario de centro ocupacional con su asistencia a actividades concretas del CRPS. Hay de tres Centros Ocupacionales de la Zona Sur con un número total de 26 usuarios en la actualidad.

Con respecto a los usuarios de los Centros Ocupacionales la situación es la siguiente: Dos usuarios de Cerámica y uno de Mantenimiento de Edificios acuden todos los jueves (en los que no hay usuarios del centro), a estimulación cognitiva durante una hora y media aproximadamente, el número medio de usuarios este día es de dos o tres. También hay dos usuarios de Cerámica y uno de Mantenimiento de Edificios que acuden uno o dos días a las actividades normales del CRPS con el resto de usuarios con el fin de prestarles un apoyo clínico complementario, ya que participan en programas como la IPT o la psicoeducativa.

Actualmente en esta CRPS hay una lista de espera de 15 personas.

RECURSOS HUMANOS

El CRPS de El Mojón cuenta con el siguiente personal:

1 Psicólogo Clínico del Servicio Canario de la Salud (a tiempo completo de lunes y martes) y los jueves cada quince días. El psicólogo dedica una media de 20 horas mensuales en intervenciones grupales y 24 horas mensuales en intervenciones individualizadas (que pueden incluir tanto sesiones individuales con usuarios, como sesiones individuales con familiares o sesiones mixtas con ambos). Además y hasta que se cerró el ciclo de psicoeducativa multifamiliar (diciembre de 2008) se ocupaba un total de 3 horas mensuales en actividades grupales multifamiliares (una sesión quincenal de una hora treinta de duración)

1 Auxiliar de Rehabilitación contratada por el Ayuntamiento de Arona (a tiempo completo pero en horario de de 8:00 a 14:30 horas). La auxiliar de rehabilitación está una media de entre 40 y 44 horas mensuales con usuarios del centro de día.

1 Técnico de Integración Social contratada por el Ayuntamiento de Arona
a tiempo completo pero en horario de 8:00 a 14:30 horas).

CARTERA DE SERVICIOS

Programa de I. P. T.

Este programa se ejecuta mediante una intervención grupal. Se realizan **dos sesiones semanales** de este programa, con una duración de una hora por sesión. En este momento, se encuentran en funcionamiento dos grupos de trabajo, que denominamos A (nivel avanzado) y B (nivel básico).

El grupo A *(avanzado)* se encuentra desarrollando el ***subprograma 3*** denominado "***Comunicación verbal***" (etapa 3), los lunes y martes. La media de tiempo de permanencia en el grupo y el número de sujetos adscritos a el es variable (nunca superior a ocho), puesto que varios usuarios han ido cambiando del básico al avanzado a lo largo del tiempo. No obstante, un usuario que pase a un grupo avanzado lo hace normalmente tras haber terminado las fases anteriores y/o porque parece recomendable que se integre a un grupo que está más ajustado a su evolución. Este grupo comenzó el programa de I. P. T. en

mayo de 2007 y concretamente el subprograma de Comunicación verbal entre finales de noviembre y principios de diciembre de 2008, aunque no permanecen el él todos los que empezaron por diversas circunstancias (paso a Centros Ocupacionales, a empleo, baja del centro, etc.)

El grupo B *(básico)* se encuentran realizando diferentes etapas del ***subprograma 1 de "Diferenciación Cognitiva".*** Estos usuarios realizan esta actividad también dos días en semana (lunes y martes) y su adscripción, permanencia o cambio de grupo se realiza también en base a los resultados de la valoración cognitiva y clínica inicial, así como sea su evolución a lo largo de las diferentes sesiones.

Programa de Estimulación Cognitiva

La estimulación cognitiva en papel se realiza dos días por semana y es totalmente individualizado, ya que el diseño de los contenidos está directamente relacionado con los resultados encontrados en la valoración cognitiva inicial. Cada tres o cuatro meses se pasa de nuevo la valoración con el fin de comprobar si hay que hacer avances o modificaciones a algún usuario y comprobar su evolución.

Estimulación por ordenador (Gradior), actualmente se está concluyendo con la evaluación de todos los usuarios en todas y cada una de las habilidades valoradas en el programa, pero según sus capacidades mínimas y está previsto que en breve se pueda comenzar con la fase de tratamiento.

Programa de Psicoeducación de pacientes

Se realiza **una sesión semanal de Psicoeducación** con cada uno de los dos grupos antes mencionados. Los grupos llevan diferentes ritmos de ejecución.

El grupo A ha finalizado el Programa de Psicoeducación. En la actualidad se realiza en este horario actividades de tipo complementario como la clarificación de valores y objetivos vitales, el abordaje de problemas específicos de conducta, la ampliación de conocimientos sobre efectos secundarios de la medicación, uso de recursos comunitarios en situaciones de urgencia, etc., en los que a veces participan usuarios del grupo B.

El grupo B es un grupo de cinco o seis usuarios, su avance ha sido también lento y se ha trabajado con ellos principalmente el módulo de información general sobre la enfermedad pero de manera flexible. En concreto se hace también repaso sobre sesiones anteriores o se centra la sesión en cuestiones relacionadas con lo que se está impartiendo en aspectos en los que los usuarios muestran más interés o presentan mayores dificultades. Teniendo esto en cuenta se puede decir que este es un grupo más abierto que el anterior y con una estructura más flexible a la hora del desarrollo de sus contenidos. En este centro hay dos usuarios que casi no participan en las sesiones de psicoeducación dado su nivel de deterioro, con lo cual se les incorpora solamente a sesiones puntuales de este grupo cuando el tema a tratar es sencillo y se pueden beneficiar de él, realizando actividades de estimulación (en papel o el ordenador) como complemento cuando no acuden al grupo.

Programa de Habilidades de la Vida Diaria y Autonomía Personal

En éste área se sigue lo explicitado en el programa estructurado de Verdugo Alonso desde Mayo del año 2007. Además de lo presente en la estructura del programa, se realizan complementariamente talleres de: prensa y

cultura, cocina, recursos comunitarios, alimentación saludable, manejo de agenda individual y está previsto comenzar de nuevo con el "taller de actividad física saludable".

Algunas actividades son grupales y muchas tareas son individualizadas siguiendo el formato de tutoría que intenta facilitar al usuario la consecución de sus objetivos.
En este programa se prioriza el contacto directo con la familia de cara a la continuidad y generalización de las actividades entrenadas en el centro.

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

En Arona este programa se desarrolla casi exclusivamente de mañana, dado que en el ayuntamiento no se permite ejecutar esta labor fuera del horario establecido. En concreto, tres días hace principalmente salidas individualizadas y actividades en el exterior con usuarios del CRPS exclusivamente. Otros dos días realiza actividades en el centro: deporte, dinámicas de grupo, taller de ocio y tiempo libre o entrevistas con familiares y usuarios.

En el plano individual su labor consiste en facilitar a los usuarios la consecución eficaz de sus preferencias intentando enseñarles a superar las dificultades que puedan presentarse y a utilizar sus propios recursos. Esto se plasma en salidas individualizadas enlazadas con objetivos específicos de tipo instruccional, formativo, deportivo, cultural, social, de fomento de la constancia, etc.

En el plano grupal se realizan actividades en el CRPS **dos días por semana**. En concreto se realiza **deporte** en las instalaciones del propio centro dos días a la semana. Esta actividad es lo más homogénea posible en cuanto a adaptarse a las capacidades o limitaciones que pueda presentar cada usuario, diseñándose intervenciones individuales cuando el caso lo requiere.

Una vez por semana se desarrolla un taller de ***dinámicas de grupo*** de diverso contenido (autodescubrimiento, comunicación, creatividad, expresión de sentimientos, etc.).
También una vez por semana se desarrolla un **taller de ocio y tiempo libre** en el que se trabaja con los usuarios la importancia del ocio como parte importante de la recuperación. Los contenidos del taller están relacionados con el uso de recursos comunitarios, culturales, de ocio, de contacto normalizado con otras personas, de constancia en la actividad, etc. Cada quince días un grupo de entre cinco y seis usuarios acude al Centro Hípico del Sur a realizar la actividad de **hípica**.

Una vez al mes se realizan **salidas de tipo lúdico** en grupo (de uno o los dos CRPS de la zona sur), en las que se organizan excursiones a lugares característicos: visitas a museos, salidas a la playa, al monte, etc., con fin de que los usuarios pasen un día diferente, se conozcan entre ellos, conozcan otros lugares y realicen actividades de tipo socializador.

La actividad de la TIS también está en estrecho contacto con la familia, cuando el caso lo requiere, con el fin de incidir en aspectos como que la persona no se encierre en su casa, que adquiera actividades con alguna continuidad y que recupere o consiga, en la medida de lo posible, una red social natural.

Programa de Psicoeducación de Familias

Respecto a la intervención multifamiliar, se realizó un ciclo de sesiones de Psicoeducación con Familias desde junio de 2007 hasta diciembre de 2008. Durante estas sesiones participaron un total de entre ocho y doce familias (que incluía algunos familiares de usuarios de centros ocupacionales), con una asistencia muy irregular, aunque había un núcleo más estable que iba casi siempre y que oscilaba entre los cuatro y seis familias. Se concluyó el ciclo completo con ellos y se añadieron también sesiones complementarias de apoyo o ampliación de información a los familiares a demanda o con el fin de reforzar aspectos concretos de interés.

Programas Pendientes de Ejecutar

MODULO II del Programa de Psicoeducativa familiar: Resolución de problemas, toma de decisiones, manejo de situaciones de conflicto, Programa de Habilidades Sociales.

Otros programas pendientes de ejecutar:

- Taller de hábitos de sueño.
- Taller de teatro.
- Taller de fotografía y cine.
- Boletín cultural interno.
- Taller de autocontrol e impulsividad.
- Taller de ansiedad y estrés.

COORDINACIÓN CON LAS USM Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Se realizan reuniones de coordinación con las Unidades de Salud Mental con carácter mensual y conjuntamente con: el equipo ECA-Sur; psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros de la USM.

Se realizan reuniones de coordinación y seguimiento de los programas de los centros, bajo la supervisión del director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

Actualmente el CRPS de El Mojón no presenta problemas relevantes de infraestructura. El edificio es nuevo siendo sus únicas deficiencias las de conexiones eléctricas y telefónicas varias, que se están intentando subsanar.

.

CRPS GUÍA DE ISORA

El CPRS de Guía de Isora cubre el Sur-Oeste de Tenerife. Situado a la entrada del la propia Guía de Isora, en un lugar visible y de fácil acceso. Da servicio a los ayuntamientos de Adeje, Guía de Isora y Santiago del Teide.

INDICADORES DE ACTIVIDAD

El CRPS de Guía de Isora cuenta actualmente con 13 plazas ocupadas de un total de 15 plazas. La ocupación media de un usuario, en actividades en el centro es de tres días generalmente y el tiempo medio de estancia de un usuario en el centro es de cuatro horas por día aproximadamente.

Con respecto a los usuarios de los Centros Ocupacionales la situación es la siguiente: Todos los usuarios de Agro-jardinería y dos de los del de Mantenimiento de Edificios acuden un máximo de dos veces al mes (los lunes en concreto que no hay usuarios de Centro), a estimulación cognitiva, el número medio de usuarios por día está entre dos y cuatro. También hay tres usuarios del Centro de Agro-jardinería que acuden algún jueves al taller de cocina y están una media de tres horas en la actividad que suele ser en grupos de dos cada semana y que es compartido normalmente con uno o dos usuarios del CRPS. Además, dos usuarios de Mantenimiento de Edificios acuden dos días a las actividades normales del CRPS con el resto de usuarios con el fin de prestarles un apoyo clínico complementario, ya que participan en programas como la IPT o la psico-educativa.

Hay tres Centros Ocupacionales de la Zona Sur con un número total de 26 usuarios en la actualidad. Hasta enero de 2009 se ha atendido a usuarios de talleres ocupacionales, de forma individual o en grupo, siempre en coordinación con su USM de referencia (psiquiatra, enfermeras, trabajadora social) o con el monitor del centro correspondiente.

En función de la demanda de la USM o del usuario se han diseñado intervenciones concretas como acudir a un taller del centro (cocina, prensa, estimulación cognitiva deporte, etc.), o participar en programas terapéuticos como la IPT o las sesiones de psicoeducativa. También estos usuarios han sido atendidos en el ámbito de su sintomatología clínica cuando el caso lo ha requerido.

A partir de enero de 2009, la intervención de los psicólogos se centrará en la coordinación con las terapeutas ocupacionales. Esto implica que la mayoría de usuarios de los centros ocupacionales no necesitan intervención directa y completa por parte de los CRPS. En casos en los que se considere necesario (normalmente establecido en coordinación con la USM y/o el terapeuta ocupacional), se apoya la mejoría de un usuario de centro ocupacional con su asistencia a actividades concretas del CRPS.

Actualmente, en este CRPS no existe lista de espera puesto que aún quedan tres plazas sin ocupar.

RECURSOS HUMANOS

El personal del CRPS está formado por los siguientes profesionales:

1 Especialista en Psicología Clínica del Servicio Canario de la Salud (a tiempo completo miércoles y viernes) y los jueves cada quince días.

El psicólogo dedica una media de 20 horas mensuales a intervenciones grupales y 24 horas mensuales a intervenciones individualizadas (que pueden incluir tanto sesiones individuales con usuarios, como sesiones individuales con familiares o sesiones mixtas con ambos). Además y hasta que se cerró el ciclo de psicoeducativa multifamiliar (diciembre de 2008) se empleaban 3 horas mensuales en actividades grupales multifamiliares (una sesión quincenal de una hora treinta de duración).

1 Técnico Auxiliar Educativo de ATELSAM a tiempo completo, dedicando una media de 52 horas mensuales con usuarios del centro de día y 24 horas mensuales a los usuarios de Centros Ocupacionales.

1 Técnico de Integración Social de ASTELSAM (compartida 70% del tiempo con usuarios del CRPS y 30% con usuarios de los recursos residenciales del ECA -Sur)

CARTERA DE SERVICIOS

Programa I. P. T.

Este programa se ejecuta mediante una intervención grupal. Se realizan **dos sesiones semanales** de este programa, con una duración de una hora por sesión. En este momento, se encuentran en funcionamiento dos grupos de trabajo, que denominamos A (nivel básico) y B (nivel avanzado).

El grupo A *(avanzado)* se encuentra desarrollando el ***subprograma 3*** denominado ***"Comunicación verbal***" (etapa 2), los miércoles y los viernes. La media de tiempo de permanencia en el grupo y el número de sujetos adscritos a el es variable (nunca superior a ocho), puesto que varios usuarios han ido cambiando del básico al avanzado a lo largo del tiempo. No obstante, un usuario que pase a un grupo avanzado lo hace normalmente tras haber terminado las fases anteriores y/o porque parece recomendable que se integre a un grupo que está más ajustado a su evolución. Este grupo comenzó el programa de I. P. T. en mayo de enero de 2006 y concretamente el subprograma de Comunicación verbal entre noviembre y diciembre de 2008, aunque no permanecen el él todos los que empezaron por diversas circunstancias (paso a Centros Ocupacionales, a empleo, baja del centro, etc.)

El grupo B *(básico)* se encuentran realizando diferentes etapas del ***subprograma 1 de "Diferenciación Cognitiva".*** Estos usuarios realizan esta actividad también dos días en semana (miércoles y viernes) y su adscripción, permanencia o cambio de grupo se realiza también en base a los resultados de la valoración cognitiva y clínica inicial, así como sea su evolución a lo largo de las diferentes sesiones. Este grupo lo lleva principalmente la Técnico Auxiliar Educativo supervisada por el coordinador. A este grupo en concreto se han incorporado tres usuarios nuevos que comenzarán desde el principio. Este grupo era hasta ahora el menos numeroso (entre tres y cinco usuarios) y su ritmo de avance es el más lento, por lo que se hacen frecuentes repeticiones y repaso de sesiones.

Programa de Estimulación Cognitiva

La estimulación cognitiva en papel se realiza dos días por semana y es totalmente individualizado, ya que el diseño de los contenidos está directamente relacionado con los resultados encontrados en la valoración cognitiva individual. Cada tres o cuatro meses se pasa de nuevo la valoración con el fin de comprobar si hay que hacer avances o modificaciones a algún usuario y comprobar su evolución.

Estimulación por ordenador (Gradior) actualmente se concluyó con la evaluación de todos los usuarios en todas y cada una de las habilidades valoradas pero según sus capacidades mínimas y se está actualmente diseñando los tratamientos en base a los resultados obtenidos por los usuarios con el apoyo del personal de SIMPROMI para la fase de tratamiento.

Programa de Psicoeducación de pacientes

Se realiza **una sesión semanal de Psicoeducación** con cada uno de los dos grupos antes mencionados. Los grupos llevan diferentes ritmos de ejecución. En ocasiones y de manera puntual (con una periodicidad aproximada de quince días), se incorporan a la psicoeducación usuarios de los centros de Agrojardinería y Mantenimiento de Edificios en función de sus características.

El grupo A ha finalizado el Programa de Psicoeducación. En la actualidad se realiza en este horario actividades de tipo complementario como la clarificación de valores y objetivos vitales, el abordaje de problemas específicos de conducta, la ampliación de conocimientos sobre efectos secundarios de la medicación, uso de recursos comunitarios en situaciones de urgencia, etc., en los que a veces participan usuarios del grupo B.

El grupo B dado el poco número de usuarios que había en este grupo hasta enero de 2009, su avance ha sido también lento y se ha trabajado con ellos principalmente el módulo de información general sobre la enfermedad pero de manera flexible. En concreto se hacen también repaso sobre sesiones anteriores o se centra la sesión en cuestiones relacionadas con lo que se está impartiendo en aspectos en los que los usuarios muestran más interés o presentan mayores dificultades. Teniendo esto en cuenta se puede decir que este es un grupo más abierto que el anterior y con una estructura más flexible a la hora del desarrollo de sus contenidos.

Programa de Autocuidado y Autonomía personal y Habilidades de la Vida Diaria

En éste área se sigue lo explicitado en el programa estructurado de Verdugo Alonso desde junio de 2007.

Además de lo presente en la estructura se realizan complementariamente en esta área talleres de: cocina, uso de recursos comunitarios, alimentación saludable, manejo de agenda individual y está previsto comenzar de nuevo con el "taller de actividad física saludable".

La intervención es principalmente grupal, aunque muchas intervenciones son individualizadas siguiendo un modelo de tutorías adaptadas a los objetivos terapéuticos planteados por usuario.

También existe un taller de prensa y cultura, que incide en temas como el conocimiento del medio y de la actualidad, la cultura, la salud, el espíritu crítico, la comprensión lectora entre otros temas.

Integración Social: Programa de Ocio y Tiempo Libre

El programa de ocio y tiempo libre en el CRPS de Guía de Isora realiza actividades tanto de forma individual como grupal. Incluye la práctica del deporte, un taller de dinámicas de grupo, un taller de ocio y tiempo libre semanales. Cada quince días un grupo de cuatro usuarios acude al Centro Hípico del Sur a realizar actividades de hipoterapia.

La realización de actividades dentro y fuera del CRPS, la coordinación y la modalidad individual o grupal se estructura esencialmente como la llevada a cabo en el CRPS de El Mojón, con la diferencia que la TIS está compartida con los recursos residenciales del sur, con lo que no contamos con ella a tiempo completo.

Programa de Psicoeducación de Familias

Respecto a la intervención multifamiliar, se realizó un ciclo de sesiones de Psicoeducación con Familias desde finales del 2006 hasta diciembre de 2008. Durante estas sesiones participaron un total de entre seis y diez familias (que incluía algunos familiares de usuarios de Centros ocupacionales), con una asistencia muy irregular, aunque había un núcleo más estable que iba casi siempre y que oscilaba entre los cuatro y seis familias normalmente. Se concluyó el ciclo completo con ellos y se añadieron también sesiones complementarias de apoyo o ampliación de información a los familiares a demanda o con el fin de reforzar aspectos concretos del interés.

Está previsto que a finales del mes de febrero de 2009 se comience de nuevo con grupos multifamiliares con el fin de no perder el contacto con los familiares que ya han asistido y de incorporar a los de los nuevos usuarios que se han ido incorporando desde diciembre de 2008. Se comenzará con información para refrescar datos a los que ya asistieron y con talleres complementarios dirigidos a cuestiones como la comunicación interpersonal, la actuación en situaciones de crisis o la ampliación de información sobre sintomatología.

Programas Pendientes de Ejecutar

MODULO II del Programa de Psicoeducativa familiar (Resolución de problemas, toma de decisiones, manejo de situaciones de conflicto, etc.)

- Programa de Habilidades Sociales.
- Taller de hábitos de sueño.
- Taller de teatro.
- Taller de fotografía y cine.
- Boletín cultural interno.
- Taller de autocontrol e impulsividad.
- Taller de ansiedad y estrés.

COORDINACIÓN CON LAS USM Y DIRECCIÓN DEL PIRP

Se realizan reuniones de coordinación con las Unidades de Salud Mental de USM Adeje. A partir de diciembre de 2008 se realizan reuniones mensuales con esta unidad y el mismo equipo que en las reuniones con la USM de El Mojón.

Se realizan reuniones de coordinación y seguimiento de los programas de los centros, bajo la supervisión del director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial.

DIFICULTADES DE INFRAESTRUCTURA: PROPUESTAS DE MEJORA

No existen problemas importantes de infraestructura en el CRPS de Guía de Isora

CPRS: A MODO DE CONCLUSIÓN

Los CRPS son espacios socio-sanitarios ofrecidos a las personas con discapacidad por trastorno mental grave y sus familias para apoyarlos en sus procesos individualizados de recuperación. La misión de estos CPRS es favorecer

los procesos psicológicos implícitos y explícitos que acompañan a la mayor autonomía de la personas en sus propias decisiones.

Actualmente Tenerife cuenta con 6 centros de rehabilitación Psicosocial (CRPS) localizados en diferentes enclaves de la isla, dando así cobertura a todas las zonas básicas de salud de la isla. Es esperable que con la integración funcional de los recursos del Hospital Psiquiátrico al Servicio Canario de la salud se permita incorporar el CRPS del citado hospital a la filosofía de trabajo del resto de los centros. Entonces podríamos afirmar que la isla cuenta con 7 CRPS.

La ocupación de dichos centros se mantiene en niveles óptimos, habiendo en casi todos ellos una lista de espera. Es necesario añadir que los CRPS atienden también a un número elevado de pacientes que dividen su tiempo entre el Centro Ocupacional y el CRPS. Si bien legalmente esta contemplado que cada CRPS atienda una población de 15 usuarios la practica asistencial, junto a la mejor dotación de personal de los centros, nos ha demostrado que la carga asistencial puede extenderse a 25 usuarios/día, sin merma de la calidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.

La implementación de la cartera de servicios de los CRPS corre a cargo del Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), dependiente de la Dirección de Área de la Consejería de Sanidad, siendo a su vez los Psicólogos Clínicos, dependientes de la Jefatura de Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, los encargados de su implementacion. Todos los CRPS disponen de al menos un Auxiliar Técnico Educativo y un Técnico de Integración Social que colaboran en el desarrollo y puesta en marcha de la programación grupal diseñada para estos centros así como la implementación de los Planes Individualizados de Recuperación (PIR). Este personal no clínico es contratado por las Asociaciones de familiares de la isla y/o empresas Privadas o/ Ayuntamientos.

Las funciones de los profesionales están bien delimitadas. EL psicólogo clínico del Servicio Canario de la Salud, es el coordinador del CRPS, y deberá facilitar el**:** Desarrollo y cumplimiento de los objetivos del P.I.R.P; la Evaluación. rehabilitación y las tutorías de los usuarios; Diseño, seguimiento y evaluación de los PIA; Diseño, Desarrollo, Mantenimiento y Evaluación de los Programas o Módulos o Talleres para la recuperación; ; favorecer el trabajo con las Familias; Registro, Planificación, Organización y Coordinación de las actividades diarias de Programas y Talleres; Coordinación Equipo Comunitario de Salud Mental de la Zona y/ ECA y/o EAIE, Servicios Sociales Municipales y las Organizaciones No Gubernamentales y Entidades Cívicas**;** Promover la actividad docente y de investigación y de Divulgación. La labor de los auxiliares será de apoyo a las estrategias terapéuticas que se definan en el PIA individualizado, realizando una labor de acompañamiento adecuada en cada momento a las necesidades de los usuarios, participando en las actividades programadas dentro y fuera del centro, y colaborando en la evaluación y planificación de los planes individuales, así como, en la supervisión de las necesidades básicas de los Centros; y las técnicos de Integración social, favoreciendo, dentro y fuera del centro, de acuerdo a las indicaciones terapéuticas los procesos de socialización y mejoras de las relaciones interpersonales.

En líneas generales, todos los CRPS siguen sistemáticamente y a buen ritmo el desarrollo de los programas diseñados específicamente para el tratamiento de las personas con discapacidad por un trastorno mental grave. En todos ellos se ha implementado el Programa IPT o Terapia Integral para la Psicosis y los Programas de refuerzo del Autocuidado y las Habilidades de la Vida Diaria así como los talleres para la Estimulación Cognitiva, Psicoeducación, tanto para pacientes como para familiares y el Programa de Ocio y Tiempo Libre. La

standarizacion de las prácticas clínicas de la recuperación en todos los CPRS es una preocupación constante y un objetivo innegociable.

Por otro lado, y dependiendo de las características particulares de cada centro, en lo referente a recursos y personal, se han puesto en funcionamiento otros programas paralelos y está previsto iniciar otros que completen el espectro de la rehabilitación. Es decir, el potenciar al máximo el grado de autonomía de la persona con enfermedad mental grave, fomentando sus habilidades y competencias y su sentimiento de pertenencia a la comunidad en todos sus ámbitos (social, familiar, laboral, etc.).

Las reuniones de coordinación con los Equipos Comunitarios de Salud Mental son de carácter mensual, haciéndose además consultas con los psiquiatras y personal de enfermería de referencia. Dichas reuniones se realizan conjuntamente con profesionales del ECA (psiquiatra, personal de enfermería, trabajadora social, atención domiciliaria) y Técnico de Empleo. Asimismo, se realizan reuniones de coordinación, seguimiento y supervisión de carácter quincenal, con el director del PIRP. Con carácter semanal se realiza formación bajo coordinación del director del PIRP y dentro del marco formativo del ECA.

En relación a las infraestructuras disponibles, es preciso decir que en general se han experimentado avances considerables. Pero en este aspecto alguno de los CPRS deberían mejorar su infraestructura, sobre todo, CRPS Puerto de la Cruz, y cambiar de lugar al CRPS de Santa Cruz, para hacer posible extender sus programas y acciones terapéuticas. Esta previsto por la Gerencia del Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria, de acuerdo a la normativa vigente, facilite un adecuado sistema de protección de datos en los CRPS, que contemple tanto los datos en soporte papel como informático. Así como, esta contemplado en las acciones de la Jefatura Regional de Salud Mental y Jefe de Servicio de Nuestra Señora de la Candelaria la informatización los CPRS dentro del Registro de Casos de Canarias.

Esperamos la apertura de un nuevo CRPS en el complejo hospitalario situado en el antiguo hospital psiquiátrico, así como, el reforzar con psicólogos clínicos y auxiliar los CRPS, para por incrementar la población atendida en estos recursos de espacio sanitario. No renunciamos a que durante la próxima década cada Equipo Comunitario de Salud Mental pueda disponer de un Centro de Recuperación Psicosocial de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

Estévez, A. García, C. (2003): *Estimulación Cognitiva II.* Editorial Lebón.

Franco Martín, M.A. Bueno Aguado, Y. Cid Bartolomé, T.,Orihuela Villameriel, T. (2003): *Programa Gradior: Rehabilitación Cognitiva por Ordenador.*

Roder, V. Brenner, H.D. Hodel, B. Kienzle, N. (1996): *Terapia integrada de la esquizofrenia(IPT)*. Editorial Ariel Psiquiatría.

Romme, M. Esher, S. (2005): *Dando sentido a las voces.* Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Touriño, R. Inglota, R. Baena, E. Fernández, J. (2004): *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Editorial Glosa.

Verdugo, M.A. (1997): *Programa de Habilidades Sociales (PHS).* Editorial Amarú, Salamanca.

Capítulo 7

CUIDADOS FÍSICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Manuel E. Méndez Abad. Francisco Rodríguez Pulido- Natalia González Brito. Ángeles Rodríguez García. Verónica Suárez Expósito. Cecilio Hernández Sotomayor.. Juan Ojeda Ojeda.

La progresiva tendencia a la especializacion en Medicina, provoca que los médicos estudien parcelas cada vez más reducidas del hombre, lo que genera un conocimiento del ser humano más exhaustivo, pero una pérdida de la perspectiva integral del mismo.

La atención a la salud mental de los pacientes con procesos graves, como la esquizofrenia o trastornos graves del humor, no debe eclipsar la atención a los otros procesos que un paciente determinado pueda padecer. Tanto desde Atención Primaria, como desde las Unidades de Salud Mental o Unidades Psiquiátricas se debe valorar a estos pacientes con una visión integral de todos sus procesos.

Así, el médico de familia además de tratar los problemas físicos que un paciente pueda tener, debe conocer la evolución del paciente desde el punto de vista psiquiátrico, los cambios en el tratamiento, la cumplimentación farmacológica y debe preguntar al paciente por su evolución y por síntomas que pueden orientar hacia una recaida o empeoramiento. Pero, de igual forma, el psiquiatra debe conocer que otros problemas tiene el paciente y orientarlo para que estos sean adecuadamente valorados por su médico de familia u otros especialistas. Es importante que médicos de familia y psiquiatras, además de los enfermeros, independientemente del nivel asisitencial en que desarrollen su labor, sean conscientes de que estos pacientes presentan unas elevadas tasas de morbilidad y de muerte prematura, no relacionada sólo con el suicidio.

La esquizofrenia se ha asociado históricamente con una mayor vulnerabilidad y mayores tasas de comorbilidad física, así como con un exceso de mortalidad. En concreto se ha demostrado que el 50 % de los pacientes esquizofrénicos presentan al menos una enfermedad física o psiquiátrica comórbida. Entre las enfermedades físicas más frecuentes se encuentran enfermedades cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, neurológicas, infecciosas y trastornos por abuso de sustancias. La comorbilidad física de los pacientes con esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y por tanto es infratratada, por lo que en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud adecuados (Nasrallah, 2005). Es una realidad que los pacientes con esquizofrenia tienen un acceso menor a los cuidados médicos, consumen menos cuidados y son peores cumplidores con los tratamientos que la población general. La insuficiencia de cuidados puede deducirse indirectamente del hecho de que mientras la expectativa media de vida de la población general de Estados Unidos es de 76 años (72 años para los hombres y 80 años para las mujeres), la de los pacientes con esquizofrenia es de 61 años (57 años para los hombres y 65 años para las mujeres), 15 años menos (un 20% menos) que la de la población general (Hennekens et al, 2005). Este exceso de mortalidad es atribuible en un 60 % a enfermedades somáticas (enfermedades cardiovasculares y síndrome

metabólico), menos de un 28% a suicidio y un 12% a accidentes (Brown et al, 2000).

Se ha podido comprobar como la cantidad y la calidad de los cuidados recibidos por enfermos con diabetes o con asma, por poner dos ejemplos, es peor en los pacientes con esquizofrenia frente a los que no la padecen (Goldberg et al, 2007; Baxter et al, 2009)

En nuestro país, recientemente (2008) se han realizado dos serias propuestas sobre los cuidados físicos de los pacientes con enfermedades mentales graves que son:

a. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica (Sáiz Ruiz et al, 2008)

   Tras una revisión sistemática por parte de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III de la literatura publicada hasta 2006 y de una revisión de las principales guías nacionales e internacionales de cuidados físicos y de las de prevención, diagnóstico y tratamiento de distintas patologías más relevantes en estos enfermos se concluye que los pacientes con esquizofrenia presentan peor estado de salud que la población general o que pacientes con otras enfermedades mentales. Consideran que la afectación de la salud física de los pacientes con esquizofrenia puede llegar a ser muy importante debido a factores genéticos, factores inherentes a la propia enfermedad, al estilo de vida de estos pacientes y al tratamiento con fármacos antipsicóticos. Concluyen que los pacientes con esquizofrenia, comparados con la población general, presentan mayores tasas de infecciones (VHB, VHC, VIH), enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades cardíacas y respiratorias (sobremorbilidad) y un mayor riesgo de muerte tanto global como por causas naturales: enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas fundamentalmente (sobremortalidad). Por esto, creen que es necesario sensibilizar sobre estos aspectos tanto a los médicos de atención primaria como a los especialistas, incluidos los psiquiatras, e incorporar los problemas de salud física a los programas psicoeducativos, a las unidades de adherencia al tratamiento y a las de atención a los trastornos mentales graves. Además recomiendan un protocolo de seguimiento.

b. Consenso Español de Salud Física del Paciente con trastorno Bipolar (Bobes et al, 2008)

   De forma similar se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada hasta enero de 2008 y se realizó una revisión de las principales guías nacionales e internacionales de cuidados físicos y de las de prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías más relevantes en estos enfermos. Se concluye que los enfermos con trastorno bipolar muestran mayor incidencia que la población general de enfermedad cardiovascular, metabólica, respiratoria, neurológica e infecciosa, y un mayor riesgo de mortalidad global (cardiovascular, respiratoria e infecciosa), además de presentar un mayor riesgo de suicidio. En concreto encontraron un riesgo aumentado, de presentar hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, enfermedades pulmonares, migraña e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Coinciden en la necesidad de sensibilizar a todos los profesionales en estos aspectos e incluir los cuidados físicos en los programas psicoeducaticos, además de protocolizar estos cuidados.

En un estudio realizado en nuestro país (Bernardo et al 2009) en el que se valoraron 733 pacientes que ingresaron por esquizofrenia en unidades de corta estancia se constató que el 71% eran fumadores, presentaban

hipercolesterolemia el 66%, hipertrigliceridemia el 26% , hipertensión el 18% y diabetes el 5%. Además presentaban criterios de Sindrome Metabólico un 19%. Se pudo comprobar además que sólo el 60% de los diabéticos, el 28% de los hipertensos y el 14% de las dislipemias seguían controles por estas patologías.

El cuidado de la salud física de las personas con enfermedades mentales graves se hace más relevante por las particularidades de estos enfermos, como queda recogido en Guías de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia (Barcelona 2009, y otras publicaciones (Goldberg et al 2008):

1. Baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, escaso contacto con los servicios sanitarios y escaso desarrollo de autocuidados eficaces.
2. Consumo de psicofármacos durante un periodo muy largo de su vida lo que le hace estar expuesto a mayores riesgos.
3. Ausencia de percepción de riesgo, problemas de aislamiento y de comunicación.
4. Estilos de vida inadecuados: consumo de tabaco, sedentarismo y una alimentación deficiente basada en dietas ricas en grasas y azúcares y pobre en frutas y verduras.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a recomendar que estos pacientes sean tratados de forma enérgica, actuando sobre los factores de riesgo detectados, tanto desde Atención Primaria como desde las Unidades de Salud Mental. Para esto se deben seguir, al menos, las recomendaciones de la SEMFYC sobre cribado de enfermedades, cáncer (cérvix, mama, colon) o factores de riesgo, que son generales para toda la población en función de la edad:Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (Grupo de expertos del PAPPS, 2007). Pero además se deberían complementar con las indicaciones de los consensos sobre salud física del paciente con esquizofrenia o con trastorno bipolar antes comentados.

1. Historia clínica con antecedentes personales, familiares y hábitos tóxicos.
2. Preguntar por función sexual y comportamientos de riesgo (cada 6 meses)
3. Tensión arterial, peso, talla, IMC y perímetro abdominal (cada 6 meses)
4. Electrocardiograma y serología de VHB, VHC, VIH, VDRL, papiloma virus (basal y seguimiento si precisan, según conductas de riesgo)
5. Hematimetría. Bioquímica (ionograma, función hepática, perfil lipídico, función renal, glucemia) y perfil hormonal (TSH y prolactina) anualmente.

EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Siguiendo las directrices del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria (SCS, 2000), si en algún paciente con enfermedad mental grave, detectamos alguna enfermedad o factor de riesgo cardiovascular, debe recibir, al menos, los mismos cuidados e intervenciones que otros pacientes. Los argumentos para un abordaje activo de la prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se fundamentan en cinco observaciones:

I. Las ECV son la causa principal de muerte prematura en la mayoría de las poblaciones, son una fuente importante de discapacidad y contribuyen, en gran medida, al aumento de los costes de la asistencia sanitaria.

II. La patología subyacente es habitualmente la aterosclerosis, que se desarrolla silenciosamente a lo largo de muchos años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas.

III. La muerte, el infarto de miocardio y el ictus ocurren frecuentemente de manera súbita y antes de acceder a los servicios sanitarios, por lo que muchas intervenciones terapéuticas son inaplicables o paliativas.

IV. La ocurrencia epidémica de las ECV está estrechamente asociada con hábitos de vida y factores de riesgo modificables.

V. La modificación de factores de riesgo ha demostrado de forma inequívoca que reduce la mortalidad y la morbilidad.

El RCV se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período de tiempo, que habitualmente se establece en 10 años, y su estratificación y cuantificación, especialmente en los pacientes que no padecen ECV, es fundamental para establecer la intensidad de la intervención, la necesidad de instaurar tratamiento farmacológico y la periodicidad de las visitas de seguimiento.

Los métodos para calcular el RCV son múltiples. Los que tienen una mayor importancia clínica utilizan como estudio epidemiológico de referencia el estudio Framingham. Todos los pacientes deben ser tratados en función de su riesgo cardiovascular, intentando que éste disminuya. Existen situaciones, no recogidas en las tablas, en las que el RCV puede ser mayor:

1. Historia familiar de ECV prematura.
2. Hiperlipidemia familiar.
3. Jóvenes con algún FRCV mayor, ya que la exposición al mismo será durante muchos años en su vida.
4. Pacientes con valores muy altos de un determinado FRCV mayor.
5. Diabéticos con microalbuminuria.
6. La presencia añadida de factores como la obesidad o el sedentarismo.

A continuación comentaremos de forma concisa algunas particularidades sobre los factores de riesgo más relevantes

1.- HIPERTENSION ARTERIAL

La HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) es un factor de riesgo de todas las manifestaciones clínicas de aterosclerosis y para su abordaje debemos seguir las directrices dadas por la Sociedad Europea de Hipertensión (de la Sierra et al 2009). Duplica el riesgo de que aparezcan enfermedades cardiovasculares, incluidas coronariopatías, insuficiencia cardiaca congestiva, accidentes isquémicos y hemorrágicos de vasos cerebrales, insuficiencia renal y arteriopatía periférica. Desde una perspectiva epidemiológica no se ha fijado un nivel neto que defina la HTA, y en los adultos el riesgo de enfermedades cardiovasculares es mayor con niveles más altos de TA sistólica o diastólica.

La **presión arterial elevada** (HTA definida) se define, en los mayores de 18 años, como una elevación persistente de la presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mmHg o una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mmHg, o la combinación de ambas. En la HTA, generalmente, tanto la presión sistólica como la diastólica están elevadas. Para el diagnóstico es necesario que la media de dos o más lecturas realizadas en dos o más visitas espaciadas, después de una valoración inicial sea superior a dichas cifras. Habitualmente es asintomática, aunque pueden aparecer los siguientes síntomas en relación con

niveles altos de TA: cefaleas, hemorragias nasales, vértigo y enrojecimiento facial, náuseas, vómitos, disnea, visión borrosa, somnolencia y encefalopatía hipertensiva.

Hablamos de **HTA sistólica** aislada cuando la media de dos o más determinaciones de la TA sistólica, realizadas en tres o más visitas, es igual o superior a 140 mm de Hg, siendo la TA diastólica menor de 90 mm de Hg.

Es muy importante saber que hasta el 21% de los pacientes diagnosticados de HTA, presentan cifras altas sólo en la consulta, siendo las cifras ambulatorias (domicilio, farmacia...) normales. En estos casos hablamos de HTA de bata blanca o HTA clínica aislada. La prevalencia de HTA entre los pacientes con esquizofrenia es del 18% y también es alta en el paciente con trastorno bipolar (4.6%-60%).

Es *relevante clínicamente que en el Plan de Cuidados Fisicos* los pacientes sigan una dieta baja en sal, realicen ejercicio físico y bajen de peso si existe sobrepeso u obesidad. Si las cifras de TA se mantienen altas, estos pacientes deben ser derivados para que reciban tratamiento con fármacos, siendo importante que informen del antipsicótico que toman o de si están tomando sales de litio (posible interferencia con los diuréticos y los antihipertensivos que actúan sobre el eje renina-angiotensina).

2.- DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten como fenotipo la hiperglucemia (ADA, 2007). Dependiendo de la causa de la DM, los factores que provocan esta hiperglucemia pueden ser por un defecto de la secreción de insulina, menor utilización de la glucemia (resistencia a la acción de la insulina) o aumento de la producción de la glucosa (generalmente los mecanismos se solapan). La hiperglucemia crónica de la DM está asociada a largo plazo con daño, disfunción y fallo de diversos órganos y sistemas, como la afectación del riñón, la retina, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Desde un punto de vista etiológico la podemos clasificar en:

I. Diabetes tipo 1: destrucción de las células beta, que habitualmente provoca déficit absoluto de insulina.
II. Diabetes tipo 2: resistencia a la insulina con déficit secretor (con importancia variable de ambos factores)
III. Otros tipos:
    a. Defectos genéticos (en la función de las células beta o en la acción de la insulina)
    b. Enfermedades del páncreas
    c. Endocrinopatías
    d. Fármacos
    e. Infecciones
    f. Asociada a síndromes genéticos
IV. Gestacional

El diagnóstico de la diabetes mellitus se basa en los valores de la glucemia plasmática. En tabla 1 podemos ver los criterios diagnósticos de diabetes y de las alteraciones del metabolismo de la glucemia

TABLA 1.- Criterios diagnósticos de diabetes y alteraciones del metabolismo de la glucemia

PRUEBA	NORMAL	GLUCEMIA BASAL ALTERADA O TOLERANCIA ALTERADA A LA GLUCOSA	DIABETES*
GPA	< 100 mg/dl	100-125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
PTGO	< 140 mg/dl	140-199 mg/dl	≥ 200 mg/dl
GLUCEMIA AL AZAR	-	-	>200 mg/dl y síntomas

- *En ausencia de hiperglucemia inéquivoca y descompensación metabólica aguda, estos criterios deberán confirmarse mediante repetición de estos estudios en un día distinto.
- GPA: glucemia plasmática en ayunas. Se define "en ayunas" la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- PTGO: prueba de tolerancia oral a la glucosa. Glucemia a las 2 horas, tras sobrecarga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Glucemia al azar: se define al azar la extracción sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última ingesta.

La diabetes tipo 2 constituye más del 90 % de todos los casos. La DM tipo 1 representa el 5-10 %. Los otros tipos de diabetes son poco frecuentes. La prevalencia de DM es del 2.6% de la población general, se incrementa la edad y llega a duplicarse en los mayores de 65 años. En Canarias se estima una prevalencia del 6.5%, en la población de 30-64 años. Estos datos son los obtenidos utilizando como criterio diagnóstico glucemias basales >140 mg/dl. Hoy en día, el criterio diagnóstico ha variado, siendo el punto de corte para la glucemia en ayunas de 126mg/dl.

En el caso de la diabetes los estudios demuestran tasas elevadas de diabetes y de intolerancia a la glucosa en los pacientes con esquizofrenia y una incidencia y prevalencia de diabetes dos o cuatro veces mayor que la de la población general (hasta 15-18%) Además refrendan lo ya conocido: por una parte, la asociación entre la esquizofrenia per se y la diabetes (los pacientes sin tratar presentan mayor adiposidad visceral, alteraciones en la tolerancia a la glucosa y mayor resistencia a la insulina que los controles), y por otra, la existencia de una relación entre los tratamientos antipsicóticos (típicos y atípicos) y la diabetes. Respecto a este último punto los estudios no permiten concluir que el riesgo de diabetes sea mayor con los atípicos o de segunda generación que con los típicos o de primera generación. Incluso un estudio demuestra tasas de incidencia mayores con los típicos.

La importancia de la DM como problema de salud viene determinada por el desarrollo y progresión de las complicaciones crónicas micro y macrovasculares que afectan a la calidad de vida del diabético/a y provocan unas elevadas tasas de invalidez prematura y muerte. La alta tasa de prevalencia de diabetes en los pacientes con EMG es en parte responsable de la mayor mortalidad de los mismos.

Las complicaciones macrovasculares son las que ocasionan las altas tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) en la población diabética, siendo el riesgo anual de muerte por las mismas de 2 a 3 veces superior al de la población general. Aproximadamente el 75-80 % de los diabéticos adultos mueren por enfermedad cardiovascular.

El riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa considerablemente en el diabético cuando concurren otros factores de riesgo, fundamentalmente hábito tabáquico, HTA o dislipemia. Por tanto, para disminuir este riesgo de ECV se requiere una acción conjunta sobre todos los factores y no únicamente sobre el control glucémico. Además, la HTA y la dislipemia son más frecuentes en la población diabética.

La presencia y severidad de las complicaciones microvasculares (neuropatía, retinopatía) tiene relación directa con el control metabólico y tiempo de evolución de la DM. La asociación con HTA y tabaquismo influyen negativamente en la evolución de la microangiopatía.

Los pacientes con enfermedades mentales crónicas deben tener el mismo seguimiento, al menos, que el resto de los pacientes diabéticos, y de forma rutinaria se debe evaluar su glucemia plasmática en ayunas, como método de diagnóstico precoz.

3.- DISLIPEMIAS

Las dislipemias no presentan síntomas específicos y se detectan solamente durante estudios. La búsqueda activa de pacientes con hipercolesterolemia está justificada por su importancia como factor de riesgo cardiovascular (FRCV) (Yoon et al, 2009; Barham et al, 2009).

Hasta el 27% de los pacientes con esquizofrenia presentan una hipertrigliceridemia, y hasta un 66% una hipercolesterolemia.

El tratamiento de la dislipemia está fundamentalmente basado en:

- Dieta hipolipemiante: baja en grasas saturadas, incrementando las poliinsaturadas.
- Ejercicio físico: aumenta el HDL-colesterol, reduciendo triglicéridos, colesterol total y LDL-colesterol, además de mejorar las cifras de TA, disminuir la resistencia a la insulina, mejorar el tono muscular, ayudar a mantener el peso y mejorar la sensación de bienestar general, entre otras acciones
- Fármacos hipolipemiantes: básicamente las estatinas, los fibratos y la ezetimiba.

4.- TABAQUISMO

El tabaco constituye la principal causa de morbimortalidad susceptible de prevención en los países desarrollados. Hasta 57.000 muertes al año en España, tienen relación con el tabaco. En mayores de 16 años, el porcentaje de fumadores en España ronda el 29,5% (Encuesta Nacional de Salud, 2006), y en Canarias (Encuesta de Salud, 2004) el 31,7%, y se sabe que estas tasas se duplican en enfermos psiquiátricos y llegan hasta el 90% entre los pacientes con esquizofrenia. En pacientes con trastorno bipolar la prevalencia se sitúa en el 50-60%.

Entre las hipótesis para justificar la alta prevalencia de fumadores entre los pacientes psicóticos se ha barajado el papel de la nicotina como modulador de algunos efectos secundarios del tratamiento antipsicótico, considerando su consumo como una forma de"automedicación" puesto que está implicada en la estimulación de la actividad dopaminérgica de la zona subcortical y del córtex prefrontal, relacionada con los mecanismos de refuerzo y recompensa. El tabaco influye sobre la metabolización de algunos fármacos antipsicóticos, y los

antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) parecen favorecer más el abandono del tabaco que los típicos.

Ya desde 1979, diversos estudios de intervención en pacientes con enfermedad mental, han demostrado que un consejo mínimo estructurado (en general no precisa más de tres minutos) promueve entre un 5-10% de abstinencia al año, constituyendo la actividad preventiva que mejor coste beneficio presenta.

La ayuda profesional multiplica la probabilidad de éxito, potencia el papel ejemplarizante y mentaliza al propio profesional de la salud de la importancia del problema en términos sanitarios. Varios estudios demuestran que la intervención farmacológica en estos pacientes junto con un abordaje motivacional puede ser casi tan efectiva como en personas sin enfermedad mental. Una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico, es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.

Es muy importante valorar en el fumador su dependencia, su grado de motivación y la etapa del proceso de cambio en que se encuentra.

a) La dependencia de la nicotina explica que los fumadores persistan en fumar diariamente para evitar síntomas de abstinencia. El Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina es una herramienta para el diagnóstico y la cuantificación de la dependencia nicotínica, y posiblemente sea la medida más usada. Está compuesto por seis elementos y su puntuación total se extiende de 0 a 10; la alta dependencia nicotínica es definida como una puntuación igual o superior a 6. Dos elementos del Test de Fagerström reflejan muy bien la dependencia de nicotina: el item 1, que determina el tiempo que discurre desde el despertar hasta el primer cigarrillo del día, y el item 4, que determina el número de cigarrillos fumados por día; ambos se puntúan de 0 a 3.

b) Para valorar la motivación para el abandono se usa el Test de Richmond considerando que la motivación es alta si la puntuación es ≥ de 8, moderada entre 4-7 puntos y baja si es < de 4 puntos.

c) Las etapas del proceso de cambio son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento (y recaída, si existe).

En los pacientes con trastornos mentales, el tabaquismo tiene unas características diferenciales (Dueñas Herrero et al, 2004) y unas dificultades específicas por la dificultad de conseguir una abstinencia estable y por la posibilidad de recurrencia o empeoramiento de la clínica subyacente. Sin embargo el hecho de que el paciente quiera dejar de fumar, no debe ser motivo para inhibirnos y prestarle apoyo y como decíamos antes, se consiguen tasas de cese muy parecidas a las de personas sin enfermedad mental crónica. Existen, no obstante, algunas consideraciones específicas que debemos tener en cuenta:

- El tabaco interacciona con muchos fármacos. La retirada brusca del tabaco puede desencadenar síntomas de ansiedad o aumento de peso. Las técnicas de reducción gradual del consumo (RGINA) pueden ser de utilidad en estos pacientes, antes del abandono definitivo del tabaco.
- Es conveniente que el paciente lleve estable como mínimo 6 meses, antes de iniciar un abordaje.
- El Bupropion se ha relacionado en estos pacientes con la aparición de crisis convulsivas por la disminución del umbral convulsivante y la Vanericlina también se contraindica en epilepsia, además de que se ha relacionado con un aumento de la ideación suicida. Las terapias sustitutivas de nicotina

serían los fármacos de elección en estos pacientes, tanto los parches, los chicles como los caramelos de chupar, o la combinación de estos.

Aunque algunos autores defienden que el abordaje de estos pacientes se debería llevar a cabo en unidades específicas, los profesionales de Salud Mental o de Atención Primaria, debidamente formados, podrían intervenir (Fiore et al, 2002).

Los clínicos que tratan de ayudar a los pacientes con esquizofrenia a dejar de fumar necesitan tener un planteamiento muy flexible, y si la abstinencia no es posible, el objetivo puede ser la reducción del número de cigarrillos. El proceso del abandono es un círculo, con fases de recaída. Y estos desarrollos tienen que producirse en el marco de una relacion de confianza y de los programas terapeuticos donde la entrevista motvacional puede ser de utilidad.

5.- SINDROME METABOLICO

Aunque existen distintas definiciones, en la práctica clínica, puede utilizarse la definición dada por el US National Cholesterol Education Program para la identificación de sujetos con síndrome metabólico. El diagnóstico requeriría que se cumplieran al menos tres de los siguientes criterios:

1. Perímetro abdominal en varones > 102 cm y en mujeres > 88 cm
2. Colesterol HDL en varones < 40 mg/dl y en mujeres < 50 mg/dl
3. TA > 130/85 mmHg
4. Triglicéridos > 150 mg/dl
5. Glucemia > 100 mg/dl

Los pacientes con síndrome metabólico tienen habitualmente un riesgo cardiovascular alto. Los estilos de vida tienen una fuerte influencia en todos los componentes del síndrome metabólico, por lo que en el manejo de éste se debe hacer especial énfasis en la reducción del peso y el aumento de la actividad física supervisada, además del tratamiento especifico de cada enfermedad o factor que contribuye al mismo.

En los pacientes con esquizofrenia, de nuevo los resultados demuestran unas tasas mayores que las de la población general, en concreto una prevalencia dos a cuatro veces mayor. Esta diferencia está relacionada con la edad, sexo y raza. Los estudios concluyen que no se puede relacionar un tipo concreto de antipsicóticos (típicos o atípicos) con el síndrome metabólico, sino que existe una relación inversa entre síndrome metabólico y dosisficación de antipsicóticos (equivalentes de clorpromazina) y directa con el número de fármacos administrados. También la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con trastorno bipolar se ha estimado que es superior a la de la poblacion general y similar a la de los pacientes con esquizofrenia (22,5%)

6.- SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE SU RIESGO CARDIOVASCULAR

Como comentábamos al principio del capitulo se debe intentar actuar sobre todos los pilares que provocan la enfermedad cardiovascular de forma conjunta. Aquí recogemos algunas directrices generales sobre el seguimiento y las metas a conseguir en los pacientes (SCS, 2000) En función del RCV y de las patologías detectadas los datos de la tabla 2 pueden variar aumentando la frecuencia. Además variarán en función de que no hayamos conseguido controlar dichos factores. Así la frecuencia en que seguiremos a un diabético con una hemoglobina glicosilada del 9% no será repetir los análisis en 6 meses para ver si

están normalizados, sino que debemos, tras introducir cambios comprobarlo a los 3 meses. Algo similar pasa con cifras de tensión arterial altas o pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. En la tabla 3 vemos los criterios de control de estas patologías.

Tabla 2.- Seguimiento de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

	3 MESES	6 MESES	ANUAL
Exploración física, incluyendo pulsos, neuropatía, pie y anamnesis			X
Presión arterial/frecuencia cardiaca	(X si HTA)		X
Consumo de tabaco/alcohol (y consejo de cese)	(X si fumador)		X
Peso, IMC, circunferencia cintura)		X	
Glucemia y hemoglobina A1C	Si Hb A1C>8	X (Si diabetes)	X
Perfíl lipídico Colesterol total, Triglicéridos, HDL-col, LDL-col		X (Si tto.)	X
Electrocardiograma			X
Función renal y analítica de orina e iones			X
Microalbuminuria (Alb/Cr en orina)			X (si diabetes o HTA)
Fondo de ojo			X (si diabetes o HTA)
Reevaluar RCV		X	
Cumplimiento terapéutico	X		

Deberíamos añadir a este seguimiento lo recomendado en el Consenso sobre salud física: hemograma, TSH, prolactina, ionograma, perfil hepático niveles de fármacos si son necesarios.

Tabla 3. Criterios de buen control/metas a conseguir en los pacientes.

	CRITERIO
Tensión arterial	<140/90. Si diabetes o nefropatía o ECV o IC <130/85
Hemoglobina A1C	En diabéticos <7%
Colesterol	< 200mg/dl
HDL-colesterol	> 35mg/dl en varón y >42mg/dl en la mujer (en diabetes >40/50)
LDL-colesterol	< 100mg/ dl en diabetes y ECV. Resto <130mg/dl

Triglicéridos	<200mg/dl ó < 150 mg/dl en diabetes o ECV
IMC (peso)	<25%
Tabaco	Cese total del consumo

7.- EPOC Y PATOLOGIA RESPIRATORIA

La prevalencia de patología respiratoria (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y enfisema) en los pacientes con esquizofrenia, es significativamente superior a la de la población general al igual que la tasa de hospitalizaciones por la misma. El tabaquismo se relaciona en prácticamente todos los estudios con la presencia de patología respiratoria. En el caso del síndrome de apnea del sueño los antipsicóticos y la obesidad son también factores de riesgo. En pacientes con trastorno bipolar se ha encontrado también, un riesgo de asma significativamente mayor en comparación con la población general, con cifras de prevalencia de entre el 3 y el 17% frente al 2-10% en población general. También se encuentra en los pacientes bipolares un riesgo aumentado de sufrir enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con respecto a la población general.

La EPOC se caracteriza por la presencia de una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada a una reacción inflamatoria anómala principalmente frente al humo del tabaco (Soler-Cataluña et al, 2009), aunque sólo una cuarta parte de los fumadores desarrolla EPOC. No obstante el tabaquismo contribuye al 95% de los casos de EPOC, siendo el factor de riesgo más prevalente. La alta prevalencia de tabaquismo entre los pacientes con EMG, provoca la alta prevalencia de EPOC entre los mismos.

El paciente con EPOC es o ha sido fumador durante un tiempo prolongado y refiere síntomas de tos, expectoración y/o disnea. La disnea aparece en las fases más avanzadas de la enfermedad y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar la actividad física diaria.

La exploración de la función pulmonar en la EPOC permite: establecer el diagnóstico, cuantificar su gravedad, estimar el pronóstico, monitorizar la evolución y valorar la gravedad de las exacerbaciones.

La medida más efectiva para detener la progresión de la EPOC es el abandono del tabaco y en ella hay que centrar los esfuerzos (Schermer et al, 2008)

Entre los fármacos a usar se encuentran los broncodilatadores [anticolinérgicos como el bromuro de ipatropio y bromuro de tiotropio; Beta-2 adrenérgicos de acción corta (salbutamol, terbutalina) o larga (salmeterol, formoterol); y las metilxantinas], los fármacos antiinflamatorios [glucocorticoides: orales (prednisona) o inhalados (beclometasona y budesonida)] y en casos muy avanzados la oxigenoterapia domiciliaria, que es la única medida, junto con el abandono del tabaco que ha demostrado mejorar la supervivencia. Sus indicaciones son la hipoxemia crónica ($PaO_2 \leq 55$ mmHg o < 60 mmHg si cor pulmonale). Además de los fármacos, está indicada la vacunación antigripal anual y la vacunación antineumocócica.

El manejo de la EPOC leve o moderada corresponde a la Atención Primaria y los casos graves a Neumología.

8.- OBESIDAD.

La obesidad es uno de los factores que contribuyen al Síndrome metabólico, aumenta la resistencia a la insulina, aumenta la tensión arterial y se asocia con trastornos de los lípidos.

Entre el 40-62% de las personas con esquizofrenia son obesas o tienen sobrepeso. Tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden inducir a ganar peso. Los de segunda generación derivados de las dibenzodiazepinas (p. ej. clozapina, olanzapina) producen un rápido aumento de peso a corto plazo. Las diferencias entre agentes a largo plazo no son tan claras. En pacientes con trastorno bipolar la prevalencia de obesidad está entre el 19 y el 53%, significativamente superior a la encontrada en la población general. Los factores del estilo de vida y la poca capacidad para modificarlos también influyen en la obesidad. En nuestro medio la obesidad juega un papel más importante, ya que se ha visto que en Canarias el 70% de la población pesa más de lo recomendado (Cabrera de León et al, 2006) (30% de obesidad y 40% de sobrepeso) .

9.- EJERCICIO FÍSICO.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, el 55% de la población (mayor de 1 año) no realiza actividad física en su tiempo libre y sólo el 7,5% de las personas realiza en su trabajo una actividad física con la cual es muy posible que no necesiten aumentar el grado de actividad de su estilo de vida. Estos son profesiones con trabajos pesados, con gran esfuerzo físico, en las que el gasto energético diario supera las 3.000 kcal. La frecuencia del sedentarismo aumenta con la edad, a pesar de que se conoce que las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo presentan menores tasas de mortalidad y una mayor longevidad, y que además, las personas que abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente, reducen de manera significativa sus tasas de mortalidad.

Diversos estudios han demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y el riesgo de presentar cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulinodependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión. Con el ejercicio se consiguen frecuencias cardíacas inferiores y menores valores de presión arterial para un esfuerzo submáximo, un incremento del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y una disminución de los triglicéridos, una reducción de la presión arterial en reposo en hipertensos, una disminución de la grasa corporal, una reducción de las necesidades de insulina y un aumento de la tolerancia a la glucosa, un incremento de la densidad ósea y una mejora de las funciones inmunitaria y psicológica. Estudios de intervención demuestran que se puede conseguir disminuir la ganancia de peso en pacientes con esquizofrenia con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Faulkner et al, 2007)
Además existen tres áreas en las que el ejercicio se relaciona de forma sólida con la salud mental:

1. Reducción de la ansiedad y la depresión (Mead et al, 2009)
2. Incremento de los sentimientos de autoestima.
3. Mejora en la capacidad de afrontar el estrés psicosocial.

La intervención a realizar en los pacientes, debería ser la recomendada en el PAPPS, aunque con algunas diferencias en los pacientes con enfermedades mentales graves hay que tener en cuenta que los niveles de ejecución de ejercicio muy alejados de la meta disminuyen la percepción de la eficacia y suelen inducir el abandono (van Amersfoort, 2005). La cantidad de ejercicio a prescribir dependerá de los objetivos que se deseen conseguir y de características como la

edad, el sexo, el estado de salud, las facilidades para realizarlo, etc. No es cierto que sea necesario realizar una gran cantidad de ejercicio para que este sea beneficioso para la salud, y el objetivo puede ser, en personas sedentarias, que inicien una actividad y en los que practican algún tipo de ejercicio que lo incrementen. No obstante, para la población general se considera óptimo que las personas procuren acumular 30 minutos o más de actividad física moderada-intensa en la mayoría de los días de la semana, mediante la incorporación de más actividad habitual en la práctica diaria con modalidades como subir escaleras, trabajos caseros o de jardinería, baile o caminar parte o todo el trayecto de ida y vuelta al trabajo. Otra opción es realizar algún ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, con una frecuencia mínima de 3 veces no consecutivas por semana, una duración mínima de cada sesión de 40-60 minutos, dependiendo del tipo de ejercicio o deporte, y a una intensidad que produzca una frecuencia cardiaca del 60-85% de la máxima teórica.

Desde Atención Primaria y desde los Equipos Comunitarios de Salud Mental Unidades deberíamos actuar de la siguiente forma:

1. El primer paso debe ser preguntar a los pacientes acerca de sus hábitos de actividad física.

2. El segundo paso debe ser valorar el hábito de actividad física del paciente, para lo que se le clasificará como activo, si hace ejercicio o deporte con las características de duración, frecuencia e intensidad anteriormente reseñadas, o alcanza un gasto calórico diario de 3.000 kcal; parcialmente activo, si realiza algún tipo de ejercicio o deporte pero no con los requerimientos mínimos de duración, frecuencia e intensidad; inactivo, si no realiza ningún tipo de ejercicio o deporte y su gasto calórico diario es < 3.000 kcal.

3. El tercer paso debe ser aconsejarle que inicie, aumente o mantenga la práctica de algún ejercicio físico o deporte con los requisitos de duración, frecuencia e intensidad anteriores.

4. Por último se debe volver a repetir los pasos anteriores en los nuevos contactos con el paciente, siempre que sea posible, con una periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años.

OTRAS PATOLOGÍAS

Tiroides. El hipotiroidismo se ha asociado con el trastorno bipolar, pero tan sólo un estudio comparativo frente a población general abordó esta cuestión. En este estudio, la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con trastorno bipolar fue del 9,6% en comparación con el 2,5% en una muestra clínica sin trastorno bipolar, y el riesgo parece aumentar entre los pacientes con ciclación rápida con respecto a los que no la presentan. Si se incluyen otros estudios no comparativos, las cifras de prevalencia de hipotiroidismo en pacientes bipolares parecen situarse alrededor del 10%.

Infecciosas. En relación con las enfermedades infecciosas, entre los pacientes con esquizofrenia parecen existir una mayor prevalencia de portadores de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (VHC) que en la población general. También se encuentra una mayor prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que en la población general al igual que en los pacientes con trastorno bipolar.

Cardiacas. Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan además una mayor tasa de insuficiencia cardiaca, arritmias sobre todo ventriculares y síncope. Los pacientes tratados con antipsicóticos típicos tienen un riesgo de infarto agudo de miocardio cinco veces superior.

Además los tratados con clozapina presentan un riesgo aumentado de miocarditis. En estos pacientes es necesario poner atención a la sintomatología positiva de miocarditis (fatiga, disnea, fiebre y palpitaciones) o hallazgos en el ECG como anomalías del intervalo ST e inversión de la onda T. Si se sospecha miocarditis pedir además un recuento leucocitario (riesgo de agranulocitosis) y niveles séricos de troponina y suspender la administración del fármaco.

Oftalmológicas. Es necesario preguntar a los pacientes por cambios en la visión, especialmente visión borrosa y visión de lejos para sospechar unas cataratas. Si el paciente es mayor de 40 años recomendar revisión anual al oftalmólogo y si es menor de 40 años recomendar visita cada 2 años al oftalmólogo.

Bucodental: recomendar revisiones anuales por el odontólogo. Insistir y reforzar los hábitos higiénico-dentales. Valorar cambio a un antipsicótico que no produzca o produzca menos sequedad de boca.

Neurológicos: aunque los estudios son limitados no parece que exista una mayor prevalencia de ictus en la población con esquizofrenia y los datos sobre epilepsia son controvertidos. No hay diferencias en cuanto a la prevalencia de cefaleas (migraña, crónica tensional o aguda tensional) en los pacientes con esquizofrenia respecto a los controles normales. En cuanto a los trastornos motores, las tasas de síntomas compatibles con parkinsonismo en los pacientes con esquizofrenia son elevadas. La prevalencia de discinesia espontánea y de signos neurológicos menores (alteraciones en la discriminación derecha-izquierda, movimientos en espejo, pobre coordinación y marcha anormal) en los pacientes con esquizofrenia no tratados con antipsicóticos es elevada y significativamente mayor que la de los controles normales.

Podemos resumir este capítulo subrayando que el hecho de padecer un trastorno esquizofrénico u otras enfermedades mentales graves, está asociado a un mayor riesgo de padecer otras enfermedades y una mayor mortalidad. Además, las personas con esquizofrenia presentan un mayor grado de comorbilidad física, estimándose que casi la mitad padecen algún trastorno médico, la mitad de los cuales no son detectados por el médico que los trata.

Los elementos que contribuyen a la génesis de este tipo de trastornos físicos asociados proceden de diferentes ámbitos, como los estilos de vida, que incorporan factores de riesgo para la salud, por ejemplo los hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, y el uso y abuso de sustancias como el tabaco y el alcohol. Por otro lado, los tratamientos medicamentosos también contribuyen, con sus efectos adversos de uno u otro tipo, a agravar los riesgos para la salud.

De todo ello se deriva la necesidad de incorporar en la atención psiquiátrica a los trastornos mentales graves, especialmente en los trastornos psicoticos, fórmulas de seguimiento, promoción de la salud y prevención de los trastornos que puedan desarrollarse desde la colaboración entre la atención primaria de salud, la atención especializada en salud mental y el sistema sanitario en su conjunto. En este sentido se ha publicado en nuestra comunidad por la Jefatura Regional de Salud Mental del Servicio Canario de Salud una "Guia de Cuidados Físicos para las personas con trastorno mental grave" (Rodriguez Pulido

et al., 2009) donde participaron conjuntamente en su elaboración profesionales de salud mental (Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife) y médicos de atención primaria.

BIBLIOGRAFIA

Nasrallah HA. (2005): An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 66 (Suppl. 6):3-4.

Hennekens, CH. Hennekens AR. Hollar D.Casey DE. (2005): Schizophrenia and increased risks of cardiovascular diseases. Am Heart J., 150:1115-21.

Brown, S. Inskip, H. Barraclough, B. (2000): Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry, 177:212-7.

Goldberg, RW. Kreyenbuhl, JA. Medoff, DR. et al., (2007): Quality of Diabetes Care Among Adults With Serious Mental Illness. Psychiatric Services, 58:536–543.

Baxter, JD. Samnaliev, M. Clark, RE. (2009): The Quality of Asthma Care Among Adults With Substance-Related Disorders and Adults With Mental Illness. Psychiatr Serv., 60:43-49.

Sáiz Ruiz,J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J,García-Portilla González MP. (2008): Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr., 36(5):251-264.

Bobes, J. Sáiz Ruiz J. Montesc, JM. Mostazad, J. Rico-Villademorose, F. Vieta E. (2008): En representación del Grupo de Expertos para el Consenso de la Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc), 1:26-37.

Bernardo, M. Cañas F. Banegas JR. Casademont J. Riesgo Y. Varela C. On behalf of the RICAVA Study Group. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. Eur Psychiatry, 2009.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Forum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnología i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Goldberg, RW. Hackman, A. Medoff, DR. et al., (2008): Physical Wellness and Employment Status Among Adults with Serious Mental Illness. Community Ment Health J., 44:245–251.

Grupo de expertos del PAPPS. Aten Primaria. 2007;39(Supl 3)

Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria. Diciembre de 2000. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. de la Sierra A, Zamorano JL, Ruilope LM. Application of hypertension guidelines in clinical practice: implementation of the 2007 ESH/ESC European practice Guidelines in Spain. J Hypertens. 2009 Jun;27 Suppl 3:S27-32.

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2007 Jan;30 Suppl 1:S42-7.

Yoon, YE. Rivera, JJ. Kwon, DA. et al. (2009): National Cholesterol Education Panel III guidelines performance role in preventing myocardial infarction in a large cohort without a history of coronary artery disease: Korea Acute Myocardial Infarction Registry study.Prev Cardiol., Spring;12(2):109-13.

Barham, AH. Goff, DC. Chen, H. Balasubramanyam, A. Rosenberger, E. Bonds, DE. Bertoni, AG.(2009): Appropriateness of cholesterol management in primary care by sex and level 9of cardiovascular risk.Prev Cardiol., Spring;12(2):95-101.

Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006. INE.

Encuesta de Salud de Canarias 2004, ISTAC.

Dueñas Herrero RM. Aleu Bover M. González Tejón I. San Molina L. Salavert Jiménez J. Arranz Martí B. (2004): El papel del consejo antitabaco en el proceso de deshabituación en enfermos mentales. Actas Esp Psiquiatr 2004; 32(5): 287-292.

Michael C. Fiore, Dorothy K. Hatsukami, Timothy B. Baker. (2002): Effective Tobacco Dependence Treatment. JAMA. 288:1768-1771.

Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cosío BG, Marín JM, Monsó E, Alfageme I. (2009): en representación del Comité de Calidad Asistencial de la SEPAR y del Área de Trabajo EPOC de la SEPAR. Health-care quality standards in chronic obstructive pulmonary disease. Arch Bronconeumol., Apr;45(4):196-203.

Schermer T, van Weel C, Barten F, Buffels J. et al., (2008): Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care. 16(5):363-368.

Cabrera de León A, Rodríguez-Pérez MC, Castillo Rodriguez JC et al. (2006): Estimación del riesgo coronario en la población de Canarias aplicando la ecuación de Framingham. Med Clin., 126 (14):521-6.

Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD005148. DOI: 10.1002/14651858.CD005148.pub2

Yolanda van Amersfoort. Prescripción de ejercicio físico y salud mental.(2005): En Prescripción de ejercicio físico para la salud. Ricard Serra Grima y Caridad Bagur Calafat. Editorial Paidotribo. Barcelona.

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4.

Rodriguez Pulido F. et al., (2009): Guía de Cuidados Físicos de las personas con trastornos mentales graves. Servicio Canario de Salud. Jefatura Regional de Salud Mental.

Capítulo 8

LAS TERAPIAS INTEGRADAS

Beatriz Ferrera Rodríguez.

La mala utilización del término RPS (Rehabilitación Psico-Social) puede hacer pensar que la intervención rehabilitadora ocurre, cuando de hecho, sólo existe en nombre (Anthony, Cohen y Cohen, 1983). La RPS no es "algo que se hace a alguien". No se define porque se apliquen un conjunto de programas en contextos no naturales. No es un conjunto de técnicas ni una mera práctica de recuperación de habilidades. No se limita a reducir los déficits. No se caracteriza por hacer demasiadas "cosas instrumentales" por las personas, para las personas o para que nos obedezcan, porque estas intervenciones en las fases estables favorecen fuertes vínculos de dependencia y/o falsos compromisos, careciendo de la utilidad que pueden tener con determinadas personas en situaciones de contención o en momentos de crisis.

La RPS es una práctica compleja que se aplica a poblaciones que van cambiando su patrón de necesidades a lo largo del tiempo, que integra teorías, técnicas y políticas de distinto origen que llegan a constituir paradigmas de referencia. El nuevo paradigma de referencia de la RPS es la atención orientada a la Recuperación (Anthony, Cohen, Farkas y Gagne, 2001). Supone una evolución desde un modelo pasivo que buscaba el ajuste del afectado a su entorno y la supresión de síntomas activos, a otro en el que se trata de desarrollar su identidad como ciudadano, miembro de una comunidad en la que participa.

La RPS se orienta hacia la Recuperación. La metodología se apoya en el establecimiento de una relación positiva entre el usuario, su entorno y el equipo terapéutico, siendo esta relación el medio que favorece el inicio y la evolución del proceso. Se asienta en las capacidades y fortalezas de las personas afectadas y su entorno. Desarrolla de forma creativa apoyos graduales a largo plazo e intervenciones centradas en las necesidades. Promueve el autodesarrollo, la autonomía y la asunción de responsabilidades. Es un conjunto de procesos destinado a que las personas lleguen a alcanzar el éxito en la construcción de un proyecto de vida, que no esté definido sólo por los estándares de salud de los profesionales.

Recuperarse significa alcanzar una expectativa y forma de vida que va más allá de los efectos que la enfermedad ocasiona, a la vez que ésta se asume. La recuperación puede producirse aunque existan recaídas pues no significa curación ni restablecimiento, en todos los casos, de los niveles de funcionamiento previos al inicio de la enfermedad. No es un proceso lineal. Puede darse si se ve la enfermedad como algo biológico influido por el ambiente, pero no si se ve lo biológico como la esencia de la misma. Es un objetivo realista en el 46-68% de las personas con Trastorno Mental Grave y un objetivo que se debe mantener éticamente en todas ellas.

No todas las personas van a conseguir una recuperación plena. Cuando la RPS se orienta a la recuperación su alcance no es una cuestión de "todo o nada", es una cuestión de grados. La recuperación depende de múltiples factores. La intervención temprana es fundamental. La expectativa de familiares y profesionales es el principal factor predictivo de la evolución del proceso de recuperación. Las personas que se recuperan tienen al lado a otras que creen en ellas.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Cuando las personas llegan al recurso iniciamos un proceso terapéutico complejo de vinculación y evaluación. La evaluación inicial nos ayuda a identificar factores motivacionales, carencias y potencialidades (de usuarios y entorno) que dificultan o favorecen el autodesarrollo, la aparición de conductas problema, las reagudizaciones sintomáticas y las recaídas. La motivación no es un requisito previo para el inicio de la RPS, es un requisito intermedio, siendo la interacción personal del usuario con el equipo terapéutico el medio que favorece el inicio y la evolución del proceso. El objetivo es ayudar al usuario a alcanzar metas compartidas. Esta fase inicial concluye en la elaboración consensuada por el equipo terapéutico con el usuario del Programa Individualizado de Rehabilitación Psicosocial (PIR).

El PIR es un documento mixto de evaluación-intervención donde se establecen objetivos conectando con necesidades y potencialidades (a corto, medio y a largo plazo), intervenciones y recursos pertinentes para la RPS, de un modo sistematizado, estructurado secuencialmente y flexible, posibilitando el ajuste de las intervenciones tras la evaluación periódica de necesidades. Disponemos de un abanico estrategias psicoterapéuticas, programas, técnicas psicológicas, talleres y recursos del entorno normalizado para favorecer que el usuario alcance sus objetivos. Se trata de ir eligiendo con el usuario (coordinados con el equipo interdisciplinar y la familia cuando sea necesario), el contexto y la modalidad de intervención más adecuados en cada momento (medios) que aseguren el cumplimiento de los objetivos (fines) del modo más eficiente.

Los profesionales de este CRPS desarrollamos nuestra labor, tanto en el espacio físico del CRPS como en el entorno comunitario, incluyendo el hogar del usuario en colaboración con su familia en caso necesario. Las estrategias de intervención se agrupan en las siguientes áreas: Psicoeducación y educación para la salud; Cognitiva; Afrontamiento personal y social; Autonomía personal e integración comunitaria; Familiar. La duración de nuestra intervención se sitúa entre 1 y 3 años.

Las intervenciones son un medio para que el usuario alcance el éxito y no un fin en sí mismas, por lo que se van introduciendo, combinando y ajustando con intensidad variable en el momento terapéutico oportuno. Como parte fundamental del proceso el usuario va retomando de forma gradual tareas de la vida diaria y asumiendo responsabilidades. Se va vinculando, en función de sus intereses vocacionales, preferencias y competencias, a un conjunto de actividades en el entorno normalizado que actúan como potentes factores protectores en sí mismos, disminuyendo su asistencia real al recurso. En paralelo, se crea un espacio dedicado a la supervisión de objetivos desde una orientación psicoterapéutica y se continúan abordando, a través de diversos espacios, aspectos nucleares que dificultan el alcance de los objetivos a largo plazo. Se articula un sistema de tutorías para favorecer el manejo social y la integración comunitaria de las personas con mayor discapacidad y deterioro.

Progresivamente las intervenciones se van distanciando y se va preparando al usuario y a su familia para la baja del recurso. En el caso de que se verifique un retroceso, si no se requiere otro tipo de intervención o dispositivo más pertinente en esos momentos, se dirige el abordaje hacia aquellas áreas específicas de retroceso. Se hacen ver los progresos y los motivos de los retrocesos, favoreciendo una reconstrucción que de sentido a conductas y sentimientos, y movilice al usuario en la toma a cargo de su vida.

Debemos tener presente que no todas las personas van a poder conseguir una recuperación plena por lo que, para prevenir la desvinculación de los recursos normalizados, la pérdida de competencias adquiridas y el aislamiento, las intervenciones terapéuticas deben ser mantenidas con intensidad variable en el tiempo. La concepción actual de las plazas en estos recursos (persona=plaza) dificulta temporalmente la incorporación de nuevos usuarios, disminuyendo la rentabilidad que se puede obtener de estos dispositivos.

PSICOEDUCACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde la perspectiva de intervención comunitaria, los abordajes psicoeducativos ponen el acento en la participación de las personas en el proceso de salud-enfermedad. Son una aproximación terapéutica que no se identifica con un modelo teórico único y que trata de favorecer que afectado y entorno se conviertan en agentes de sus propios procesos de cambio. Debemos tener presente al desarrollar este tipo de intervenciones que el mero hecho de proporcionar información sobre la enfermedad no produce ningún cambio significativo, sino que el verdadero efecto está en involucrar al paciente y familia en el proceso del cambio a través de esta información (Leff, 1996).

Estas intervenciones adoptan de forma clara y explícita el modelo de competencia, centrándose principalmente en potencialidades y partes preservadas de las personas. Se desarrollan desde una atmósfera libre de culpa. Se dirigen a la adquisición y consolidación de hábitos considerados protectores dentro de los modelos de vulnerabilidad vigentes. Es importante desarrollar el abordaje con usuarios y familias de forma paralela con el objetivo de favorecer que el proceso de cambio se refuerce en el ámbito doméstico. Se proporciona apoyo psicológico y social como parte inherente del proceso. Se alternan espacios de expresión libre con otros formativos, en los que se transmite información y/o se entrenan determinadas habilidades y estrategias de afrontamiento más eficaces. Se constata la importancia de retomar cíclicamente, los aspectos del programa más directamente relacionados con la prevención de recaídas. La duración óptima para este tipo de intervenciones se sitúa en torno a dos años.

Se considera relevante abordar los siguientes temas:

- Información básica: la enfermedad y sus tratamientos; recursos implicados en su proceso de recuperación
- El proceso de recuperación: experiencias de otras personas que se recuperan; estigma y sentimientos más comunes; expectativas, metas y proyecto de vida
- Prevención de recaídas: factores protectores y de riesgo; manejo de medicación y recursos sanitarios; identificación de síntomas prodrómicos y plan de actuación ante una crisis
- Como afrontar síntomas específicos y conductas problema
- Educación para la salud: hábitos de vida saludables
- Derechos y prestaciones básicas en discapacidad

Dependiendo de los intereses, capacidades y oportunidades de los participantes la metodología de la intervención puede ser variada y desarrollarse en sesiones individuales, abordarse en pequeños grupos, en sesiones unifamiliares (usuario-familia) o a través de grupos multifamiliares (con o sin usuarios). Los contenidos se van introduciendo en función de la información proporcionada por los participantes. Se utilizan las experiencias de aprendizaje personal que impactan afectivamente. Se adapta y ajusta el lenguaje utilizado al nivel de comprensión y modelo de enfermedad de los destinatarios, intentando favorecer una reconstrucción que de sentido a conductas y sentimientos, y les

ayude a ser más hábiles frente a la adversidad. Las intervenciones deben apoyarse en soportes gráficos adecuados y desarrollarse en el contexto más adecuado.

Estos programas promueven estilos de vida más sanos, mejoran el funcionamiento psicosocial, la autoestima y la comunicación con el médico, clarifican expectativas sobre la enfermedad y sus tratamientos, aumentan las competencias de los familiares en el manejo de la enfermedad, reducen las recaídas y las rehospitalizaciones. Existen multitud de programas con eficacia contrastada (Anderson, Reis y Hogarty, 1986; Fallon y Liberman, 1983; Leff, 1982 o Tarrier, Barrowclouh y Vaughn, 1988). El modelo unifamiliar a domicilio o el multifamiliar en grupo parecen modalidades igualmente eficaces.

Desde este CRPS se desarrollan las siguientes intervenciones en esta área:

- Intervención psicoterapéutica grupal e individual.
- Intervenciones unifamiliares: usuario-familia y espacios familiares sin usuario.
- Tutorías individualizadas en contexto comunitario y en el CRPS: autocuidados, manejo de la medicación y manejo de recursos sanitarios, la comunicación con los profesionales de referencia.
- Talleres monográficos específicos: hábitos e higiene del sueño; alimentación saludable; deporte y salud; prevención y actuación ante riesgos domésticos y medioambientales; sexualidad responsable; deshabituación del tabaco (en fase de elaboración).
- Taller lúdico sobre salud: Cuida (de elaboración propia)

Las dos primeras intervenciones constituyen el eje matriz en torno al cual giran las estrategias terapéuticas que desarrollamos en esta área. El resto suponen un apoyo necesario para la instauración de hábitos más saludables y estrategias de manejo más eficaces en personas con mayor discapacidad y deterioro, favoreciendo la consolidación de los recursos terapéuticos que se movilizan y dando continuidad a las intervenciones.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

Los déficits cognitivos tienen un papel determinante en el ajuste comunitario del sujeto y se han vinculado de forma específica y consistente al funcionamiento social, ocupacional y laboral. El MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia) señala siete ámbitos cognitivos críticos en los que las personas presentan déficits: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje-memoria verbal, aprendizaje-memoria visual, razonamiento-solución de problemas, y cognición social. Los seis primeros se corresponden con procesos libres de contenido social o procesos cognitivos básicos, citados con frecuencia como sinónimos de neurocognición. Las diferencias entre cognición social y no social vienen marcadas en parte, por el hecho de que los estímulos cognitivos sociales y no-sociales son muy diferentes entre sí, y porque son percibidos de manera diferente por personas con esquizofrenia.

Los déficits neurocognitivos constituyen un déficit penetrante que afecta a todos los pacientes en algún grado, haciéndose más visibles en situaciones que requieren un procesamiento más controlado de la información, al precipitarse un episodio psicótico, y en algunas personas se produce un deterioro progresivo a partir de los 65 años. No existe ni un único perfil de deterioro ni un único patrón de curso diferenciado que sean característicos de la esquizofrenia. Los déficits más básicos, como la atención/vigilancia y la velocidad de procesamiento, cuando

son destacados resultan significativos dado el papel central en el funcionamiento de otras habilidades cognitivas como la memoria de trabajo y la función ejecutiva. La mayor o menor intensidad de estos déficits va a matizar de forma determinante la capacidad última del sujeto para beneficiarse del tratamiento psicosocial. Los déficits en memoria verbal declarativa pueden llegar a ser pronunciados, tanto en la memoria episódica como en la semántica, aunque existe mayor evidencia para el primer tipo, estando más afectada la evocación que el reconocimiento. La disfunción de la memoria verbal es el mejor predictor del funcionamiento psicosocial.

La cognición social se considera una variable relevante por sí misma y mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social, desconociéndose actualmente los mecanismos de interacción entre ambas. La cognición social se refiere al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación, y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros. Estos procesos son los implicados en cómo elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas y cómo sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias. Son componentes de la cognición social *el procesamiento emocional* (aspectos relacionados con percibir y utilizar emociones), *la teoría de la mente-ToM* (capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros), *la percepción social* (valoración de reglas, roles y contexto social), *el conocimiento social* (conocimiento de acciones, roles, reglas y fines o metas) y *el estilo atribucional* (razones que uno da a las causas de los resultados). Los déficits cognitivo sociales son más globales y característicos de la esquizofrenia, siendo los déficits ToM los más específicos.

Son necesarios consensos de expertos que guíen la metodología y los procedimientos de actuación en esta área. Haciendo una síntesis de las intervenciones que se desarrollan en el área de la cognición en la esquizofrenia se puede afirmar que:

La rehabilitación cognitiva no debe considerarse como sinónimo de rehabilitación de la cognición no social o neurocognición.

La rehabilitación de la cognición social debe considerarse como parte del programa terapéutico debiendo acudir a programas que han demostrado su eficacia como la Terapia Psicológica Integrada (IPT, Roder, Brenner, Hotel y Kienzler, 1996), la Terapia de Realce Cognoscitivo (CET, Hogarty y Flester, 1999) o el Programa de Entrenamiento en Interacción y Cognición Social (SCIT, (SCIT; Penn, Roberts, Munt, Jones y Sheitman; 2005).

La rehabilitación neurocognitiva más tradicional como intervención focalizada en la restitución de los niveles más básicos de la neurocognición, no es una oferta generalizable a todos los pacientes. Se recomienda en las fases iniciales de intervención con pacientes de alto deterioro. Deben ser desarrolladas desde un formato altamente estructurado, acudiendo a programas que han demostrado su eficacia. Un ejemplo de este tipo de intervenciones serían las que se desarrollan en el primer subprograma de la Terapia Psicológica Integrada (IPT, Roder, Brenner, Hotel y Kienzler, 1996) o en el Programa Gradior (Fundación INTRAS).

La rehabilitación dirigida a la compensación de los déficits neurocognitivos es muy útil para mejorar el funcionamiento psicosocial en algunos pacientes, a pesar de que los déficits persistan.

El entrenamiento específico en habilidades que fomenten la flexibilidad cognitiva puede jugar un papel crucial y facilitador del trabajo psicoterapéutico posterior, encaminado a actuar sobre las percepciones y atribuciones que la persona hace de los sucesos. La rehabilitación neurocognitiva más reciente focaliza su interés en la gestión metacognitiva y no en los procesos cognitivos básicos. La Terapia de Recuperación Cognitiva (CRT, Wilker y Reeder, 2005) es un buen ejemplo del enfoque actual predominante centrado en la metacognición. Este tratamiento utiliza el conocimiento metacognitivo para una mejor comprensión por parte del paciente de sus fortalezas y debilidades, de las técnicas de compensación que utiliza, de su estilo cognitivo personal y de los factores motivadores personales. Destaca la importancia de utilizar el aprendizaje como una experiencia reforzante en si misma, que mejore la autoestima, los sentimientos de autoeficacia y la motivación.

Las intervenciones que se basan en el aprendizaje cognitivo social o por modelado obtienen buenos resultados en la medida en que la memoria no declarativa, incluyendo el *primming* perceptivo y la memoria procedimental, aparecen relativamente intactos. En personas con déficits cognitivo generales ligeros y mejor funcionamiento psicosocial se aconseja trabajar desde un enfoque más psicoterapéutico o con una metodología de rehabilitación desde otro tipo de programas en contextos más naturales.

En este CRPS no disponemos actualmente de instrumentos relevantes de evaluación que posibiliten ajustar nuestras intervenciones a los déficits individuales de los pacientes.

A pesar de estas graves carencias, que esperamos nos sean solventadas en la mayor brevedad posible, desarrollamos las siguientes intervenciones:

- Intervención psicoterapéutica individual.
- Terapia Psicológica Integrada (IPT, Subp. I, II y III-parte 1) y Programa Gradior.
- Tutorías metacognitivas de autocuidados y manejo de la agenda.
- Taller de teatro.
- Taller lúdico de memoria operativa (Myocio, de elaboración propia).
- Intervenciones transversales a través de otros talleres y programas.
- Taller de estrategias cognitivas (en fase de elaboración).

De las intervenciones que realizamos en este área sólo voy a desarrollar ligeramente la parte cognitiva de la IPT y el Programa Gradior por ser dos programas estructurados que se aplican y se está introduciendo de manera generalizada en nuestro ámbito de actuación. La IPT es una terapia integral cuyo procedimiento de actuación de la IPT se asienta en el modelo de "capacidad de penetración" que, a partir del modelo de vulnerabilidad-estrés, mantiene la existencia de una estrecha relación entre los desarreglos cognitivos básicos que aparecen en la enfermedad y las disfunciones de la conducta social. El Gradior es un software de rehabilitación cognitiva dirigido a la restitución de funciones cognitivas básicas y en su aplicación a personas con esquizofrenia, pretende conseguir los objetivos que la IPT se plantea en primer subprograma, adoptando el modelo teórico que la sustenta.

Terapia Psicológica Integrada (IPT)

La IPT es una terapia integral que intenta paliar los déficits cognitivos y a la vez mejorar el comportamiento social deficitario de las personas con esquizofrenia (Roder, Brenner, Hotel y Kienzler, 1996). La característica más relevante de la IPT es que opera con material significativo para el usuario y en un

marco psicosocial, pudiendo situar cada uno de los subprogramas que componen la terapia en el continuo de dos dimensiones inseparablemente unidas: la competencia cognitiva y la competencia psicosocial. Utiliza el formato grupal (4-6 usuarios), altamente estructurado en cuanto a la descripción de los ejercicios y los procedimientos de actuación, flexible en cuanto a duración (4-6 meses), con dos sesiones semanales de 30 a 90 minutos de duración. Es una técnica que implica activamente a los participantes con ejercicios y tareas para casa, sobre todo en los últimos módulos.

En su formato original se diseñó sobre la base de cinco subprogramas jerarquizados: Diferenciación cognitiva; Percepción social; Comunicación verbal; Habilidades Sociales (HHSS); y Solución de problemas interpersonales. Los primeros se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, los intermedios transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y a través de los últimos se entrena a los participantes a resolver problemas interpersonales más complejos. Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias desde unos inicios muy estructurados, con tareas simples, previsibles y materiales emocionalmente neutros, hasta un final muy poco estructurado, con tareas difíciles y complejas que utilizan materiales con mayor carga emocional. En personas con más sintomatología negativa y mayores déficits cognitivos se recomienda desarrollar todo el programa, mientras que para las que tienen las habilidades cognitivas más conservadas y mayor movilidad social se recomienda únicamente la aplicación de los dos últimos módulos.

Sobre este formato original se han ido perfilando desarrollos en áreas específicas, que han enriquecido la técnica, y que hoy día se podrían considerar ampliaciones de la misma. El trabajo ha girado en torno a dos contenidos, por un lado, el manejo de las respuestas emocionales de los pacientes, para lo que se ha desarrollado el *Emotion Management Training* (EMT) (Hodel, Brenner, Merlo y Teuber, 1998; Hodel, Kern y Brenner, 2004); y por otro el desarrollo de programas específicos encaminados a garantizar la generalización de los resultados en contextos recreacionales, vocacionales o residenciales (Roder, Zorn, Muller y Brenner, 2001; Roder, Brenner, Muller, Lachler, Zorn, Reisch, Bosch, Bridler, Christen, Jaspen, Schmidl y Schwemmer, 2002).

El primer subprograma "Diferenciación cognitiva", es el más vinculado a los déficits cognitivos generales. Se plantea como objetivos mejorar las funciones atencionales (atención selectiva, atención sostenida, atención alternante, etc.), las habilidades de conceptualización (abstracción, formación de conceptos, discriminación conceptual, etc.) y las funciones mnésicas. Incluye ejercicios de contenido diverso que se agrupan en tres etapas: ejercicios con tarjetas, sistemas conceptuales verbales y estrategias de búsqueda. El material es simple y se puede construir a partir de las instrucciones diseñadas dentro de la terapia. Consta de "tarjetas estándar" y "tarjetas de elaboración propia" que contemplan materiales terapéuticos "con acento en lo objetivo o emocionalmente neutros" y "con acento en el afecto-estresante o con carga emocional".

El segundo subprograma "Percepción social" es el programa más estrechamente relacionado con la cognición social. Se busca entrenar al sujeto a atender e interpretar las señales interpersonales que descubren sentimientos e intenciones en otras personas, así como las variables del entorno que determinan la adecuación de las distintas respuestas. Consiste en el análisis de una serie de diapositivas (DVD-presentación cañón) que representan diferentes escenas sociales que están organizadas en orden de complejidad estimular y carga afectiva. Se comienza con diapositivas de escasa complejidad cognitiva y escasa o ninguna carga emocional. El proceso de análisis de cada diapositiva se desarrolla

en tres etapas: recogida de información visual, interpretación y asignación de un título.

El tercer subprograma "Comunicación verbal" pretende iniciar el entrenamiento en las habilidades básicas de conversación, y con él, empezar el desarrollo de la competencia social. Este subprograma consta de cinco etapas, en la primera de ellas "repetición literal de frases dadas previamente" y en la segunda "repetición de frases respetando el sentido de las mismas" se trabaja la memoria operativa. En el resto de las etapas se trabajan habilidades de conversación básicas. Los subprogramas de "HHSS y Resolución de Problemas Interpersonales", no se diferencian sustancialmente en la metodología de trabajo de los procedimientos tradicionales de intervención en estas áreas, salvo en la importancia que conceden a la elaboración cognitiva previa. Estas dos habilidades complejas no se promueven en este CRPS desde este formato.

Programa Gradior

El Programa Gradior (versión 2.7), desarrollado por la Fundación INTRAS, es software de rehabilitación cognitiva dirigido a la restitución de funciones cognitivas no sociales. Está destinado en general a personas que presentan déficits o deterioros de diverso origen como por traumatismos craneoencefálicos, parálisis cerebral, esquizofrenia, demencias, retraso mental...

Este programa permite actualmente efectuar una evaluación neuropsicológica muy rudimentaria, diseñar y desarrollar un tratamiento neuropsicológico de funciones cognitivas generales, y la obtención resultados de la evaluación inicial y la evolución del tratamiento. Es un programa abierto, en continua evolución y crecimiento. Ha sido realizado mediante un método de programación avanzado denominado Programación Orientada a Objetos. Incorpora un software libre de contenidos que ofrece configuraciones que permiten al terapeuta definir contenidos y variables y ajustar al máximo el diseño del tratamiento a las características del paciente, sin embargo, para alcanzar estos objetivos es necesario disponer de una tecnología software adecuada y tener conocimientos específicos y adecuados para ello. Por su sistema modular, posibilita que puedan ser incorporados los avances en neuropsicología y en tecnologías multimedia, estando en proceso de incorporación el reconocimiento de voz, la adaptación del input a las necesidades de personas con discapacidades motoras y la incorporación de un mayor número de pruebas.

Dispone de una amplia variedad de pruebas graduadas por niveles de dificultad en las que combina de forma aleatoria estímulos y objetos intercambiables, logrando una variabilidad que hace difícil la rutina en la rehabilitación. La versión 2.7 tiene pruebas de atención (selectiva y sostenida), percepción simple (visual y auditiva), memoria (reconocimiento), cálculo (identificación de números, cuantitativo básico y problemas aritméticos sencillos), lenguaje (identificación de letras) y orientación (temporal). Actualmente está en el mercado la versión 2.9 que incorpora pruebas de razonamiento y los diagnósticos del DSM IV.

El sistema cuenta con una serie de módulos para la gestión de los usuarios que participarán en los tratamientos. Este software posibilita a un terapeuta, con formación en neuropsicología, diseñar y programar un tratamiento neuropsicológico básico ajustado al perfil de deterioro del usuario, a pesar de no ser un experto neuropsicólogo y de carecer de conocimientos de informática avanzados. El terapeuta, a través del "Gestor Clínico" al que solo podrá tener él acceso mediante una clave, crea un fichero de usuarios (gestor de historia clínica), programa las sesiones de evaluación estándar, diseña y programa el

tratamiento (gestor de tratamientos), y obtiene resultados de la ejecución que hacen relación a aciertos, fallos y tiempos de reacción (gestor de informes). El desarrollo del programa de rehabilitación consiste en la aplicación sistematizada de la evaluación estándar y el tratamiento mediante "La Sesión de Pruebas".

La interacción del usuario con el ordenador se produce a través de una pantalla táctil o del ratón, según sean las características del usuario. El programa emite ante los aciertos un refuerzo verbal positivo (auditivo y visual) e informa de los errores de ejecución intentando facilitar el aprendizaje. Trata de evitar el refuerzo negativo y la desmotivación, disminuyendo o aumentando automáticamente el nivel de dificultad de las pruebas (o dando la posibilidad de hacerlo manualmente), ante un número de errores continuo o cuando detecta que las pruebas resultan demasiado fáciles.

El Gradior constituye una aportación en la aplicación de las nuevas tecnologías a colectivos de atención sociosanitaria. Está concebido para poder ser controlado a través de la red telemática y mediante un servidor de información. Los resultados pueden ser transferidos a un programa estadístico para realizar investigaciones. La red de Esquizofrenia surge con el objetivo de promover estudios clínicos que incorporen la tecnología del sistema de evaluación y rehabilitación Gradior a personas con esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Aldaz, I. Y Fishbein, M. (1996): Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI.

Anderson, C., Reiss, D, Y Hogarty, G. (1988): Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeduación. Buenos Aires: Amorrortu (publicación original de 1986)

Anthony, W. A, Cohen, M. R. Y Cohen, B. F. (1983): Philosophy, treatment process, and principles of psychiatric rehabilitation approach. New directions in mental health, 17.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009): Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis. Cuadernos Técnicos, 10. Madrid.

Brüne, M.(2005). Emotion recognition, 'theory of mind' and social behaviour in schizophrenia. Psychiatry Research, 133, 135-147.

Combs, D., Adams, S. Penn, D., Roberts, D., Tiegreen (2007): Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. Schizophrenia Research, Volume 91.

De La Higuera, J. Y Sagastagoitia, E. (2006): Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. Apuntes de Psicología. Vol. 24, nº 1-3. Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.

Fernández- Duque, Baird A. Y Posner M.I. (2000): Executive Attention and Metacognitive Regulation. Consciousness and Cognition 9. Academia Press.

Franco Martín M., Merino Barragan V., y Orihuela, T. (2007): Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Ed. Rojo Rodes E., Tabarés Seisdedos R, editors. Barcelona: Ars Medica.

Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (2006): Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave. Documento Consenso. Madrid.

Green, M.F. Y Nuechterlein, K.H. (2004): The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. Schizophrenia Research, 72, 1-3.

Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. Y Silverstein, S. (2005): Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. Schizophrenia Bulletin 31, 882-887.

González Cases, J. C., Y Rodríguez González, A. (2002): Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Cuadernos técnicos de servicios sociales. Comunidad de Madrid.

Hogarty, G.E, Ulrich, R., Caerter, M. Greenwald, D. Pogue-Geile, M. et al (2004): Cognitive enhancement therapy for schizofrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Arch Gen Psichiatry.

Kern, R.S.Y Cols. (2008): The MATRICS Consensus Cognitive Batery, Part 2: Co-Norming and Standardization. American Journal of Psychiatry.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. Y STURGEON, D. (1982): A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. British Journal of Psychiatry.

Lemos, S., Vallina O. Y Fernández P. (2006): La investigación cognitiva del síndrome esquizofrénico. Apuntes de Psicología. Vol. 24, nº 1-3. Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.

Lieberman, M.D. (2005): Principles, processes, and puzzles of social cognition: An introducction for the special issue on social cognitive neuroscience. Neuro-Image, *28*, 745-756.

Martin L. Vargas, (2007): Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 7, n.º 2.

Montero, I.; Asensio, A. Y Ruiz. I. (1998): Intervenciones familiares en la esquizofrenia: modalidades terapéuticas y su eficacia. Boletín AMRP, nº 8y 9, año 5

Oberman, L. M., and Cols. (2007): The human mirrow neuron system: A link between action observation and social skills. Social cognitive and affective neuroscience.

Orihuela, T., Conde, R., Bueno, R., de la Huerga, R., Franco, M. A. (2001): Programa Gradior: Una herramienta de rehabilitación cognitiva en un Programa de Garantía Social. Fundación Intras. Valladolid.

Penn, D.L., Jones, N. Y Munt, E.D. (2005): A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. Schizophrenia Research, 80, 357-359.

Penades R. (2004): La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico. Rev Psiquiatría Fac. Med. Barna

Perona Garcelán, S., Gallach Solano, E., Vallina Fernández, O., Santolaya Ochando, F. (2004): Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia: Guía breve para profesionales y familiares. Tomo I. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.

Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, Mª. J. (2005): Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Madrid: Aula Médica Ediciones.

Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2006): Las neuronas espejo: mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós Transiciones.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Hodel, B. Y Kienzle, N. (1996). Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel.

Ruiz, J. C., V.; García, S., Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. Apuntes de Psicología. Vol. 24, número 1-3

Sherman M.D. (2003): The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. Psychiatr Serv 2003 54:1 (35-37; discussion 37).

Tarrier, N., Y Barrowclough, C. (1986): Providing information to relatives about schizophrenia: Some comments. British Journal of Psychiatry.

Téllez Vargas, J. (2006): Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. Avances en psiquiatría biológica vol. 7

Vallina, O. Y Lemos, S. (2003): Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez Álvarez; J. R. Fernández Hermida; C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos). Madrid: Pirámide.

Vallina, O., Lemos, S., García A., Otero A., Alonso M. Y Gutierrez A. M. (1998): Tratamiento Psicológico Integrado de pacientes esquizofrénicos. Psicothema. Vol. 10, nº 2.

Wilkes, T., Reeder, C. (2005): Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theories and practice. London: Routlegde.

Capitulo 9

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN CONTEXTOS NORMALIZADOS.

Joaquín Gerardo López Arceo.

Refiriéndonos a las habilidades sociales (HS), no resulta fácil, ni siquiera, la delimitación conceptual u operativa del término. Los distintos esfuerzos por

definir el concepto de habilidad social (HS), nos lleva a considerar la importancia que esta tiene en relación al encuadre sociocultural. En general, la definición dada por E. Caballo (1986), cuenta con el suficiente apoyo documental como para tenerla presente: "la conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas relacionadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas " .

Los siguientes apartados nos ofrecen una visión más específica de la aplicación de las HHSS. Se trata de profundizar en el Entrenamiento de las Habilidades Sociales (EHS), centrándonos en el colectivo de enfermos mentales (psicóticos), posteriormente acotamos el tema a los resultados de la experiencia de la aplicación del IPT, especialmente el subprograma 4 (HHSS) y por último, la parte más novedosa y correspondiente a nuestra experiencia al diseñar un material interactivo que resulta de gran utilidad para fortalecer, generalizar y ampliar las habilidades adquiridas en el CRPS a los entornos exteriores comunitarios. Se trata de dar un primer avance a este proyecto que denominamos: **ESHCN** (Entrenamiento en Habilidades Sociales en Contextos Normalizados).

Entrenamiento Habilidades Sociales en pacientes con esquizofrenia

Las intervenciones psicosociales, entre las que se encuentran el EHS, son una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente, al someterse éste a situaciones de estrés, afrontamiento adaptativo (resolución de problemas) y funcionamiento social e integrador en su comunidad.

Los orígenes del empleo de las Habilidades Sociales, se remontan a finales de los años 50, atribuyéndose a **Salter** (1949) la autoria y difusión de las HHSS, como elemento de terapia, especialmente en su libro titulado "conditioned relex therapy", quien señala una serie de técnicas fundamentales, entre la que destaca la expresión verbal y de las emociones. Posteriormente Wolpe (1958), amplia y difunde el concepto de habilidades sociales en el campo psicoterapéutico e incorpora el término de conducta asertiva. En un sentido amplio del concepto, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), podría incluir 4 elementos de actuación: entrenamiento en habilidades, reducción de la ansiedad, restructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.
A nivel teórico, el EHS en pacientes psicóticos, lo situamos en el modelo vulnerabilidad-estrés-afrontamiento-competencia (Zubin y Spring (1977); Lazarus (1984); Albee) y presenta 4 componentes básicos que explican el inicio, evolución, desenlace de la sintomatología y comportamiento psicosocial de los enfermos mentales graves y crónicos (EMGC) y del que destacan las aportaciones realizadas por Liberman en 1982: habilidades no verbales, elementos paralingüísticos; expresión verbal y balance interactivo.

Por tanto, el EHS en pacientes con psicosis, tendría por meta el adiestramiento sistemático de las habilidades necesarias para una interacción socio afectivo en contextos normalizados. Entendiendo por estos, aquellos entornos o escenarios donde los pacientes desenvuelven su vida y que coinciden con el entorno existencial de su comunidad de referencia. Por ejemplo: una cafetería, una entidad bancaria, biblioteca pública, una agencia de viajes, su ambulatorio o centro de salud, etc.

Sabemos que la vulnerabilidad psicológica y biológica se agrava en estos pacientes, cuando la incidencia de acontecimientos vitales (personales, familiares,

escolares, laborales, etc.) de gran impacto emotivo, se suman al nivel de estrés inherente a las variables socio-ambientales precisando la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, comportamentales que permitan su afrontamiento. Para ello, se hace necesario partir (bajo un modelo cognitivo-conductual) de una programación estructurada como es el programa de Terapia Psicológica Integrada (Integriertes Psichologisches Therapieprogamm, IPT) de Volker Roder, Hans Dieter Brenner, Bettina Hodel y Norbert Kienzle (1996). Estos autores estructuran el programa terapéutico en 5 subprogramas: diferenciación cognitiva, perfección social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales.
Brevemente, con el fin de hacer un recorrido al abordaje psicoterapéutico en enfermos psicóticos, se expone a continuación algunas de las técnicas utilizadas, tanto en el pasado, como en el presente. Todas ellas de enorme trascendencia si queremos entender los distintos enfoques actuales y las limitaciones de estos. Comenzamos con técnicas basadas en el paradigma psicoanalítico y terminamos con los abordajes cognitivo-conductuales.

- Psicoanálisis: partiendo que S. Freud no fue muy alentador en la aplicación del psicoanálisis a pacientes psicóticos, P. Federn presenta un trabajo con pacientes, llegando a considerar que la psicosis es una enfermedad del yo, al perder esta sus defensas narcisistas. Basa su enfoque terapéutico en los mecanismos de represión y defensa. Para C. Jung el paciente psicótico tendría una desconexión entre el yo y su material arcaico. De esta forma el psicótico no sería capaz de asimilar los arquetipos (experiencias emocionales derivadas del inconsciente colectivo). M. Klein, no trata psicóticos, pero señala la importancia de establecer una relación terapéutica con los elementos sanos del yo escindidos.

- Psicoanálisis e influencia de la psicología social: se trata de un periodo muy productivo donde destacan importantes psicoanalistas como Meyer, White, Sullivan, Fromm-Reichmann, Ariete, y otros. Son los precursores del enfoque psicosocial, especialmente al introducir la comunicación interpersonal y los aspectos psicosociales como elementos de gran incidencia en la psicosis. Frida Fromm-Reichmann (1950) potencia la aplicación de la psicoterapia, siendo la autoría del término "psicoterapia psicoanalítica". En Europa surge la "Sociedad Internacional para el tratamiento psicológico de la psicosis". G. Benedetti enfatiza la importancia del diálogo y la comunicación con el enfermo psicótico. Los esfuerzos por diseñar estrategias terapéuticas con estos pacientes y especialmente en lo referente a las habilidades sociales, son una constante en ascendente siendo actualmente una corriente muy arraigada el entender al paciente psicótico en su contexto biográfico, con su personalidad y circunstancias vitales.

- Psicoterapia cognitivo-conductual. El modelo de referencia de este paradigma es el propuesto por Zubin y Spring (1977) que conocemos como "modelo de Vulnerabilidad Estrés". Este abordaje permite al paciente desarrollar formas de afrontamiento a su sintomatología positiva y negativa, pero en especial a volver a formar una parte activa en su medio de convivencia. El aprendizaje en resolución de problemas, prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento han supuesto un gran avance psicoterapéutico, pero quizás el más directo con su

entorno vivencial esté dentro del denominado Entrenamiento en Habilidades sociales. Se trata de una intervención específica con el objetivo de mejorar, en el paciente psicótico, el funcionamiento social mediante la identificación y afrontamiento de diversos escenarios socio-comunitarios de la vida diaria; son las relaciones Sociales, el empleo del tiempo de ocio, la autonomía personal en el entorno inmediato (barrio, municipio). De esta forma podemos realizar un doble abordaje complementario. El primero, psicofarmacológico y segundo psico-social.

- Modelos globales de intervención psicológico cognitivo-conductual. Estos modelos de intervención se basan en la consideración de factores inherentes a la persona y su enfermedad y variables situacionales, especialmente en su entorno comunitario. Autores como Chadwich (1996) realizan descripciones de la asociación de aparición de síntomas cuando coinciden con apreciaciones del paciente con estrés, amenaza o miedo. Este psicoterapeuta apuesta por un abordaje tipo Roger, donde el paciente es considerado una persona activa en su proceso de curación y se definen elementos como el insight metacognitivo. Bajo este enfoque psicoterapéutico, han proliferado una serie de programas estructurados, donde se combinan distintas técnicas que pretenden actuar en el entrenamiento de diversas áreas. Ejemplo de ellos son: Liberman y otros (1986): "social and independent living skills"; Brenner y col (1992): "integrated psychological therapy" **(IPT)**; Hogarty y Flescher : "cognitive enhnacement therapy (CET) 1999, Velligan y Bow-Thomas: "cognitive adaptation training" (CAT) 2009. Muy ligado a planteamientos comunitarios e incluyen visitas domiciliarias y apoyo *in situ.*

Por último, señalar algunas consideraciones para el EHS: Características topográficas de la conducta a entrenar, determinación de patrones de conducta-respuesta asertiva, consideración de distintos entornos-contextos de la vida cotidiana, inclusión en la convivencia en el marco comunitario, distintas patologías y deterioro cognitivo, tratamiento, psicofarmacológico junto a otras intervenciones paralelas, entorno familiar y experiencia personal de cada paciente.

Experiencia de la ejecución del subprograma 4 de la IPT: Habilidades sociales

El presente apartado se basa en la experiencia de la aplicación del sub-programa 4 (habilidades sociales) correspondiente al Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT) propuesto por Roder, Brenner y col. en 1996, impartido en dos Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) de Tenerife. Para una mayor comprensión de la labor de los CRPS véase el capítulo 6. No obstante señalar que, entre los objetivos rehabilitadores de los mismos se encuentra la detección y resolución de necesidades de los pacientes y favorecer las relaciones interpersonales, siendo para ello fundamental el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) y como se intenta mostrar el Entrenamiento de Habilidades sociales en Entornos Normalizados (EHSEN).

A continuación se expondrán algunas características asociadas a la aplicación del subprograma HHSS, realizado desde el CRPS (Puerto de la Cruz) y el CRPS (Icod de la Vinos), ambos ubicados en la zona norte de la Isla de Tenerife y como USM-La Vera, de referencia. En líneas generales, se han seguido las instrucciones propuestas por los autores de la IPT. 1ª Etapa: entrega de la situación a practicar, definición de objetivos, elaboración del dialogo, asignación de un título, anticipación de dificultades, entrega previa de funciones de observancia y estimulación del nivel de dificultad percibido. 2ª Etapa: demostración del rol play, feedback, juego de roles, feedbak y transferencia a la vida real (in vivo)**.**

Según nuestra experiencia, el subprograma 4 (HHSS) es uno de los más complejos a la hora de desarrollar y ejecutar, principalmente debido a las siguientes cuestiones:

1. Alteración del procesamiento e interpretación del contenido de las tareas propuestas a nivel emocional en los pacientes. Condicionada, entre otras variables, al contar con grupos no homogéneos.
2. Dificultad en captar el contenido de las dinámicas, especialmente en el rol play, asociado al déficit de la capacidad empática de los pacientes. Esta cuestión mejora con la práctica, llegando a tener una repercusión positiva en la mayoría de los pacientes.
3. Dificultad al recuperar el conocimiento formativo almacenado, teniendo que repasar e incluso repetir las dinámicas. Esta es una variable muy general y que afecta a la totalidad de los usuarios.
4. Dificultad en mantener el nivel motivacional, especialmente en aquellas dinámicas donde los contextos o situaciones no ofrecían una funcionalidad en el entorno vivencial de paciente. Asociado a la diversidad de intereses personales, cuestión que se supera corrigiendo aspectos metodológicos.
5. Dificultad en la generalización de las conductas aprendidas, principalmente en el traspaso de lo aprendido y ejecutado en el CRPS a su ejecución en entornos normalizados
6. Dificultad en el entrenamiento de los coterapeutas y en la familiarización con esta dinámica del terapeuta principal. Principalmente al inicio del sub-programa.
7. Dificultad en la realización de la última fase de la 2º etapa ("tareas para casa"). Los pacientes manifiestan bajo interés, necesidad de contar con la colaboración familiar o de otros recursos. Igualmente, se aprecia una resistencia al cambio, al pasar del entorno del CRPS al entorno familiar o comunitario.
8. Interrupciones de la ejecución del programa debido a cuestiones externas. Por ejemplo: reformas estructurales en los centros, periodos vacacionales del personal, recaídas de alguno de los pacientes intervinientes, etc. Cuando se produce un periodo largo sin continuidad del programa, el reinicio es dificultoso teniendo que facilitar la vuelta al mismo mediante un repaso general y con técnicas motivacionales. No es una reacción general, ya que algunos pacientes no acusan tanto el cambio.

Ante esta situación y tras meses de aplicación del subprograma 4, se aprecian avances significativos en el manejo de ciertas habilidades por parte de los pacientes, pero carecemos de elementos suficientes que nos permitan conocer el grado de generalización de las habilidades aprendidas y de la duración en el

tiempo que puedan persistir. Si tenemos presente que el objetivo último de este subprograma era la transferencia de lo adquirido a la vida real, por parte de cada paciente, nos queda por ampliar la intervención in situ; es decir, en los entornos normalizados del paciente. Con tal finalidad, se está generando un material que complementa este subprograma 4 y que tiene por objeto el entrenamiento sistemático y programado en ambientes naturales (EHSCN), tanto a nivel individual como grupal. De este avance trata el siguiente apartado.

Programa de entrenamiento en habilidades sociales en contextos normalizados (EHSCN)

Siguiendo la forma de proceder propuesta en el subprograma 4 de la IPT, una vez superada la 1ª Etapa y el entrenamiento de las distintas habilidades por medio del rol play, exponemos a continuación la propuesta de trabajo que ampliaría la dinámica sugerida en la última fase: transferencia a la vida real. Esta finalización, siguiendo el manual de la IPT y como ya se ha señalado, consiste en la asignación de una "tarea para casa". La asignación de tareas al paciente para que realice en su entorno socio-familiar es de gran utilidad, pero como se señala en el apartado anterior, los pacientes muestran una gran dificultad en su ejecución y la mayoría no cumple con lo diseñado e incluso muestran nivel de ansiedad considerable. Nosotros hemos optado por diseñar intervenciones individuales o en grupos reducidos y en contextos normalizados. Un ejemplo sería que el paciente A se dirija, desde un punto del municipio (su domicilio particular), a un lugar público (oficina de correos), hablar con el funcionario y solicitar información para el envío de un paquete. Posteriormente, realizar la acción, siguiendo las instrucciones dadas.

El programa de refuerzo (EHSCN) de este subprograma 4 (HHSS) tiene previsto 5 fases principales: material teórico con ejercicios, material audiovisual, modelaje-rol play, parte teórica-practica específica para el contexto a entrenar, ejecución in situ dentro del entorno vivencial de cada paciente y seguimiento con posibilidad de redefinición de objetivos.

Antes de comenzar con el entrenamiento, los participantes son evaluados mediante diferentes técnicas de análisis de conducta. Entre estos destacamos los siguientes:

- Test de interacción social simulada-SSIT de Crurran, 1982
- Escala de funcionamiento social (SFS) de Birchwood et col, 1990
- Test basado en las cuatro preguntas de Bellack y Morrison 1982
- Historia biográfica del paciente en base a explorar diversas dimensiones de su vida
- Test de Goldstein
- Test de ansiedad-rasgo (STAI), de Spielberger

Las fases 1ª y 2ª se realizan en grupo, con una duración aproximada de 45 minutos y tiene un carácter generalista. Estos se imparten en el interior del CRPS y abarca diferentes aspectos de las habilidades a entrenar. Se pretende facilitar al paciente el EHSCN, mediante material informativo, ejemplos, ejercicios evaluativos, material audio-visual, etc. Los temas a tratar varían, destacando cuestiones como: lenguaje personal, negociar y llegar a acuerdos, tomar

decisiones, la imagen personal, comunicación con el otro sexo, defensa del espacio personal, autoestima, e incluso técnicas para hablar en grupo. Esta fase puede ejecutarse en paralelo con el sub-programa 4 de la IPT, como refuerzo una vez concluida o de forma independiente.

La fase 3ª se realiza igualmente en el CRPS. Tiene un carácter más específico y está en relación directa con el contexto normalizado que se desea aplicar. Se ejecuta una vez concluidas las fases anteriores.

La fase 4ª es la ejecución in situ. Se trata del último tramo del aprendizaje y de la puesta en marcha de los mecanismos instruidos en la vida cotidiana de cada paciente. Es la fase más significativa del programa, supone la puesta en acción del entrenamiento en fases posteriores y el ajuste del paciente a la realidad, fuera del CRPS. Es una fase que puede aplicarse en pequeños grupos o de forma individualizada.

Finalmente, y no menos importante, se abre una 5ª fase dedicada a la evaluación de resultados y seguimiento de los mismo. En ella vamos a poder detectar el grado de generalización de las habilidades alcanzadas y de su duración en el tiempo.
A continuación se especifican las distintas etapas y elementos centrales de las distintas fases que forman este paquete de intervención en HHSS in situ o aplicados a los entornos o contextos normalizados.

Fase 1ª: material teórico y con ejercicios

Esta 1ª fase es la más ligada a lo que entendemos por comunicación interpersonal, ya que el material está orientado al abordaje de elementos sociales básicos para el desarrollo de cualquier intercambio que suponga la interacción entre dos o más personas.
Por medio de situaciones concretas y ejemplos pretendemos acercarnos al entorno vivencial de los usuarios, e iniciamos el aprendizaje. Cada tema propuesto se centra en uno o varios objetivos generales y otros más específicos e individualizados. En el tema 1 (Tu lenguaje personal) nos centramos en la distinción entre lenguaje verbal y no verbal, pero también prestamos atención al esquema de la comunicación al señalar los elementos más representativos como receptor, emisor, mensaje y contexto. Igualmente, nos detenemos en algunos de los obstáculos y dificultades en el intercambio de información. Por ejemplo, dentro del elemento emisor (usuario), entramos en cuestiones como los complejos, ya que estos interfieren en otros elementos más visibles de intercambio interpersonal. Con el fin de fijar los contenidos y favorecer la dimensión funcional se establecen unos ejercicios de lápiz y papel, donde el usuario reproduce lo aprendido, pero también donde puede expresar su parecer, dudas y otras cuestiones de interés terapéutico.

A continuación se enumeran los títulos de los temas propuestos:

Temario: tu lenguaje personal, comunicación eficaz, el arte de negociar, como causar una buena impresión, entenderte con el otro sexo, descifra las claves secretas, como hablar en público, defiende tu propio espacio, comunicación y autoestima.

Insertado en los distintos temas presentados, se encuentran elementos facilitadores de la capacidad asertiva, ya que los estudios muestran (Bellack y Morrison, 1982) un gran deterioro en las personas que padecen esquizofrenia, requiriendo periodos de entrenamiento que van de unos 6 meses a 2 años de duración. En este sentido, se enfatiza el entrenamiento en: realizar peticiones,

elaborar una queja, responder a una queja, expresar sentimientos de enfado-alegría, pedir información, hacer saber que sientes inseguridad, pedir ayuda, responder a consejos u opiniones no apropiados o en contraste con lo que uno considera, etc.

Siguiendo el modelo propuesto por **Bellach y Morrison**, estas primeras fases siguen un esquema similar: 1.-fundamento teórico (coincide con el temario), 2.-pasos a seguir (determinado por la propia dinámica del grupo), 3.-escenas a representar (técnicas de modelaje, role-play y animación). Corresponden a la 2ª fase del entrenamiento, 4.-consideraciones. Por ejemplo, puede resultar de utilidad la presencia de familiares, personas representativas, utilización de técnicas de relajación, etc.).

Sin ánimo de ser exhaustivo y describir los contenidos de cada uno de los diversos temas, a continuación y a modo de ejemplo, se exponen algunos de los elementos que constituyen el tema 1º, tu lenguaje personal: esquema de la comunicación (figura del emisor, receptor, mensaje y contexto); lenguaje verbal y no verbal; miedo social (complejo, prejuicios, etc.); aspectos positivos y negativos asociados al lenguaje personal; estrategia GEE (generalizar, exagerar, excluir).

Como se señala anteriormente, estos temas están apoyados por ejercicios de lápiz y papel que ayudan al usuario a codificar la información, evocar los contenidos y acomodarlos a sus propias experiencias.

Como ejemplo, vamos a ampliar uno de los temas propuestos. En este caso el tema 6:

Tema 6: descifra las claves secretas de la comunicación
(El texto en cursiva corresponde al original del tema)

Todos los temas comienzan con el esquema genérico de la comunicación (emisor, receptor, mensaje y contexto).
Abordamos la cuestión referida a la comunicación implícita, explicita, la que decimos y lo que pensamos. Para ello nos valemos de ejemplos e imágenes facilitadoras.
Las frases cotidianas esconden un significado oculto que revela, no sólo la personalidad de quien las utiliza, sino también cómo se siente al formularlas. Descifrar ese lenguaje nos sirve para conocer mucho mejor a la gente y poder realizar un intercambio de emociones y sentimientos.
Se van abordando distintos aspectos relacionados utilizando como medios los ejemplos o situaciones.
El lenguaje hablado está influido por factores psíquicos (pensamientos, sentimientos, emociones, creencias, etc.). El proceso comunicativo es más complejo de lo que pensamos y en muchos casos, resulta engañoso. Las frases cotidianas, que traducimos de forma literal esconden un significado oculto que revela no sólo la personalidad de quien las utiliza, sino también cómo se siente al formularlas: avergonzado, interesado, indeciso, culpable...

ENCUENTRO.

En este caso vamos a figurarnos un encuentro entre dos niños en un ambiente rural.

Miguel: Buenos días Laura! (¡Qué suerte haberme encontrado con ella! ¡Qué feliz me siento! Le voy a enseñar los animalitos que compre, porque seguro que le gustan y se va a fijar más en mí).

<u>Laura:</u> Ohh… ¡Qué sorpresa Miguel! (Siento el corazón palpitar, ¿notará qué me he puesto roja?).

<u>Miguel:</u> ¿Te gustan los gatitos que compre en el mercado? (Espero que me diga que sí para poder hacerle un regalo, siento que me tiembla la voz).

<u>Laura</u>: Son preciosos, me gusta el de las orejas rosas. (Ojala me regale uno para poder hablar con él más a menudo).

Con el texto aparece una imagen donde se ven dos niños que entablan una conversación. Lo que aparece entre paréntesis corresponde a los pensamientos de los personajes.

PENSAMIENTOS: -¡Qué suerte haberme encontrado con ella!

EMOCIÓN: -¡Qué feliz me siento!

RESPUESTA EMOCIONAL (física): - Siento el corazón palpitar

Se trata de distinguir entre pensamiento (cognición), emoción y respuesta fisiológica.

Expresarse sin palabras

*¿Notas que los demás rechazan tus opiniones o no las valoran? ¿Te cuesta conectar? Tal vez el problema está en **los aspectos no verbales de la comunicación**. Suscitar la importancia del lenguaje corporal y recordar aspectos tratados en el tema 1.*

- ***LA VOZ.-*** *En situaciones normales, los tonos demasiados altos o bajos resultan molestos y hacen que la gente desconecte de lo que decimos. Hay que hablar en el volumen necesario para que nos escuchen.*

- ***LA CARA.-*** *Mirar a la cara de la persona con quien estamos hablando. Sonreír facilita enormemente una comunicación eficaz. Si es la otra persona la que está hablando, muestra expresividad facial le animará a continuar con confianza.*

- ***EL CUERPO.-*** *Es difícil expresar sentimientos manteniendo rígido el cuerpo. Debemos girarnos hacía nuestro interlocutor. Si cruzamos las piernas o nos apoyamos en el respaldo de la silla perderemos su atención. Pero si nos dirigimos a un grupo, es mejor mantener una cierta distancia.*

Se presenta la imagen de una persona, realizando una descripción de su postura y posibles pensamientos
Varón de mediana edad con los brazos extendidos y las palmas de las manos hacia arriba, hombros encogidos y expresión facial de perplejidad. "…y entonces ¿qué hacemos?..." "…entonces ¿hacemos lo que ustedes quieran?...".

<u>Fase 2ª: material audio-visual y role play</u>

En la fase 2ª se continua fortaleciendo el aprendizaje, pero con la utilización de medios audiovisuales o dinámicas basadas en el modelo cognitivo

conductual. Principalmente se trabaja con modelado y rol play. Es una fase donde el usuario participa directamente, tanto en la ejecución como en la espontaneidad en el momento de enfrentarse a las situaciones programadas. Cuando nos referimos a programación lo hacemos de forma conjunta; es decir, realizada por el equipo terapéutico y los usuarios participantes de la dinámica. De esta forma conseguimos que los usuarios intervengan directamente y formen parte activa de su aprendizaje y entrenamiento. Igualmente, se pretende despertar y fortalecer la motivación e interés de los mismos y potenciar la cohesión grupal.

En el ejemplo del tema 1, los usuarios tienen previsto visualizar un video sobre el lenguaje no verbal. Durante la misma se entrenan elementos como la atención mantenida, retención de la información, ajuste de conocimientos previos con elementos novedosos, etc. Una vez terminado el video se abre un debate centrado en el tema, y donde se anima a expresar opiniones e incluso experiencias personales. El terapeuta o coterapeuta tienen un papel semidirectivo, ya que intervienen como moderadores de la dinámica. Este tema también está reforzado por ejercicios específicos de animación, donde se pone en práctica distintos elementos de la comunicación no verbal y paralingüísticos. Un ejemplo de ello, es la dinámica denominada: cadena de trasmisión.
Volviendo al tema 1º, que hemos señalado como ejemplo, estaría formada por las siguientes actividades: 1.- documentación: viaje a través de la comunicación, 2.- cadena de transmisión, 3.-el caballo y 4.-test de capacidad de escucha activa.

Fase 3ª: y 4ª Parte teórica y práctica específica del contexto normalizado a entrenar.

La 3ª fase supone un giro importante en el entrenamiento, ya que situamos dicho aprendizaje en simulaciones más concretas. Por ejemplo, si la dinámica es favorecer que un usuario se desplace a un aeropuerto, con el fin de esperar a un familiar que viene de Madrid, los contenidos de la dinámica estarían relacionados con los aeropuertos. El equipo terapéutico diseñaría una serie de contenidos, tanto teóricos como prácticos centrados en dicha dinámica y contextos específicos (aeropuertos). Con ello, pretendemos sumergir al usuario en una realidad más próxima y facilitar la experimentación de los recursos necesarios para desenvolverse en dicho contexto. Otro elemento importante es la graduación de los contenidos, ya que se parte de conceptos generales referente a tramas relacionadas con aeropuertos y llegamos a concretizar con elementos reales del contexto, donde el usuario va a realizar el entrenamiento in situ, aeropuerto de los Rodeos, Tenerife Norte.

Una vez superada la parte teórica y contando con la participación directa de los usuarios, se diseñan unas dinámicas, donde se trabaja a nivel de modelaje, rol play y refuerzos específicos (similar a la fase 2ª). Para ello, podemos utilizar imágenes de un aeropuerto, donde se va a realizar el entrenamiento in situ y se preparan diálogos ajustados a dicho contexto.

Los temas que en un principio se introducen para su entrenamiento son los siguientes:

PROGRAMA DE Entrenamiento en Habilidades Sociales en Entornos Normalizados – in situ

1. **TEMA 1: EHSEN-1 BAR**. un bar-cafetería. Se establecen tres niveles: a.- Cercano y conocido por el usuario, b.- Desconocido dentro de su municipio, c.-Desconocido fuera de su municipio

2. **TEMA 2: EHSEN-2 MUNICIPIO**. localización de varios lugares de tu entorno (municipio). Se emplea un callejero y el usuario tendrá que preguntar para llegar. Se establecen dos niveles. a.- En su municipio, b.- En otro municipio

3. **TEMA 3: EHSEN-3- AGENCIA DE VIAGES**. Emplazamiento a una agencia de viajes. Se trata de buscar información para la realización de un viaje. Para ello tendrá que dirigirse a una agencia de viajes. Se establecen tres niveles: a.-Búsqueda de información sobre agencias o entidades en periódico local. Posterior llamada telefónica para informarse, b.-Acudir a una agencia de viajes de la zona y pedir información. Recoger folletos para posterior análisis de la misma, c.-Acudir a una agencia de viajes fuera del municipio y realizar una reserva ficticia que posteriormente tendrá que anular.

4. **TEMA 4: EHSEN- 4- ENTREVISTA DE TRABAJO y FORMACION**. Se pretende que el usuario cause buena impresión. Se empleara varios escenarios reales como asistir a una entrevista de trabajo, informarse de cursos formativos, una cita para ir al cine, etc. Se establecen diversos niveles. a.-Búsqueda en el periódico de ofertas de trabajo y posteriormente realizar una llamada por teléfono para informarse de más detalles, b.-Búsqueda en los medios de información sobre cursos formativos. Utilización del teléfono para ampliar información, c.-Acudir a una entidad formativa (INEM, Universidad Popular, Instituto de Formación Profesional, academia privada, etc.) y solicitar información in situ. Con supervisión, d.-Acudir a una entidad formativa (INEM, Universidad Popular, Instituto de Formación Profesional, academia privada, etc.) y solicitar información in situ. Sin supervisión, e.-Acudir a solicitar matrícula o pre-inscripción de un curso formativo normalizado. Con supervisión, f.-Acudir a solicitar matricula o pre-inscripción de un curso formativo normalizado. Sin supervisión, g.-Matricularse en un centro formativo, h.-Acudir con regularidad a un centro formativo normalizado

5. **TEMA 5: EHSEN-5- GENERO**. el otro sexo. Los usuarios tendrán que acudir a una tienda de ropa de la zona y solicitar información sobre ropa del otro sexo: a.-En una tienda de ropa, solicitar información sobre determinadas prendas de vestir. Con supervisión, b.-En una tienda de ropa, solicitar información sobre determinadas prendas de vestir del otro sexo. Con supervisión, c.-En una tiendo de ropa, solicitar información sobre determinadas prendas de vestir. Con supervisión de un familiar, D.-En una tiendo de ropa, solicitar información sobre determinadas prendas de vestir. Realizar una compra. Con supervisión, e.-En una tienda de ropa, solicitar información sobre determinadas prendas de vestir. Sin supervisión.

   TEMA 6: EHSEN-6- AEROPUERTO. Acudir a un aeropuerto para realizar diversas actividades. a.-Acudir a un aeropuerto (Los Rodeos) para realizar una visita guiada, b.-Acudir a un aeropuerto para recabar información sobre el funcionamiento del mismo (letreros, servicios, etc.), c.-Acudir a un aeropuerto y realizar diversas consultas en los mostradores de información del mismo (embarque, agencia de alquiler de coches, compañías aéreas, etc.), d.-Acudir a un aeropuerto con un familiar y

actuar como guía, e.-Acudir a un aeropuerto para esperar a un familiar o amigo/a.

6. **TEMA 7: EHASEN -7- AYUNTAMIENTO- OCIO**. acudir a la dependencia del ayuntamiento para solicitar información sobre actividades lúdicas y de ocio que esta tenga programadas. Tres niveles: a.-Información dentro del municipio de actividades de ocio y tiempo libre, b.-Información en otro municipio, c.-Información en el municipio y selección de una de las actividades con participación en la misma.

7. **TEMA 8: EHSEN-8- SANITARIO**. comunicación con su MAP o psiquiatra de referencia/enfermera de la USM. Consiste en una entrevista con su médico o enfermera donde el paciente tendrá que exponer su estado físico y psicológico. Se tendrá presente el nivel de empatía y asertividad en la entrevista. Se establecen TRES niveles: a.-Entrevista con su psiquiatra, b.-entrevista con su enfermera, c.-Solicitud de cita con su psiquiatra en la USM (recordar cita dada, etc.). Tendrá que actuar en la recepción de la USA y exponer su situación a la administrativa o auxiliar de la misma.

8. **TEMA 9: EHSEN- 9- SUPERMERCADO**. Realización de una compra en un supermercado. Se establecen cinco niveles. a.-Realización de compra personal para un día. Con supervisión, b-Realización de compra para varios días. Con supervisión, c.-Realización de compra grupal para varios días y suponiendo que tienen que permanecer un una casa rural el fin de semana. Con supervisión, d.-Realización de compra personal para un día. Con supervisión de un familiar, e.-Realización de compra personal para un día. Sin supervisión y sin familiar de apoyo.

Como puede apreciarse, los contextos son muy variados y deben ajustarse a los integrantes del grupo o bien a nivel de la intervención individual. Los niveles igualmente, son relativos y ajustable al proceso de cada persona objeto del entrenamiento. Supone un gran esfuerzo para el equipo terapéutico, pero una vez confeccionado es gratificante, ya que los usuarios lo experimentan con un alto nivel de satisfacción e implicación (según nuestra experiencia).

El soporte teórico y la evidencia científica señalan esta fase, como primordial en la asimilación y generalización del aprendizaje y así lo evidencian distintos autores como Liberman y Corrigan (1992). Se establece que la habilidad social, no es meramente la suma de factores cognitivos o conductuales individuales, si no que supone un proceso interactivo que combina dichas características individuales con los cambiantes contextos ambientales. Esto conlleva un gran dinamismo en el ajuste persona-contexto que presupone la interacción de tres grandes grupos de destrezas: cognitivas, conductuales y emocionales. La primera engloba la percepción social y el procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades sociales; un segundo grupo, estaría compuesto por las destrezas conductuales referentes a las conductas verbales y la tercera con la expresión emocional y captación de las emociones no verbales usadas para la puesta en práctica de la decisión fruto de los procesos cognitivos. Dichas destrezas tienen que darse en contextos normalizados para que puedan ser beneficiosas para la persona que las experimenta. Para ello, ha de tener un resultado positivo y enriquecedor para el propio usuario.

Para situarnos, de nuevo, en la práctica y estructura de esta fase, a continuación se muestra parte del proceso. Cambiando de contexto, nos situamos en EHSCN-1 bar-cafetería. En este escenario específico podemos trabajar distintas habilidades sociales, pero nosotros hemos señalado la comunicación verbal y no verbal prioritaria. En este contexto (bar/cafetería) se establecen tres niveles de dificultad: cercano y conocido por el usuario, desconocido por el usuario, pero dentro del municipio y desconocido y en otro municipio.

Una vez determinado la o las habilidades sociales a entrenar y el contexto donde se va a realizar in situ el aprendizaje, se enseñan elementos básicos del lugar o contexto en cuestión. En nuestro ejemplo se han estimado necesarios los siguientes elementos: el bar como recurso social, normas generales del los bares y cafetería, diferenciación entre un bar y un restaurante, elementos específicos del bar en cuestión: bar de la higuerita y esquema de los niveles de actuación.

La parte práctica de esta fase se realiza mediante un modelaje y role play, simulando el contexto de un bar y en especifico el que va ha ser objeto de entrenamiento in situ. En el mismo se apoya la intervención con medios audiovisuales del bar y de sus alrededores.

Mueser y Sayers (1992) establecieron una serie de espacios básicos relacionados con el desarrollo y naturaleza de las HHSS y entre ellos destaca la necesidad de considerar las HHSS como habilidades específicas a cada situación, por lo tanto la conducta social depende en gran parte del contexto ambiental en el que ocurre. Esto señala la importancia de la evaluación de dichas habilidades en los distintos escenarios o contextos situacionales. En base a esta apreciación, el equipo terapéutico evalúa el proceso y obstáculos in situ de aprendizaje. Dado que el número de conductas observables es ingente, se seleccionan algunos aspectos específicos y otros generales. Por ejemplo, aspectos o elementos del lenguaje no verbal, o la capacidad para entablar una conversación solicitando información.

Por último, entramos en la fase 4ª donde pasa a la acción. Es el momento donde toma mayor intensidad el EHSCN. El usuario o usuarios seleccionados, ejecutan la acción fuera del CRPS y en contextos normalizados reales (in situ). Esta 4ª fase tendría una similitud al entrenamiento con apoyo en otros programas empleados en el ámbito del trabajo o de la formación, aunque difiere en cuestiones específicas.
Siguiendo el ejemplo del EHSCN-6- aeropuerto, los usuarios realizan el entrenamiento en función del nivel seleccionado, y emplean con toda libertad los recursos adquiridos y aquellos que forman su propia identidad personal. En todo momento, no olvidamos que el nivel de ejecución está en función de los objetivos terapéuticos y del propio paciente. En este mismo ejemplo, donde el EHSCN se realiza en un aeropuerto, se registran por parte del terapeuta o coterapeuta, alguna de las variables del entrenamiento específico. Dada la magnitud de comportamientos y actitudes que se experimentan en los contextos normalizados, los registros adquieren un papel específico, ya que solo evalúan conductas concretas. Por ejemplo, elementos relacionados con la iniciativa a entablar diálogo, conocimiento y entendimiento social, orientación espacial y nivel de ansiedad observables. Sin embargo la propia dinámica de la observación nos permite detectar otros elementos fundamentales para este aprendizaje.

Fase 5ª seguimiento y evaluación

Señalar que el entrenamiento no termina con la evaluación, mas bien, es el punto de partida para establecer un feed back con los usuarios sobre acciones ya realizadas y el diseño o rediseño de nuevos EHSCN.

En general, se realizan evaluaciones de seguimiento mediante los test suministrados al inicio de la intervención y se comparan los resultados. Igualmente, se añade nueva información correspondiente a la acción, a la puesta en escena de las habilidades entrenadas y del ajuste de las mismas al entorno.

Esta fase la consideramos de gran relevancia para apreciar el grado de generalización de las conductas entrenadas y la constancia en el tiempo de las mismas. Es un momento especial para trabajar las emociones y la motivación de los usuarios, ya que reforzamos los logros adquiridos y nos permite identificarnos más con los objetivos del propio paciente. Finalmente, señalar la relevancia que tiene en el proceso terapéutico y en especial en la consecución de los objetivos, la implicación familiar. En este aspecto, hay que recordar, que dentro de los programas terapéuticos impartidos en el CRPS se encuentra un psicoeducativo para familia, elemento esencial en la intervención global realizada, línea base de la función terapéutica, junto con el seguimiento psicofarmacológico y control del equipo terapéutico de la USM de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

Bellack, A.S. (comp.)(1984): Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation. Orlando, FL., Grune and Stratton.

Vicente E. Caballo (comp.) (1991): Manual de técnicas de terapia y técnicas de conducta. Siglo XXI de España Editores S.A.

Muñoz Céspedes. Tirapu Ustárroz (2001): Rehabilitación neuropsicológica. Editorial Síntesis, Madrid

Goldstein, G. Beers, S.R. Rehabilitation of brain function (1998): Plenum Press. New York.

M.G. Verdugo, D. López y Col. (2000): Rehabilitación en salud mental. Amarú Ediciones. Madrid.

Virginia Otero (2003): Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Ars Médica. Barcelona.

Roder V., Brenner H.D., Hodel B. Kienzle N. (1996). Terapia integrada de la esquizofrenia. Ariel Psiquiatría. Barcelona.

Jiménez García-Bóveda R., Vázquez Morejón A.J. Vázquez Morejón Jiménez R. (2007): Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. International Journal of Psychology and psychological Therapy, vol. 7, Nº 1, pp. 61-71.

Aldaz J. A. Vázquez C. (Comps.) (1996): Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI de España Editores S.A..

Perona Garcelan S., Cuevas Yust C., Vallina Fernández O., Lemos Giraldez S. (2003): Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Minerva Ediciones. Madrid.

Parellada Rodon E.; Fernández Egea E. (2004): Esquizofrenia. Morales y Torres Editores. Barcelona.

Kopelowicz, A. Liberman, R. (2003): Psyquiatric rehabilitation for schizophrenia. Revista Internacional de Psicología; vol.3. pag. 283-289.

Garcia Nieto, Torres Brasas et al., (2004): Aplicación de la IPT a pacientes psicóticos crónicos en un Centro de Salud Mental. Rvista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria; julio-sep. (91), pag. 81-96.

Rodríguez Fernández, S. Rodríguez Pulido, F. Hdez Marrero, J. (2000). La psiquiatría comunitaria: la integración social y laboral de los enfermos mentales. Ayto. Sta. Lucia, Proyecto ISLEM, Gran Canaria.

Álvarez, José María (2008): Estudios sobre la psicosis. Grama editorial.

Lazarus, R.S. Folkman, S. (1984): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Curran JP. (1982): Procedure for the assessment of social skill: The Simulated Social Situation.

Curran JP. Monti PM. (1982). (Eds.) *Social Skill training: a practical handbook for assessment and treatment* (pp. 348-373). New York: Guilford.

Birchwood M. Smith J. Cochrane R. Wetton S. Copestake S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry 157*, 853-859.

Bellack, A. S. Morrison, R. L. (1982):Interpersonal dysfunction, en A.S.

Bellack, M. Hersen, A.E. Kazdin (1982). (Eds): *International hadbook of behavior modification and therapy,* New York: Guilford Press.

Bellack, AS. Morrison, RL. Mueser KT. (1989): Social problem solving in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin*, 15, 101-116.

Bellack, AS. Morrison, RL. Mueser, KT. Wade, JH. Sayers, SL. (1990): Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2:248-255.

Roder, V. Brenner, H.D. Hodel, B. Kienzle, N. (1996): "Terapia integrada de la esquizofrenia". Ariel. Barcelona.

Salter, A. (1949): Conditioned Réflex Therapy: The direct approach to the recontruction of personality, New York, Creative Age Press.

Wolpe, J. (1978): Psicoterapia por inhibición recíproca, Bilbao, Desclée de Brouwer.

Chadwick, P., Birchwood, M. Trower, P. (1996): Cognitive Therapy for Ilusions, Voices and Paranoia. Chichester: Wiley.

Smith, E.T. Bellack, A.S. Liberman, R.P. (1996); Social skills training for schizophrenia: Review and future directions. Clinical Psychology Review, 16:599-617.

Gerard E. Hogarty, M.S.W., Professor of Psychiatry and Samuel Flesher, Ph.D. (1999): Developmental Theory for a Cognitive Enhancement Therapy of Schizophrenia. Senior Research Psychologist by Oxford University Press and the Maryland Psychiatric Research Center (MPRC)

Meredith L. Draper , Donna S. Stutes, Natalie J. Maples, Dawn I. Vellig (2009): Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychology, 65;8:842 – 853.

Liberman, R. P. Corrigan, P. W. (1992).: Is schizophrenia a neurological disorder?. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 4:119—124.

Mueser, K. T., & Sayers, M. S. D.(1992): Social skills assessment. In D. J. Kavanagh (Ed.), Schizophrenia: An overview and practical handbook (pp. 182-205). London: Chapman & Hall.

Yasuhiro Kaneda, MD. Isao Nagamine, MD. Akira Fujii, MD. (2003): Ansiedad-Estado en la Esquizofrenia. Eur. J. Psychiat. (Ed.esp.) 17;2:106-102

Malmberg L, Fenton M. (2007): Psicoterapia psicodinámica individual psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library.

Freud, Sigmund (1923). "Neurosis y psicosis", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Tomo XIX.

Jung, C. G. (1960). The Collected Work, III. The Psychogenesis of Mental Disorders, Londres, Routledge.

Frieda Fromm-Reichmann (1950). Principles of Intensive Psychotherapy: M.D. Chicago: The University of Chicago Press,. 245 pp.

Capítulo 10

ARTETERAPIA

Rosa Cubillo López

La enfermedad, el sufrimiento, la tristeza forman parte de nuestra vida. No nos son desconocidos. Los hemos podido experimentar probablemente tantas veces y con tanta intensidad como hemos vivido la alegría o la felicidad. Y así como cuando somos felices no lo podemos ni queremos esconder a los demás, de igual modo cuando sufrimos necesitamos de alguien que sepa estar ahí, con nosotros, con nuestro sufrimiento también. Hasta que no nos duela tanto. Hasta que podamos con el dolor nosotros solos.

El arteterapia es un acompañamiento (Klein, 2008), a través de sus producciones artísticas, de personas que sufren en mayor o menor medida ya sea psicológica, física o socialmente. El arteterapia busca permitir a esas personas el recrearse a sí mismas, construirse de nuevo por medio de un recorrido simbólico que va de creación en creación. Su objetivo es facilitar y hacer posible un cambio significativo y permanente en la persona ante un desequilibrio humano. Dice el catedrático en psiquiatría Dr. José Guimón (2004 b) "que la pintura encierra un gran valor homeostático. "Homeostasis" significa "equilibrio", y la pintura es, a mi juicio, un poderoso guardador de la homeostasis."

Los trabajos que presentamos y sobre los que reflexionamos en este texto han sido producidos en el taller de arteterapia que se lleva a cabo en la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de La Laguna desde abril de 2006 (Cubillo, 2008, 2009 a, 2009 b), en colaboración con el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) de Tenerife. Asiste a este taller en calidad de usuarios un grupo de personas con historial de trastorno mental de larga duración. A su vez participa, en la figura de monitores, un grupo de estudiantes matriculados en una de las asignaturas optativas que conforman el itinerario curricular de educación artística. Nos ocupamos de la formación de los futuros Licenciados en Bellas Artes en los principios de la equidad y la inclusión en la educación partiendo de la idea de que el crecimiento personal y también profesional se sustenta en las relaciones que podemos establecer con los otros. Para ello proponemos a nuestros estudiantes la experiencia de participar durante dos meses, asumiendo el rol de alumnos/monitores, en este taller de arte con orientación terapéutica. Los usuarios del taller, un grupo de personas que padecen trastorno mental severo, pertenecen, por tanto, a un colectivo que, además de sufrir discapacidad por enfermedad mental, soporta el estigma asociado a su enfermedad y la discriminación social. Esta experiencia permite a los estudiantes en formación modificar las creencias erróneas que hayan podido interiorizar y los posibles comportamientos negativos con respecto al grupo estigmatizado. Así, aprovechando conocimientos que proceden de planteamientos de Arteterapia para comprender mejor e innovar las situaciones de enseñanza-aprendizaje (Barragán, 2005), abordamos el conocimiento de sí mismo a través de las relaciones que se construyen entre la profesora, los usuarios y los alumnos/monitores. La reflexión de estos últimos debería incluir lo que cada uno considera sus propias potencialidades y limitaciones, con las que es necesario trabajar para empezar a situarse como educador (Barragán, 2005). La profesora, responsable del taller, marca la orientación del mismo y asegura la coordinación entre todos sus actores y el Equipo Comunitario Asertivo del Servicio Canario de Salud, perteneciente al PIRP, que realiza el seguimiento en la comunidad de las personas que asisten al taller.

La evolución del taller en cuanto a su duración y al número de personas implicadas en él ha sido creciente a lo largo de los cerca de cuatro años/cursos que hace que surgió su idea. Tras un período de gestación y preparación previa de este proyecto, la primera edición del taller duró sólo diez semanas entre finales de abril y finales de junio de dos mil seis, con un total de veinte sesiones de una hora y media de duración cada una. El promedio de asistentes al taller fue de unos nueve usuarios. El progreso de las distintas sesiones se articuló en torno a un eje biográfico, organizándose alrededor de las propuestas de algunas actividades abiertas que se intercalaron con temas concretos para que los participantes profundizasen en sí mismos, en sus recuerdos, en el entorno familiar, en los sentimientos, de forma que provocasen la expresión plástica (y verbal, si era su deseo) de sus interiores.

Durante su segunda edición el promedio de asistentes fue de unos quince usuarios. La mayoría de ellos fue de nueva incorporación, por lo que centramos el trabajo en promocionar la cohesión del grupo impulsando las propuestas de actividades grupales para facilitar las interacciones personales, tanto entre los usuarios como entre éstos y los alumnos participantes en el taller. El total de las sesiones ascendió a treinta y cinco, a lo largo de unos cinco meses y medio, desde mediados del mes de enero hasta principios del mes de julio del año dos mil siete. Ya por aquel entonces, para los usuarios de este taller de arte con fines terapéuticos y rehabilitadores, la participación en el mismo les permitió desarrollar la autoestima, sugerir nuevas orientaciones en sus vidas, experimentar y expresar sentimientos y emociones, a la vez que establecer nuevas relaciones sociales. La experiencia acumulada en las dos primeras ediciones del taller de arteterapia nos permitió afirmar que la práctica del arte se presenta como un catalizador del encuentro entre el resto de la sociedad y este colectivo de personas.

La tercera edición contó ya con una mayor colaboración de alumnos de la licenciatura en Bellas Artes en el acompañamiento de los procesos creativos de los pacientes, y con dieciséis usuarios de partida, muchos de ellos habiendo participado en ediciones anteriores, y que comienzan a conformar un núcleo estable. Ocupó unas treinta sesiones, desde finales de febrero hasta principios de julio del año dos mil ocho, por razones de organización y distribución de espacios y asignaturas en la Facultad de Bellas Artes. El tema del viaje sirvió de hilo conductor entre las consignas que propusimos para una serie de sesiones. El trabajo a partir de la invención de historias y personajes se sumó a las actividades de creación en grupo.

La cuarta edición de este taller da comienzo a mediados de noviembre de dos mil ocho y concluye a finales de junio de dos mil nueve, con un total de cuarenta sesiones. Las consignas, las propuestas de actividades por nuestra parte va siendo cada vez menor mientras que la iniciativa en su proceso creativo de muchos de los usuarios va en aumento.

Paralelamente, aunque no se inscriben directamente en la planificación del taller, las exposiciones colectivas realizadas a partir de una selección de las obras producidas en él sí que se pueden entender como una prolongación puntual del mismo y como otra forma complementaria de abordar la tarea de la integración social de este colectivo de personas. Del mismo modo, también hay que considerar como actividades complementarias en ese sentido los distintos esfuerzos de difusión de nuestra labor en diferentes foros, como pueden ser reuniones científicas, conferencias públicas, cursos de formación, etc.

Es también interesante y necesario destacar como característica esencial de este taller el hecho de que se lleve a cabo dentro de los espacios propios de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de La Laguna. Esa condición tan específica supone un valor añadido paralelo a toda la labor que se realiza en el seno del taller, a través de las relaciones que se van tejiendo entre los usuarios y los alumnos, lo que puede significar para los primeros el evolucionar dentro de un contexto normalizado de formación, de creación artística, lo que tiene consecuencias con respecto a la percepción por parte de los usuarios del taller de la actividad terapéutica.

EL CUERPO DESDIBUJADO

Todos ellos afectados de trastorno psicótico, la mayoría de los usuarios de este taller de arteterapia padece alguno de los distintos tipos de esquizofrenias que existen. La esquizofrenia es una enfermedad mental de carácter grave, que habitualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta y que está determinada por "la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, frecuentemente caracterizadas por alucinaciones y delirios" (Alanen, 2003). No podemos decir que haya una única forma de esquizofrenia, sino varias con cuadros clínicos más o menos diferenciados. Los síntomas que se observan con mayor frecuencia se clasifican en dos tipos, los "positivos" y los "negativos":

- "Los *síntomas positivos* son aquéllos que se añaden al repertorio habitual de las sensaciones: delirio, alucinaciones, trastornos del pensamiento. Estas manifestaciones se observan especialmente en la fase aguda de la enfermedad, durante las crisis.

- "Los *síntomas negativos,* en cambio, se caracterizan por una falta de sensaciones: pérdida de iniciativa, pérdida de energía, pérdida de voluntad (abulia), pérdida de placer, pérdida de contacto, etc." (Tobin, 2006).

El Profesor Yrjö Alanen (2003) describe de esta manera los síntomas de la enfermedad:

> "Un aspecto central de la desorganización de la personalidad es la *pérdida de la verificación de la realidad,* que generalmente se considera un signo patognomónico de todos los trastornos psicóticos. Ello significa que se ha perdido la capacidad para establecer, sin ambigüedades, la diferencia entre las experiencias internas y las sensaciones (percepciones) del mundo exterior, lo que tiene como consecuencia la aparición de las alucinaciones. Las alucinaciones auditivas son particularmente comunes en la esquizofrenia, si bien todas las funciones sensoriales pueden estar involucradas. La pérdida de la verificación de la realidad, en su forma más leve, también está presente en los delirios, que se deben a la malinterpretación subjetiva de las observaciones del mundo circundante.
>
> "Además, es típico que la *frontera psicológica* que separa al yo de los otros tiende a borrarse en la esquizofrenia. El paciente puede, por ejemplo, experimentarse simultáneamente como él mismo y como un actor que ha visto en la televisión, o puede interpretar las sensaciones que siente en el bajo abdomen como si fueran las sensaciones de otra persona. En un grado mayor, este problema afecta la capacidad del paciente para establecer una línea divisoria entre las ideas internas sobre sí mismo y sobre los otros (representaciones del yo y del objeto)."

Así, vemos que entre los distintos síntomas relacionados con la imagen del cuerpo se encuentra el de la 'despersonalización', que se caracteriza por la experimentación de algunas de las partes del cuerpo como extrañas al yo. Ey, Bernard y Brisset (1965) nos hacen la siguiente descripción de los síntomas: "El mundo interior está perturbado, las sensaciones cenestésicas son vivenciadas como transformaciones corporales, modificaciones de la experiencia del cuerpo. Sentimiento de extrañeza, la extrañeza terrorífica se vive en la esfera del cuerpo, se lamenta de ser transformado, metamorfoseado."[i]

Todas estas modificaciones en la persona significan ya una separación psíquica, sensible, del mundo, vivir en un mundo diferente; modificaciones que a menudo tienen como consecuencia un apartarse físicamente, de forma voluntaria, para sufrir menos. El desconocimiento y la incomprensión por parte de la sociedad abundan en la estigmatización y la marginalidad de los enfermos psíquicos.

"Los pies contentos"

La normalización de la situación de este colectivo de personas, la integración en el grupo, el que no se sientan socialmente aislados son los propósitos por los cuales se trabaja desde la Asociación Canaria de Terapias Creativas, de la que dicho taller es conformador desde su constitución en julio de 2007. Las personas que padecen una enfermedad mental necesitan ordenar el torrente caótico que invade sus mentes. Restaurar ese orden tiene como fin el restablecer o construir nuevos lazos de confianza con el exterior. Y éste es el objetivo del taller de orientación arteterapéutica, que centra su interés en el proceso de creación y no en la calidad de la obra producida.

Desde una intervención terapéutica por medio del arte, los profesionales de las Bellas Artes podemos contribuir en la atenuación de los síntomas denominados negativos y ayudar en la reestructuración del pensamiento, en el desarrollo de la autoestima, en la percepción de sí mismos y de los límites del propio cuerpo. El proceso creativo que pretendemos provocar está encaminado hacia un "aprendizaje viviente en el que se favorezca un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones y de los otros, y así aprender a actuar con los demás" (Chuaqui, 2005). A continuación se describen algunas de las actividades en las que podemos entender la importancia del proceso de creación y del proceso de realización de cada obra plástica, destinadas mayormente a estructurar el pensamiento, a "recuperar" su propio cuerpo y a trabajar aspectos psicosociales.

- "El Monotipo" como ejemplo del proceso de reflexión que se produce en la creación de la obra plástica. Materiales utilizados: pintura acrílica, pinceles, tabla entelada, acetato semirrígido, rodillo de grabado.

Una de las actividades que proponemos a los usuarios del taller de arteterapia es la construcción de una imagen cualquiera por medio de la técnica del monotipo. El proceso de trabajo en su realización, las reflexiones y las decisiones que se tomen, la interacción del usuario del taller con el resultado de la estampación son en muchas ocasiones un reflejo de sus relaciones, de su capacidad para conectarse con el mundo exterior en ese momento. El monotipo, porque deja parte importante del proceso en manos de la fortuna, se presenta como un campo de experimentación donde explorar relaciones y plantear un juego de intervenciones, reacciones espontáneas y respuestas ajustadas.

El monotipo o monotipia se sitúa en la frontera entre el grabado y la pintura, ya que se realiza aprovechando tanto técnicas de grabado como

pictóricas para la consecución de un solo original. El resultado final es vital y único, por tanto, exclusivo e irrepetible. En nuestro caso, se trata de que cada uno de los usuarios del taller elabore durante la sesión una pintura a partir de esta técnica de estampación, dejándose llevar por el azar intrínseco al procedimiento de realización de la imagen y por la sorpresa ante lo inesperado tras la impresión sobre el lienzo de la pintura aplicada previamente sobre el acetato.

Sobre el acetato, recortado al tamaño apropiado para el soporte con el que trabajarán a continuación, los usuarios pintan la composición, las formas o figuras deseadas, con pintura acrílica. Dado que la pintura secará rápidamente, es necesario actuar con agilidad en estos primeros momentos del proceso. Una vez realizada esta etapa de construcción de la imagen pasan a su estampación, mientras el pigmento está aún fresco, sobre la tabla entelada que será el soporte definitivo del monotipo. Para ello, deben colocar con cuidado el acetato sobre la tabla entelada. La colocación no admite rectificación. Posteriormente lo presionarán con ayuda del rodillo para estampar la imagen sobre la tela. Al levantar con atención el acetato habrán obtenido una única copia (de ahí el nombre de esta técnica) de la imagen original que se les aparecerá invertida, es decir, lo que estaba en la primera imagen a la derecha sobre la tabla entelada estará a la izquierda y viceversa. Así, el factor sorpresa es importante por el propio procedimiento, por los imprevistos que se puedan generar e incluso por el azar. Con la imagen obtenida en el lienzo los usuarios decidirán si la obra está concluida o si desean aún intervenir en ella.

Proceso de realización de un monotipo. A. *Formas y colores*. Mayo de 2008

Pudimos observar cómo A. analizó en cada momento sus acciones y la respuesta de la pintura (del exterior) a ellas. Como siempre en silencio, aplicó de manera aparentemente simple pero estudiada los colores de su elección en el acetato. Y después de transferir la pintura a la tabla entelada contesta a la reacción obtenida con visible seguridad. Las primeras huellas de color en el centro del soporte, A. retoma el pincel e interviene en la imagen (interactúa con el exterior) adaptándose a ella, completándola, ampliándola. Frente a la textura imprevista resultante de la impresión, las manchas cuidadosamente planas son su respuesta. Dice estar satisfecho con el resultado, excepto con la mancha inicial de color negro: "No me quedó como quería".

El proceso de trabajo de J. difiere sustancialmente del de A. Y su relación con el entorno también. J. comienza imaginándose ya el resultado final de su pintura de ese día, como casi de costumbre: "Voy a aprovechar que el acetato es más pequeño que el lienzo para que parezca 'paspartú', porque quedarán los bordes en blanco". Con la tabla entelada y el acetato sobre la mesa, selecciona los colores con los que va a trabajar: ocre, verde, amarillo, azul y blanco. Y sin ningún tipo de duda, comienza a añadir con el pincel manchas sobre el acetato. Al principio parecen estar puestas al azar, pero a la hora de estamparlo cada mancha está colocada en el lugar idóneo para lo que más tarde sería un paisaje. Cuando ya está estampado, J. decide no respetar ninguna de las manchas originales y procede a trabajar cada una de éstas.

Proceso de realización de un monotipo. J. Sin título. Mayo de 2008

El paisaje voluptuoso y espontáneo del principio se ve transformado en una imagen mucho más detallada, neta, controlada. "Yo quería plasmar un paisaje en el acetato, pero no me salió como quería…" Donde A. realiza un diálogo respetuoso con las casualidades del procedimiento, J. impone su idea original desarrollada al margen de las sugerencias de las huellas y despreciando las manchas propias de la técnica.

- "Pintura libre con los dedos", como experimentación sensible, táctil, de la pintura, como disparador de sensaciones y emociones, y como activadora de la socialización del grupo. Se realiza en colaboración entre los usuarios del taller, los alumnos/monitores y la profesora. Materiales: gouache, papel de embalar, las manos.

Los trabajos realizados en grupo nos permiten apreciar las percepciones individuales de cada miembro, así como la interacción que pueda producirse entre ellos. La actividad grupal "Pintura libre con los dedos" es nuestra propuesta habitual para el primer encuentro entre los usuarios del taller de arteterapia y los alumnos/monitores.

Detalles de la realización de la "Pintura libre con los dedos", en abril de 2007

Entre los alumnos, los usuarios y la profesora extendemos y fijamos papel de embalar blanco sobre las mesas que disponemos en el aula, y preparamos paletas con gouache blanco, negro, rojo, azul y amarillo. Y al ritmo de The Beatles, de Abba o de otra música provocadora el juego de pintar con las manos da comienzo. Durante su realización, tanto la profesora como los alumnos/monitores debemos notar si los usuarios trabajan todos en grupo, si algún componente de él queda excluido, ver el espacio que ocupan, si alguien influye en los compañeros, las interacciones que se producen entre ellos y con nosotros. La actividad resulta ser siempre todo un éxito en ese sentido. Los usuarios del Taller acogen sin ningún tipo de trabas a los alumnos y entre ellos también se produce una relación de cordialidad y respeto.

Por otra parte, otro aspecto sumamente importante en esta actividad es la experimentación física con la materia, con la pintura. "En cuanto a los mecanismos que se ponen en juego, se ha señalado que la regresión es con frecuencia un fenómeno útil" (Guimón, 2008). Se trata de la utilización de la recreación y el arte para dejar a un lado por un momento sus resistencias;

regresar un poco a la niñez donde está permitido expresarse y jugar sin ser juzgado. Se espera, por tanto, que encuentren en el hecho de

Detalles de la realización de la "Pintura libre con los dedos", en abril de 2008

la acción una vía de disfrute individual y grupal, que interioricen la sensación de 'libertad' que el hecho artístico les ofrece y que se dejen llevar por el instinto de la plasmación de la huella, funcionando ésta como icono de sí mismos (De Miguel, 2007). Es frecuente que tanto los usuarios del taller como los alumnos/monitores comiencen de una manera tímida a trabajar sobre el papel. Empiezan por utilizar un solo dedo con el que hacen pequeños trazos de colores, para terminar la mayoría con ambas manos llenas de pintura, estampándolas, salpicando, dejando chorretes, firmando la obra colectiva…

Al terminar hacemos una reflexión sobre lo realizado y comprobamos si la experiencia ha sido agradable o no para todos. Éstos son algunos de los comentarios de los usuarios en esta última edición:

Yo: "¿Qué es lo que más te gusta de la obra creada por todo el grupo, J.$_2$?"
J.$_2$: "Las formas abstractas, las formas abstractas."
Yo: "¿Y por qué te gustan más las formas abstractas?"
J.$_2$, sonriendo: "Porque se escurren entre los dedos."
Yo: "(…) L., cuéntanos tú…, qué ha pasado ahí por tu mesa, ¿por dónde has trabajado tú?"
L.: "Ahí he hecho eso", señalando.
Yo: "¿Y qué hiciste ahí?"
L.: "Ahí un… lo que me salió."
Yo: "Lo que te salió. ¿Qué colores usaste, L.?"
L.: "Amarillo, negro, azul…, verde…"
Yo: "Y no trabajaste en otras partes de la mesa."
L.: "No."
Yo: "¿Y por qué no?, ¿por no molestar a los demás o para que no te molestasen a ti?, sonriendo."
L.: "No, porque… estaban en las otras. Ellos estaban en las otras. Yo tenía que trabajar en ésta. No sé…"
Yo: "Pero tú puedes trabajar donde tú quieras, ¿vale?"
L. asiente con la cabeza.
Yo: "Y bueno, ¿cómo has estado hoy?"
L.: "Bien."
Yo: "¿Y T.…?"
T.: "Pues yo estaba pintando una cosa ahí que era oscura, ¿no? Resaltaba, oscura. Pero de repente no sé lo que pasó que no me di cuenta, alguien pintó mi cuadro, ¿no?, mi parte esa, por ahí,… pero lo más claro no me gustó. Lo quería resaltar. Que tuviera color y tuviera…, que resaltara, así, el color…"

Yo: "Tú querías que tu parte resaltase…"
T.: "… más oscuro, más oscuro, más oscuro…"
Yo: "… la querías más oscura."
T.: "Sí."
Yo: "Pero más bien no es que apareciese blanco, ¿no?, sino que quitaron una paleta y…"
T., señalando la zona que pintó él: "Destaca un poco el amarillo ahí, el amarillo ahí, pero me 'equiv'…, le puse unas rayas negras y lo hice más feo de lo que estaba. Estaba más bonito sin las rayas negras esas del redondel blanco amarillo ése, ahí, que lo hice yo, estaba mejor… Le puse rayas negras y lo puse más feo de lo que estaba. Puede ser, no sé…"
Yo: "Bueno, ¿pero tú te lo has pasado bien?"
T.: "Sí. Estoy tranquilo, estoy muy tranquilo. Me siento muy relajado y tranquilo. Muy relajado y muy tranquilo…"
Yo, dirigiéndome a Nareme, uno de mis alumnos: "Y Nareme, ¿cómo te lo has pasado?"
Nareme: "Yo me he divertido un montón…"
T., interrumpiendo: "Los pies míos están muy contentos."
Yo: "¡Los pies contentos!"
T.: "Sí. Están los pies contentos. Me recreé en la mente…, me recrea la mente esto. Me pone a pensar cosas y me ayuda."
Yo: "¡Ah! (…) Nareme nos iba a contar también que se estaba…, que se había divertido…"
Nareme: "Sí, bastante. Estuve en esta mesa y un poco en esa, al principio, y… muy buena la experiencia. El que todos interviniéramos, y con las manos, ahí (…)"
(…)
Yo, dirigiéndome a $L._2$: "Bueno, y que es tu primer día. ¿Con los que has estado más cerca en la mesa, cómo te ha ido?"
$L._2$: "Bueno, no los he conocido porque yo he estado 'fajinado' en que me traigan la pintura, que vayan, que me traigan, que vayan…"
Yo: "En lugar de ir tú…"
$L._2$: "En lugar de ir yo porque todavía no me sé mover, en el ambiente, ¿no? Pero bueno, ha sido una experiencia un poco loca y, al mismo tiempo, muy sutil y muy delicada. ¿Sabes por qué? Porque con un par de…, con…, he aprendido a… una cosa muy sabia en esta terapia, y es a compartir, digamos, el espacio de otro. Es decir, yo he podido manchar en el espacio de otro sin que me…, sin que, de alguna manera, me dijeran: 'no manches mi espacio'. ¿Me entiendes? No sé, es algo muy bonito."
Yo: "Habéis compartido vuestra mesa."
$L._2$: "Sí, sí. Es un…, hemos compartido de todo un poco, o sea, no es que cada uno tenga un espacio y diga: 'de aquí no te mueves'; sino que cada uno ha hecho lo que ha querido en la mesa. Lo que pasa es que, claro, para que haya una intimidad también es bueno respetar también el espacio del otro, ¿no?... Sí se ha compartido, y me agrada la idea ésta de… de haber compartido la mesa con las otras personas con las que estaba, que no las conozco todavía porque ni me he fijado aún."

- Autorretrato simbólico a tamaño natural: "Cómo somos, qué sentimos". Actividad mayormente individual, con colaboración en pareja, como activadora del reconocimiento del cuerpo propio y del cuerpo del otro. Materiales utilizados: lápiz de grafito, pinturas acrílicas, pinceles y papel de embalar.

Esta propuesta sirvió de cierre en la primera edición del taller de arteterapia, durante sus dos últimas sesiones. Para hacer este autorretrato se extendió papel continuo sobre la pared, uno por cada usuario del taller. Les

solicitamos que se fueran situando de pie contra el papel en el muro mientras otro de sus compañeros contorneaba con lápiz su cuerpo; posteriormente cada persona podía trabajar el interior y el exterior de su contorno, de su cuerpo, de la forma que quisiera: por medio de colores, formas, objetos, representando sus sentimientos, gustos, males físicos, etc. De este modo, se trabaja sobre la imagen del cuerpo en sus dos funciones principales, la de estructura en el espacio como forma y la de estructura como contenido y sentido. Trabajar con el cuerpo vivido y pensado es trabajar con el cuerpo imaginario y simbólico (López Fdez. Cao y Martínez, 2006).

La concentración y entrega durante la realización de esta actividad fue excelente por parte de todos, aunque con diversidad de resultados. Nos centraremos en la descripción del desarrollo de la obra de L. En un principio se ocupó en su rol de colaborador de M. Éste con la espalda contra su papel sobre el muro, L. trazó la silueta de su cuerpo con atención, fijándose meticulosamente en los entrantes y salientes de todo el contorno. Luego retomó y reforzó toda la línea del cuerpo de su compañero. Posteriormente fue M. quien perfiló el cuerpo de L. en su zona de trabajo. Como otros de los usuarios, L. inició su obra fortaleciendo el trazo de su figura antes de empezar a pintar. A continuación comenzó a aplicar color en el interior del cuerpo. Habitualmente consideraríamos el cuerpo como un todo, o bien quizás el tronco como una parte del cuerpo y las extremidades como otras: las inferiores podrían ser un elemento y las superiores otro. En el caso de L., la mitad derecha del tronco es coloreada de forma diferente a su mitad izquierda y cada miembro es tratado por separado con un color distinto, así como después la cabeza con manchas de colores oscuros diversos. Se diría que su cuerpo está profusamente dividido. Seguidamente traza unas líneas negras gruesas sobre las partes diferenciadas del cuerpo que parecen pretender atarlas, mantenerlas unidas. Su pintura se queda en ese estado cuando concluye la sesión. Es al día siguiente, tras observarse sobre la pared con detenimiento, cuando comienza a aplicar color a su alrededor: amarillo en la mitad superior del papel y un tono fucsia en la mitad inferior. Pero L., cuya tendencia en sus creaciones precedentes era la de cubrir sus dibujos con una mancha negra, no lo puede evitar y se ocupa en tapar una vez más el espacio circundante, el amarillo y el fucsia, con la pintura negra mientras añade alguna línea más sobre su cuerpo. A la pregunta de su monitora sobre esas líneas él responde: "Son raíces…, son como raíces. Raíces por todo el cuerpo". Es sólo cuando esas raíces parecen asegurar que las partes no se pueden separar que L. se permite concluir volviendo a poner colores en su entorno figurado en el papel.

Proceso de realización de la actividad "Cómo somos, qué sentimos". L. Sin título. Junio de 2006

Este autorretrato simbólico ha resultado ser un pedazo de las autobiografías que cada uno de los usuarios va escribiendo inconscientemente en el seno del taller de arteterapia. Autorretrato para el que, en lugar de posar frente al espejo, se han recordado, adivinado y hasta reinventado.

- "Ver, transmitir e interpretar", como experimentación sensible, táctil, de la pintura, como disparador de sensaciones y emociones, y como activadora de la socialización del grupo. Actividad a realizar en parejas. Materiales: pintura acrílica, pinceles, papel de embalar.

Se trata de un trabajo de colaboración por parejas que ha suscitado en todos los participantes en el taller de arteterapia, usuarios y monitores, sentimientos de temor, tensión, comunicación, duda, diversión, sorpresa, unión, confianza, admiración… Tras nuestra indicación, algunos de los usuarios se asocian para la ejecución de nuestra propuesta de forma espontánea mientras que otros, con menos iniciativa, se dejan emparejar siguiendo nuestra sugerencia. Luego les explicamos el proceso de trabajo para ese día. Uno de los miembros de cada pareja será el que dirija la acción de pintar del otro. El primero

observará una silla que utilizaremos como modelo y guiará a su compañero trazando las formas observadas, con su mano, sobre la espalda del segundo. Éste, quien estará desde el principio con los ojos vendados, será quien traslade las líneas, los espacios y las intensidades indicados sobre su cuerpo al papel. Una vez hayan concluido, los miembros de cada pareja intercambiarán sus roles y quien guió primero ahora se dejará ayudar por el otro.

Momentos de la realización de la propuesta "Ver, transmitir e interpretar", en mayo de 2007

Desde el principio hubo quien mostró su miedo a cubrirse los ojos pero, como esta actividad se propone en un tiempo del taller en el que el vínculo entre la profesora, el alumno/monitor y el usuario ya está construido, no tardaron en dejarse llevar. Esta fue también la primera vez en la que algunos de los usuarios del taller establecían un contacto físico. La perspectiva de los frutos esperados, de que se trataba ante todo de pintar, facilitó el que se produjeran esas nuevas formas de relaciones. En este trabajo por parejas, la interacción y comunicación a través del tacto es el primer y principal reto. Mientras algunos sitúan esta relación de confianza en la coordinación para la consecución de una imagen coherente, otros encuentran sus primeros límites en las cortas distancias. O. y T. trabajaron juntos en esta ocasión. O. fue muy amable con T. y muy paciente, pues no siempre éste realizaba lo que el primero le orientaba. No tuvo ningún problema a la hora de entablar contacto físico y utilizó toda la espalda de su compañero para guiarle. Cuando fue él el que tuvo que ser conducido mientras tenía los ojos vendados se mostró mucho más impaciente, debido a la lentitud con la que T. le indicaba movimientos. También se dirigió a T. toscamente cuando éste invadió otras zonas del cuerpo además de la espalda. Por concentrarse en el objeto modelo a representar, T. se perdía por el costado o los brazos, por lo que O. se volteó para increparle muy serio pidiéndole que se limitase a tocarle la espalda.

Y mientras algunos se concentraron en la representación lo más fiel posible de la silla, otros se zambulleron en este juego de sensaciones táctiles y expresivas. Las asociaciones de los usuarios para esta ocasión pienso que fueron las más acertadas y las relaciones establecidas, junto con los resultados, son prueba de ello. Un éxito, creo que son las palabras que mejor definen la actividad. Sus voces en la posterior puesta en común lo atestiguan:

M.: "Un poquito complicado. Casi más que un cuadro es una suerte."
R.: "No esperaba el resultado. Muy complicado. Más complicado dirigir."
$J._2$: "Bien, bien. Divertido."
$J._3$: "Muy difícil para mí. L. se ponía terco."

T.: "Cuando me puse la venda me asusté un poco. Pienso que él ha sido más obediente. Me guía bastante, lo admiro por eso."
G.: "Busqué que hiciese figuras geométricas. El resultado no es muy allá, pero muy divertido."
$O._2$: "Me ha impactado."
L.: "Bien. Asustado."
J. C.: "No tengo ninguna queja", dice cuando le pido su opinión sobre cómo le ha guiado J. a la hora de realizar el ejercicio.
Luego T. añadió que creía que A. tenía una mancha en su pasado y por esa razón era tan serio, reservado y callado.

- "Érase una vez…", como experimentación de la interacción terapéutica de distintos lenguajes expresivos, la escritura y la pintura, como disparador de sensaciones y emociones. Actividad a realizar individualmente. Materiales: folio y lápiz para la escritura del texto, pintura acrílica, agua, pinceles y tabla entelada para la creación plástica.

En esta ocasión hemos explicado a los usuarios que nos gustaría que escribiesen una pequeña historia y que después pudieran dibujar o pintar una imagen sobre el cuento redactado previamente. La mayoría de ellos aceptaron nuestra propuesta (otros se dedicaron a concluir algún trabajo de alguna sesión anterior) y nuestra consigna para comenzar la creación de ese día fue "Érase una vez…".

Como casi siempre, L. ha sido el primero en entrar en el taller y el primero también en comenzar a dibujar, antes incluso de conocer si tenemos alguna actividad específica prevista para ese día. Su alumna/monitora, su acompañante, Anabel le pregunta sobre lo que está dibujando y L. responde como casi siempre también: "No sé…, a ver si sale algo…" Se trata de uno de sus habituales dibujos de líneas nerviosas, rotas, borradas, enredadas, quebradas.

Tras nuestra explicación y el enunciado de nuestra consigna, Anabel aproxima a L. un folio. Con desgana en un principio, él abandona el dibujo y se emplea en la labor de redactar. Primero escribe con dificultad, en el extremo superior izquierdo de la hoja, "esta es la Historia de". Pero esta tarea es sumamente difícil para él. Inicia bajo sus primeras palabras lo que podría ser una letra H presionando el lápiz sobre el papel, como en sus dibujos. Traza otras líneas curvas sobre la letra y podría tratarse ahora de una A. Durante el proceso de "dibujo" de esta primera letra, en varias ocasiones L. suelta el lápiz lamentándose: "A mí no me sale nada". Pero Anabel le anima a intentarlo otra vez. Por fin escribe "un Honbre", mientras lo repite varias veces en voz alta: "Ésta es la historia de un hombre…, de un hombre". Con paciencia, Anabel le alienta a contar en su relato algo sobre ese hombre. Mientras procura concentrarse en su personaje y se esfuerza por escribir, L. realiza trazos como si dibujara. Después se detiene, se toca el rostro o la frente con la mano izquierda, suelta el lápiz y borra las líneas que ha trazado. Escribe mientras recita: "… un hombre que se pasaba toda la vida dibujando". Y repite: "Esta es la historia de un hombre que se pasaba toda la vida dibujando". Y añade a su texto: "personajes". Durante su largo proceso de escritura, de duda, de borrar y de recitar las palabras escritas, consigue componer el argumento que sigue: *"esta es la Historia de un Honbre que se pasaba toda la vida dibujando personajes era consiente de todo lo que decia tenia tantas cosas que le salían las cosas mal era raro tenia n sentimiento".* Lo lee una vez más en voz alta, pero este pequeño autorretrato indeliberado no le gusta y comienza a borrar. Anabel le propone dejar la goma, dar la vuelta al folio y comenzar otra vez por el extremo opuesto del papel. L. cambia el sentido de la hoja y reanuda su lucha con las palabras, con las líneas, con los trazos, con los borrados, con volver a escribir y decir mientras avanza. Comienza escribiendo:

"esta es la Historia de un maldito". Borra lo último. Comienza otra vez con "esta es la historia de un personaje". Lo borra. Vuelve a escribir "esta es la Historia del otro personaje distinto igual que otra persona otra cosa que habla que siente". Borra esto último. Abandona la historia y retoma el dibujo que estaba haciendo al principio. Dice que no le sale nada. Vuelve a la historia. Anabel le anima a que piense en ese personaje que está describiendo. Y L. escribe que se afeita, que come, que se baña. "Hace lo mismo que los demás, hace cosas", dice. Y así compone un nuevo texto de palabras enmarañadas, con letras intercaladas testigos de sus arrepentimientos. Su breve cuento dice así: *"esta es la Historia del otro personaje distinto igual que otra persona otra cosa come se lava se afeita se pela ase cosas".*

L. ya no quiere escribir más. Menciona no estar seguro de que lo que ha escrito sirva para la propuesta de hoy, pero se conforma con este nuevo autorretrato escondido, menos comprometido que el anterior. Prepara una paleta con escasos colores: rojo, magenta, azul y negro. Se instala en un caballete en el que ya tiene un soporte y con un pincel pequeño y plano comienza a trazar líneas rojas sobre el blanco del lienzo. Con la pintura sus recorridos son más fluidos y limpios. Define una gran mancha roja. Anabel le lee su texto para recordárselo y le pregunta por el rojo sobre el lienzo. "El pelo", le dice. "Yo no sé hacer retratos…", se lamenta. Con el color magenta mancha sobre un hueco blanco lo que serían la nariz y la boca. Añade al magenta un poco de azul y vuelve a manchar sobre la nariz y encima un círculo. A la izquierda de éste, sobre la pintura roja aún fresca define otro círculo. Posteriormente con negro traza una forma estrellada sobre el segundo círculo. Por último, a la derecha del primero, también sobre el pelo rojo traza otra forma estrellada y negra. "Ya está, ya acabé", dice soltando la paleta y el pincel. Anabel le recuerda que debe poner un título a su pintura. Él le pregunta: "¿Cómo se llaman los que pintan? No, los que pintan no. Los otros, los escultores…" La titula *Personaje escultura*.

Proceso de realización de la actividad "Érase una vez…". L. *Personaje escultura*. Mayo de 2009

EPÍLOGO

Como hemos visto, para las personas de las que nos ocupamos en el taller de arteterapia, la recuperación del cuerpo se puede plantear desde varias dimensiones relacionadas entre sí:

- La idea del cuerpo a través de su representación, de la imaginación del cuerpo propio o del cuerpo del otro. De la invención de un nuevo cuerpo para sí mismo o para un personaje ficticio. La idea del cuerpo a través de

su situación en el espacio, de su movimiento en el espacio, de la ocupación de un espacio ya sea real o imaginado.

- La vivencia corporal, que se corresponde con la utilización y la conciencia del cuerpo esencialmente en el proceso de percepción del mundo o de un modelo concreto, así como en el proceso de creación o construcción de la obra (la posición corporal que se adopta, los movimientos para coger y utilizar los materiales plásticos, la experimentación física de los distintos materiales para la creación).

- La comunicación a través del cuerpo en el entorno del taller: desde que llegan a la facultad, durante el tiempo de la espera, cuando saludan a los alumnos/monitores, cuando entran al taller y se disponen para la sesión de ese día, cuando se estrechan la mano para saludarse entre ellos, cuando me dan un beso o un abrazo de buenos días. Y la comunicación a través del cuerpo durante el desarrollo del proceso creativo en el taller en el marco de alguna actividad específica, en los trabajos de creación por parejas o entre todo el grupo.

Pero además de esto hay otra dimensión de recuperación del propio cuerpo que podemos encontrar en un espacio de culminación de las creaciones artísticas. Este espacio de recuperación es, en este caso, el de la sala de exposición. Desde el punto de vista del cuerpo, la exposición significa primero la contemplación de la obra realizada desde el cuerpo, con la implicación del cuerpo, que habla del cuerpo, que lo muestra. Significa por lo tanto recordar una experiencia de fuerte contenido físico y reflexionar sobre ella. Significa además compartir ese trabajo, primero en la unidad del taller, conmigo, con los alumnos, con los compañeros del taller, y después con las personas ajenas al taller, con los visitantes a la exposición, los familiares, los cuidadores, etc. Es decir, explorar una dimensión conceptual de la consciencia del cuerpo.

A este punto de vista cabe añadir un aspecto más emocional en el reencuentro con su cuerpo. La exposición, el día de su inauguración, significa también estar y compartir de alguna manera el centro de atención con sus obras, afirmarse como cuerpo presente entre la gente y al igual que sus compañeros. Significa compartir un nuevo espacio y comunicar con el cuerpo en los abrazos dados y recibidos, en las conversaciones mantenidas con los otros.

Sala de exposiciones La Granja. "El dios de la luna", exposición colectiva de los usuarios del taller de arteterapia . Octubre de 2008

Así, podemos asegurar que las representaciones plásticas que las personas que asisten a este taller de arteterapia realizan en él son un proceso de reconstrucción del pensamiento. El trabajo en el taller les permite construir

puentes de tránsito y de unión con el entorno con sus propias manos, con su propio cuerpo. Les permite dibujarlos, pintarlos, modelarlos, unir las piezas. Les permite la recuperación de lugares, de sentimientos, de sensaciones. Les permite la proyección de su mundo interior y de sus deseos reprimidos, el enfrentamiento a fantasmas que se hacen realidad en el proceso artístico donde es posible darles vida o destruirlos. Y sobre todo les permite la transformación de sí mismos, de sus relaciones con el mundo, la transformación del universo.

Estos efectos transformadores del arte nos salpican también a nosotros. En el espacio del taller, "avanzar en el acompañamiento del otro en su proceso creador, construir con él, con ella, una narrativa plausible que ayude a reducir el sufrimiento psíquico, a solucionar conflictos, a aceptar heridas y construir cicatrices, necesita de un trabajo delicado, sumamente serio y extremadamente comprometido y tenaz: con el otro, con el proceso, con la obra y con uno mismo, con una misma" (López Fdez. Cao, 2009). Y aquí, la contemplación de las producciones artísticas de estas personas nos emociona y nos toca. Esta muestra nos permite mirar a través de ventanas abiertas hacia el interior, desde donde los autores de los trabajos expuestos se nos abren, se nos ofrecen, se nos revelan tal y como son, tal y como sienten. Y mirarles ya es estar a su lado.

BIBLIOGRAFÍA

Alanen, Yrjö (2003): "*La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente".* Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis.

Alcaide Spirito, Carmen (2004): "Un taller de expresión plástica con enfermos psiquiátricos. Arte, educación y terapia", en Martínez Díez, N. y López Fernández Cao, M. (eds.), *Arteterapia y educación,* Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Educación, Dirección General de Promoción Educativa, pp. 277-299.

Barragán Rodríguez, José María (2005): "Educación artística, perspectivas críticas y práctica educativa", en Marín Viadel, Ricardo (ed.), *Investigación en educación artística,* Granada: Universidad de Granada / Universidad de Sevilla, pp. 43-80.

Bonnefon, Gérard (1997): « *Art et lien social: Les pratiques artistiques des personnes handicapées »,* Paris: Desclée de Brouwer.

Callejón Chinchilla, Mª Dolores y Granados Conejo, Isabel Mª (2003): "Creatividad, expresión y arte: terapia para una educación del siglo XXI. Un recurso para la integración", *Escuela Abierta,* 6, pp. 129-147.

Coll Espinosa, Francisco J. (coord.) (2006): "*Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos",* Murcia: Universidad de Murcia.

Cubillo López, Rosa (2008): "Un Taller de Arte para la integración social de personas con historial de trastorno mental de larga duración en la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de La Laguna", en AA. VV. *Creativitat en temps de canvis,* COLBACAT / PPU, Barcelona, pp 435-443. (2009 a): "Vistas al interior", comunicación presentada en el *XX Encuentro de la Cultura y XVIII Congreso Internacional Diálogo Fe-Cultura: "Existencia Humana: Salud y Enfermedad*". En el Instituto Superior de Teología de las Islas Canarias, "Virgen de Candelaria", en La Laguna. *(en prensa)*. (2009 b): "Vistas al interior", en *La belleza de los vencidos,* Congreso Diálogo Fe-Cultura / ISTIC Sede de Tenerife, Tenerife, pp. 5-8.

Chuaqui, Jorge (2005): "El estigma en la esquizofrenia", en *Ciencias Sociales Online,* vol. II, nº 1, pp. 45-66.

Da Silveira, Nise (2005): « *Images de l'inconscient »,* Paris: Halle Saint Pierre, Passage piétons.

De Miguel, Laura (2007): "El "cuerpo acción" en el arte para todos. Tenemos: cara, ombligo y dedos de los pies", en *Arte, Individuo y Sociedad,* 19, pp.37-70.

Delahanty, Guillermo (2006): "La imagen del cuerpo de un esquizofrénico a través del Rorschach", en *Enseñanza e investigación en psicología,* vol. 11, nº 1, pp. 199-203.

Diez Del Corral, Pilar (2007): "El cuerpo como terreno donde el significado se inscribe y reconstruye", en *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social,* 2, pp. 261-274.

Forestier, Richard (2005): *Tout savoir sur l'art-thérapie,* Lausanne/Paris: Favre (4ª edición).

Guimón, José (2004 a): *Art et psychiatrie: Mécanismes psycho-biologiques de la créativité,* Chêne-Bourg / Genève: Georg. (2004 b): "Pintura y psiquiatría", *El correo digital* (documento electrónico en http://servicios.elcorreodigital.com/auladecultura/guimon1.html), visto el 30 de agosto de 2009. (2008): "Terapia por el arte", en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria,* vol. 8, nº 1, pp. 9-25.

Hernández Merino, Ana (2006): "Arteterapia en salud mental", *Encuentros con la expresión. Revista de arteterapia,* 1, pp. 27-29. (2006): "La palabra de la imagen: un caso de arteterapia en salud mental", en COLL Espinosa, Francisco J. (coord.), *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos,* Murcia: Universidad de Murcia, pp. 265-276. (2006): "Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor", *Arteterapia,* 1, pp. 79-96.

Klein, Jean-Pierre (2006): *Arteterapia. Una introducción,* Barcelona: Octaedro.

Klein, J.-P. / Bassols, M. / Bonet, E. (coords.) (2008): *Arteterapia. La creación como proceso de transformación,* Barcelona: Octaedro.

López Fernández CAO, Marián (coord.) (2006): *Creación y posibilidad. Aplicaciones del arte a la integración social,* Madrid: Fundamentos. (2006): "¿Nos hace la creación aptos para la vida?", *Encuentros con la expresión. Revista de arteterapia,* 1, pp. 18-22.

López Fernández Cao, Marián y Martínez Díez, Noemí (2006): "*Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística",* Madrid: Tutor.

Martínez Díez, Noemí y López Fernández CAO, Marián (2004) (eds.): "*Arteterapia y educación",* Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Educación, Dirección General de Promoción Educativa.

Martínez Díez, Noemí y López Fernández CAO, Marián (2009) (eds.): "*Reinventar la vida. El arte como terapia",* Madrid: Eneida.

Moron, P.; Sudres, J.-L.; Roux, G. (2004): « *Créativité et art-thérapie en psychiatrie »,* Paris: Masson (2ª edición).

Omenat García, Montse (2006): "Aproximación al proceso creativo", *Encuentros con la expresión. Revista de arteterapia,* 1, pp. 6-10.

Oury, Jean (1989): « *Création et schizophrénie »,* Paris: Galilée.

Polo Dowmat, Lilia Cristina (2005): "*Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia",* Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid (documento electrónico en http://www.ucm.es/BUCM/tesis/bba/ucm-t27338.pdf).

Río Diéguez, María del (2006): "Formas para el silencio", *Arteterapia,* 1, pp. 69-74.

(2007): "*Creación artística y enfermedad mental",* Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid (documento electrónico en http://www.ucm.es/BUCM/tesis/bba/ucm-t%2029445.pdf).

Río Diéguez, María del / Sanz-Aránguez, Belén / Cury, Mónica (2006): "Intervención terapéutica desde el arte en un hospital de día psiquiátrico", *1er Congreso Nacional de Terapias Creativas,* Barcelona: Blanquerna Universitat Ramón Llull.

Rodríguez, Jean y Troll, Geoffroy (2006): "*L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts",* Paris: Ellébore.

Tobin, Catherine (2006): "*Las esquizofrenias. Una guía para familiares y pacientes",* Barcelona: Paidós.

Vassiliadou Yiannaka, María (2004): "*La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: arteterapia y esquizofrenia",* Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid (documento electrónico en http://www.ucm.es/BUCM/tesis/bba/ucm-t25317.pdf).

Capítulo 11

DANZA Y MOVIMIENTO TERAPIA (DMT)

Elena Cristóbal Linares.

En la última década son cada vez más los profesionales de la salud en España que se han interesado por las Terapias Creativas (TTCC), las cuales incluyen Arte Terapia (AT), Músico Terapia (MT), Danza Movimiento Terapia (DMT) y Drama Terapia (DT). Prueba de ello es que cada vez va siendo más habitual encontrar Centros que ofertan estas modalidades de terapias o formaciones regladas y no regladas que brindan la oportunidad de formarse y ejercer como terapeutas en TTCC.

Las terapias creativas constituyen un punto estratégico para el intercambio de valores, formas y técnicas provenientes de sus dos progenitores: arte y psicoterapia. (Gorelick, 1989).

El pluralismo sustituye a las actitudes de "o todo o nada", y estimula a terapeutas y terapias, incluyendo las terapias creativas. Los terapeutas tienen libertad para utilizar técnicas de escuelas distintas, y esto es de alguna manera beneficioso en el sentido de que los terapeutas disponen de más medios para responder a las necesidades de los pacientes. Los valores artísticos de libertad, creatividad y espontaneidad garantizan este proceso, que a su vez enriquece la teoría y la práctica terapéutica (Calisch, 1989).

Ya se ha mencionado que las TTCC incluyen la AT, MT, DMT y DT. Pero ¿qué entendemos por Terapia Creativa? A continuación citamos una de las múltiples definiciones posibles:

"Uso de las distintas modalidades del arte y procesos creativos durante una intervención intencionada en contextos terapéuticos, de rehabilitación, comunitarios o educacionales para fomentar la salud, la comunicación y la expresión; promover la integración del funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social; mejorar la autoconciencia y facilitar el cambio." (En Web [www.nccata.org]).

De una forma más sencilla podemos definirla como aquella terapia que además de la palabra, utiliza la expresión plástica, corporal, musical o dramática como principal recurso terapéutico.

Las TTCC nacieron y empezaron a desarrollarse en los años sesenta con el nombre de "Expressive Arts Therapies" . Los pioneros habían iniciado su labor innovadora en 1940 en hospitales psiquiátricos y gradualmente con cada vez más discípulos, fueron divulgando sus trabajos hasta que a finales de los años sesenta, surgieron los primeros cursos de formación en diferentes colegios y universidades y, en el caso de la DMT no es hasta los años setenta que aparecen los primeros programas de formación con carácter de master o especialización de nivel superior.

El Arte Terapia, la Músico Terapia, la Danza Movimiento Terapia y la Drama Terapia son disciplinas ya muy implantadas en distintos países europeos (como Alemania, Reino Unido o Austria) y en EEUU, y con un cuerpo científico que

demuestra su eficacia y potencial para tratar una gran variedad de problemáticas, pudiendo así formar parte de los nuevos recursos terapéuticos actuales.

La terapia creativa ocurre en un espacio potencial lleno de posibilidades donde todo está por ocurrir a través de nuestro movimiento (danzamovimientoterapia), o nuestro cuerpo que pinta , esculpe o moldea (arteterapia). Articulando la creación y sus procesos dentro del taller, se articula la creación de la vida, y su proceso fuera de él. Por ello también acaba, como acaba la vida.

El impulso de pintar, crear y danzar procede de un encuentro de uno mismo con la realidad, consigo mismo y con su pasado o con sus posibilidades de futuro. El arte busca la veracidad y la proximidad con uno mismo, planteando búsquedas y caminos que el sujeto, acompañado por el terapeuta, será capaz de encontrar. (Marian López Fernández y Noemí Martínez, 2006)

"… y duerma en sábanas de seda aquel que predice el vuelo de los pájaros exóticos de la esquizofrenia…" (Javier Jordán, Oh discapacidad 2001-2009)

Por tanto, y siguiendo a Berger (2004) las terapias creativas no actúan con carácter adivinatorio, ni propone una lista de preguntas y respuestas, sino propone la apertura y el respeto hacia la persona implicada en el proceso terapéutico en un espacio de posibilidades y libertad, para que encuentre sus límites y capacidades, sus escollos infantiles, sus bloqueos y para que reconozca, comprenda y pueda plantear otros puntos de vista.

La Danza Movimiento Terapia (DMT)

Qué es DMT

La DMT o Danza Movimiento Terapia es un nombre largo que, en ocasiones propicia confusión. En sus orígenes, en EEUU, el término fue "Danza Terapia". Incluso la propia revista de la Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia (ADTA) ha mantenido el nombre antiguo. Pero desde hace ya varios años se incluyó la palabra "movimiento" para dar a entender que la danza es la sucesión de movimientos y que son estos pequeños movimientos los que caracterizan el medio de comunicación que se desarrollará en las sesiones de DMT y no tanto una coreografía como muchos imaginan.

La palabra "danza" hace referencia a los orígenes, bailarinas inspiradas por el arte de crear, encarnando en sus movimientos sus vidas, emociones, conflictos, deseos, miedos…La Danza como elemento poético, intuitivo, y emocional que durante años ha caracterizado a ésta y a todas las Artes Creativas en Psicoterapia. La palabra "movimiento", incluye el campo de investigación y teorización sobre la comunicación no verbal y psicología del movimiento corporal que durante años ha ido desarrollando conceptos, teorías dentro del marco de la investigación. Finalmente la palabra terapia o "psicoterapia" hace referencia al encuadre, al marco donde se encuentran estas herramientas y la actitud verbal y no verbal desde donde se pretende trabajar y entender al paciente.

La Academia Americana de Danza Movimiento Terapia (ADTA) la define a la como *"el uso psicoterapéutico del movimiento como proceso que facilita la integración emocional, social cognitiva y física del individuo.".*

Se funda en la conexión entre el movimiento y la emoción ("motion and emotion") y trabaja con el cuerpo y su propio lenguaje.

Así que el movimiento expresivo y la danza se utilizan como medio para enfrentarse con un proceso personal de integración y de crecimiento, dentro de un marco seguro, facilitado por el terapeuta, donde se exploran aspectos comunicativos y creativos del movimiento improvisado.

Es el cuerpo el que nos informa sobre el mundo que nos rodea, por lo que cualquier trabajo corporal que desarrolle el potencial de un individuo le permitirá estar mejor informado sobre su entorno y así adaptarse mejor al mismo.

Breve recorrido histórico

Tras la segunda guerra mundial en EEUU comenzó a elevarse el número de pacientes con problemas psiquiátricos y emocionales. El país se replanteó rehabilitar a estos veteranos de guerra. Los tratamientos individuales que se basaban en la búsqueda de traumas infantiles no conseguían resultados. Por ello se abrieron nuevos planteamientos y se pasó del inconsciente al énfasis en temas sociales: terapias de grupo, terapias activas, arte terapia…

La DMT surgió de tres fuentes:

- Sus aspectos terapéuticos, que se han utilizado durante siglos;
- los aspectos creativos y de improvisación de la danza moderna, que subrayan la parte expresiva y comunicativa; y
- los aspectos psicológicos del movimiento: es decir, el movimiento y su significado en psicoterapia.

En muchas culturas arcaicas se encuentra ya el uso de los aspectos terapéuticos de la danza primitiva. La curación por medio del ritmo, los rituales del grupo, etc…el movimiento y la danza pertenecen a la tradición y a la vida cotidiana de muchas culturas antiguas (Schott-Billman, 1972).

A lo largo de la historia de la humanidad, los hombres se han expresado moviéndose juntos mediante un ritmo común. Bailaban antes de la cosecha, la caza, las guerras. Bailaban en tiempos de transición: nacimiento, pubertad, adolescencia y muerte. Con la participación en movimiento compartían emociones y sensaciones (Schmais y White, 1986).

La DMT, tal como se practica hoy en Europa, Latinoamérica y Estados Unidos, invoca por una parte estas raíces y este conocimiento antiguo, y por otra, se integra en la tradición de la civilización occidental moderna y en su conocimiento y visión de la psicología y la terapia.

Los principios de la DMT, como campo profesional en sí, se encuentran en Estados Unidos alrededor de los años cuarenta, donde emerge gradualmente de dos campos profesionales: la psicología y la danza moderna.

Una de las pioneras de la Danza Movimiento Terapia, quizás la más importante fue Marian Chace, quien trabajó durante años en el prestigioso Hospital Federal St. Elisabeth de Washington D.C. con pacientes de la unidad psiquiátrica. Fue ella quien introdujo un espacio de danza y movimiento improvisado y creativo, consiguiendo efectos muy positivos en los pacientes.

Junto con el fundador del psicodrama, J.L. Moreno, investigó la conexión entre la psique y el cuerpo en su trabajo con esta población. Chace se apoyó

también en las aportaciones de Harry Stack Sullivan, psiquiatra norteamericano que puso en práctica las ideas de Freud y Adler para el tratamiento de la esquizofrenia.

Se acercaba y se comunicaba con sus pacientes a través del movimiento y la danza ajustándose al nivel emocional y cognitivo en el que se encontraran. Muchos no utilizaban la comunicación verbal y únicamente el movimiento era un canal de comunicación que abría multitud de posibilidades. Mediante el movimiento "empático y sincronizado" transmitía al individuo un mensaje crucial: "*Te acepto como tú eres, y quiero estar contigo donde tú estás"(*Levy, 1988) .

Otra de las grandes pioneras de la DMT fue Mary Whitehouse, de origen norteamericano, que desarrolló un intenso trabajo a través del cuerpo y el movimiento, relajando los mecanismos de defensa de la persona y dejando que ésta se mueva de forma espontánea. Se basaba en el estudio y la aplicación de la teoría propuesta por Jung (Jungian psicoanálisis) y la "active imagination" (imaginación activa). Whitehouse desarrolla esta misma idea pero desde el cuerpo, de forma que a través del movimiento se dejan fluir los pensamientos, ideas, emociones o sentimientos que pudieran estar reprimidos de forma inconsciente. Defiende que el terapeuta debe empezar a trabajar desde donde el paciente se encuentra, tanto a nivel emocional y cognitivo como físico para que la intervención sea lo más productiva posible.

Los ámbitos de aplicación de la DMT pueden ser varios. Teniendo en cuenta la población con la que se trabaje se optará por una u otra forma de proporcionar la estructura de las sesiones, objetivos más abstractos o más concretos, formas de expresión más o menos subjetivas o elegir trabajar de forma individual o grupal.

En relación a pacientes internos en hospitales o residencias psiquiátricas, la DMT favorece que estos pacientes se relacionen con el entorno en el que viven, se comuniquen con los demás miembros del lugar de residencia y reduzcan el sentirse aislados.

Heber (1993), tras su trabajo con personas internas en psiquiátricos o residencias, describe cómo a través de la DMT se favorece que los participantes se involucren al sentirse incluidos y activos, aumentando así la conciencia de sí mismos.

Brooks y Stark (1989), tras su estudio con personas hospitalizadas, concluye que hubo cambios en el estado de ánimo, encontrando niveles significativamente más bajos de ansiedad y depresión, tras el trabajo semanal de una sesión de DMT, en comparación con un grupo control que no recibió ese tratamiento.

S.L.Sandel (1980), Kluf et al. (1986), Wilder (1987), Stanton-Jones (1992), E.Baum (1995) y C. Greven (1999) elaboran las aplicaciones clínicas de la DMT con personas con trastornos mentales, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y de la personalidad. En el libro" *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psyquiatry*"de Stanton-Jones se analiza la historia, las diferentes escuelas de pensamiento y aproximaciones posibles con esta misma población, y definen y describen criterios para diagnósticos y perfiles de movimiento.

A finales de la década de los 80 se realizan estudios con personas con lesiones cerebrales y autores como Berrol y Katz (1985) afirman que el trabajo con DMT incrementa la capacidad de estas personas para ser más independientes,

desarrollar mayores niveles de bienestar en relación a su espacio personal y un mayor grado de relajación.

Estados Unidos fue el primer país donde se creó la primera asociación. Concretamente en 1966 nace la Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA). A finales de los años sesenta, surgen los primeros cursos de formación en diferentes colegios y universidades, y ya en los años setenta, aparecen los primeros programas de formación con carácter de máster o especialización de nivel superior. Desde entonces, la ADTA, dentro de este marco de actuación psicoterapéutica, trabaja para establecer y mantener estándares de calidad y competencia tanto profesional como educativa. También estimula la comunicación entre los psicoterapeutas en DM a través de una revista mensual de información acerca de las novedades en cuanto a trabajo, investigación, cursos, relacionados con la DMT. (www.adta.org).

Los principios de la DMT en Europa se encuentran en Gran Bretaña. En 1975 se funda la primera asociación de psicoterapeutas: Association for Dance Movement Therapy United Kingdom.

En 1994 se celebra el Primer Congreso Clínico Internacional en la Clínica Psiquiátrica de Spandau (Berlín). Profesionales de la DMT presentan ahí sus trabajos y los publican en la colección "Sprache der Bewegung" (El lenguaje del movimiento). Seis años más tarde, en agosto del 2000, se celebra la 5º Conferencia para el desarrollo de los profesionales europeos de la DMT y se crea la Red Europea para Asociaciones de DMT, que persigue los mismos objetivos que la Asociación Americana de Danza Terapia y apuestan por el desarrollo de la DMT como especialidad en psicoterapia.

En España nace en el 2001 la Asociación Española de DMT (ADMTE). www.danzamovimientoterapia.com.

Una nueva profesión se introduce en España: la DMT. Y a su vez, en Canarias, concretamente en Tenerife, nace la primera Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC), bajo el apoyo y supervisión del Director del PIRP, del Dr. Francisco Pulido.

1.3. Taller de Movimiento y Terapia (DMT) con psicóticos

Las artes nos han ido ayudando durante la historia a comunicar y expresar lo que en palabras no siempre se puede decir

"Cuando hay momentos en la vida en los que las palabras no bastan para expresar lo que sentimos..."

Nuestro proyecto (concretamente el Taller de Movimiento y Danza) se puso en marcha, en Octubre de 2007 a cargo de Elena Cristóbal Linares, psicóloga (Universidad de La Laguna, ULL) y experta en DMT (Universidad Autónoma de Barcelona, UAB). A este taller, impulsado por el responsable medico del ECA, asisten 40 pacientes, que residen en los recursos de alojamiento alternativo de la isla. Se realiza a través de una terapia grupal "in situ", con 3 grupos en las Miniresidencias, y este año 2009, hemos abierto 2 grupos nuevos con usuarios del recurso Atención domiciliaria, y pisos supervisados. En este caso son los usuarios los que se desplazan al espacio de las sesiones, concretamente "El centro de las Madres", espacio cedido por el Ayuntamiento de La Laguna.

. Durante el taller de DMT hemos tratado en todo momento de darle importancia al cuerpo, pero no sólo en relación a las emociones, sino como fuerza comunicativa también. Si reconocemos el lenguaje del cuerpo, su movimiento, podemos ayudar al individuo a descubrir y construir comportamientos nuevos y más satisfactorios.

Quiero aclarar que trabajamos sobre la persona que se mueve, no sobre la enfermedad, o el síntoma. Lo que no significa que se desconozcan las características de cada patología. Se trata de mirar, proponer, escuchar, intervenir, leer más allá de la cosa en sí, para que en la escena se ponga en juego el decir y actuar de una persona, no de una enfermedad.

Al hacer hincapié en el cuerpo y sus expresiones no verbales el mundo de una persona se hace más accesible. Se encuentran significados en gestos, posturas, cualidades de movimiento. De alguna manera si se aumenta el patrón o la capacidad de movimiento se amplía simultáneamente el espacio vital de la persona, su manera de ser y de estar en el mundo, así como su manera de pensar.

Un cuerpo flexible nos ayuda a tener una actitud más flexible hacia uno mismo, los demás y hacia la vida, ya que consideramos mente y el cuerpo en continua interacción.

En los trastornos psicóticos la conexión con el cuerpo se pierde. (Fuch, 2001). Algunos pacientes psicóticos suelen tener problemas con la determinación de los límites corporales (otro objetivo específico de nuestro trabajo). En ocasiones, ciertos pacientes regresan a un estado infantil, en el que ven su cuerpo en parte como ellos mismos y en parte como un objeto. De ahí que puedan experimentar sentimientos intensos de despersonalización y desrealización:

"*miro mis brazos y no son míos. Se mueven sin que yo los dirija. Alguien más los mueve. Todos mis músculos y todos mis pensamientos están unidos a hilos que mueven los demás. No sé quién soy yo. No tengo control. No vivo en mí. El exterior y yo somos lo mismo*".

Es fácil intuir porqué estos pacientes suelen aparecer preocupados o perdidos en sus pensamientos. En la esquizofrenia por ejemplo el paciente no puede utilizar su cuerpo como medio para percibir el mundo. Al contrario, vivencia una disociación entre el cuerpo y la mente, un "Split" corporal, y ya no es capaz de explicar detalles específicos del movimiento y la percepción, y lo que es apropiado y adecuado en la vida cotidiana, se pierde (Fuchs, 2001). Suelen tener problemas con la determinación de los límites corporales de una forma paralela a los que tienen con el sentido de sí mismos, por así decirlos con su propia "realidad".

Steiner(1997) nos habla de pacientes que sumidos en un terrible dolor mental, construyen en su psiquismo lo que él denomina "refugio psíquico" para protegerse de todo contacto con la realidad y con el terapeuta, incluso. En algunos casos, utilizan también el silencio como "refugio" que les protege de establecer cualquier contacto afectivo con el entorno. Esto ha ocurrido bastante a lo largo del taller, llegando incluso ciertos pacientes a abandonar el proceso terapéutico. Por tanto hemos trabajado con técnicas kinestésicas para que el usuario pueda vivenciar su cuerpo de manera positiva.

El juego y el movimiento les proporcionan también posibilidades para trabajar con la expresión y comunicación, y evita así la tendencia habitual al ensimismamiento. Les ayuda a organizar el material y la historia del paciente dentro de un marco seguro, creado por el terapeuta.

En las sesiones de DMT y al comienzo del proceso terapéutico, trabajamos este aspecto como objetivo inicial: preparar el "setting" o encuadre de manera óptima para de alguna manera "sostener" al paciente, creando un espacio seguro donde se sienta cómodo. Damos importancia a la estructura, y trabajamos con rituales que se repiten en cada sesión. Las sesiones son semanales, dos veces por semana, y con una duración de una hora cada sesión.

Habiendo valorado previamente las distintas necesidades que presentaron los usuarios al inicio del taller: falta de unión entre mente y cuerpo, ausencia de límites corporales, falta de desarrollo y unidad gestual (movimientos retorcidos, esporádicos, irregulares.) valoramos una serie de objetivos en función de estas demandas:

- Ayudar a la integración del cuerpo: que fueran capaces de reconocerlo, sentirlo y diferenciarlo del ambiente.
- Reforzar el sentido real de la imagen corporal de cada usuario.
- Ampliar patrones de movimiento. Creímos conveniente aumentar el movimiento ya que al tener más libertad para moverse, podrían ser más autónomos
- Por último ayudar en el control del comportamiento impulsivo y causal (estereotipias, etc.)
- Para ello, iniciamos el proceso terapéutico con un periodo breve de observación de cada paciente y recogida de datos (ver hoja de observación del movimiento a continuación), y así sacar un perfil de movimiento de cada usuario.

OBSERVACIÓN DEL MOVIMIENTO

FECHA DE LA OBSERVACIÓN:_____ TERAPEUTA:_____

DATOS DE LA OBSERVACIÓN:_____

CONTEXO DE LA OBSERVACIÓN: Qué esta haciendo, donde, con quien... _____

_____

1. **IMPRESIÓN GENERAL E IMPRESIÓN EN MOVIMIENTO (metáfora, imagen**,...)

_____

2. **CUERPO**

Postura: (rígida o tensa, relajada, curvada ...) _____

Hay tensión en alguna parte del cuerpo?

_____

Todas las partes del cuerpo se mueven por igual?

_____

Que partes del cuerpo están más activas? Partes que lideran el movimiento. _____

Actitud sobre el su propio cuerpo: _____

Contacto físico (autotocar-se, con el grupo) _____

Respiración (profunda, superficial, suspiros...) _____

Sentido del propio cuerpo, arraigo, presencia, enraizamiento:

_____

3. **ACCIONES:**

Movimientos frecuentes, tics, auto-acciones: _____

4. **ASPECTOS TEMPORAELS:**

Preparaciones, transiciones, acentos en movimiento...

_____

5. **ASPECTOS DEL ESPACIO:**

Uso del espacio general _____

Kinesfera personal (próxima, mediana , lejana)

_____

Preferencia de niveles (alto, bajo, medio)

_____

Planos (mesa – horizontal, puerta – vertical, rueda – sagital): _____

6. **CUALIDADES DEL MOVIMENTO:**

- FLUJO: Libre – conducido
- ESPACIO: Directo – Indirecto
- TIEMPO: Súbito – sostenido
- PESO: Firme – ligero – pasivo

7. ASPECTOS RELACIONALES:

	Proximitad	Contacto Visual	Sentido de presencia	Contacto verbal	Contacto físico
Terapeuta					
Usuarios					
Materiales					

Inicio de las interacciones y tolerancia a éstas:

_____

8. USO DE LA VOZ y COMUNICACIÓN VERBAL:

Volumen de la voz: _____

Entonación: _____

Vocabulario: _____

Construcción de frases:

_____

9. COMENTARIOS RESPECTO A LA COORDINACIÓN Y EL RITMO:

10. **IMPRESIÓN GENERAL E IMPRESIÓN EN MOVIMIENTO (metàfora, imagen**,...)

_____

_____

11. COMENTARIOS RESPECTO A LA COORDINACIÓN Y EL RITMO:

Las sesiones, comentábamos anteriormente son grupales. Consideramos que el grupo, de algún modo, funciona como "caja de resonancia", como oportunidad para que el usuario reciba de los otros miembros una respuesta o un reconocimiento de su acción. Confrontado con la reacción del grupo a movimientos o verbalizaciones personales, el paciente puede encarar tanto el rechazo como la aceptación o la aprobación. A medida que el grupo se va formando, va comprendiendo y aceptando la estructura del movimiento, el miedo al contacto se reduce en la medida en que no hay amenazas, los objetivos se transforman en objetivos grupales y parecen más fáciles de alcanzar, menos abrumadores.

Mettler (1960) describe al grupo como un organismo viviente constituido por diferentes elementos y que debe operar como una totalidad para funcionar de forma eficaz. Para el paciente psiquiátrico, centrado en sí mismo, desorientado y apartado, el grupo es un recurso "conectivo", conecta al paciente con la sesión, con los miembros del grupo y con el terapeuta. Las sesiones grupales las realizamos en círculo, consideramos que es una estructura útil ya que permite un contacto táctil y visible en general. El círculo es, además, una estructura de creación asequible y relativamente familiar, y constituye una organización espacial estabilizadora y de equilibrio.

"El movimiento de un grupo no es la suma de movimientos individuales. Es algo muy diferente. En la expresión del movimiento grupal, cada miembro debe tener conciencia de su propio movimiento, pero la conciencia está subordinada a un reconocimiento del grupo como totalidad. " (Mettler, 1960:404)

Durante la sesión, a medida que el usuario responde e interactúa con el movimiento de los demás, observamos una reorganización de las respuestas emocionales y una mejor organización de su propia respuesta cognitiva: tolerar al otro, reducción del aislamiento, la separación y el reencuentro, la elaboración de temas grupales, incluso la simple alegría de moverse libremente en un grupo.

Antes incluso de la sesión, el hecho de ser invitado a participar, de decidir asistir o no y de expresar esa decisión permiten la puesta en juego de toda una serie de procesos mentales y sociales.

Hemos observado que para este tipo de pacientes, el hecho de exponerse a interacciones y procesos grupales les lleva a un fortalecimiento de la sensación del self.

Por tanto las sesiones grupales de DMT son también una experiencia de socialización, activa al individuo y favorece una mejor comprensión de su cuerpo y de sí mismo, así como la comunicación de ideas y emociones.

CONCLUSIONES

La danza movimiento y terapia viaja, por así decirlo, hasta los espacios elegidos y destinados para cada uno de los centros integrados para personas con trastorno mental grave. Tras un recorrido de dos años, estos cuerpos en un inicio "apagados y desconectados", comienzan a expresar a través del cuerpo, a reconocerlo y a entender que a través de él también, si se quiere, se puede comunicar… "de la desconexión al movimiento": el viaje sigue siendo una ida (sin retorno) porque todo está escrito en sus cuerpos y muy lentamente pero con consistencia ,se incorpora en su realidad el movimiento como desahogo y respiro, como realidad posible, como vía alternativa de comunicación.

La terapia grupal , y dentro de ésta aspectos como la cohesión grupal, capacidad de liderazgo y toma de decisiones desarrollada en movimiento ha permitido que cada grupo conformado por distintas realidades individuales sea integrado y además ayude y permita estimular diferentes patrones de movimiento, y por tanto mayor autonomía personal.

Durante este recorrido el trabajo con personas con trastornos mentales graves atendidos por el Equipo Comunitario de Salud (ECA), que residen básicamente en las miniresidencias, ha sido constante y estructurado, lo que ha facilitado que cada uno de ellos esté en contacto continuo con su cuerpo y sus límites corporales(conciencia kinestésica) y de alguna forma se ha conseguido una disciplina de trabajo en movimiento,: para ellos esta terapia creativa no es algo desconocido…quizá todo lo contrario, hoy en día reconocen perfectamente por qué están ahí y que cosas pueden ,si lo desean ,compartir y expresar a través de la danza y el movimiento, emociones, vivencias, y de alguna manera recomponer esa historia , en ocasiones interrumpida y traumática.

Un viaje sin vuelta, de largo recorrido y lento, con sus respiros necesarios para reposar y situar…**un viaje desde la desconexión hasta el movimiento**…

Una propuesta para el futuro*…"FAMILIAS EN MOVIMIENTO"*

Dada la importancia del trabajo integral con pacientes con trastorno mental grave, que estamos realizando a través de las terapias que se ofrecen desde la Asociación Canaria de Terapias Creativas, vemos indispensable como punto de mejora el desarrollar un programa integral y complementario con las familias de estos pacientes. De esta manera podrán beneficiarse de la terapia del movimiento cada uno de ellos de forma individual y grupal.

"Familias en movimiento" significa integrar la terapia del movimiento no sólo en los pacientes sino además en sus familiares más cercanos, siendo ésta una forma de estructurar, sentir, conocer y vivir cualquier tipo de discapacidad desde la cercanía, empatía, desde ese mismo prisma con el que se mira y se siente esta realidad. Para desarrollar este objetivo cuyo pilar básico es la integración, es importante trabajar específicamente con los familiares, a través de una terapia grupal. Y así, posteriormente integrarlos conjuntamente y así lograr "Familias en Movimiento"(empatía kinestésica, nuevos canales de comunicación verbal y no verbal, interacción corporal, autonomía y dependencia, conciencia de la enfermedad, ampliación de patrones de movimiento entre otros…

Atender a las Familias de los pacientes con trastorno mental grave y proporcionar un espacio y entorno seguro donde se produzca una interacción paciente-familar beneficiosa que facilite desde la terapia del movimiento la comunicación, el contacto y el conocimiento de la enfermedad (limitaciones, aceptación, normalización…) promoviendo así un encuentro a través del movimiento, la música, la danza, la creatividad, la improvisación, como mejora de la realidad individual de cada uno de los participantes, y de cada núcleo familiar. Desarrollar un lenguaje en movimiento común entre familiares y pacientes , promoviendo así la expresión a través del cuerpo y las emociones de forma asertiva, de manera que mejore la relación familiar de forma bidireccional, y la comprensión - aceptación de la enfermedad. Por otro lado, desmitificar el estigma social que existe al convivir con esta enfermedad.

De alguna manera mejorar la relación familiar de manera bidireccional (familia-paciente) a través de la terapia del movimiento, como terapia creativa. (rompo/e etiquetas y descubro/e).

BIBLIOGRAFÍA

Avances en Salud Mental /Advances in relational mental health. Vol.8, núm.2-Julio 2009. *Revista internacional. Fundación. OMIE*.

Conferencia:"*Fenomenología de la conciencia corporal y psicopatología del esquema corporal*." AEN (2009) Cádiz. Ponente: D.Jose L. Dia Sahún. Psiquiatra del Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Emmi Pikler (2000): "*Moverse en libertad*."Madrid. Ed. Narcea.

Fast, J. (1971): "*El lenguaje del cuerpo".* Barcelona. Ed. Paidos.

Flora Davis (1976). "*La comunicación no verbal*". Alianza.

Gonzalez de Chaves. (2008) "*Psicoterapia de grupo y esquizofrenia*".(capítulo 18). Abordajes Psicoterapeúticos de las Psicosis Esquizofrénicas. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Heidrun Panhofer (comp.)(2005)*"El cuerpo en psicoterapia"*. Ed.Gedisa.

Jonson, M. (1991): "*El cuerpo en la mente"*. Ed. Rogar, Madrid.

Laban, R. (1987): "*El dominio del movimiento".* Fundamentos. Madrid.

Lowen, A.(1991): "*La depresión y el cuerpo".*Ed. Alianza, Madrid.

Redorta, Josep. (2006): "*Emoción y conflicto"*. Ed. Paidos.

Rogers, C. (1965): "*Client centered Therapy*". Boston, Houghton Miffin.

Scarth, P. y White, E. (1986), "Introduction *to Dance Therapy", American Journal of Dance Therapy,* vol.9, pp.23-30.

Taylor,J.y Ceci Taylor (1995): "*Psicología de la danza*". Ed. Gaia.

Velasco,R.(1995):"*Refugios psíquicos: organizaciones patológicas en pacientes psicóticos*"(capítulo). Libro: "*Refugios Psíquicos"* Madrid. Biblioteca Nueva/APM.

Winnicott, D. (1982): "*Realidad y Juego*". Barcelona. Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (1987): "*El gesto espontáneo*".Barcelona .Ed. Paidos.

Capítulo 12

DRAMATERAPIA

Carmona Cabello Juan. Nayra Caballero Estebaranz

Nuestra experiencia comienza su actividad en julio de 2008 perteneciendo a la asociación ASCATEC (Asociación Canaria de Terapias Creativas), subvencionada por el IASS (Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria) y con usuarios con trastornos mentales graves procedentes del ECA del Servicio Canario de la Salud. Promueve y se construye esta asociación a instancia de la Dirección del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife con el objetivo de ofrecer una nueva alternativa de tratamiento para enfermos mentales graves por medio del uso de la expresión artística.

Wilkinson, Srikumar, Shaw y Orrell (1998) afirman que las terapias artísticas creativas ayudan a dibujar las experiencias sensoriales y afectivas y fomentar la reminiscencia, autoexpresión y socialización de sus participantes. Según Read (1998), las terapias artísticas creativas proponen que los estados internos son externalizados o proyectados por medio del arte, transformados en maneras de promover la salud y entonces reinternalizados por la persona.

La dramaterapia pretende la "Sanación por medio del drama que permite al paciente, mediante la utilización de estructuras dramáticas, recibir percepciones y explorar las emociones en un lugar especial, en un tiempo real e imaginario, dentro de un encuentro social.". La dramaterapia se concentra fundamentalmente en los aspectos sanos de la persona estimulando la intuición, la espontaneidad y la imaginación del individuo. Cuando la persona logra adueñarse y revalorizar esos aspectos como propios, que por lo general están olvidados o negados, comenzando así el proceso de recuperación.

Otro elemento importante en su acción terapéutica es el juego de personajes, según Doyle (1998), este abarca una experiencia de transformación. El autor afirma que la persona puede expresarse a través del personaje, en cualquier momento; en este sentido, el objetivo de la dramaterapia es desarrollar los roles para consolidar el yo y construir la estructura del yo; además, integrar un repertorio de roles y afectos en una experiencia de cohesión del yo.

APLICACIÓN

El taller está dirigido a personas con trastorno mental grave que son atendidos en la comunidad por el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) o los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) y tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo en un espacio libre y abierto de manera que se pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal. Para acceder al taller, los usuarios son derivados por sus psiquiatras del servicio canario de salud. Como personal del taller figura un monitor y un psicologo. Este taller forma parte de las iniciativas de la Asociación Canaria de Terapias Creativas (ASCATEC) y el mismo, ha sido financiado por el IASS a traves del PAD/PIRP.

DESARROLLO

El taller consta de cuatro horas semanales y tiene como objetivos crear un espacio de libertad, abierto, de expresión y de transformación. La dramaterapia tiene como objetivo desarrollar y mejorar las capacidades motrices e intelectuales como son: la flexibilidad, la creatividad, el equilibrio, coordinación, lateralidad; concentración, fomento y hábito de lectura, socialización, manejo de su cuerpo; lenguaje, creatividad, autoestima; conocimiento del mundo, valores éticos y morales, identidad. El teatro además estimula procesos de aprendizaje de las llamadas inteligencias múltiples, particularmente: verbal y lingüística, intrapersonal, interpersonal; visual-espacial, musical y corporal-cinestésica entre otras. Además con la dramaterapia, se produce en muchas ocasiones una catarsis emocional, que produce una descarga de las emociones, una liberación y un sentimiento de mejoría.

En un escenario mágico en el que se crean historias, se interpretan personajes diferentes, se inventa escenarios múltiples con objetos variados,…en el que se ríe, se grita, etc. Todo está permitido, no hay nada prohibido, solo hay que dejarse llevar, inventar, crear e imaginar en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

El taller dispone de dos días a la semana en los que se realizan diferentes improvisaciones de obras, actuaciones, etc. y se realizan diferentes actividades como son los ejercicios de expresión de emociones, relajación, respiración, memorización, de voz, de control postural.

CONTENIDOS

1) El cuerpo

Se suele utilizar un precalentamiento antes de empezar el taller con el objetivo de "despertar el cuerpo" que consiste en ejercicios motrices como caminar de puntillas, correr, saltar, golpear las piernas en el suelo, etc)

Aquí entrarían todos los contenidos que se refieren a aquellas técnicas que potencien el cuerpo como medio de expresión y comunicación como la relajación, los ejercicios de respiración, ejercicios de concentración, ejercicios con los cinco sentidos, los desplazamientos, el cuerpo como medio de expresión y de relación con los objetos y con los otros.

2) La voz

Son bastantes utilizados los ejercicios de golpes de voz para reconocer el espacio con consonantes y vocales variadas. Se potencian todas las técnicas de expresividad de la voz como pueden ser la pronunciación y entonación, las intensidades, los timbres, y la expresividad vocal.

3) El espacio

Se utiliza todo el espacio escénico con controversia de personajes. Se busca lograr un dominio del espacio a la hora de desplazarse por él en relación con los demás y con los posibles objetos.

4) El conflicto

Entraría en este punto, la técnica de la improvisación en donde se asumen diversos roles y relaciones grupales potenciando la creatividad. Cada uno crea su historia y su personaje libremente.

5) La dramatización

Se explican algunos conceptos importantes del teatro Estaría dentro el conocimiento y la experimentación de los elementos del esquema dramático (argumento, tema, personaje, espacio, tiempo,ritmo,…). Incluye la creación de historias a partir de diversos estímulos y la creación y caracterización de personajes.

6) El montaje teatral

Consiste en la representación de personajes de obras de teatro o fábulas ya escritas. Se refleja en la participación durante la elaboración de un montaje teatral en donde convergen diversos lenguajes expresivos y se desarrolla la memorización de los papeles asignados, la improvisación, la creatividad, etc.

A MODO REFLEXION

Atardece en el Centro de las madres; son las 6 de la tarde. Esperamos a los actores, tienen un servicio que hacer, entretenerse en terapias creativas , una cita con la ciencia, con la dialéctica del Drama, con la cultura. Digo ciencia y dialéctica del drama porque además de disponerse a dejarse llevar por entre unas técnicas de una disciplina artística como es el teatro van a investigar de forma lo mas cercana a la realidad su entorno sus sentimientos, personalidad , todo un cúmulo de emociones y desde un punto de vista lo mas cercano a una dialéctica científica, la cultura teatral occidental .No hemos de olvidar que la pauta que da cabida a estas enseñanzas y consideraciones es su entorno. Cercano a sus familia a los pisos tutelados, a las cuidadoras y demás personas (médicos siquiatras., sicólogos…etc.).El monitor que le imparte las clases de iniciación de teatro. Personas que trabajan y conviven con ellos, en este afanoso mundo de la enfermedad mental. Inclusive los personajes tipos que se utilizar para ser canalizados en las interpretaciones que se hacen de ellos, son sujetos cercanos; son a veces mas utilizados en los ejercicios que personajes tipo de lo mas denso y primorosos de la cultura teatral occidental.

Ejercicios de la voz o sobre la voz en los resonadores del cuerpo, o también utilizada como golpe de voz, aplicados a hacer resonar, llegar o invadir los diversos apartados y rincones del espacio en una sala o en espacios abiertos, hacen pensar en una técnica láser en cuanto a medida y graduaciones de la voz y de los desplazamientos de esta en el aire, vibrando los cuerpos que hay en derredor. Me refiero también presumiblemente al espectador y lo compañeros actores.

Esto es a lo que me refiero de técnicas muy cerca de la objetividad. Logran que el actor haya de hacer mediciones y predicciones que están muy cerca de una medida quántica .La satisfacción es grata en el alumno. Hay veces que les hace pensar en un dominio casi manual sencillo y que esta al alcance se sus manos que lo pueden utilizar y repetir con cierta precisión .Lo útil de este ejercicio es que utiliza la entereza del individuo y de lo golpes de voz para la subjetiva claridad que le va a dar en la construcción del personaje. Gradualmente esa interpretación que hace con la voz del personaje queda definitivamente minada por particularidades que se van creando bien sea en el entorno de una improvisación o con un texto dramático recopilando pruebas que harán que el actor con la voz casi llegue hacer a crear el alma del personaje. Un ejercicio que

se realizo en ASCATEC fue la producción en Radio de una interpretación colectiva de la Obra el Muerto. Cuatro Actores de la cual salieron y en particular yo muy satisfechos de la interpretación.

Una relajación y un precalentamiento con ejercicios físicos sirven de comienzo a las clases de iniciación en el taller de teatro que suele terminar también y dentro del horario con una relajación. La primara relajación se realiza porque estimamos que tiene que haber una desconexión casi total con el exterior para abrir de forma estimada la mente de la persona que va a tratar con personajes muchas veces ajenos a ella que van a ser medidos y estudiados en equipo para diseño de un texto dramático o una escena o en una improvisación. La ultima relajación también para relajar tensiones de las ejercicios dramáticos y también un poco desconectar de la tensión de la clase e incorporase a la vida cotidiana.

Una de las interpretaciones con puesta escena que se han realizado es la de la aparición del pirata Cara de Perro en la isla de la Palma. Los actores memorizaron el texto de la primera escena; el desembarco de los Piratas, no a través de la lectura, sino mediante una comunicación verbal, la trama escénica era que el pirata deambula entre los personajes de la isla en una situación de arrebato, dolor y desastre en la lucha por la conquista de la ciudad. Los diferentes personajes se enlazaban con el pirata disipando su lucha con bastante cólera y los actores exponían sus textos con bastante soltura y generosidad, haciendo de la confrontación del texto en un control síquico y corporal, experimentando diferenciando culturalmente con estos arrebatos dramáticos entre la angustia que sufren en la realidad con su estado de animo decaído, nervioso en la vida cotidiana con la ficción, que llegaron a crear. Imaginarse estar en la lucha por la defensa de la isla y otros por su conquista

Otra historia épica fue la conquista de Canarias. La matanza de Acentejo. Se describió de forma sencilla y donde participaron todos. Se turnaban para escenificar el personaje de Bencomo y Lugo simulando con los brazos y manos y de forma sem. Visibles las espadas y garrotes que portaban los conquistadores y los isleño. Y entrar en un romance amoroso entre la Princesa Guacimara y el Príncipe

A las emociones le hemos dedicado un papel importante para el conocimiento y la descripción de los personajes de las 6 emociones que elegimos la tristeza la ira le sorpresa la alegría etc. Con todas las solemos interpretar en ejercicios de improvisación con personajes tipo; con monosílabos o frases cortas, con expresiones del cuerpo y movimiento.

Se estimula positivamente con aplausos y vítores la realización de un ejercicio haya conseguido su objetivo o no. Suele suceder que a veces hay que intentarlo de nuevo y repetir varias veces animándolos ha hacerlo. No es solamente el instructor el que marca la pauta de si se ha hecho bien o mal, si no que se pregunta a la clase si se ha realizado con claridad y calidad.

Siempre esta presente en la clase el divertimento y la distracción, sugiriendo para esto
que los alumnos se muestren activos y dándoles muestras de satisfacción y reconociendo su esfuerzo en la toda la actividad de la clase.

Hemos reconocido que nos movemos dentro de una dialéctica de la dramaturgia occidental estudiando en todo momento las formas de expresión y su contenido. Una de las propuesta que se hizo fue la de improvisar con expresión corporal y mimo las fábulas de Esopo. Se introdujeron técnicas gestuales, movimiento lento y comprensivo de la historia, técnica sobre el ritmo escénico,

comprensión del texto y su simplificación, expresiones faciales y expresiones corporales. Estas técnicas y composición de la escena y los personajes se sitúan siempre en experiencias de estudio práctico de su carrera profesional del actor y director de teatro Juan Carmona Cabello en trabajos hechos principalmente de Teatro Laboratorio de Mellerjol y GRotoski y el Método del actor de Estanislaski.

El estadio que ocupan los usuarios del taller con sus diferentes síntomas de las varias enfermedades mentales que sufren, suponen el pie de apoyo de esta experiencia teatral. Se explican con el monitor y la sicóloga del taller de los sufrimientos y alegrías de su vida cotidiana, en su relaciones con la familia y los demás centros que mantienen un contacto con ellos permanente. De sus entrevistas con siquiatras de zona y los sicólogos que los tratan; de sus diferentes particularidades y se hace un seguimiento de su enfermedad y su personalidad. De este trato se supone perderán el miedo y la indecisión a enfrentarse a los problemas que genera la vida social en comunidad con los diversos aspectos de su enfermedad y sus síntomas. En esos momentos tenemos siempre una relación directa con ellos de forma individual o grupal. También se tratan diversos aspectos del taller en su desarrollo y acción en la ejecución de los ejercicios y sus puntos de vista y sentimientos que les causan la ejecución y tareas técnicas que realizan.

De este último punto hemos sonsacado que no siempre surge una curación inmediata y persistente en el enfermo, ha habido casos, en los cuales la persona sufre una descompensación de los fármacos, o recae en una descompensación aguda por depresión y tiene que ser ingresada, pero que una vez dada de alta vuelve al taller pensando con alegría en la recuperación positiva que espera realizar en el taller entre los compañeros y renovar su estado de animo con los ejercicios y pruebas de humor que se realizan

Obras poéticas como El Romancero Gitano se han visto en clase, en la exposición frente a los alumnos por parte de alguno de ellos. Se ha realizado un análisis del texto, en este caso sobre la muerte y en el texto, que conlleva esa particularidad de ser medio surrealista, difícil de entender a simple vista., Una vez interpretado, algunos de los alumnos rechazaban la prueba por considerar poco mas o menos la idea espantosa que suponía la muerte y la muerte de un niño por la luna. Explicamos varias opciones para entenderlo, una de ellas fue decir que la muerte de una forma subjetiva también puede no ser el final de todo. Y que la claridad de la luna puede eclipsar las ideas y lo sentimientos. Y surgió un mare mágnum de ideas que los alumnos expusieron.

Una charla que nos pareció importante fue la de la comunicación, si queríamos y llegaríamos a conseguir exponer y realizar al exterior algunas prácticas que realizábamos en el taller. Les pareció a todos una idea estupenda, a nosotros los docentes nos pareció sin ninguna duda una idea esplendida por que ya se jugaba con esta posibilidad. Queríamos adentrar a los alumnos a percibir y sentir la catarsis en el drama con otras personas (publico).

Un primer ejercicio fue la puesta en escena de la obra de teatro "El muerto" de Morales Lomas en los estudios radiofónicos de una emisora de Radio, "Radio Popular Canaria" Una comedia del arte en la que los alumnos se encontraron con una experiencia que a todos agradaba por la repercusión que iba a tener en la edición y transmisión del evento en este tipo de medio de comunicación .Iban ha ser oídas sus voces y su arte por familiares y amigos. Esto les suponía una gran alegría. Como ya he expuesto antes, salieron muy satisfechos.

La siguiente propuesta fue dinamizar más esta obra con ejercicios de memorización del texto y perseguir el movimiento, expresiones corporales y

faciales en la construcción de los personajes y adéntranos en un espacio dramático afín a lo que el autor de la obra solicitaba para su puesta en escena.

Necesitábamos un espacio para representar la obra y que hubiera cabida para un público. Esta comedia es corta de una duración, de 20 minutos y no podíamos citar al público solo para este corto espacio de tiempo. Pensamos en un acto que tenía lugar en el Cabildo de Santa Cruz de Tenerife. Una asamblea que se realiza en el Día de La Salud Mental, 10 de Octubre. Y así se hizo.

Puedo decir que los actores y también el público sufrieron una catarsis muy intensa. Estuvieron riéndose y carcajeándose durante toda la representación. El arte de la comunicación artística surtió efecto. Se había conseguido un clímax de emociones potenciado por los actores en sus personajes, que con el texto dieron cabida a una alegría manifiesta en el público que agradeció con aplausos y vítores la obra. Los actores disfrutaron mucho de este evento. Su reacción fue fantástica nunca se les había visto así en ningún ejercicio, estaban eufóricos de contentos. Los asistentes al acto les felicitaban repetidas veces y ellos respondían entrecortados con signos de satisfacción y de triunfo su agradecimiento a su presencia en el acto. Dos días después antes del siguiente ensayo en el taller se mantuvo contacto telefónico con ellos, con los alumnos, y constatamos que estaban aun contentos y que había surtido en ellos un efecto positivo en su entorno y personalidad la catarsis en la que habían estado inmersos. ESTABAN BIEN.

BIBLIOGRAFÍA

Boal, A. (2002): Juegos para actores y no actores. Teatro del oprimido. Alba editorial.

Castronuovo, J. (2009): Lecciones de pantomima. Editorial Fundamentos.

Doyle, C. (1998): A Self Psychology Theory of Role in Drama Therapy. The Arts in Psychotherapy, 25(4): 223-235.

Grotrowski, J. (2000): Hacia un teatro pobre. Editorial siglo XXI.

Lázaro, J. (2003): Taller de teatro. Editorial CCS.

Morales, F. (2009): Caníbal teatro. Editorial Fundamentos.

Oliva, C, Torres, F. (2006): Historia básica del arte escénico. Ediciones Cátedra.

Pascual, I. Garre, S. (2009): Cuerpos en escena. Editorial Fundamentos.

Read, D. (1998): On the therapeutic action of the creative arts therapies: the psychodinamic model. The Arts in Psychotherapy. 25(2): 85-99.

Stanislavski, K. (2009): El arte escénico. Colección voces del este.

Wilkinson, N. Srikumar, S. Shaw, K. Orrell, M. (1998): Drama and Movement Therapy in Dementia: Pilot Study. The Arts in Psychotherapy. 25(3):195-201.

Winnicott, D. (1982): "*Realidad y Juego*". Barcelona. Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (1987): "*El gesto espontáneo*".Barcelona .Ed. Paidos.

Parte III

El espacio del alojamiento

Probablemente cada vez abra un interés creciente por la atención sanitaria y social en el domicilio. En el siglo XXI este será uno de los aspectos más relevantes de las políticas sanitarias y sociales. A pesar de la tendencia que existe a aumentar el número de camas en centros sociosanitarios, no es factible ni deseable promover el uso desmesurado de recursos de institucionalización. En el ámbito de la atención primaria se ha hecho un esfuerzo importante en los últimos años para mejorar la calidad de los servicios en el domicilio. La atención domiciliaria, por las necesidades sanitarias demográficamente prevalentes, será uno de los aspectos más importantes de la cartera de servicios de la administración pública y del tercer sector.

En salud mental en nuestra isla, el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), su quehacer asistencial, cobra sentido en la atención domiciliaria, en sus diferentes modalidades de alojamiento. La provisión de soportes comunitarios de alojamiento acelera la creación, al mismo ritmo, de desarrollo y consolidación del Equipo Comunitario Asertivo (ECA). La nueva manera de organizar los recursos comunitarios para TMG nos exige esta interdependencia.

El ECA, atiende a las personas con trastornos mentales graves, que residen en las miniresidencias, los pisos protegidos, y en el domicilio propio. Esta es una variante del tratamiento asertivo comunitario en la isla de Tenerife en relación a otras comunidades y a otros países, que no al no disponer de recursos de alojamientos, los TAC atienden a los usuarios en sus domicilios. Sea como sea, como cada país toma sus decisiones de acuerdo a su idiosincrasia, lo central es que los dispositivos sanitarios van donde están las personas con trastorno mental grave. El ECA proporciona una atención durante 24 horas todos los días de la semana.

Este complejo sistema en red, para dar respuesta a la compleja realidad de las necesidades de las personas con TMG, nos hace comprender que el ECA se mueve en todos los espacios y se relaciona con todas las redes. Por ello hemos decidido incluirlo en el espacio del alojamiento, siendo su esencia profundamente sanitaria. Esta doble singularidad del ECA, le permite descubrir su identidad tanto en el espacio sanitario como en el espacio de alojamiento. La lectura de los capítulos anteriores es obligada para dimensionar el trabajo del ECA en el espacio de alojamiento**.**

La naturaleza de las acciones del ECA esta basada en la práctica de saber medir de forma exquisita las intensidades de apoyo que van requiriendo cada persona en cada momento de su vida, lo que exige de nuestra parte conocer en profundidad sus narrativas personales y de ellas un compromiso con el proceso de cambio y una cooperación para su logro. Siempre con un horizonte que nos recuerda, la flexibilidad de estos procesos y de una larga espera para detectar y sentir los cambios.

Cada uno de las modalidades de alojamiento reúne sus propias singularidades. Las Miniresidencias no es un recurso de alto requerimiento sanitario, están integradas en su localidad, son de pequeñas dimensiones, han sido sectorizadas, mantienen su vínculo con la atención primaria de salud, y los cuidados no sanitarios están gestionados por el tercer sector (empresa privada). Los pisos supervisados, las personas que conviven en ellos, gozan de una mayor autonomía -en relación a la población de las residencias- pero requieren supervisión y seguimiento continuo; están ubicados en zonas céntricas municipales, distribuidos por toda la isla para facilitar su accesibilidad, y los cuidados no sanitarios están gestionados por las Asociaciones de familiares. La atención en domicilio propio, la realizamos para aquellas personas con una débil adherencia a los servicios sanitarios y/o a los tratamientos, o/y con situaciones

familiares especiales, acudiendo a los domicilios particulares, ofreciendo la intervención terapéutica en el hogar, que presenta unas características diferenciada, con respecto a las otras modalidades. La necesidad de distintas modalidades de alojamiento obedece a distintos grados de atención y soporte, que pueden responder a diferentes momentos evolutivos formando un continuun en red cuya utilidad es manifiesta en los procesos de recuperación.

Parte III

Capítulo 13

EL EQUIPO COMUNITARIO ASERTIVO (ECA)

Francisco Rodríguez Pulido. Angeles Rodríguez García. Cecilio Hernández Sotomayor. Juan Ojeda Ojeda.

El espacio sanitario es de crucial importancia para el seguimiento de las personas con trastorno mental grave y persistente en la comunidad. Su formación, su organización, su articulación, sus soportes, su cartera de servicios, sus relaciones, su capacidad de influencia y su capacidad resolutiva vienen a determinar las maneras de como se facilita la recuperación de las personas. Este espacio, lo entendemos, como un espacio de liderazgo, un espacio estratégico, un espacio holístico, un espacio de especializacion dentro del saber y quehacer del campo de psiquiatría y la psicología clínica. Dadas las cualidades señaladas, el espacio sanitario, debe ser capaz de elaborar, diseñar y mantener una visión global de las personas, discernir sobre sus soportes mas adecuados, elegir las técnicas mas convenientes a sus logros y esperanzas, y de mover a la comunidad, para hacer factible una *medicina personalizada*. Siempre escuchando a las personas que acompañamos en su viaje de la recuperación.

El desarrollo del PIRP y el PAD han dado la posibilidad de articular nuevos recursos, diferentes a los tradicionales, para las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente (TMGP). EL Equipo Asertivo Comunitario (ECA) es uno de estos nuevos recursos para el seguimiento de las personas en sus hogares.

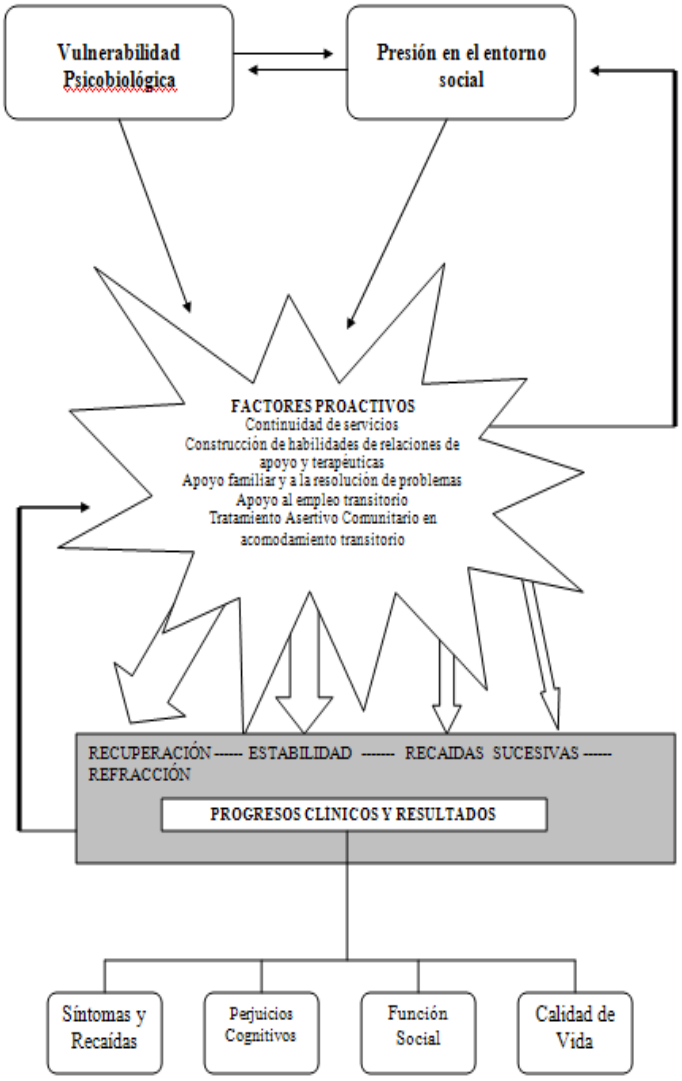
El ECA es un equipo de seguimiento destinado al cuidado, la atención y soporte en la comunidad de las personas con TMGP. Con esta novedosa modalidad organizativa se pretende por parte del Servicio Canario de la Salud mejorar la atención, los cuidados y la calidad de vida de estas personas y sus familias.

EL ECA, su modelo de actuación, se guiará por el *modelo tratamiento comunitario asertivo*, modelo más efectivo y más humano, adaptado a las especificidades de nuestro entorno. Se trata del modelo más eficaz, léase parte primera capitulo 1, para gestionar la atención a las personas con TMGP. Ofrecemos desde un enfoque comprensivo y práctico (Veáse figura 1) el asegurar que las personas beneficiarias reciban de forma continua e integral los servicios que necesita.

La función del ECA, no es sustituir al equipo comunitario en salud mental, sino servir de complemento, a los objetivos y acciones que le son específicas y

propias. Precisamente el ECA nace con la voluntad de reforzar, como prioridad de actuación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental, las estrategias de continuidad de cuidados en la atención destinada a la psicosis.

Inicialmente el ECA comenzó a ejercer su actividad en Septiembre el 2005 con la externalización de 24 pacientes con TMGP del Hospital Psiquiátrico de Tenerife en la Comarca Metropolitana de Santa Cruz de Tenerife. Después ha extendiendo su cobertura asistencial en la Comarca Noreste y aun, esta por consolidar, un equipo pleno en la Comarca Suroeste de la isla.



Fuente: Modelo de enfermedad mental de vulnerabilidad-estrés y factores protectores (Liberman, 2008.)

METAS

EL ECA acompaña y se hace cargo de las personas con TMGP para que puedan vivir en la comunidad, creando un ambiente de cooperación mutua y una relación de confianza, para que estas logren disfrutar de la sociedad del bienestar - como las demás personas- favoreciendo su socialización e individualización.

Las **metas del ECA** serán las siguientes:

1.- Mantener a las personas fuera del hospital.

2.- Disminuir, eliminar y prevenir los síntomas de la enfermedad mental que las personas con TMG puedan presentar mediante la provisión de un manejo adecuado de la medicación, fortalecer la adherencia a los servicios de salud mental comunitaria, y con apoyo y educación sanitaria a las personas y sus familias.

3.- Favorecer de forma activa el contacto con los servicios sanitarios, sociales y laborales.

4.- Asegurarse activamente de la continuidad de cuidados entre los diferentes servicios y recursos de acuerdo a sus necesidades.

5.- Conseguir la confianza de las personas beneficiarias

6.- Ayudar a las personas cuando no pueden hacer algo por si mismas.

7.- Asesorar a los miembros de la comunidad relacionados con las personas con TMG proporcionando apoyo, información y educación.

8.- Dinamizar los recursos de soporte comunitarios.

9.- Aumentar la habilidad de las personas para vivir de forma autónoma o independiente en la comunidad.

10.- Promover el funcionamiento en su rol social como adulto o en el trabajo.

11.- Supervisa la atención que recibe las personas con TMG.

12.- Mejorar la calidad de vida.

Lograr estas metas no la entendemos como un acto sino un proceso de continuos avances y retrocesos, donde cada persona va marcando sus ritmos de acuerdo a su biografía personal y sus expectativas de futuro.

NATURALEZA

El ECA ofrece opciones, construye itinerarios, y ayuda para que las personas tomen las mejores decisiones posibles para sus vidas. El ECA procura estar en contacto diario con las personas a su cargo. El ECA procura flexibilizar, al

tener un conocimiento permanente de las mismas, las ayudas según las necesidades. El ECA tendrá en cuenta tus opiniones. Al ECA le preocupan los sueños de las personas a su cargo y le escuchan. El ECA sabe que la recuperación es un proceso. El ECA te ayudara a afrentarte a la enfermedad y como abordarla. Solo porque las personas tienen una enfermedad sus vidas no tienen porque terminar. La relación con el ECA con el tiempo aumenta la confianza en ti mismo para poder hacer cosas y para tomar la responsabilidad personal de tus acciones. El ECA puede dar la fuerza que necesitas para vivir independientemente

La **naturaleza** del modelo de trabajo este equipo se sustenta en que:

a.- Las personas son atendidas en el lugar de residencia y/o trabajo o de recreo.

b.- No sustituye, sino refuerza, la red especializada de atención psiquiátrica y de salud general.

c.- Moviliza un número variable de recursos disponibles, al favor del disfrute de las personas.

d.- Trabajará de forma sectorizada.

e.- La responsabilidad es colectiva. El equipo trabaja conjuntamente, se le exige intensidad en el compromiso.

f.- Lugar de trabajo es la comunidad, donde los problemas ocurren o donde se necesita apoyo.

g.- Servicio ilimitados en el tiempo.

h.- Estrategia de itinerarios de apoyo.

i.- Se trabaja con cada persona de una manera regular. Se personalizan los cuidados, se favorece el máximo crecimiento personal y su autonomía, y el desarrollo de sus capacidades y cualidades mas conservadas.

j.- Flexibilidad en los tipos de intervenciones de acuerdo a necesidades percibidas y circunstancias de cada momento y a las preferencias de las personas.

k.- Practicar rehabilitación de baja intensidad.

La naturaleza de nuestras acciones esta basada en la práctica de saber medir de forma exquisita las intensidades de apoyo que van requiriendo cada persona en cada momento de su vida, lo que exige de nuestra parte conocer en profundidad sus narrativas personales y de ellas un compromiso con el proceso de cambio y una cooperación para su logro. Siempre con un horizonte que nos recuerda, la flexibilidad de estos procesos y de una larga espera para detectar y sentir los cambios.

.

BENEFICIARIOS

El ECA trabajara con aquellas personas adultas residentes en los municipios de Tenerife que presenten un trastorno mental grave y persistente (TMGP). El ECA está dirigido principalmente al abordaje de las siguientes patologías: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares y trastornos de ideas delirantes. Además debe presentar importantes limitaciones en su actividad y restricciones en su participación y la duración de su enfermedad deberá ser superior a los dos años.

De forma estratégica, los diferentes segmentos de población con las características señaladas, los podemos fraccionar de la siguiente manera:

- Aquellas que disfrutan de los recursos sanitarios y sociosanitarios adscritos al Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) y al Plan de Atención a la Discapacidad (PAD).

- Aquellas que no disfrutan de los recursos anteriormente señalados y que a pesar de acudir regularmente a los recursos de atención especializada de salud mental, se niegan a participar en recursos rehabilitadores y/o de integración.

- Aquellas que no disfrutan de ninguno de los recursos disponibles y han dejado de acudir a los recursos especializados de salud mental.

- Aquellas que permanecen en la calle sin hogar.

Por razones de economía de esfuerzo y ajustado a los recursos disponibles, la prioridad de actuación se establecerá, en cada momento, a lo largo del proceso del desarrollo y consolidación del ECA, y también de acuerdo a la implicación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental y de otros recursos específicos destinados a la población con trastornos mentales graves. El ECA no son un equipo de intervención en crisis ni sustituye los compromisos naturales del paciente con los Equipos Comunitarios de Salud Mental y con los Equipos de Atención Primaria de Salud.

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO

La composición del equipo es multidisciplinar. Se trabaja en equipo pero las relación entre sus miembros es de iguales y en términos de gestión jerárquica. El equipo esta en constante colaboración con los otros niveles de atención especializada en salud mental, con la redes de recursos de soporte comunitario, y los servicios sociales locales.

La composición prevista de nuestro, aun por consolidar, será la siguiente:

Personal dependiente del SCS

- 1 Jefatura de Sección
- 3 Psiquiatras
- 12 DUE
- 4 Trabajadores Sociales

Personal dependiente de Asociaciones (ATELSAM , AFES, SIMPROMI):

- 1 Técnico de apoyo individualizado al empleo
- 6 Educadoras

- 5 Técnicos de integración social

Todo el personal citado forma parte del ECA independientemente de su relación jurídica con su entidad. De forma funcional se realizara una sectorización de los profesionales del ECA de acuerdo al número de plazas residenciales atendidas en cada una de las comarcas de la isla. La supervisión y la dirección de este equipo serán realizadas por el Director del PIRP, aun por consolidar, como Jefe de Sección del Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. El lugar de reunión del ECA será un lugar en la comunidad. Cada comienzo de semana, al final del día, se reunirá todo el equipo para establecer los objetivos, compartir responsabilidades, distribuir las tareas y revisar las acciones emprendidas. Ninguna familia y ningún usuario pueden ser recibidos en los locales del ECA.

Encuadre y Dinámica de Trabajo

EL marco de trabajo del ECA, inicialmente consistirá, en la identificación de los personas y filtro de acceso al programa, facilitar el enganche, romper las barreras de acceso, evaluar las necesidades, desarrollar los vínculos, y asesoramiento de todas las agencias que trabajan con o alrededor del ECA. Posteriormente, se irán estableciendo los Planes Integrados de atención (PIA) para definir una atención individualizada (léase documento 7), y se sustentara las acciones en procedimientos psicológicos contrastados.

El ECA establecerá una práctica basada en **valores,** sustentada en:

- Respeto al deseo, a las opiniones o a la opción escogida por las personas.
- Búsqueda del equilibrio entre, respeto a la autonomía versus la opción de insistir o forzar la adherencia al tratamiento.
- Consentimiento de las personas en todas las decisiones que estén relacionadas con sus vidas.

Las consideraciones anteriores tienen que ser vista, desde una perspectiva clínica, donde la motivación del sujeto-paciente, es un objetivo intermedio del proceso rehabilitador, no un requisito del inicio del mismo

EL ECA funciona como un solo equipo donde la información libremente circula entre los profesionales bajo el criterio de confidencialidad, y la puesta en práctica común garantiza la coherencia de la focalización de las metas y sirve de supervisión continua entre todos sus miembros.

Los ECA, el encuadre de su trabajo, *su organización interna se realiza en diferentes niveles,* interdependientes, pero con interlocutores y objetivos diferentes. Estos niveles son los siguientes:

Nivel 1.- Reunión del staff de los ECA, formado por los psiquiatras de los ECA y el Jefe de sección y/o Director del PIRP.

Los temas a abordar son relativos a las estrategias globales, la cartera de servicios y prestaciones, la resolución de las dificultades en la implementación de los programas terapéuticos y/o de los recursos, y la definición y estructuración de los calendarios de trabajo individual y grupal y de los programas de formación y resolución de conflictos que no se han resuelto en los otros niveles.

Mientras el encuadre anterior no este maduro organizativamente este nivel lo formaran temporalmente todo el personal adscrito al ECA con las tareas asignadas.

Escenarios de encuentro:

- Reunión de la Dirección + Psiquiatras ECA
- Reunión de la Dirección ECA + Profesionales
- Reunión de la Dirección * ECA + Entidades

En el nivel 1 abra un libro de actas donde se registran los acuerdos de las reuniones del equipo.

Nivel 2.- Reunión de los equipos del ECA Metropolitano, ECA Noroeste y ECA Sureste. Está formado por todos los profesionales, tanto los contratados por el SCS como por las Asociaciones o entidades privadas.

En sus reuniones, con orden del día previo, y libro de registro de los acuerdos, se *concreta* las estrategias globales, se definen y ordenan las prioridades de acuerdo a las necesidades y a la estrategia global, y se elaboran los programas individuales de atención (PIA) para la recuperación, se pasa revista a los problemas no resueltos en el nivel 3, y se distribuyen las tareas entre los miembros del equipo. Se deberá respetar el calendario de trabajo programado, y se garantiza que los servicios no queden descubiertos por razones de permisos, bajas, etc. Las reuniones de los equipos es fundamental para análisis y unificación de las prácticas. Es de alta prioridad promover, mantener y facilitar las reuniones entre los profesionales con la finalidad de analizar e intercambiar visiones sobre la realidad de nuestro trabajo.

En este nivel, se elaboran, el instrumento de ordenación y planificación individualizada del trabajo terapéutico, los Planes Integrados de Atención (PIA). En el mismo se recoge la identificación del usuario, la valoración clínica y funcional por áreas de interés, se valora el compromiso del usuario, se identifican los objetivos, se establecen las prioridades, se definen las estrategias terapéuticas adecuadas, se orientan y describen las actividades, se programa la evaluación y su temporalizacion, y por ultimo, se hace un miembro del equipo responsable de su seguimiento. La modalidad de trabajo por objetivos –todas las situaciones que se pretenden alcanzar con el plan de intervención y que suponen una mejora del estado previo del paciente- obedece a la necesidad que el equipo tenga presente y por lo tanto se haga explicito, que se pretende conseguir con el cuidado de un paciente y que se va a realizar para conseguirlo. Permite además establecer la continuidad de los cuidados. Los PIA son planes individualizados de identificación, valoración e intervención (léase documento 7) que se elaboran y revisan de forma permanente cada periodo de tiempo, según el estado y las situaciones que recorren las personas. Es esencial que en la elaboración de los PIA participen los usuarios de forma activa, recomendando, la entrevista motivacional, como estrategia de trabajo para su confección.

Los Psiquiatras lideran estos equipos, las enfermeras se hacen cargo del trabajo de los educadores y cuidadores de los soportes comunitarios dedicados al alojamiento o del seguimiento en domicilio propio y las trabajadoras sociales monitorizan el trabajo de los animadores de ocio y tiempo libre y gestionan las prestaciones y servicios sociales que necesitan los usuarios de toda la red de alojamiento.

Las DUE, juegan un papel de enlace de carácter estratégico, y en sus reuniones de trabajo programadas - de acuerdo a las prioridades definidas- llevaran un orden del día previo y un libro de actas.

Las TS llevaran a cabo todas las acciones sociales necesarias para la resolución de la problemática social del usuario de acuerdo a las indicaciones del equipo, facilitando recursos en la comunidad para las actividades sociales y/o de ocio, y supervisara las actividades que llevarán a cabo los Animadores Socioculturales, que atendrán a los siguientes criterios:

1. No hará tareas de cuidador.
2. No llevará a cabo ninguna medida terapéutica o intervención sin consultar a miembros del ECA.
3. Promoverá actividades estructuradas durante todos los días de la semana.
4. Programará sus actividades por escrito y éstas se pondrán en el tablón de la miniresidencia, especificando nominalmente qué actividades, horarios y usuarios participarán en las mismas.
5. En la programación, las actividades obedecerán a la movilización de recursos propios del lugar, miniresidencia o municipio para beneficio de los usuarios.
6. En la programación de la distribución del tiempo de las actividades, el 70% se realizarán en la Comunidad, para facilitar el uso del ocio como herramienta de socialización e integración y el 30% se realizará centro de la miniresidencia para facilitar la socialización entre sus usuarios En la programación de las actividades se tendrán en cuenta las preferencias individuales, facilitando la creación de micro-grupos por afinidades comunes, evitando la generalización.
7. Las Trabajadoras Sociales del ECA facilitarán información a los animadores de los recursos, programas y actividades exteriores, para hacer factibles en el exterior.
8. En la programación de las actividades se tendrán en cuenta las preferencias individuales, facilitando la creación de micro-grupos por afinidades comunes, evitando la generalización.
9. Las Trabajadoras Sociales del ECA facilitarán información a los animadores de los recursos, programas y actividades exteriores, para hacer factibles en el exterior.

Escenarios de encuentro:

- Reunión del ECA con Dirección del PIRP
- Reunión de los ECA (metropolitano, noroeste y sureste)
- Reunión del ECA por comarca
- Reunión DUE del ECA
- Reunión Trabajadores sociales + Animadores
- Reunión de educadores sociales

El nivel 2 es un espacio a disposición del ECA para que este disponga de un tiempo y lugar para el análisis de lo observado en su marco relacional, medite las estrategias de intervención más adecuada y diseñe los cuidados inmediatos y de los desarrollos que requieren las personas para su recuperación.

Nivel 3.- Los forman los espacios de relación del ECA con todos los demás que trabajan con nosotros y el marco de encuentro es los propios recursos.

En situ se programa reuniones con todos las partes donde se le comunica lo decidido en el nivel 2, se recoge información de los cuidadores y/o educadores y de las asociaciones o entidades privadas, se resuelven las tareas diarias se hace el seguimiento de los usuarios con todo el personal implicado y se ejecuta y se hace un seguimiento personalizado de los programas individuales de rehabilitación y/o recuperación. Por convenio del IASS con las entidades en las reuniones con las Asociaciones de Familiares y entidades privadas se levantara actas de las reuniones.

Escenarios de encuentro:

- Reunión ECA + usuarios (individual o grupos)
- Reunión ECA + Familias
- Reunión ECA + Cuidadores + Animadores
- Reunión ECA + Servicios de Salud mental
- Reunión ECA + Entidades (gestores)

En este nivel 3, el ECA reúne la información procedente del usuario y de todos los agentes que interacción con este y con el equipo. Si la dificultad encontrada no es removida o se requiere de mayor apoyo, estancándose las posibles soluciones no resolviéndose en este nivel la demanda en un tiempo prudencial, debe ser comunicada y tratada, según su relevancia, en los otros niveles.

CRONOGRAMA Y RUTAS ASISTENCIALES

En la organización del trabajo, en cada uno de los *Equipos Comunitarios ASERTIVOS (ECA)* se han establecido un *cronograma de trabajo del equipo (léase tabla 1.1) y unas rutas asistenciales del profesional*, léase, tablas 1.2 (psiquiatra) y tabla 1-3 (DUE), respectivamente.

Tabla 1.1. Cronograma ECA metropolitano.

ECA METROPOLITANO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8-9 H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Reuniones ECSM.. Pisos S/C	Pisos S/C Atención domicilio	Pisos S/C Atención domicilio
9-10H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Reuniones ECSM. Pisos S/C	Reunión animación Pisos S/C Atención domicilio	Pisos S/C Atención domicilio
10-11H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Valoraciones Pisos S/C	Reunión animación Pisos S/C Atención domicilio	Pisos S/C Atención domicilio
11-12H	Reunión Empresa Cuidadores As.Usuarios	Reunión pisos La Laguna	Reunión Atención Domicilio propio	Trabajo Equipo PIA	Pisos S/C Atención domicilio

12-13 H	Reunión Equipo ECA	Reunión pisos La Laguna	Reunión Atención Domicilio propio	Trabajo Equipo PIA	Minirresidencia
13-14H	Reunión ECA Metropolitano	Reunión Areas profesionales Reunión Coordinación UIB-HUNSC	Reuniones USA-URA y ECSM Reuniones Asociaciones Sesión Clínica	Reunión aula formativa	Minirresidencia
14-15H	Reunión Equipo ECA Metropolitano	Reunión áreas profesionales Coordinación UIB-HUNSC	Reuniones USA-URA y ECSM Reuniones Asociaciones Sesión Clínica	Reunión aula formativa	Minirresidencia

Tabla 1.2.-Ruta asistencial de profesional de psiquiatria.

Psiquiatra	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8-9 H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Reuniones E.C.M.S Pisos S/C	Pisos S/C Visitas atención domicilio	Pisos S/C Visitas atención domicilio
9-10H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Reuniones E.C.M.S Pisos S/C	Piso S/C Visitas atención domicilio	Pisos S/C Visitas atención domicilio
10-11H	Reunión La Atalaya	Reunión Mabel II	Valoraciones Pisos S/C	Pisos S/C Visitas atención domicilio	Pisos S/C Visitas atención domicilio
11-12H	Reunión Empresa Cuidadores As.Usuarios	Reunión pisos La Laguna	Reunión Atención Domicilio propio	Trabajo Equipo PIA	Pisos S/C Visitas atención domicilio

12-13 H	Reunión Equipo ECA	Reunión pisos La Laguna	Reunión Atención Domicilio propio	Trabajo Equipo PIA	Minirresidencias
13-14H	Reunión ECA Metropolitano	Reunión áreas profesionales Reunión Coordinación UIB-HUNSC	Reuniones USA-URA y ECSM Reuniones Asociaciones Sesión Clínica	Reunión aula formativa	Minirresidencias
14-15H	Reunión ECA Metropolitano	Reunión áreas profesionales Coordinación UIB-HUNSC	Reuniones USA-URA y ECSM Reuniones Asociaciones Sesión Clínica	Reunión aula formativa	Minirresidencias

- Reuniones con USA-URA, Unidades de Salud Mental, Asociaciones/Empresas y Animación son mensuales.
- Sesiones clínicas en la UIB, cada 15 días
- Asamblea con usuarios, familiares y cuidadores, cada mes
- Reunión Coordinación con UIB, cada mes
- Cada semana se elabora un PIA siguiendo las modalidades de alojamiento
- El resto de acciones son semanales

Tabla 1.2.-Ruta asistencial de profesional de enfermería.

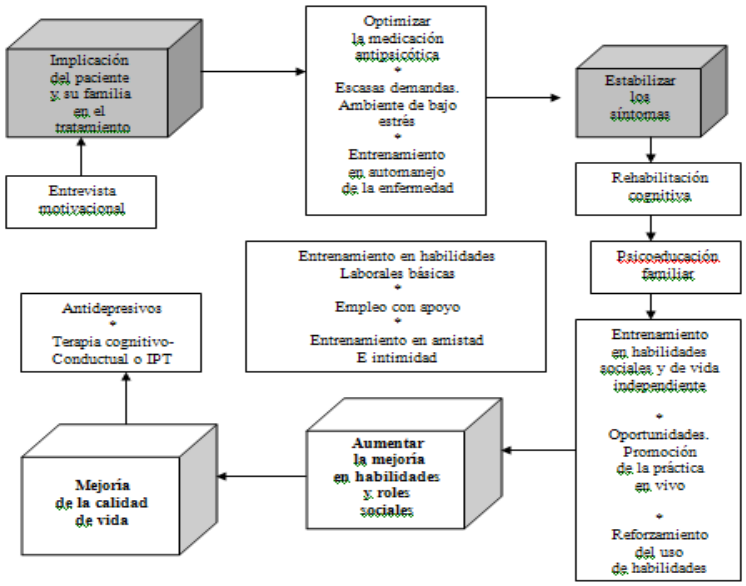
DUE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8-9 H	Piso Avda. Venezuela	Piso Ruiz de Padrón	Piso Avda Venezuela 4º *Reunión Piso Ruiz de Padrón	Piso Tirso de Molina (Reunión ECA)	Piso Ruiz de Padrón
9-10H	Piso Avda. Venezuela	Piso Ruiz de Padrón	-Piso Av.Venez *Reunión ECA P.Ruiz Padrón	Piso Tirso de Molina *Reunión ECA	Piso Ruiz de Padrón
10-11H	Piso Avda. Venezuela	Contactos telefónicos con recursos	Piso Tomé Cano *Reunión ECA	Trabajo Equipo PIA	Piso Piscina
11-12H	Contactos telefónicos con recursos y familiares *Reunión con familiares y usuarios	Piso piscina	Piso Tomé Cano *Reunión ECA	Trabajo Equipo PIA	Piso Piscina

12-13 H	Reunión Equipo ECA	Piso piscina	*Reunión ECA Piso Piscina	Piso Tomé Cano *Reunión Atención Dom.S/C c/15 días	Registro evolución Recursos Drago
13-14H	Reunión ECA Metro	Reunión enfermeras	*Reunión USM Ofra3º/Piso Piscina ECA *Reunión asociaciones 1º	Reunión aula formativa	Registro evolución Recursos Drago
14-15H	Reunión Equipo ECA Metro	Reunión Enfermeras *Reunión supervisora 14:30h-15:00h	*Reunión asociaciones 1º *Reunión USM Salamanca 2º/ *Reunión USM Ofra 3º/Sesiones clínicas	Reunión aula formativa	Registro evolución Recursos Drago

*Piso Ruiz de Padrón (ATELSAM): 7 plazas mujer. *Piso Ramiro de Maeztu/Piscina (CARYSOL):6 plazas hombre. *Piso avda.Venezuela (CARYSOL): 6 plazas hombre.*Piso Tomé Cano (AFES) : 6 plazas mujer *Piso Tirso de Molina(ATELSAM):5 plazas hombre Total=30 plazas

CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de prestaciones y servicios del ECA esta basada en la experiencia clínica y en la medicina basada en pruebas. El ECA deben proveer a los usuarios que están a su cargo de los servicios y prestaciones que estos necesitan. Los ECA proporciona los cuidados físicos necesarios, programas de adherencia a los tratamientos y los servicios, el manejo adecuado a la medicación ajustados a las necesidades, rehabilitación neurocognitiva (programa Gladior), psicoeducacion familiar, terapia grupal, terapia conductual, terapia cognitivo conductual de los síntomas positivos, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales en contextos normalizados y resolución de problemas, entrevista motivacional, terapias creativas, atención en domicilio y apoyo individualizado al empleo y programas de ocio y tiempo libre. (Véase figura 2). Otra de las estrategias que estamos utilizando el apoyo por pares, como el apoyo social, emocional e instrumental ofrecido o proporcionado por individuos que comparten un problema de salud mental común para generar un cambio.-



Fuente: Fases de progreso en el tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia (Liberman, 2002).

En estos procedimientos terapéuticos se ha ido formando y entrenando al ECA. Su grado de aprendizaje e implementación es desigual, dada la juventud del ECA desde su constitución, para unas técnicas que para otras, para unos usuarios que para otros y en una comarcas en relación a otras. Las perspectivas son positivas esperando en dos años, si la situación continúa con esta estabilidad, consolidar esta formación técnica en los profesionales especialistas y en todas las comarcas. Cualquier perturbación estratégica, en la línea de no consolidación de equipo y sus responsables o alta renovación o rotación del personal sanitario podría gravemente interferir en la cartera de servicios y en los cuidados ofrecidos a la población.

FORMACIÓN CONTINUA E INVESTIGACION

La formación, cuyo término procede del latín forma (dar forma) y del griego morphe (transformación y desarrollo de aptitudes), hace alusión al proceso de transmisión del «saber hacer», «aprender de la experiencia» y «aprender a aprender». En las etapa de construcción y consolidación del ECA y de las Redes de soporte comunitario, con profesionales que, hasta el momento no compartían una experiencia común y que proceden de trayectorias profesionales diferentes y con distintas influencias formativas, es imprescindible mantener la cohesión interna del grupo a través de una formación orientada, en unas habilidades comunes y unas practicas supervisadas, para que por un lado, hacer que todas las personas tengan la posibilidad de recibir prestaciones sanitarias similares y por otra, que los profesionales aprendan a saber hacer.

En este sentido el programa de formación del ECA esta vinculado a las prestaciones y servicios que se desean ofrecer a los ciudadanos de acuerdo a una mayor eficiencia clínica. Las tareas de formación no han sido diseñadas de manera aislada, sino articuladas con las preocupaciones asistenciales que emergen del espacio comunitario en el que los equipos desarrollan su actividad. Una y de las mas importantes acciones que hemos puesto en funcionamiento es los programas de formación continua. Esta articulación, no solo permite

ensanchar el marco teórico de referencia, proporcionando una mayor «amplitud de miras» a la hora de abordar los problemas asistenciales, si no que puede contribuir a integrar al equipo como grupo, construyendo lazos de convivencia interdisciplinar que actúan como elementos sanos en la relación. La formación de los profesionales puede integrarse dentro de este proceso de búsqueda de identidad del grupo terapéutico, permitiendo la reflexión, facilitando la toma de conciencia de unidad de trabajo y dando estabilidad al equipo interdisciplinar en los diferentes momentos de su desarrollo. La formación, ligada a la asistencia y compartida por los profesionales del equipo, no solo proporciona procedimientos más afinados de intervención y de abordaje terapéutico, sino que facilita la escucha y permite una mejor comprensión de los problemas. Con ello se refuerza la unidad de los equipos ante los desequilibrios que se derivan de los diversos enfoques interdisciplinares, de las diversas competencias y de los diferentes niveles de preparación teórico-técnica. Estamos ante el desarrollo de una verdadera función de contención, que puede permitir que el equipo se beneficie, también, de los mismos conocimientos y recursos técnicos que se suelen utilizar para que una familia se ponga en posición de pensar y recupere su capacidad continente. Elaborar ansiedades, facilita el proceso de reorganización interna y evita la creación de departamentos estancos en el interior del equipo que, si bien pueden permitir la convivencia, no facilita la comunicación. La formación continuada puede aportar al equipo interdisciplinar, una mayor capacidad para enfrentar dificultades, contribuyendo, así, a evitar que se estanque el trabajo asistencial. Por otro lado, el hecho de compartir formación, propicia situaciones de debate interno en el equipo que generan, con frecuencia, nuevas actitudes de escucha y otras formas de intervención. Estos debates, además de dar salida a muchas tensiones, suelen proporcionar el tiempo y los cuidados necesarios para tolerar y aceptar las situaciones de desigualdad que se plantean, especialmente, en relación con los diferentes niveles de formación que coexisten en el equipo.

Visualizar la atención, como una atención especializada, conlleva mantener activos de forma permanente la formación, más aun, si consideramos la juventud de los equipos y que no hemos contado donde apoyarnos, con una tradición anterior. Desde el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) se ha liderado el programa de formación donde participa de forma regular todos los profesionales de las redes. Todas las semanas, se dedica dos horas a la formación, sin menoscabo, que podamos también beneficiarnos de los semanarios de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatria y Salud Mental (ACN) o de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales del Gobierno de Canarias (ESSCAN) o cualquier iniciativa de interés.

Los contenidos de la formación están vinculados a las prácticas asistenciales (léase tabla 1) y no al interés particular. Cada uno de estos contenidos por termino medio nos ha ocupado entre dos y cuatro sesiones. Se pretende aumentar con la misma los conocimientos, pero sobre todo, las competencias y las habilidades de los profesionales.

Tabla 1.- Contenido de la Formación continúa de la Red comunitaria para la recuperacion de las personas con trastornos mentales graves

Los TAC y el Equipo Asertivo Comunitario en Tenerife	La resiliencia en la literatura científica	Asertividad y los estilos de comunicación personal
La recuperación en salud mental	Valoración funcional de la conducta	Continuidad de cuidados básicos

Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones	Valoración y Control del riesgo metabólico y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia	Suicidio de la esquizofrenia
Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia	Plan Integrado de Atención Hoja de Ruta Personal	PIA: diferencias entre recuperar y rehabilitar
Guía de actuación clínica del ECA en la atención a domicilio propio	Intervención con las familias (hostilidad, criticismo, duelo y sobreimplicación)	Protocolos de evaluación
Los orígenes de la clínica psiquiátrica: concepto y práctica	Rehabilitación neuropsicología	Vulnerabilidad al estrés
Análisis Funcional de la Conducta	Valoración cognitiva de las voces	Los fundamentos ideológicos de la invención de las enfermedades mentales
Sobre implicación emocional	Entrevista motivacional	Las técnicas de relajación
Programa Gladior	Terapia de Grupos	Las Habilidades Sociales
Necesidad y evaluacion. Entrevista Camberwell (CAN)	Valoración Cognitiva en enfermedad mental grave	Tabaquismo
Psicoeducativo	Exploración cognitiva	
Adherencia al tratamiento (videos Liberman)	Terapia Cognitiva Conductual	
El cuerpo en psicoterapia	Modelo de la Marea	
Estrategia Nacional en Salud Mental y Cartera de servicios	Ley de la dependencia	

Así mismo también realizamos una acción formativa dirigida por el ECA a todos los paraprofesionales de todos los espacios y redes. Cada año, en dos turnos, durante ocho horas impartidos un seminario de formación para este personal, procurando dar respuestas a las necesidades sentidas por estos. Entre los cursos específicos realizados por el equipo mencionar, entre otros, los siguientes: psicoeducación trastorno bipolar y esquizofrenia; La efectos de medicación antipsicótica y su control; Reanimación cardiopulmonar básica.; Asertividad, y Resolución de Problemas.

Por el Servicio de rehabilitación comunitaria, bajo la dirección formativa del responsable del ECA, también por primera vez en la historia de la psiquiatría en la isla de Tenerife, también son formados los médicos residentes, los psicólogos clínicos, los diplomados de enfermería que se encuentran haciendo la especialidad, así como, alumnos de formación profesional de FP2 y los alumnos de la escuela de trabajo social. La participación de los profesionales residentes proviene de los dos hospitales universitarios de la isla, tanto, del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, como, del Hospital Universitario de Canarias. El responsable del PIRP/ECA participa en las comisiones de formación

en ambos hospitales. La duración de la formación de los residentes MIR y PIRP, de acuerdo en nuevo marco legislativo, es de de dos meses, en los recursos comunitarios de recuperación, cuya distribución es la siguiente: un mes en el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), tres semanas en un Centro de Recuperación Psicosocial (CPRS) y una semana en los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE). Las DUE que realizan la especialidad en salud mental, se les imparte una formación teórica de 8 horas y rotan con el ECA durante dos semanas.

Esperamos a corto plazo poner en marcha la supervisión de casos

En el ámbito de la investigación, hemos tomado la iniciativa, en desarrollar un proyecto de investigación, financiado por la ENF-58/08 FUNCIS con el titulo "Los cuidados de la salud fisica en las personas con trastornos mentales graves y persistentes"
el cual se encuentra en fase de ejecución.

BIBLIOGRAFÍA

Allness, D. J., Knoedler, W. H. (2003): *A Manual for ACT Start-Up: Based on the PACT Model of Community Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness*. Arlington, VA: NAMI.

Bond, G. R., Salyers, M. P. (2004): Prediction of outcome from the Dartmouth. ACT fidelity scale. CNS Spectrums, 9, 937-942.

Bond, G. R., McDonel, E. C., Miller, L. D., Pensec, M. (1991): Assertive Community Treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 31-43.

Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., Latimer, E. (2001). *Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients.* Disease Management & Health Outcomes, 9, 141-159.

Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., Zipple, A. M. (2004): *How evidence-based practices contribute to community integration.* Community Mental Health Journal, 40 (6), 569-588

Burns, B. J. Santos, A. B. (1995): *Assertive Community Treatment: An update of randomized trials.* Psychiatric Services, 46, 669-675.

Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T. G. et al. (1998): *Cost-effectiveness of Assertive Community Treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders.* Health Services Research, 33, 1285-1308.

Chandler, D., Spicer, G., Wagner, M.,Hargreaves, W. (1999): *Cost-effectiveness of a capitated Assertive Community Treatment program*. Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22* (4), 327-336.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K. et al. (1998): *Assertive Community Treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial*. American Journal of Orthopsychiatry, 68, 201-213.

Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., et al. (2001): *Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings.* Psychiatric Services, 52 (2), 179-182.

Drake, R. E., Merrens, M. R., & Lynde, D. W. (2005) : *Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook*. New York: W.W. Norton.

Essock, S.,Frisman, L., Kontos, N. (1998): *Cost-effectiveness of Assertive Community Treatment teams.* American Journal of Orthopsychiatry, 68, 179-190.

Essock, S.M., Kontos, N. (1995): *Implementing Assertive Community Treatment teams.* Psychiatric Services, 46 (7), 679-683.

Goldman,H. H., Ganju, V., Drake, R. E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P. S., et al. (2001): *Policy implications for implementing evidence-based practices.* Psychiatric Services, 52 (12), 1591-1597.

Gowdy, E., Rapp, C. A. (1989): Managerial behavior: The common denominators of effective community based programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 13,* 31-51.

Hadley,T. R., Roland, T., Vasko, S., & McGurrin, M.C. (1997): Community treatment teams: an alternative to state hospital. *Psychiatric Quarterly, 68,* 77-90.

Latimer E, (1999): Economic impacts of Assertive Community Treatment: A review of the literature. Canadian Journal of Psychiatry, 44, 443-454.

Lehman, A., Steinwachs, D. (1998): At issue: Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations, *Schizophrenia Bulletin, 24* (1), 1-10.

Liberman R. (2002): Cognitive remediation in schizophrenia. La Rehabilitació Psicosocial Integrat a kla Copmunitat i amb la Comunitat, 2,10-11-12:20-32.

Liberman R.P. (2008): Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation. American Psychiatryic Publishing .Inc. 38-45 pp.

Linkins, K., Tunkelrott, T., Dybdal, K., Robinson, G. (2000, April 28). *Assertive Community Treatment Literature Review.* Falls Church, VA: Lewin Group, Inc.

Linkins, K. W., Bush, S., Chao, M., Tunkelrott, T., Lucca, A. M., Collins, P., McDonel Herr, B. M., Clark, P., Peltz, L., Duckett, M. J. (2002, August). *A Resource Guide for State Officials Implementing and Financing Assertive Community Treatment Programs.* Falls Church, VA: Lewin Group, Inc.

Monahan, J, Bonnie, R., Appelbaum, P., Hyde, P., Steadman, H., Swartz, M. (2001): *Mandated community treatment: Beyond outpatient commitment*. Psychiatric Service, 52, 1198-2005.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. (1998): *Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management*. Schizophrenia Bulletin, *24*, 37-74

McDonel, E., Bond, G. R., Salyers, M. et al., (1997): *Implementing Assertive Community Treatment programs in rural settings.* Administration and Policy in Mental Health, 25, 153-173.

McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. L., Salyers, M. P. (1994): *Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 670-678.

McGrew, J., Bond, G. R. (1995): *Critical ingredients of Assertive Community Treatment: judgments of the experts.* Journal of Mental Health Administration, 22 (2) 113-125.

McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., Xie, H. (1999): *The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study.* Psychiatric Services, 50, 818-824.

Phillips, S., Burns, B., Edgar, E., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A. et al. (2001): *Moving Assertive Community Treatment into standard practice.* Psychiatric Services, 52 (6), 771-779.

Rodríguez Pulido, F. (1995): *Análisis del Modelo de Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental de Canarias. Recomendaciones futuras.* Servicio Canario de Salud y Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Canarias.

Rosenheck, R., Neale, M. (1998): *Cost effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services.* Archives of General Psychiatry, 55, 459-466.

Santos, A. B., Deci, P. A., Dias, J. K., Lachance, K. R. (1993*): Providing Assertive Community Treatment for severely mentally ill patients in a rural area.* Hospital and Community Psychiatry, 44, 34-39.

Salyers, M. P., Masterton, T. W., Fekete, D. M., Picone, J. J., Bond, G. R. (1998): *Transferring clients from intensive case management: Impact on client functioning.* American Journal of Orthopsychiatry.

Stein, L., Test, M. (1980): *Alternatives to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation.* Archives of General Psychiatry, 37 (4), 392-397.

Stein, L. I., Santos, A. B., (1998): Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. New York: W.W. Norton.

Teague, G. B., Bond, G. R., Drake, R. E. (1998): *Program fidelity in Assertive Community Treatment: Development and use of a measure.* American Journal of Orthopsychiatry, 68, 216-232.

Teague, G. B., Bond, G. R., Drake, R. E. (1998): *Program fidelity in Assertive Community Treatment: development and use of a measure.* American Journal of Orthopsychiatry, 68, 216-232.

Test, M.A. (1998): *The origins of PACT.* The Journal, 9 (1)

Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., et al. (2001): *Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses.* Psychiatric Services, 52 (1), 45-50.

Capítulo 14

LA ATENCIÓN EN MINIRESIDENCIAS.

Francisco Rodríguez Pulido; Ángeles Rodríguez García; Cecilio Hernández Sotomayor. Juan Ojeda Ojeda. Raquel Hormiga León. Yaiza Gordillo Díaz. Natalia González Brito. Marlen Socas Socas. Roberta Pérez Pérez

El lugar donde habitamos es importante para todas las personas, por ello, la creación de un espacio de alojamiento adecuado a las necesidades de las personas con trastorno mental grave y persistente es crucial para el bienestar de las mismas y consecuentemente para su recuperación.

Las miniresidencias son espacios de alojamiento alternativo, donde residen personas con trastornos mentales graves que presentan limitaciones severas para la realización de las actividades de la vida diaria, y restricciones en su participación social, sin menoscabo, de la estigmatizacion de padecer estas enfermedades. Por ello su ubicación, su dimensión, su función, el clima emocional entre los residentes y los cuidadores, su programa terapéutico, la política asistencial, y su integración en la comunidad, son aspectos relevantes, para evitar la institucionalizacion, y lograr que se comporte realmente como un hogar calido y protector que promueva la autonomía personal y la calidad de vida.

Las miniresidencias están ubicadas en Santa Cruz, La Laguna, Guamasa y Puerto de la Cruz. Su capacidad de plazas oscila entre 13 a 24 plazas. Los personas que residen en las mismas presentan el diagnostico en su mayoría trastorno de espectro esquizofreniforme y una minoría con trastornos del estado del animo. En una de las residencias la media de tiempo de hospitalización es de 30 años antes de participar en esta iniciativa.

METAS

Promover un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible. Se organizará la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y en el funcionamiento diario y se promoverá su autonomía en todos los ámbitos de la vida personal.

POBLACION BENEFICIARIA

El perfil de los usuarios de las miniresidencias es el siguiente:

- Personas con trastorno mental grave con severas limitaciones en su funcionamiento para la realización de las actividades de la vida diaria
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal de apoyo familiar y social.
- Edad entre 18 y 60 años, ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde los servicios de Salud Mental de las áreas sanitarias de referencia,.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada.

- No tener enfermedades físicas graves crónicas que exijan una asistencia médica, o de enfermería especializada y continuada.
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

ORGANIZACIÓN INTERNA

En la organización interna del trabajo, para la formación del personal y como garantía de estandarizacion de los cuidados, elaboramos varias *guías de cuidados*: Guía de acogida de los usuarios y familiares; Guía de actuación de cuidados básicos: higiene y aseo personal; adhesión al tratamiento; Descanso y sueño; Guía de cuidados instrumentales (patrón cognitivo) y Guía de las relaciones interpersonales.

En la Guía de las Relaciones Interpersonales hacemos especial énfasis. Hemos trabajado en esta guía con *el constructo de "emoción expresada"* en la consideración que los cuidadores van a forman parte del "familiar principal" de los usuarios, mas aun en aquellos casos, que están tutorizados por la administración publica, o que sus contactos con las familiares, a pesar de vivir en la isla, son nulos o escasos.

Otro elemento identificativo es organizar las responsabilidades de los cuidados a través de *un sistema de tutorías*, teniendo en cuenta la afinidad cuidador-usuario. Hemos aplicado la filosofía del *case management* a la distribución de las responsabilidades del cuidador en los cuidados en las personas que residen en la residencia. Esto ha resultado de gran eficacia y utilidad porque las elecciones de los cuidados se ha respetado la empata que experimentaban entre ellos.

Se fomenta la *filosofía de puertas abiertas* y que t*odos los usuarios realicen una actividad en el exterior* o bien en los Centros de Recuperación Psicosocial (CPRS) o en los Centro de Día Ocupacionales, o Actividades de Ocio y Tiempo Libre. Asimismo el *apoyo de ayuda de pares ha sido muy* efectivo, pues entre los usuarios, se favorece las alianzas de ayuda entre ellos y la supervisión.

Aquellos usuarios que por sus limitaciones severas en la participación, en el funcionamiento social quedan en la minio-residencia, se establecen de forma programadas actividades específicas individualizadas para cada uno de ellos.

La atención debe favorecer asimismo el contacto entre los usuarios y sus familias, orientando y apoyando a estas en los casos en los que se prevea la vuelta del paciente al entorno familiar

CARTERA DE SERVICIOS

Los programas terapéuticos que hemos empezado a aplicar a determinado grupo de usuarios son:

1. Seguimiento de los cuidados físicos según la guía elaborada por el ECA
2. Terapia grupal
3. Programa neurocognitivo (gradior)
4. Programa escuchando voces (siguiendo el modelo holandés)
5. Terapia del movimiento
6. Arteterapia

7. Ocio y Tiempo Libre

En estos momentos nos encontramos elaborando de forma individualizada los Planes Integrados de Atención (PIA) (léase documento 7) y los Informes de Salud Mental para la Ley de dependencia (léase parte quinta y documento 13).

De todos los usuarios residentes en la miniresidencia desde el 2005 solo uno de ellos ha precisado ingreso en la Unidad de Rehabilitación Activa, cuatro en la Unidad de Internamiento breve, al predominar más los patrones relacionados con trastorno de la personalidad o consumo activo de sustancias psicoactivas, lo que dificultó la convivencia en la miniresidencia.

Ningún usuario se ha fugado (aunque con dos de ellos siempre tenemos que negociar la hora de entrada y este acuerdo hasta ahora ha sido respetado).
.
Aunque no tenemos estudios realizados (solo hemos pasado una encuesta de satisfacción cuando entraron en el recurso, estamos pendiente 2ª fase), los usuarios muestran satisfacción que han comentado al personal sanitario en diferentes ocasiones de forma espontánea.

COLABORACION DE LA RED

La colaboración con el resto de la red de salud mental ha sido muy satisfactoria, en este caso muy especialmente con la URA, USA y Unidad de Salud Mental de referencia siendo valorada por todo el profesional como más positivo para los pacientes, objetivándose su mejoría clínica y en el funcionamiento social. Así, como también estamos muy satisfechos con la colaboración del personal (médicos, enfermeros, auxiliares clínicos, administrativos) del centro de Atención Primaria de zona donde hemos conseguido un trato preferencial para estos pacientes, siendo imprescindible su colaboración y corresponsabilidad para los cuidados físicos de las personas con un trastorno mental grave.

Las familias también participan en el acompañamiento de los usuarios, dándose una mayor aceptación por parte de estos, al residir sus familiares en lugares más dignos y no estigmatizados, como podría ser un Hospital Psiquiátrico.

COPAGO

Los personas que residen en las residencia participan con un copago de acuerdo a sus ingresos. Léase con más detalle capítulo 2 y documento 6 que hacen referencia a este aspecto. En el caso de deudas acumuladas, el tercer sector, esta comprometido a seguir un procedimiento, donde se recoge la valoración del ECA. Para una mayor profundidad en los procedimientos que seguimos, léase en la parte relativa de esta obra, la documentación 10a, 10b, 10c y 10d respectivamente.

GESTION DEL RECURSO

La gestión de estos recursos es a través de un convenio del IASS con empresas privadas. Ninguna ONG tiene a su cargo la gestión de esta modalidad de alojamiento. En estos convenios (léase capitulo 5 y documentos 6), quedan fijadas las ratios de personal de acuerdo al tamaño y características de la población que recibe los cuidados. Por ejemplo para una población de 24 usuarios contamos con siete cuidadores y dos animadores socioculturales. El personal (cuidadores y animadores) es contratado por el tercer sector, y es cortesía por

parte de este, escuchar la opinión del director del PIRP es las políticas de contratación. Una vez contratado el personal esta en periodo de pruebas, siendo oído el ECA, en su posibilidad de renovación. La función laboral del cuidador, será la de garantizar los cuidados básicos e instrumentales a las personas que conviven en la residencia favoreciendo una relación calida y un clima familiar seguro. Para ello favorece el apoyo a las estrategias terapéuticas, que definan el ECA en cada momento, en el ámbito del alojamiento alternativo. Garantizara pues, una labor de acompañamiento adecuada a las necesidades de los usuarios, participando en las actividades programadas dentro y fuera del centro, y colaborando en la evaluación, planificación y ejecución de los planes individuales, así como, en la supervisión de las necesidades. Asimismo, el técnico de animación, favorecerá la socialización y la mejora de las relaciones interpersonales, realizando una programación mensual de las actividades, previa consulta al ECA, tanto dentro como fuera de la miniresidencia.

Las entidades del tercer sector se encargan de las relaciones laborales con el personal laboral contratado y garantizan las condiciones optimas de hostelería, dejando los aspectos de formación y seguimiento del personal en la confianza de las orientaciones de la atención de los cuidados al Equipo Comunitario Asertivo (ECA) del Servicio Canario de la Salud. Para valorar el funcionamiento de la atención de los cuidados que reciben los usuarios y resolver las dificultades del día a día se constituyo en cada una de las residencias una comisión de seguimiento formada por cada una de las partes implicadas, las cuales se reúnen mensualmente, y se levanta acta de las reuniones de las mismas. En esta comisión no solo participan los que proveen los cuidados, empresa privada y SCS, sino también los que tienen responsabilidades en la gestión, como el IASS.

BIBLIOGRAFIA

Amescua, M. (2000): El trabajo de campo Etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*; 30: 30-35*. Nure Investigación*, nº 42, Septiembre - Octubre 09.

Blanco, A., Pastor, A. (1997): *Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades*. En A. Rodríguez (coord.): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide. p. 33-55

Carling, P.J. (1993): Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry*. 44(5):439-49.

Carling PJ, Ridgway P. (1987): *Community residential rehabilitation: An emerging approach to meeting housing needs, Community for Residential Rehabilitation Project. Center for Psychiatric Rehabilitation*, Boston: University.

De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. (2002): Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry*;181: 220-5.

Desviat M. (1995): *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: ediciones DOR SL.

Espino Granados, J.A. (2006): *Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Granado JA (Coord). La Atención a la salud mental en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 26-52

Florit-Robles A, Cañamares J M, Collantes B, Rodríguez A. (2007): *Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos y Programas Residenciales Básicos de Intervención*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 23.

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. (2000): *Criterios para el desarrollo del programa residencial*. Documentos de Trabajo, Nº 1.Sevilla: FAISEM.

Gale, J. and Sánchez, B. (2005): Reflections on the treatment of psychosis in therapeutic communities. *Therapeutic Communities* 26(4):433-447.

García J, De las Heras B. (1998): *Soportes para la convivencia y la integración social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; p. 225-39.

Gruppo Nazionale Progres (2001): Le strutture residenziali psichiatrice in Italia. I resultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiología e Psichiatria Sociale*. 10 (4):260-75

Lara, L., López, M. (1998): *La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo.* Madrid: Díaz de Santos; p. 213-24.

López, M., Laviana, M. (2007): *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía.* Madrid: AEN. 27(99):187-223

López, M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P, López A. (2004): Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*. 67(2): 101-128

López, M., Laviana. M., García-Cubillana, P. (2006): *Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria.* En: Pérez F. (coord.). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN; p. 237-273.

Martínez M.J., Perona S., Cuevas C. (2003): Soporte residencial de enfermos mentales crónicos. *Intervención psicosocial*. 12 (1): 19-34.

Menéndez, F. (2005): *Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000*. Madrid: AEN. 25 (95): 69-81

Rodríguez A. (1992): Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. *Intervención psicosocial*. 1(2):15-29

Rodríguez A. (2003): Enfermos mentales crónicos. *Intervención psicosocial*. 12 (1):5-45

Tranchina P. (1999): La deinstituzionalizzazione psichiatrica in Italia: un processo di acquisizione colletiva di cittadinanza. *Fogli di Informazione*. 179: 25-36.

Tucker, S. (2000): *A therapeutic Community Approach to Care in the Community: Dialogue and Dwelling.* London. Jessica Kingsley.

Capítulo 15

LA ATENCIÓN A DOMICILIO PROPIO

Francisco Rodríguez Pulido. Cecilio Hernández Sotomayor. Juan Ojeda Ojeda. Concepción Cedrés Melián**.** Tirso Gómez Álvarez**.** Eva Rodríguez González. Ana Isabel Robles Santos. Naira Rodríguez Bethencourt. Nayra Caballero Estebaranz. Alicia Aller Gomez. Sandra Bencomo Rinman.

La atención domiciliaria sanitaria no hay que confundirla con la ayuda domiciliaria. La atención domiciliaria sanitaria la realiza el Equipo Comunitario Asertivo (ECA) del Servicio Canario de la Salud. La actuación del ECA en este ámbito se guía por las mismas metas y objetivos que tienen definidos en sus base de actuación, salvando las particularidades de este ámbito, que vienen dadas por ser en el "entorno natural del usuario" y por sus propias características, con baja adherencia a los servicios sanitarios.

La atención sanitaria en el domicilio propio, no es un ámbito, en el cual, el ECA "vale para todo tipo de servicios". El ECA no es un "equipo de intervención en crisis" ni de "ayuda domiciliaria" ni es "un sistema de hospitalizacion a domicilio". Nuestra presencia está guiada por objetivos terapéuticos e intervenciones técnicas contrastadas, en coresponsabilidad con las USMC, el sistema sanitario en general, los servicios sociales generales y las corporaciones locales.

Las personas derivadas a la atención a domicilio, con la presencia del ECA, se pretende hacernos cargo de su proceso terapéutico, sin que esto suponga debilitar, los enlaces de la personas con el conjunto de soportes que ofrece la sociedad del bienestar.

Una vez cubiertos los objetivos de la derivación, puede ocurrir la devolución del seguimiento y cuidado de la persona a sus lugares naturales, las USM de referencia, para incorporarlos a sus programas de seguimiento comunitario; o son derivados, a los recursos de alojamiento alternativo por las dificultades de progreso en su medio natural, o simplemente se ofrece el alta del ECA.

PECULIARIDADES DE LA ATENCION A DOMICILIO

El hogar, es en principio, un espacio terapéutico. Esto es lo habitual. En el las personas encuentran su descanso, la acogida afectiva, el lugar propio y personal por excelencia. El hogar, es la prolongación natural de la persona, un ámbito con el que el individuo se identifica y que contribuye, a la vez, a crear la propia entidad. El hogar aporta reconocimiento y seguridad; en él el individuo se encuentra cómodo, puede ser el mismo, sin maquillajes ni mascaras, sin tenerse que defender de algo o de alguien. El lenguaje popular lo dice "como en casa en ningún sitio". Es en esa casa en la que el profesional del ECA interviene y es, inicialmente, un extraño.

Es un contexto donde mas reina la incertidumbre y la vulnerabilidad de los profesionales y los equipos, y esto genera inseguridad. La atención domiciliaria, cuando no se cuenta con la protección inmediata del propio sistema, hace tocar los propios límites. Del domicilio además podemos decir, que es el contexto de relación terapéutica más igualitario, De poder a poder. El profesional introduce su saber científico, su experiencia profesional, sus habilidades y sus valores. En el proceso terapéutico, el usuario aporta, además de sus capacidades personales, el control y dominio del medio. El centro no esta ya en la patología, sino en la calidad del vínculo. Con más razón, esto es más relevante.

Además, en el hogar, nos encontraremos con la familia, que ha percibido su obligación de cuidar y prácticamente nunca su derecho a ser cuidado. Las familias que están sometidas, en general, a distintas fuentes de presión, dolor emocional, trabajo adicional, y necesidad de reorganizar sus funciones y de sustituir algunos de los roles del usuario. La familia es un sistema en el que el comportamiento de los distintos elementos no es independiente, sino interdependientes y mas aun cuando alguien enferma, lo que desequilibra el sistema. La interacción entre la familia y los equipos parece clara. Cuando un equipo no sabe resolver la ansiedad, un conflicto de la familia acaba reproduciendo el conflicto en el equipo, y viceversa. El cuidado del cuidador también, en este servicio, cobra su importancia en la estrategia terapéutica vincular.

META

Favorecer la adhesión a los servicios sanitarios, la convivencia familiar y la recuperación en todos los ámbitos**.**

POBLACION BENEFICIARIA

El perfil del usuario de atención a domicilio propio es el siguiente:

- Personas con enfermedades psicóticas.
- Baja adherencia a la Unidad de Salud Mental y al tratamiento psiquiátrico
- Tener un alojamiento y soporte y no disponer por ausencia, inadecuación o imposibilidad de un medio familiar que les preste los apoyos necesarios para vivir con un aceptable nivel de calidad de vida.
- Estar atendido y ser derivado desde los Servicios de Salud Mental Comunitaria
- Edad entre 18 y 55 años
- Tener un nivel aceptable de autonomía personal y social que le permita afrontar las demandas que suponen la vida y la convivencia en sus domicilios.
- Tener una situación psicopatológica estable
- No presentar conductas agresivas o peligrosas para sí mismo o para los demás, y no consumo problemático o graves de toxicomanías o alcoholismo.
- No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada, ni tener graves problemas de movilidad que imposibiliten su vida cotidiana en una vivienda.
- Disponer de un recurso económico mínimo que les permitan asumir los gastos de manutención y funcionamiento cotidiano.

En este sentido a continuación describiremos cada uno de los pasos a seguir en la atención a domicilio propio. Estos pasos están pensados en el reconocimiento que vamos a trabajar con personas con baja adherencia a los recursos de salud mental y/o con situaciones familiares complejas.

Identificación y Clarificación de la Demanda de la USMC

Identificar y clarificar la demanda es esencial pues de la misma se derivaran todo un conjunto de decisiones y es un punto critico de filtrado del acceso a la atención por parte del ECA. Una sesión clínica estudiando el caso entre los equipos nos permitirá establecer si la demanda se ajusta a las posibilidades de intervención del ECA. Preguntas, entre otras, ¿como que le pasa, que le ocurre?, ¿Cuál es la queja principal? ¿Qué se nos solicita? ¿Qué soluciones previas se ha intentado? ¿Quién? ¿Pueden resolverlas otros? ¿las soluciones pueden compartirse? son claves para impedir una demanda genérica, difusa, equivocada o ilusoria. Las demandas al ECA deben ser formuladas de forma precisa, bien delimitadas y realistas

Pero no basta solo con delimitar la demanda, si esta es ajustada, a continuación debemos establecer, las bases contractuales con la USMC, que incluye unos objetivos claros compartidos, corresponsabilidad en el seguimiento y en la elección de las terapéuticas más adecuadas y criterios evaluar los progresos y criterios de alta terapéutica para devolución o derivación.

Los objetivos de la demanda al ECA puede estar relacionados con**:**

- Reducir las interrupciones del tratamiento y velar por la vinculación terapéutica
- Disminuir las frecuentes recaídas del ultimo año
- Disminuir las frecuentes visitas de los familiares en busca de ayuda
- Familias con disputas recurrentes
- Familias mayor de edad que cuida en solitario de su hijo
- Potenciar su vida autónoma. Mejorar la adaptación social del enfermo.
- Diagnosticar y evaluar las necesidades.
- Elaborar, ejecutar y evaluar los proyectos individuales de servicios.
- Mejorar el acceso a los dispositivos comunitarios.
- Mejorar la comunicación y satisfacción del usuario y la familia con los recursos asistenciales.
- Mejorar la calidad de vida percibida por el usuario.

En muchas ocasiones varios objetivos están implícitos en la derivación al ECA

Proceso Relacional Terapéutico

El enganche de las personas para recibir la atención del ECA en el domicilio propio requiere de un proceso - no un es acto- de transferencia del usuario de la USMC al ECA. Previamente la USMC le habrá explicado a los candidatos los beneficios de la derivación y abra obtenidos su permiso para aceptar la presencia y las visitas del ECA. Paralelamente, la USMC y el ECA se reunirá para delimitar la demanda y posteriormente se fijara un día, en el contexto que se valore mas adecuado, y en presencia física de "miembros de ambos equipos" (nada tiene que ver esto con la valoración de admisión), se hará el reconocimiento e identificación de todas las partes, para que puede darse lugar la transferencia. En este momento ningún miembro del ECA hará el contacto sin presencia de la USMC. Se quedara con el usuario para dentro de unos días.

Inicialmente el contacto es de baja intensidad, con una prudencia respetuosa, sin perder detalle de la observación directa del ambiente familiar. Esta observación nos puede abrir en el futuro nuevas posibilidades, si las relaciones con el usuario son débiles o no progresan adecuadamente o los entornos son facilitadotes o barreras. El tiempo de las entrevistas lo marca la tolerancia del usuario y su familia ante nuestra presencia, y el contenido de la conversación no debe girar en torno a la medicación ni a su visita próxima a la USMC. La entrevista inicial de orientarse hacia cuando dos personas comienzan a conocerse y reconocerse. Lo primordial en esta situación, en caso de leve descompensación psicopatológica, es acompañarle en la experiencia psicótica, manteniendo una baja exigencia, no generando estrés y calidez emocional.

En las visitas a domicilio propio el ECA debe seguir el siguiente protocolo de actuación:

a. La enfermera y la educadora conjuntamente harán el seguimiento del usuario delimitando la corresponsabilidad de los otros subsistemas o recursos. EL psiquiatra del ECA aparecerá en visitas avanzadas.

b. Las educadoras del ECA no visitaran solas al usuario durante al menos las primeras 8 visitas. Después de este tiempo, las educadoras comunicaran la valoración de cada visita a la enfermera del ECA quien tomara la decisión más oportuna, o en su caso, el psiquiatra responsable. Las reuniones nunca se realizaran en los locales del ECA sino en el domicilio usuario o lugar pactado con éste.

c.- En el contacto con la familia "conocer la "expectativa" de la familia con nosotros y valorar su "actitud" (clima emocional) ante el usuario. Pensar siempre que la familia nos puede servir de coterapeutas y que en otras ocasiones hay que derribar su sobre implicación para poder empezar a trabajar con el usuario.

d.-Las reuniones con las familias (aún más cuando éstas no sean colaboracionistas) hay que prepararlas con rigor; una condición es que el Psiquiatra esté presente en la reunión y el contacto no sea telefónico. Recordar que el proceso terapéutico requiere una implicación activa de la familia y el paciente pero esto a veces tarda en lograrse.

Así pues establecer una relación de confianza calida y un vínculo terapéutico es esencial en el proceso gradual descrito. Para ello tener en cuenta:

1.- No iniciar los contactos para el trabajo terapéutico si no tenemos como ECA construida una "hipótesis" dinámica después de la información reunida previamente.

2.- Iniciar un contacto flexible facilitando la confianza, el respeto, la calidez y no invasiva mediante la escucha reflexiva, la observación atenta, el diálogo y la cooperación. Cada contacto se anotará en una hoja de seguimiento en la historia clínica del usuario.

3.- Si el paciente se mantiene muy replegado hacia si mismo, recordar que las emociones vinculadas al miedo están presentes. Hacer una aproximación respetando los tiempos del paciente para ganar confianza.

4.- Prestar atención a las preferencias del usuario.

Muchas veces la intervención verbal no es la primordial sino la conducta de "acompañar con los sentidos" o "acompañar con lo corporal".

VALORACION DE LAS NECESIDADES

Un aspecto importante de la atención domiciliaria, aparte de otras valoraciones, es la valoración de las necesidades. En el proceso del desarrollo del vínculo se debe iniciar la valoración de necesidades. El ECA, utiliza procedimientos standarizados para este fin, reconocidos suficientemente en esta población, como son: el Cuestionario Camberwell, para la Evaluación de Necesidades (CAN) y la Entrevista Estructurada de Funcionamiento Social (SAFE).

El Cuestionario Camberwell, para la Evaluación de Necesidades (CAN), es una herramienta de trabajo, que predomina en la evaluación de enfermos crónicos en el marco comunitario y en programas de rehabilitación e integración social. Está pensado para evaluar las necesidades de las personas con enfermedades mentales severas y graves. Para realizar una adecuada intervención, es necesario un plan individualizado basado en las necesidades detectadas en una evaluación previa. La intervención se hace eficaz con la implicación del usuario en su propio cambio. Por este motivo la evaluación se centrará en la percepción subjetiva de necesidad del propio usuario, convirtiéndole así en el protagonista de todo el proceso.

.

La entrevista estructurada de funcionamiento social (SAFE), es una herramienta de trabajo que se utiliza para puntuar un comportamiento específico en un área determinada. Las profesionales del recurso de Atención en el Domicilio propio del ECA, utilizan esta entrevista, con el fin de conocer las habilidades que el paciente, con enfermedad mental, tiene en las áreas de: Higiene personal, Alimentación, Administración del dinero, movilidad física, capacidades cognitivas, normas de relación con los demás, intereses o aficiones, adherencia terapéutica, entre otras.

Una vez analizada toda la información disponible, todo el equipo terapéutico, participa en la formulación del Plan Integrado de Atención (PIA).

CONOCER A LAS FAMILIAS

Conocer a las familias y su dinámica para cuidar mejor a los usuarios es esencial. Los profesionales necesitan tener un modo de intervención familiar que oriente, y crear un espacio mental y metodológico para pensar en las familias. Uno de los objetivos del ECA, es ayudar a las familias a desenvolverse mejor con su familiar. Tomar a la familia como aliada del proceso terapéutico. Estamos convencido que esto lleva su tiempo y requiere de un trabajo cordial y armonioso con las familias. Es importante de que los profesionales sean empatitos, calidos y francos para un trabajo eficaz con las familias. Si el profesional no desarrolla vínculos en el hogar, no se sentirá aceptado ni reconocido como persona y eso a la larga genera frustración. Detectar las posibilidades terapéuticas de los miembros de la familia.

Plan Integrado de Atención (PIA)

En dicho Plan se deberá identificar y evaluar las necesidades, establecer con las ECSM los objetivos terapéuticos, la planificación de las actividades y persona responsable de su seguimiento (lease documento 7). Este proceso es un

proceso que realizamos en presencia de los usuarios, una vez, asumido por estos, un compromiso al menos de mejora y si es posible de cambio.

La personalización de los cuidados y la continuidad de los cuidados es esencial en la atención en domicilio propio, pero también los programas de soporte al cuidador para que estos puedan recibir mas formación, apoyo emocional, y compartir experiencias con el equipo o con otras personas en situaciones parecidas

Evaluar sistemáticamente con la USMC el cumplimiento de la demanda

Periódicamente el ECA evaluara con la USMC de referencia las demandas que le han sido derivadas. De esta forma colaborativa se ira midiendo la intensidad de los apoyos, las estrategias de cada momento, y las intervenciones y las acciones mas eficaces para el logro de los objetivos propuestos para cada caso. Se puede optar que el usuario, pueda ser seguido, posteriormente por los programas de seguimiento de las USMC, o se decida su incorporación a un recurso de alojamiento alternativo, o simplemente el alta del ECA.

DIFERENCIAS CON EL PISO SUPERVISADO

La primera diferencia entre la atención domiciliaria y un piso supervisado, es que en el primer caso, las visitas que realiza el equipo comunitario asertivo son en el propio domicilio del usuario del programa (alquilado, propio o compartido) y pueden vivir en él solos o con su familia, amigos, novio/a, etc. Las visitas las realiza diariamente una enfermera junto a una educadora del equipo. Este hecho hace que uno de los aspectos fundamentales al principio de las intervenciones que es crear un vínculo, cueste más tiempo de llevar a cabo que en un piso ya que nos encontramos al fin y al cabo en sus casas que son su recinto protector y mas intimo, donde se encuentran seguros y nosotros aparentemente los "invadimos" con nuestras visitas. Léase los comentarios iniciales de este capitulo.

A pesar de nuestras inquietudes descritas de "invasión", en realidad lo que nos encontramos normalmente es todo lo contrario, mucha amabilidad, mucha gratitud de la familia por tener un equipo que atienda a su hijo y la colaboración y agradecimiento del usuario del servicio. Junto con esto, nos podemos encontrar intervenciones en paralelo a la vida del usuario. Al vivir en su propio domicilio, podemos encontrarnos características particulares que hacen que en cada caso la intervención sea muy diferente. A veces no solo la intervención se centra en el usuario sino en su entorno por ejemplo el medio en el que vive no reúne los medios saludables para vivir, no tienen electricidad, agua, ni water, o el domicilio se encuentra sucio, lleno de bichos, etc. En estos casos, intervenimos primero en estas áreas, con el fin de cambiar estas condiciones para cubrir primero las necesidades básicas y luego centrarnos en la intervención con el propio usuario. En algunos casos, la intervención sobre el cuidado de algún familiar ha permitido ganar la confianza del usuario. Estos casos en muchas situaciones obedecen a familias muy complejas (padres mayores y varias personas con enfermedad mental conviviendo mismo techo) y con severidad clínica (presencia de síntomas productivos activos).

En el caso de los pisos supervisados, los pisos se encuentran acondicionados perfectamente y tienen la característica de que todas las personas que conviven en ellos tienen un trastorno mental parecido o semejante. Las tareas del hogar son compartidas por todos los miembros que viven en el piso

mientras que si el usuario de atención domiciliaria vive solo tiene que realizar él mismo todas sus tareas del hogar. El equipo puede supervisar las tareas en las visitas o darle estrategias o impulso para realizarlas con el fin de potenciar la autonomía.

El grado de requerimiento es también diferente. La supervisión por las cuidadoras en un piso es diaria e incluye fines de semana y hay diariamente control de la medicación y de la alimentación. La enfermera del equipo comunitario asertivo acude semanalmente para hablar, dar pautas de intervención a la cuidadora y reunirse con los usuarios del piso tutelado. Si hay problemas de convivencia, la enfermera y el psiquiatra realizan periódicamente reuniones con el fin de resolver estos problemas y crear un clima bueno de convivencia y de respeto. Si hay algún incidente en un piso, hay un teléfono al que se puede llamar 24 horas en el que una enfermera del equipo que está de guardia puede solucionar cualquier problema. En atención domiciliaria no se interviene diariamente con cada usuario, normalmente se realizan por cada usuario visitas entre una o dos veces por semana, dependiendo de su autonomía o necesidad, pudiendo modificarse para ampliarse las visitas o disminuirlas dependiendo del caso .En atención domiciliaria se utiliza el teléfono como recordatorio, las visitas al domicilio, y el acompañamiento para comprobar que se ha puesto el inyectable, que acude a las citas médicas o se ha tomado correctamente la medicación.

Hay un instrumento muy útil que se utiliza exclusivamente en el programa de atención domiciliaria, que es el *Cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades y* La entrevista estructurada de funcionamiento social (SAFE). Con estos cuestionario, se valora las necesidades individuales y se profundiza en problemas determinados, que servirá después para ver qué áreas son las prioritarias para la intervencion. Estas necesidades pueden ser como ejemplo: alimentación, cuidado personal, seguridad en sí mismo. Todas las intervenciones son individualizadas. En las primeras visitas lo fundamental es ir creando un vínculo con la persona y conocer al máximo posible pero despacio, los gustos, intereses, aficiones, y la historia personal de cada uno. Después de cada visita anotamos en una hoja de seguimiento los aspectos más fundamentales que ha habido en ella. Poco a poco se comienza a trabajar en cada una de las áreas mencionadas anteriormente. Se trabaja las necesidades que el usuario demanda y siempre, a su ritmo. Es importante mantener la esperanza y los factores de protección personal que disminuirían el riesgo de recaídas.

Las visitas en los pisos supervisados de los psiquiatras son frecuentes semanalmente, en el caso de la atención domiciliaria las visitas dependen de la necesidad del usuario. Cualquier decisión en atención domiciliaria está supervisada por el psiquiatra del equipo y por una enfermera que acude también a las visitas según la necesidad del usuario en menor o mayor medida.

Para llevar a cabo el trabajo de atención domiciliaria es importante destacar la importancia de las reuniones. Contamos con reuniones con diferentes niveles. Una muy importante es la que semanalmente se realiza con el psiquiatra, enfermera, trabajadora social y animador/a en el que comentamos los planes individualizados y se decide las intervenciones individuales que se van a realizar o si hay que modificar algún aspecto si ha habido algún cambio.

Hay que resaltar en ambos recursos la importancia de las coordinaciones con los distintos agentes implicados ya que sin las mismas, algunos objetivos no pueden ser logrados. La formación, el trabajo en equipo, la cooperación y el compromiso de todos los profesionales son los ingredientes esenciales del trabajo.

GESTION

El IASS establece con las entidades del tercer sector, en este caso, con AFES y ATELSAM, un convenio para la gestión indirecta de estas plazas acogiéndose al PAD/PIRP**,** realizando el seguimiento terapéutico y los programas de recuperación el ECA.

BIBLIOGRAFÍA

Alanen, Yo, González de Chávez, M., Silver, A.L, Martindale, B. (2008). *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas*. *Historia, desarrollo y perspectivas.* Madrid. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis

Bertrán JJ, Ayllon L. (2004). *El Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería: una alternativa de "enlace" en la comunidad.*

Castanyer, M. (2007). *La asertividad*. *Expresión de una sana autoestima.*

Cullberg, J. (2006) *Psicosis*. *Una perspectiva integradora.*

Gené,J., Peya M. eds. (1999). *Atención domiciliaria: organización y práctica.* Ed. Springer-Verlag Ibérica.

Grupo de atención domiciliaria SVMFYC (2002). *Instrumentos de valoración del programa de atención a domicilio.*

Mañá, Alvarenga S. (2005). *La esquizofrenia en el hogar*. *Guía práctica para familiares y amigos.*

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Modelos de atención a personas con enfermedad mental grave*. IMSERSO.

Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, M.J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. *Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas.*

Rodney Elgie et al. (2005). *Descubre un nuevo camino: apoyo y consejos para personas con esquizofrenia*

Ruipérez, D. y López Lobo, L. (2008). *Mi mente es mi enemigo*. *Testimonios de personas con trastornos psíquicos.*

Capítulo 16

LA ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS

Francisco Rodríguez Pulido. Cecilio Hernández Sotomayor. Angeles Rodríguez García; Juan Ojeda Ojeda. Irene Andreo Serrano. Mª del Cristo Cano Domínguez. Dácil Rodríguez González. Katya Aranzamendi Rodríguez.

Es un recurso residencial de espacio social donde, un número reducido personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente, residen y

pueden convivir con otros, siendo aceptados por estas y reúnen las habilidades suficientes para vivir de la forma más autónoma posible. Se dispone de un personal de supervisión y son visitados regularmente por los profesionales del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) para ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuo.

Los residentes de los pisos son remitidos por los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de la zona de referencia y la Unidad de Discapacitados del IASS, para la adjudicación de las plazas, realiza los trámites administrativos correspondientes. EL ECA se reúne inicialmente con la USMC para valoración de la idoneidad de la derivación y una vez entrevistado el usuario por el ECA, se procede a la ocupación efectiva de la plaza residencial. Procedimiento similar para la admisión y ocupación de las plazas de los otros recursos de alojamiento

Los pisos supervisados están ubicados en cada una de las comarcas, en las que hemos sectorizado la atención a las personas con trastornos mentales graves en la isla. Para la asignación de las plazas hemos seguido el criterio que las personas permanezcan los mas próximos a sus contextos sociales y culturales. Los pisos están ubicados en lugares céntricos bien comunicados y su dimensión es de 4 a 6 plazas.

Los términos de pisos protegidos y pisos tutelados nos parecen ambos inadecuados, el primero porque requiere de una supervisión de 24 horas, que no es nuestro caso, y el segundo, porque lo tutelar tiene implicaciones jurídicas, que tampoco refleja nuestra realidad. A la falta de un adjetivo que acompañe a piso, hemos optado por supervisión, porque los cuidados que se reciben están en esta línea.

METAS

Promover un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible. En este sentido se organizará la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario y se promoverá su autonomía en todos los ámbitos de la vida personal.

OBJETIVOS

Los objetivos y las acciones del ECA en los pisos supervisados estas dirigidos a**:**

- Desarrollar la Individualización con la mínima supervisión posible
- Respeto y escucha de las preferencias
- Promover la participación en actividades dentro y fuera de su hogar.
- Favorecer las relaciones interpersonales
- Supervisar si todas las agencias del tercer sector ofertan las mismas prestaciones y servicios.
- Invitar e Incorporar a las familias al compromiso terapéutico cuando sea posible.
- Recoger información de los cuidadores, incorporarlos a nuestras reuniones y mantener su formación.

EL EQUIPO Y SUS FUNCIONES

Los profesionales del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) tienen entre sus responsabilidades la atención continua de la población que convive en los pisos supervisados adscritos al PIRP/PAD. El personal sanitario del ECA, selecciona conjuntamente con la USMC de referencia a los candidatos adecuados que se puedan beneficiar terapéuticamente de los pisos, les supervisan clínicamente mediante visitas periódicas entre consulta y consulta, diseñara los PIA, incorpora al personal del tercer sector a las reuniones con el equipo terapéutico, establecen las orientaciones recuperadoras pertinentes, y hará participe a los residentes, en la toma decisiones que les afecte individualmente y/o grupalmente.

En los pisos supervisados también se cuenta con, el personal de supervisión contratados por las entidades del tercer sector (ONG y empresa privada), formado por, auxiliar técnico educativo y técnico de integración social. El auxiliar técnico educativo favorecerá la autonomía para las actividades de la vida diaria de los usuarios, las condiciones de habitabilidad y el confort del hogar, promover la convivencia solidaria y de apoyo mutuo y, los técnicos de integración social, promoverán la integración en la comunidad a través del ocio y tiempo libre. Para ello, estos profesionales, promoverán la realización en concreto de actividades domesticas de la vida diaria, que pueden observarse un listado de las mismas en el documento 9a de esta obra, así como distribuir semanalmente las actividades del hogar asignando responsabilidades entre sus miembros (documento 9b), y realizar su registro y evaluación del cumplimiento (documento 9c).

El horario laboral de los cuidadores será de lunes a viernes de siete a diez de la mañana y de diecisiete a veintiuna treinta horas de la noche Los fines de semana serán de tres cuartos de hora en la mañana y otros tres cuarto de hora en horario de la tarde a convenir según la dinámica de convivencia de cada hogar. El personal de integración trabaja semanalmente 38 horas y media, de lunes a domingo, en función de las demandas de los usuarios y los servicios, con sus descansos correspondientes según la legislación vigente. Estos técnicos, deben realizar una programación mensual, consultando previamente al ECA.

.

Las funciones de los cuidadores serán las siguientes:

Mañanas

- Supervisión del aseo, vestimenta y alimentación
- Supervisar y en su caso proporcionar la medicación, las visitas médicas y los trámites generales.
- Supervisión de las condiciones de habitabilidad del hogar.
- Supervisión de la dinámica grupal y sus interacciones.
- Supervisión del itinerario personal ("quehacer durante el día").
- Informar al equipo terapéutico en sus visitas al piso.
- Cumplimentar los registros y/o libros de incidencia.
- Comunicar y resolver las incidencias graves de forma inmediata.

Tarde-Noche

- Preparación y supervisión de la medicación.
- Elaboración y preparación de los menús conjuntamente con uno o dos usuarios de forma rotatoria.

- Asignar las responsabilidades individuales de los usuarios en el mantenimiento de las condiciones de habitabilidad del piso.
- Realizar de forma alterna actividades de ocio y tiempo libre.
- Supervisión de la dinámica grupal y sus interacciones.
- Informar al equipo terapéutico en sus visitas al piso.
- Cumplimentar los registros y/o libros de incidencia.
- Comunicar las incidencias graves de forma inmediata.

Las **funciones de los Animadores Socioculturales** serán las siguientes:

- Favorecer de acuerdo a las características de cada persona la convivencia con los demás residentes y las relaciones sociales en la comunidad.
- Favorecer las actividades de ocio y tiempo libre de acuerdo a los ritmos propios de cada usuario.
- Informar y consultar la programación de actividades de ocio y tiempo libre con el equipo terapéutico de los residentes.
- Favorecer la adhesión a los objetivos establecidos por el equipo terapéutico de los residentes.
- Ofrecer espacios creativos y humanizadotes para gozar de su tiempo libre.
- Acompañar a los usuarios en las actividades programadas fuera de la residencia.
- Respetar los valores, las creencias y las ideas de cada persona residente de acuerdo a su marco de referencia cultural y /o religioso.

ACTITUD TERAPEUTICA

La "Actitud Terapéutica" es crucial a la hora de desarrollar el trabajo. Las relaciones terapéuticas con las personas que se conviven son esenciales. Existen una serie de cualidades que deben darse en todos los profesionales, en sus relaciones con los usuarios, entre muchas posibles, destacan:

- Empatia (colocarse en la perspectiva de los demás)
- Calidez
- Francos (abiertos, claros, auténticos)
- Favorecer relación cordial y amistosa (evitar la simpatía)
- No culpabilizar
- No criticar ni interpretar
- Mensajes claros y sencillos. (uso del mismo lenguaje)
- Canaliza la emoción negativa para poder utilizarla de forma constructiva. (Técnica connotación positiva)
- No hacer promesas poco realistas o que no se lleven a cabo.
- Favorecer la expresión de sus opiniones.
- No dejarse apoderar por "no se puede hacer nada"
- Escuchar: no interrumpir al otro cuando hable.
- No hablar de ningún usuario a otro.
- Los cambios siempre son lentos, graduales.
- Confiar juicio del otro y respetar lo que el otro sugiera.
- Modelar negociando soluciones y tareas.

- Desactivar conflictos, no perpetuarlos, tratar los problemas uno por uno.

Por otro lado, los profesionales deben intentar promover:

- Actitudes impredecibles por **ACTITUDES PREDECIBLES y COHERENTES**
- Entornos exigentes por **ENTORNOS FLEXIBLE y ESTRUCTURAD0**
- Entornos conflictivos por **ENTORNO TRANQUILO Y CALIDO**
- Rechazo por **APOYO Y TOLERANCIA**

- Trabajar no grandes objetivos sino por **OBJETIVOS ESPECIFICOS Y OPERATIVOS**

Del mismo modo, se debe de intentar en la medida de lo posible vincular a las familias, teniendo en cuenta que:

- Cualquier contacto no debe tomarse a la ligera
- Definir un ritmo que ellas lo permitan
- Insistir a pesar de las negativas iniciales
- No enfadarse por cambio de planes, horarios.. etc

Esta actitud terapéutica no solo debe mantenerse en los pisos supervisados sino también en las otras modalidades de alojamiento.

¡

PRINCIPIOS DE FUNCIONAMIENTO

Para un adecuado y ordenado funcionamiento de los pisos tutelados estos seben guiarse por los siguientes principios:

- Los usuarios o en su caso sus tutores antes de acceder al piso deberán comprometerse por escrito (léase documento 8a) con las normas de funcionamiento del piso.
- Durante los tres primeros meses, los usuarios quedan sujetos a un periodo de prueba, tras el cual se valorará su permanencia indefinida en el recurso
- Se fomentara por el personal el mayor grado de autonomía posible para cada usuario de acuerdo a sus capacidades y se respetara en esa medida sus deseos haciéndolos compatibles con la convivencia mutua.
- Se fomentara por parte del personal la responsabilidad individual de los usuarios en el mantenimiento de las condiciones de habitabilidad del hogar. El cuidador con los usuarios tendrán que participar en las tareas domesticas de la vida diaria. Se deberá realizar una correcta distribución equitativa entre los usuarios de las tareas en el mantenimiento del hogar.
- Los usuarios disfrutaran de unos derechos y unos deberes durante su permanencia en el piso (léase documento 8b).

- Se fomentara un clima de convivencia que favorezca el apoyo mutuo, la solidaridad y la resolución de conflictos consensuados. En caso de falta grave en la convivencia que conlleve la expulsión se seguirá el procedimiento establecido. (léase documentos 8c).
- Se procurara implicar en cada caso a la familia del usuario en la medida de lo posible.
- En el caso de una situación critica en horario de trabajo, el cuidador, avisara a la coordinadora del piso de la entidad gestora y a un miembro del equipo comunitario asertivo. O en su caso, si se produjera fuera del horario de trabajo, haría lo mismo o en su defecto pondría en marcha el procedimiento definido en la guía de actuación.
- En cada piso se llevara un libro de registro de incidencias y mensualmente se cumplimentara una hoja de evolución de los usuarios

EVALUACIÓN

Se establecerán dos mecanismos básicos de evaluación del seguimiento del piso protegido:

- Uno, formado por una comisión de seguimiento, constituida por la entidad gestora, miembros del equipo ECA, y un usuario, donde con cierta periodicidad se evaluara la marcha de los recursos.

- Otro, formado por un instrumento de evaluación de los recursos, donde se recoja la opinión de los usuarios sobre los mismos, y en el cual se contemple desde los aspectos de la hostelería, convivencia y trato del personal.

CARTERA DE SERVICIOS

Comprende la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia ofrecida por el ECA (léase capitulo 13 y documento 7) en concreto, autocuidado, actividades instrumentales, seguimiento de la medicación, adherencia a los servicios sanitarios, psicoeducacion, mejora capacidades cognitivas, habilidades interpersonales,; seguimiento diario de las actividades de la vida cotidiana y condiciones de seguridad; Confección y seguimiento del PIA, coordinación con los recursos para actividades ocupacionales y laborales y de ocio y tiempo libre. Promover el desarrollo de actividades y gestiones externas. La incorporación de las familias al proceso terapéutico es básica.

DURACION

La duración de la atención será diferente en cada usuario, se promoverá que los usuarios puedan vivir independientes, y podrá ser indefinida en todos aquellos casos que sea preciso.

COPAGO

El copago forma parte de la implicación de los usuarios con sus proyectos y sus vidas. Los personas que residen en los pisos supervisados participan con un copago de acuerdo a sus ingresos, (léase capitulo 2, y 5 y documento 6), que hacen referencia a este aspecto. En el caso de deudas acumuladas, el tercer

sector, esta comprometido a seguir un procedimiento, donde se recoge la valoración del ECA (léase documento 10) y su resolución en caso de conflicto de intereses.

GESTION

El IASS establece con las entidades del tercer sector, en este caso, (AFES; ATELSAM, Carisol S.A.) un convenio para la gestión indirecta de este recurso, acogiéndose al PAD/PIRP**,** realizando el seguimiento terapéutico y los programas de recuperación el ECA

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2007): El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005.*Cuadernos técnicos 7*. Madrid: AEN.

Bertrán, JJ. Ayllon L. (2004): *El Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería: una alternativa de "enlace" en la comunidad.*

Friederich, RM. Hollingsworth, B. Hradeck, E. et al., (1999): Family and clients perspectives on alternative residential setting for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 50(4):509-14.

Gale, J. (2000): The dwelling place of meaning, in S. Tucker (ed.) *A Therapeutic Community Approach to Care in the Community: Dialogue and Dwelling.* London: Jessica Kingsley.

García, J. De las Heras, B. (1998): *Soportes para la convivencia y la integración social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades. En: García J, Espino A, Lara L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; p. 225-39.

Gené, J.F. Peya, M. eds. (1999): *Atención domiciliaria: organización y práctica.* Ed*.* Springer-Verlag Ibérica.

Goldstein, J.M. Dziobek J. F. Clark, R. Bassuk, EL. (1990): Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community. J Nerv Ment Dis., 178(7):414-22

Haigh, R. (1999): The quintessence of the therapeutic environment: Five universal qualities, in P. Campling and R. Haigh (eds) *Therapeutic Communities: Past, Present and Future.* London: Jessica Kingley*.*

López, L. Lara, L. Laviana, M. (2007): La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la rehabilitación comunitaria en salud mental. En Espino, A., Olavaria, B. editores. *La formación de los profesionales de la Salud Mental en España.* Madrid AEN. p 269-301.

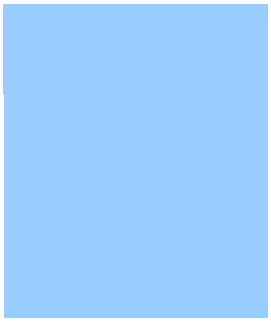
Liberman, R. (1997): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*.

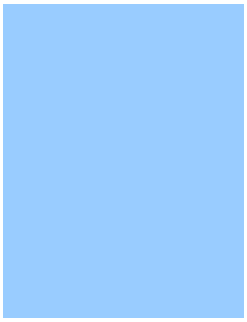
Mañá Alvarenga, S. (2005): *La esquizofrenia en el hogar*. *Guía práctica para familiares y amigos.*

Middelboe, T. Makeprang, T. et al., (1998): A Housing Support Programme for the Mentaly Ill: need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiatr Scand.* 98:321-7.

Shepherd, G. Muijen, M. Dean, R. Cooney, M. (1996): Residential care in hospital and the community. Quality of care and quality of life. *Br. Journal Psychiatry*, 168:448-56.

Yeich, S. Mowbray, C.T. Bybee, D. Cooney, M. (1994): The case for a supporting housing approach: a study of consumer housing and supported preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 18(2):75-86.





Parte IV

El espacio de la formación, la ocupación y el empleo

Con frecuencia se utilizan de forma indistinta los términos: trabajo, empleo y ocio. Cada uno de ellos tiene un significado propio. El trabajo puede ser definido como el uso de aptitudes o criterios para realizar labores dentro de los límites. En este sentido, el trabajo se puede contrastar con el Ocio que también utiliza aptitudes y capacidades pero simplemente para pasar el tiempo, estando sus límites determinados por la persona para la propia satisfacción. En la definición de empleo, es esencial el trabajo remunerado en sus diferentes formas.

El trabajo desempeña varias funciones, entre otras, ser fuente de ingresos económicos, facilitador de la identidad propia, mantenedor de la actividad física y mental, estructura nuestro tiempo y genera y potencia las relaciones y comunicación interpersonal. El hecho de que una persona con esquizofrenia trabaje, no sólo es una cuestión del derecho o ideológica sino que entronca con sus deseos a pesar del mito del deterioro. El trabajo tiene valor social, económico y psicológico. Y estas dimensiones sociales y psicológicas del trabajo quizás son las que más podrían contribuir a la recuperación funcional e incluso a la recuperación clínica, aun por demostrar por su complejidad metodologica, y al menos no favorecen las recaídas como tradicionalmente se creen en la formación de los especialistas.

Desde los inicios de nuestra experiencia hemos dado especial relevancia a la integración en el empleo. Diferenciamos integración laboral e integración en el empleo. Las personas pueden estar haciendo un trabajo y por ello no recibir remuneración económica ni formar parte del tejido productivo. También diferenciamos, las estrategias clásicas de rehabilitación vocacional, imperantes durante los últimos veinte años en el campo de la rehabilitación psiquiátrica, de las nuevas estrategias relativas a la inserción rápida en el empleo y de apoyo continuo. Y también, sabemos que cada contexto económico y su legislación facilita mejor unas estrategias que otras. De ahí que existe una amplia variedad de experiencias en el ámbito de las personas con trastornos mentales graves.

Los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE) ayudan a las personas a encontrar empleo basado en sus preferencias y capacidades, por el tiempo que sea necesario. Hoy en día esta estrategia es la mas eficaz (Rodríguez Pulido et al., 2001, 2004, 2007), para el logro del empleo competitivo, no obstante, en los próximos años, es probable que sufra variaciones al introducir programas breves de entrenamiento cognitivo o de habilidades sociales en el marco laboral y programas de ocio. Actualmente, los EAIE están solidamente incrustados en la sociedad insular al pertenecer a una organización (SIMPROMI) vinculada al Cabildo Insular de Tenerife.

Por otro lado, existe un segmento de la población que atendemos en los servicios de salud mental pública que por una complejidad de razones no desean o, simplemente no pueden, comprometerse en la incorporación rápida al empleo competitivo. Para este segmento, y con la intención de ofrecer una atención personalizada, hemos abierto otros espacios, como son los Centros de Día Ocupacionales, y los Centros Especiales de Empleo, y otros en construcción como los Equipos de Preparación Laboral**,** de cuya descripción nos ocuparemos en esta parte.

Para facilitar la constricción de una red de apoyo en este ámbito, desde el CIRPAC se favoreció -entre todas las entidades del tercer sector- una subjetividad común y para eliminar competencias entre los iguales, un acuerdo marco de cooperación (léase documentos), con una distribución de las competencias, una metodología de trabajo, y una comisión de seguimiento de los procesos que permita el establecimiento de los vínculos de los sujetos con la vida laboral o la mejora de las condiciones del sector, entre ellas sus técnicas de trabajo, para afrontar este reto del siglo XXI.

Parte IV

Capítulo 17

CENTRO DE DIA OCUPACIONAL

Carmen Cristóbal Linares Carolina García Velásquez. Marisol Cairós Mendoza. Carmen García Martín . Laura Otón Nieto. María Sánchez Suárez. Francisco Rodríguez Pulido.

Los centros de día ocupacionales (CDO) son recursos que desarrollan diversas actividades sociolaborales,distribuidos territorialmente en la comunidad. Se trata de espacios donde se valoran y aprenden las actitudes y capacidades de las personas en relación con el mundo laboral, con la finalidad de contrarrestar las dificultades que muchas personas presentan para iniciar o reemprender una actividad normalizada. Estos Centros complementan su actividad con actividades de Ocio y Tiempo Libre. Estos centros se planifican, colaboran y se vinculan con el conjunto de los recursos del rehabilitación del PIRP/PAD.

OBJETIVOS

Los fundamentos y las prácticas de los CDO tiene que cubrir diferentes objetivos interrelacionados, entre ellos:

- Ofrecen un servicio diurno a las personas para mejorar o mantener su grado de autonomía personal.
- Favorecen una formación ocupacional ligada fundamentalmente a la adquisición de hábitos básicos en el trabajo.
- Permiten el desarrollo de actividades relacionadas con el ámbito ocupacional, social y de ocio.
- Servir temporalmente como recurso de tránsito para el empleo o cuando sea necesario facilitar la ocupación permanente.

POBLACION BENEFICIARIA

Se podrán beneficiar de los centros ocupacionales aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos:

- Personas con trastorno mental grave y persistente, y que deseen o expresen acudir de forma voluntaria.
- Tener entre 18 y 64 años de edad.
- No cursar con un trastorno de base orgánica ni con trastornos de personalidad.
- Haber sido derivado y estar siendo atendido por el dispositivo de salud mental de referencia o por los recursos de rehabilitación psicosocial.
- Presentar estabilidad psicopatológica y un nivel de motivación adecuado que le permita asistir al recurso, de acuerdo a sus características clínicas y sus necesidades individuales.
- Estar en posesión o en trámite del Certificado de Minusvalía con una calificación igual o superior al 33%.
- No tener adicciones graves, ni comportamientos agresivos que puedan afectar el normal funcionamiento de la convivencia.

ACCESIBILIDAD

Para poder acceder a los Centros de Día Ocupacionales, tendrán que ser remitidos por los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) o los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE) o los Preparadores Laborales (PL) a través de la cumplimentación de una documentación (Documento 1) donde se valora cada situación personal, se determina y se opta por la actividad más adecuada de acuerdo a las preferencias del usuario y se remiten dicho documento al IASS. Una vez comprobada la disponibilidad de plazas vacantes, el IASS resuelve administrativamente su admisión.

MODELO TERAPEUTICO

El trabajo terapéutico está orientado por varios modelos teóricos, dentro de un marco cognitivo-conductual.

Modelo Canadiense de Rendimiento Ocupacional (MCRO)

Este modelo resalta la relevancia de la práctica centrada en el cliente y en el rendimiento ocupacional, habiendo surgido estos términos en los documentos publicados por la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional y el Ministerio de Salud Nacional y Bienestar Social entre los años 1983 y 1993.

La aportación más destacable de este modelo es la incorporación de la Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional, la cual se define como "el resultado de la relación dinámica que se establece a lo largo de la vida entre la persona, el entorno y la ocupación." Esta medida, sumada a la claridad de la metodología a seguir, permite que este modelo sea fácilmente traspasado a la práctica, facilitando por lo tanto su aplicación y su contrastación empírica.

Hay tres grandes factores en continua interacción: persona, entorno y ocupación.

Se analiza a la persona mediante las siguientes dimensiones:

- Afectividad: que engloba las funciones sociales y relacionales de la ocupación.
- Cognición: que engloba las funciones intelectuales
- Organismo: donde se agrupan funciones motoras, sensoriales y sensoriomotoras.

Considera al individuo como activo en la práctica clínica, eliminando la denominación "paciente" y sustituyéndola por "cliente". Se le percibe además como un agente de cambio en su entorno, influyendo en él, así como recibiendo influencia de su entorno.

En el entorno se engloban los aspectos culturales, institucionales, físicos y sociales del ambiente de la persona. Entendiendo la ocupación como "el conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana a las cuales los individuos y las diferentes culturas dan un nombre, una estructura, un valor y un significado. La ocupación comprende todo aquello que hace una persona para cuidar de ella misma (cuidado personal), divertirse (ocio) y contribuir a la construcción social y económica de la colectividad (productividad).

La interacción entre estos tres factores se define como cambiante a lo largo del ciclo vital de la persona, desde su niñez hasta su vejez. Al producirse deficiencias, enfermedades y demás se producen dificultades que pueden distanciar a la persona de un desarrollo normalizado.

En resumen en el Modelo Canadiense del Rendimiento Ocupacional, el cual ofrece una perspectiva de la terapia ocupacional en la que se articulan tres conceptos básicos: la práctica centrada en el cliente, el rendimiento ocupacional y la habilitación. Destacando en todo momento el papel activo del usuario y partiendo siempre desde su motivación y sus deseos.

Modelo de la Ocupación Humana

El principal creador de este modelo es Gary Kielhofner, que junto a Oakley, Burke, Barris, Ici y otros, realizaron la primera publicación oficial de este modelo en 1980 en la revista americana de terapia ocupacional (American Journal of Occupational Therapy), aumentando su relevancia con el paso del tiempo hasta la actualidad, siendo hoy uno de los modelos de práctica más importantes en terapia ocupacional. Es un modelo adaptable a los diferentes ámbitos de actuación de la terapia ocupacional.

Son numerosas las aportaciones que realiza este modelo a la disciplina, ampliando la terminología, incorporando un modelo de práctica y un marco de referencia. Este modelo, parte de la premisa de que la actividad humana es necesaria para la vida, y explica el desempeño ocupacional como parte necesaria para la satisfacción de necesidades, el crecimiento personal y la adaptación al medio.

La actividad produce cambios tanto en el ambiente como en la persona que la realiza. Cuando hay disfunción en el desempeño ocupacional se considera que se ha entrado en un "ciclo desadaptativo" y es precisamente la terapia ocupacional la responsable de orientar al paciente para facilitar la adaptación a sus circunstancias concretas.

Kielhofner enfoca la intervención en terapia ocupacional, hacia el cambio en el entorno, y no tanto en el individuo. Considera que al producir cambios sobre el entorno, se modifica todo el conjunto de subsistemas. Por lo tanto, se trata de producir el cambio más adaptativo a la situación o circunstancias individuales.

En resumen el Modelo de la Ocupación Humana, que entiende que la ocupación es necesaria para la vida, definiéndola como "todo comportamiento motivado intrínsecamente, consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados y aprendidos a través del proceso de socialización."

Este modelo también destaca el papel activo y protagonista que se le da al usuario, además de su consideración como agente de cambio tanto del entorno como de sí mismo. El fin último de este modelo es el de proporcionar o facilitar un cambio en la vida del usuario, facilitando así la adaptación a sus circunstancias personales y contextuales.

Modelo de la Adaptación a través de la Ocupación

Este modelo está fundamentalmente basado en el texto de Kathleen Reed y Sharon Sanderson llamado "Concepts of occupational therapy" (1980). Las aportaciones de estas autoras han sido fundamentalmente teóricas (presupuestos y conceptos), no centrándose en la aplicación práctica del modelo.

La premisa fundamental definida por estas autoras es la siguiente: "Una persona se adapta o ajusta (crece y se desarrolla) a través del uso de (o

participación en) diversas ocupaciones; de esta forma, la persona puede adaptarse al entorno o adaptarlo a sus necesidades individuales o para su satisfacción".

Es por esto, por lo que Hagedorn (1997) le da el nombre de modelo de la adaptación a través de la ocupación. Él mismo, señala que el abordaje de este modelo es muy similar a los centrados en el cliente.

En este modelo, la ocupación se considera fundamental para la vida y la salud humana. Asimismo, considera que la terapia ocupacional, persigue proporcionar el máximo desempeño ocupacional del que el individuo es capaz a través del desarrollo y adquisición de destrezas consecuentes con las necesidades individuales. Recalca además, que las ocupaciones deben ser consideradas relevantes y útiles para el individuo, ya que si no lo son, no se mantendrán en el tiempo.

AREAS DE INTERVENCION

Las áreas en las que se basa el trabajo en los Centros de Dia Ocupacionales se agrupan en tres niveles:

Nivel 1: Ocio y tiempo libre

Donde se valora si el usuario hace uso de su tiempo libre y disfruta de deportes, aficiones, realización de cursos, aprovechamientos de recursos culturales, etc.

Nivel 2: Actividades de la vida diaria

- Hábitos básicos de salud; donde se contempla aspectos como higiene personal, hábitos de alimentación, autocontrol de la medicación, gestión de citas sanitarias, etc.

- Hábitos básicos de trabajo; donde encontramos hábitos tales como asistencia, puntualidad, actitud frente al trabajo, cumplimiento del horario, acatamiento de normas, etc.

- Habilidades cognitivas; en las que se incluyen aspectos como memoria, atención, concentración, función ejecutiva, etc.

- Habilidades sociales; tales como contacto visual, tolerancia de las críticas, capacidad de trabajo en equipo, control del enfado, toma de decisiones, etc.

- Habilidades psicomotrices; para conocer el nivel de ejecución de determinados trabajos, serían habilidades como por ejemplo, ritmo de ejecución, lateralidad, motricidad fina y gruesa, etc.

Nivel 3: Capacitación Pre-laboral y Laboral.

Habilidades para la búsqueda de empleo, orientación vocacional, preparación para la entrevista laboral, preparación del currículum, adaptación al puesto de trabajo, etc.
Una vez que las personas hayan transitado por los niveles anteriormente descritos, se determinará la conveniencia de acuerdo a su propio proceso de normalización y recuperación, la posibilidad de derivación a los Equipos de

Preparador Laboral (EPP) o a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE).

Estos tres niveles forman un continuo cuya individualización en los programas pueden variar de acuerdo a las necesidades de las personas. No necesariamente son niveles de jerarquía, pero si nos sirve para facilitar hacer un trabajo de baja intensidad a otro de mayor intensidad.

PLANIFICACION Y ORGANIZACIÓN TRABAJO

En el desarrollo metodológico tienen especial relevancia los intereses, motivaciones y opiniones de los usuarios, por lo que se va a potenciar la comunicación entre los profesionales y los usuarios. La individualización del trabajo es básica, ya que cada persona presenta capacidades, habilidades y actitudes concretas diferentes a las de otra.

a.- El proceso de la Planificación

La estructura metodológica que organiza la práctica clínica del terapeuta ocupacional se divide en cuatro procesos principales (Trombly, 1990), que para nosotros constituyen la base del PIA:

PROCESO	DEFINICIÓN	TÉCNICAS DE TRABAJO
1ª Evaluación	Valoración individualizada de las actitudes y capacidades dentro de las áreas de intervención, identificando de manera específica los aspectos a mejorar en cada usuario.	El instrumento empleado para la evaluación inicial de las áreas de intervención se encuentra en el PIA (registro evaluativo de las habilidades sociolaborales). Las principales técnicas a emplear serán la observación, entrevista (detección e identificación de necesidades) y registros (datos identificativos, formativos, laborales, ocio y tiempo libre,…).
2ª Planificación	Se planifica con el usuario las acciones que se realizarán.	Objetivos flexibles, negociación, temporalización y procedimiento.
3ª Intervención	Se establecerán los procedimientos técnicos especializados más adecuados para cada usuario.	Se utilizará entre otras, el reforzamiento positivo y negativo, el modelado, el moldeamiento, el role-playing, la extinción, la relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas, la exposición.
4ª Revisión	Evaluación del proceso de intervención, donde se valoran los resultados obtenidos y se reformulan nuevos objetivos o estrategias de intervención.	La técnica a utilizar será los registros de seguimiento u otros procedimientos.

B.- Los perfiles de usuarios

Los usuarios son diferenciados en los siguientes tipos de perfil, con el fin de establecer el tipo de objetivos adecuados en su Plan Integrado de Atención (PIA):

Ocupacional: Usuarios que por tener mayores limitaciones para el desempeño de las actividades de la vida diaria en el ámbito social y laboral y/o por carecer de motivación para el empleo, presentan un pronóstico desfavorable para su inserción.

Pre-Laboral: Usuarios que muestran un nivel mínimo de competencias las cuales deben ser mejoradas, para hacer factible su mejoría e inserción.

C.- Plan Integrado de Atención

Tomado como base el PIA elaborado por el ECA (documento 7) se realizo con el Director del PIRP, una adaptación del mismo al ámbito de la ocupación prelaboral y laboral. Más detalladamente puede verse los elementos de esta adaptación que conforman el Plan Integrado de Atención (PIA) (documento 11) de los Centro de Día Ocupacionales.

D.- Las actividades

Las materias que se enseñan en cada centro varían en función de las siguientes actividades:

- Agro-jardinería en Guía de Isora.
- Mantenimiento de Edificios en Adeje.
- Cerámica tradicional canaria en Granadilla.
- Agro-jardinería en Icod de los Vinos.
- Encuadernación artesanal en San Juan de la Rambla.
- Informática y telares en La Orotava.
- Encuadernación en La Laguna.
- Marquetería en La Laguna.
- Ebanistería y reparación de muebles en La Laguna.
- Diseño informático en Los Andenes.
- Alfarería Canaria en S/C de Tenerife.
- Ofimática en S/C de Tenerife.
- Costura y Textiles en S/C de Tenerife.
- Serigrafía y Tampografía en Llano Alegre.
- Arteterapia.
- Terapia del movimiento.
- Dramatización.

E.- El equipo y los profesionales

Los Centros de Día Ocupacionales cuentan con la intervención de diferentes profesionales que realizan su trabajo en el marco de la rehabilitación personal, social y laboral de personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental crónico.

El equipo de profesionales se coordina en todo momento para llevar a cabo el Plan Integrado de Atención y sus funciones se organizan de la siguiente manera:

Terapeuta Ocupacional:

- Valoración de la adecuación del usuario al centro de día ocupacional mediante una primera entrevista personal y/o sucesivas.
- Evaluación del usuario para identificar las habilidades específicas que deben ser entrenadas de cara a su rehabilitación socio-laboral.
- Planificación y desarrollo el plan integrado de atención de cada usuario, una vez recogidas sus opiniones, así como la de sus familiares.
- Establecimiento de objetivos y supervisión del trabajo individualizado de rehabilitación de cada uno de los usuarios que son atendidos por los profesionales del centro.
- Seguimiento individual y reformulación de objetivos.
- Seguimiento de las directrices técnicas del Director del PIRP.

En nuestra comunidad hay una carencia de este tipo de profesionales. En la actualidad, en la isla de Tenerife, lo suplimos con psicólogos y/o psicopedagogos. Cada Asociación tiene contratados por cada 45 plazas un profesional a tiempo completo. En la isla cada Asociación tiene contratado a 2 profesionales, en total, 4 profesionales.

Maestro de taller:

- Desarrollo de la programación anual establecida y/o adaptación de la misma a las necesidades individuales de los usuarios, de acuerdo a las directrices del PIA.
- Diseño de las actividades, relacionadas con la ocupación, de acuerdo con los PlA que se establezcan en el equipo.
- Desarrollo y registro de las actividades ocupacionales, formativas y prelaborales. Incluye la organización, supervisión y control de las actividades asignadas a los usuarios, orientando e instruyendo sobre los aspectos que son necesarios para la ejecución de las tareas propias del centro ocupacional.
- Promover la rotación de las diferentes personas en las distintas actividades de los centros.
- Colaboración durante todo el proceso de rehabilitación.

Cada Centro dispone de un maestro de taller con acreditada maestría en su labor profesional y en su buen trato con los usuarios.

Técnico de Integración Social:

- Valoración de los gustos, inquietudes, necesidades y capacidades de los usuarios.
- Diseño las actividades de integración social de acuerdo al PIA que han sido establecidas por el equipo.
- Programación, desarrollo y registro de las actividades diseñadas de forma individualizada.
- Integración de los usuarios con los posibles recursos normalizados existentes en su entorno, incluyendo, si fuera necesario, el acompañamiento al mismo.
- Entrenamiento en las habilidades sociales necesarias de acuerdo al PIA para la integración en la comunidad.

Por cada 30 plazas de CDO se dispone de un técnico de integración social.

COLABORACION

Los CDO se reúnen periódicamente con los siguientes recursos:

- Director del PIRP: reuniones trimestrales.
- Unidades de Salud Mental: reuniones mensuales.
- Terapeutas Ocupacionales de zona: reuniones semanales.
- Terapeutas Ocupacionales (AFES y ATELSAM): reuniones quincenales.
- Preparadores Laborales: Entre tres y seis meses.
- Equipo de Apoyo Individualizado al empleo: Entre tres y seis meses.

En esas reuniones se establecerá un orden del día, un horario de comienzo y finalización, y una fijación de las tareas y sus responsabilidades.

FINANCIACION Y GESTION

La gestión de los Centros de Día Ocupacionales es realizada por el IASS (Unidad de Discapacidad) a través de un convenio (léase documento 3 y 6 respectivamente), con las asociaciones de familiares (AFES y ATELSAM) y/o de profesionales (ASCATEC). La financiación de las plazas la realiza el Gobierno de Canarias (Consejería de Bienestar Social y de Empleo) y el Cabildo Insular de Tenerife a través del Plan de Atención a la Discapacidad (PAD) según, lo planificado en el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) aprobado por el Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

SUPERVISION

La supervisión técnica de los Centros de Día ocupacionales es realizada por la Dirección del PIRP, o en su defecto los psicólogos clínicos de los CRPS. Se realizan reuniones periódicas para el seguimiento técnico de cada uno de estos recursos.

REGIMEN FUNCIONAMIENTO

Los Centros de Día Ocupacionales funcionan en régimen de atención diurna. El horario de atención de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

Los usuarios asistirán al centro de día ocupacional en función de sus objetivos y necesidades, de acuerdo a su PIA. La estancia en el recurso será variable para cada usuario, dependiendo de las características de cada caso. Una misma plaza podrá ser ocupada por varios usuarios.

CONTACTAR

En las direcciones que te ofrecemos en el documento 16 de esta obra.

BIBLIOGRAFÍA

Amondarain Ramos, Y., Bermejo Riera, N. (2002): *Retomar los orígenes de la terapia ocupacional: la convergencia del enfoque rehabilitador y terapéutico*. Especial de psiquiatría en Terapia Ocupacional. Revista de la APETO.

Durante Molina, P. Noya Arnaiz, B. (1998): *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica .* Masson. Barcelona.

Guaza C. (1998): *Enfoque psicoanalítico.* En Durante, P. Y Noya B. (1998) *"Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica"*. Barcelona Masson.

Gustav Hofmann. (1998): *"Un concepto de atención psiquiátrica: - Pro Mente Oberösterreich"*, Revista PRELAPSE. *"La revista dedicada a la prevención de recaídas en la esquizofrenia"*. Nº 2.

Kielhofner, G. (2004): *Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación.* Buenos Aires: Editorial Panamericana.

Law, M., Baptiste, S., et al. (1998): *Canadian Occupational Performance Measure.* Ottawa- Ontario: CAOT.

McGorry, P. (2004). "*Intervención precoz en los trastornos psicóticos: una aproximación crítica en la prevención de la morbidez psicológica*". (Eds). Desclée Bilbao.

Reed, K., Sanderson, R. (1980): *Concepts of Occupational Therapy.*

Romero, D. y Moruno, P. (2003) "*Terapia Ocupacional: Teorías y Técnicas".* Barcelona: Masson.

Rodríguez Hernández, S., Rodríguez Pulido, F. y Hernández Marrero, J. (2000). *"La Psiquiatría Comunitaria: La integración social y laboral de los enfermos mentales".*Ayuntamiento de Santa Lucía. Proyecto ISLEM. Gran Canaria.

Capítulo 18

CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO (CEE)

Javier Reyes Barroso. Maria Sánchez Suárez.

La Asociación Europea de Empresas Sociales (CEFEC), define la empresa social como "*una empresa normal para emplear a personas con discapacidad u otras desventajas en el mercado del trabajo*".

En el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) de la isla de Tenerife, las empresas sociales son definidas como "*empresas que están formadas por personas con discapacidades y personas sin discapacidad. Estas empresas deben ofrecer un producto competitivo en el mercado laboral local cuyos ingresos son para mantener y generar empleo estable de las personas con discapacidades. Se trata de centros de empleo con el doble carácter indicado en su denominación <<empresa>> en tanto que desarrollan una actividad productiva que compita en el mercado, y <<social>> en tanto que su objetivo no es lucro sino la consolidación de los puestos de trabajo"*.

Se trata de aunar dos aspectos; por un lado, el aspecto económico (se trataría de una empresa normal, con planificación, planes de viabilidad, gestión, competencia, cuyos trabajadores cobran un salario en las mismas condiciones que en el mercado ordinario, etc, y cuyo objetivo es el de ser productiva); y por otro lado, el aspecto social (con la contratación de personas con discapacidad excluidas del mercado laboral, fomenta la participación y la integración social de estos en la comunidad). En dichas empresas se tienen en cuenta las limitaciones y necesidades de cada persona, para planificar un itinerario de inserción laboral personalizado que le permita adquirir las habilidades que le van a facilitar su acceso al mundo del trabajo. Lo más eficaz es la formación y el aprendizaje en un entorno lo más cercano posible al laboral ya que se ha comprobado que la mera

formación teórica no resulta útil para aprender un oficio y además resultaría frustrante. En estas empresas la plantilla suele incorporar tanto trabajadores con discapacidad como sin discapacidad ya que, al estar inmersas en el mundo laboral ordinario, para poder subsistir deben llegar a ser totalmente competitivas.

Podemos clasificar las Empresas Sociales o Empresas de Inserción, en cuatro grandes grupos: 1. *Empresas de Transición*. Son empresas que insertan durante un período temporal (aunque sus puestos son permanentes) a personas con discapacidad que necesitan adquirir herramientas y habilidades previamente a su incorporación al mundo laboral ordinario. 2. *Empresas Solidarias*. Son empresas que integran aquellas personas con discapacidad que no van a poder integrarse en ambientes laborales normalizados. Cuentan con personal de apoyo continuado. 3. *Empresas de trabajo temporal de inserción*. Insertan laboralmente, de forma temporal, a personas con discapacidad. 4. *Empresas tuteladas*. En este caso, inicialmente tanto la persona con discapacidad como la empresa participan del mismo proceso de evolución y desarrollando, partiendo de una situación inicial de empleo protegido, para ir incluyéndose en el mercado laboral ordinario. Esta fórmula de inserción ha sido ampliamente utilizada en países como Alemania, Italia y Francia (aquí conocidas como "Empresas de inserción").

LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Los Centros Especiales de Empleo (CEE) son empresas que, mediante la realización de un trabajo productivo y la participación regular en las operaciones del mercado, tiene por finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social a sus trabajadores discapacitados, a la vez que han de constituir un medio de integración del mayor número de estos trabajadores al régimen de trabajo abierto. Los Centros Especiales de Empleo (CEE) persiguen:

- Asegurar un empleo remunerado a sus trabajadores discapacitados.
- Prestar servicios de ajuste personal y social a dichos trabajadores.
- Facilitar la integración de éstos en el mercado ordinario de trabajo.

Podrán incorporarse a los CEE las personas desempleadas con alguna discapacidad física, psíquica, mental o sensoria, reconocida oficialmente en un grado igual o superior al 33%. La plantilla de los CEE ha de estar compuesta por el mayor número de trabajadores minusválidos que permita la naturaleza del proceso productivo. El porcentaje de trabajadores discapacitados no puede descender nunca del 70% del total de la plantilla, si bien a estos efectos no se computará el personal no minusválido que el centro dedique a la prestación de servicios de ajuste de personal y social para los trabajadores discapacitado.

En España, los Centros Especiales de Empleo (C.E.E.) constituyen la fórmula por excelencia del Empleo Protegido. La L.I.S.M.I en su Título VII, define los C.E.E. como "*aquellos centros cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado*". El Real Decreto 2273/1985 y el Real Decreto 1368/1985, regulan la relación laboral de los minusválidos que trabajan en los C.E.E. La misión de estos centros es doble: por un lado, asegurar un empleo remunerado a aquellas personas con discapacidad que, cualquiera que sea la causa, no puedan acceder a un empleo normalizado; y por otro lado, intentar preparar a estas personas para un posible paso al mercado ordinario.

Se trata de empresas como tal, pero con unas características especiales, entre ellas: los trabajadores deben ser en su totalidad personas con minusvalía reconocida, o al menos el 70% de la plantilla; deben ofrecer servicios de ajuste personal y social, con el fin de lograr la integración plena (personal, laboral y social) de la persona. Sin embargo, los C.E.E. han mostrado limitaciones a la hora de conseguir el objetivo planteado inicialmente. Así, en muchas ocasiones, los trabajadores no realizan un trabajo productivo, permaneciendo más por razones sociales que por razones de productividad; y tampoco se da el salto del empleo protegido al empleo normalizado. No está muy clara la función de normalización e integración que se les pretende, ya que al estar las plantillas formadas casi en su totalidad por trabajadores con minusvalías, no se establece una red social normalizada.

A pesar de todas estas críticas, los C.E.E. son una fórmula de inserción a tener en cuenta, con revisiones y mejoras, fundamentalmente para un sector de la población con discapacidad que tienen importantes dificultades para integrarse en el mundo normalizado. En Andalucía hay una enorme tradición de Centros Especiales de Empleo, con logros positivos, con personas con trastornos mentales graves, que ha impulsado FAISEM a lo largo de dos décadas.

NUESTRA EXPERIENCIA: LA PERMACULTURA

La finalidad del proyecto es la inserción social y laboral de personas con discapacidad por trastorno mental grave usando como terapia la Permacultura. El trabajo realizado en la empresa, viene impregnado de una filosofía, de una forma de entender el desarrollo vital de los grupos sociales, particular y característico, por lo que consideramos de interés, hacer un breve apunte o alguna definición del concepto de Permacultura, y dar también alguna idea básica de conceptos globales, como la sostenibilidad, principios genéricos de la Agenda 21, reciclado, etc., en las que se encuadra la labor que se genera actualmente por Personas con Enfermedad Mental y que se pretende seguir realizando en el futuro, en la entidad.

La Permacultura trata sobre el diseño de asentamientos humanos sostenibles. En su filosofía se trata de aprovechar el uso intensivo de la tierra, los microclimas, las plantas anuales y perennes, los animales, el suelo, el manejo del agua y las necesidades humanas en una conexión estrecha. Es un sistema productivo de diseño basado en la máxima relación entre todos los elementos del sistema para resolver nuestras necesidades inmediatas y proteger los recursos para las próximas generaciones**.** Al asegurarnos que todos los excedentes estén dirigidos hacia los primeros dos objetivos (cuidado de las personas y del planeta) en los Principios de Permacultura, podemos realizar una cultura sostenible y permanente. Estos excedentes pueden existir en el dinero, tiempo, información, posesiones, materiales y más. Es un sistema productivo de diseño basado en la máxima relación entre todos los elementos del sistema para resolver nuestras necesidades inmediatas y proteger los recursos para las próximas generaciones.

Buscando un marco de definición de Desarrollo Sostenible, relacionado con el uso de las buenas prácticas en materia de reciclado y reutilización de distintos elementos de la naturaleza y de la producción humana, encuentro unas notas de interés, de un trabajo realizado en la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad Externado de Colombia. La definición de Desarrollo Sostenible desde el punto de vista empresarial enunciada por el Consejo Mundial Empresarial para el Desarrollo Sostenible (WBCSD) en 1999, muestra avances significativos para la incorporación del concepto en el mundo de los negocios. El WBCSD dice: "La sostenibilidad es un sistema de producción y consumo capaz de

garantizar una mayor equidad, calidad de vida y bienestar ambiental hoy para generaciones futuras."

El sistema de producción y consumo de bienes y servicios tiene un efecto tangible en nuestra sociedad, la basura. En la medida que una economía crece, se dinamiza la producción y el consumo, aumenta la generación de desechos, el creciente desarrollo de la economía ha traído consigo un considerable aumento en la generación de residuos. Estos desechos son materias primas que ya cumplieron su función económica y la sociedad las desprecia. Pero no todo se pierde, la mayor parte de estas materias primas regresan al sistema productivo a través del reciclaje entendido este como cualquier proceso donde materiales de desperdicio son recolectados y transformados en nuevos materiales que pueden ser utilizados o vendidos como nuevos productos o materias primas.

Hemos querido también expresar, que nuestro trabajo está íntimamente relacionado con las directrices y principios emanados de la cumbre de Río de Janeiro de 1992, donde se aborda la problemática de la protección ambiental y el proceso de desarrollo. En esta cumbre se acordó, tras dos años de trabajo, un modelo de desarrollo sostenible, organizado en cinco grandes apartados, uno de los cuales es la ejecución de la Agenda 21 Local. La finalidad de la Agenda 21 es fomentar aquellas medidas encaminadas a conseguir un mundo próspero, justo, habitable, fértil, compartido, limpio y de las personas, donde se debe dar solución localmente a problemas globales. Sumarse a esta iniciativa supone por tanto, el compromiso de los gobiernos en todos sus niveles y también debe implicar a todos los ciudadanos, a asociaciones, empresas, colectivos de jóvenes y de mujeres, grupos ecologistas, ONG's, etc.

Nuestra entidad está completamente comprometida en el desarrollo e implantación de las medidas necesarias para impulsar en el ámbito local, los planes medioambientales y de acción para aplicar la sostenibilidad a escala local.

DINAMICA DE TRABAJO

Nuestra empresa tiene un carácter social, en su doble vertiente, en la perspectiva de la Sostenibilidad en el ámbito local y también, en que sus beneficios, van destinados a facilitar la Inserción Laboral de las Personas con Discapacidad por Trastorno Mental Grave. En este sentido, en las propias acciones estratégicas de nuestra organización se facilitan los desarrollos naturales de las personas y del propio medio ambiente, aprovechando de ambos sus potencialidades, generando su propio futuro. Esta segunda vertiente que comentamos, la realizamos con la colaboración del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria de Tenerife (CIRPAC), que es un organismo adscrito a la Dirección de Área del Servicio Canario de Salud, en el cual participan diversas instituciones (Dirección General de Servicios Sociales, Cabildo Insular de Tenerife, Servicio Canario de Empleo, Ayuntamientos y ONG de la isla). Esta doble perspectiva da sentido al trabajado diario.

Los candidatos que forman parte del taller de formación en agricultura ecológica sostenible son personas en desempleo que presentan una discapacidad como consecuencia de un trastorno mental grave. Este colectivo tiene unas tasas de desempleo en torno al 80% y un nivel de instrucción de estudios primarios. La selección técnica de las personas que participan en el curso de formación en agricultura ecológica sostenible se realiza con la colaboración de los servicios públicos de salud mental y de rehabilitación Psicosocial dentro del Plan Insular de

Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP) que esta promovido por el CIRPAC. Asimismo, es factible que una vez superado el curso de formación para el empleo en agricultura ecológica, las personas participantes, puedan ser incluidas en la medida que lo demande el mercado laboral, en las iniciativas de empleabilidad vinculadas al Centro Especial de Empleo Finca el Mato, o a los equipos de apoyo individualizado al empleo, gestionados por SIMPROMI, S.L., dentro del PIRP ya citado anteriormente.

El trabajo comienza cada jornada a las seis horas, con un sistema de comunicación a través del móvil con llamadas perdidas (con la pretensión de no originar gastos a los proveedores), donde cada una de las empresas o entidades colaboradoras, entran en contacto con el responsable de la entidad, con el fin de que retire los materiales que previamente se han ido acumulando para su posterior reutilización o reciclaje. Todas estas entidades han llegado a acuerdos con el promotor de la idea, y prestan su ayuda en la reutilización de materiales, aunque como se puede entender, ha existido previamente una labor de concienciación para que estas empresas, particulares, etc., acumulen y no se desprendan de estos desechos del modo habitual. Se han sumado un mayor número de entidades colaboradoras, en la medida que han sido mayores las necesidades materiales de nuestro proyecto, pero creciendo también en número a medida que el proyecto se ha asentado y dimensionado en su recorrido temporal, contribuyendo de este modo a una mentalización de respeto hacia el medio ambiente y a una filosofía de sostenibilidad, en el ámbito local.

El número aproximado de entidades, empresas y particulares que colaboran en estas tareas es de veintitrés, dándose esta colaboración en el ámbito del municipio de Tacoronte.

El recorrido diario es de cuatro a cinco entidades colaboradoras diferentes, con la recogida de distintos recursos.

Con el fin de explicar la variedad de entidades, empresas, y particulares que prestan su apoyo y enumerar los diversos materiales que son objeto de reutilización, a continuación detallaremos las entidades y cada uno de los elementos que nos aportan.

- Cafeterías: se recogen borras de café, tetrabrics y papel fundamentalmente periódicos usados.
- Restaurantes: sobras de comida.
- Kioscos: todo tipo de papel que no tenga tintes contaminantes, incluido cartón.
- Librerías: se reutiliza principalmente papel.
- Panaderías: pan de desecho, tartas y postres.
- Talleres de mecánica: embalajes de madera y cartón.
- Bodegas: residuos orgánicos de la elaboración del vino.
- Fincas: Restos de poda de viñas.
- Jardines privados y públicos: toda clase de poda de plantas ornamentales.
- Ferreterías: Embalajes de cartón y madera.
- Cooperativas agrícolas: Palets y embalajes de madera y cartón, semillas inservibles.
- Ayuntamiento de Tacoronte: Reciclaje del papel y cartón de sus oficinas.
- Gabinete de Desarrollo Rural del Cabildo: Papel y cartón.
- Particulares: Sobras de comida, tetrabrics, papel.
- Supermercados: Productos envasados caducados o en mal estado.
- Laboratorios fotográficos: Envoltorios de carretes.

Todos estos materiales que hemos enumerado, algunos de ellos de forma reiterativa para que se conozca cual es la colaboración material de cada entidad, cumplen una función en el Centro Especial de Empleo (CEE), tienen su lugar

dentro del ciclo de aprovechamiento que el promotor pone en marcha con esta iniciativa. La ubicación y el fin último, para el que son usados cada elemento, los detallamos seguidamente:

- Borras de café de Cafeterías y restaurantes: Su utilización es para realizar "compost", abono orgánico directo al suelo. También se usa para la mezcla del sustrato que se compone para la planta de vivero.
- Tetrabrics de restaurantes, particulares y cafeterías: Se reutilizan para la plantación, previa su manipulación cortándolo, de frutales para la reforestación y producción de setos.
- Papel de particulares, Ayuntamiento, librerías, etc.: Se usa sobre el suelo para impedir que crezcan las malas hierbas, con una duración para esta función de la contención, de unos seis o siete meses. A partir de este periodo ya no es necesario seguir aportando papel para obtener el mismo efecto de contención. Se logra así mismo, evitar la evaporación de la humedad del suelo, y la creación de suelo.
- Sobras de comida de particulares y restaurantes: Se reciclan en alimento para dar de comer a los animales de la Finca especialmente a las gallinas.
- El cartón de kioscos y ferreterías se dedica a la misma finalidad que el papel.
- El pan de desecho, tartas y postres de panaderías y restaurantes también sirve para la comida de los animales de la Finca.
- Los embalajes de madera y cartón y los paléts de madera de Ferreterías, Talleres, Bodegas, y cooperativas agrícolas, tienen como finalidad la construcción de gallineros, camas para animales, así como, la reutilización para distintas infraestructuras de la Finca, depósitos de compost, cuartos de aperos y otras necesidades de madera que puedan surgir.
- Los desechos orgánicos para la elaboración del vino de las Bodegas: Su reciclado es aplicado directamente al suelo y se incorpora encima del papel que impide las malas hierbas, y contribuye en la elaboración de suelo altamente fértil.
- Restos de poda de viñas de Fincas, podas de plantas ornamentales de Jardines públicos y privados, y semillas inservibles de las Cooperativas Agrícolas: Su destino es la trituración en la maquina biotrituradora, para su reutilización en los caminos entre canteros, previa colocación de papel, se camina sobre esta materia orgánica con lo que en un plazo de ocho o nueve meses se obtiene un abono natural de gran riqueza ecológica, que se incorpora a los canteros laterales, una vez concluido el proceso descrito.
- El trabajo realizado por las personas con discapacidad de esta entidad en la construcción de suelo, y en la reutilización de todas estas materias orgánicas puede explicarse como el tratamiento de distintos residuos de Bodegas, Fincas, Cooperativas, etc. para la elaboración de compostaje, así como los restos vegetales de jardinería privadas y municipales, transformando los estiércoles y otros restos orgánicos en Compost, y Humus de lombriz, recomendados por los jardineros y agricultores por ser considerados entre los mejores fertilizantes orgánicos que existen, y a partir de éstos elabora distintos sustratos y enmiendas ecológicas para el suelo.
- Productos envasados caducados o en mal estado de Supermercados: Productos comestibles en grano (arroz, trigo, lentejas, etc.), sirven de alimento a los animales de la Finca, en especial a las gallinas.
- Los envoltorios de los carretes fotográficos de los Laboratorios: Tienen una aplicación concreta en la conservación de las semillas de producción propia en nuestra Finca.

En la siguiente tabla podemos observar mas detenidamente las cantidades aproximadas de recursos que en la actualidad se transforman en nuestra empresa:

RECURSOS	KILO / AÑO
Periódicos y revistas	7.920
Cartón	6.120
Borras de Café	34.560
Maderas (recortes)	1.570
Palets	3.760
Materia orgánica	76.405
Varios (tetrabrics, envases..etc)	1.185

Nuestra idea del aprovechamiento de materiales, está en consonancia con la reducción máxima en la producción de desechos y basuras, con la indispensable utilización de las tres R's, como proceso para lograr la conservación de los recursos y del respeto al ecosistema (RRR): Reducir, Reutilizar y Reciclar la basura mediante su no producción.

Se trata en definitiva de crear un ciclo abierto, de participación social, donde se contribuye localmente a una producción agrícola sostenible, a través del ahorro de energía, la promoción, la adaptación de elementos residuales y el acceso al empleo a las personas con Trastorno Mental. Obteniendo también una sensibilización de la conciencia medioambiental, de todas las instituciones participantes.

LOS TRABAJADORES

En la actualidad hay seis personas con Enfermedad Mental, una encargada y un autónomo. Todos los trabajadores tienen un contrato fijo en el Centro Especial de Empleo. En siete años hemos tenido una media de cinco trabajadores en plantilla fija y un total de catorce con contrato temporal.

En la Asociación las personas con Enfermedad Mental que se han formado durante más de siete años son veintitrés de las cuales el 55% de ellas han pasado a formar parte de Empresas Ordinarias, a la Bolsa de Trabajo de SIMPROMI y al propio Centro Especial de Empleo.

Actualmente hay firmados convenios con distintas instituciones para favorecer y potenciar la formación que tenga relación con la actividad agrícola y de jardinería. Esta formación se realiza en las instalaciones de La Asociación que constan de un Aula Bioclimática de 100m^2, un Vivero de 185m^2 y más de 9000m^2 de Canteros repartidos por toda la Finca.

Las perspectivas de futuro para nuestros beneficiarios son favorables al tratarse de una actividad primaria con bases sostenibles y unos clientes que necesitan cubrir sus necesidades más inmediatas.

BIBLIOGRAFÍA

Bellver, F. El empleo con apoyo como opción de servicio en España. *Resumen de Ponencias del IV Symposium Internacional de Empleo con Apoyo*, Tenerife. Noviembre, 1998.

Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). *Un Plan de empleo para las personas con discapacidad en el siglo XXI.2003*

Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). *Plan de Medidas Urgentes para la promoción del empleo de las personas con discapacidad.2003.*

Esteban, R.. La legislación laboral referente a la contratación de personas con discapacidad. Una visión desde los proyectos de empleo con apoyo y propuesta de mejora. *Resumen de Ponencias del IV Symposium Internacional de Empleo con Apoyo*, Tenerife. (1998)

FAISEM. Jornadas Andaluzas sobre integración laboral de personas con problemas de salud mental. FAISEM- Junta de Andalucía. Cádiz. Octubre de 2000.

Galilea V y Colis J. Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos en su integración laboral. En varios autores: *Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos: De la rehabilitación al empleo.* Ponencia marco presentada en el I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid.1995.

Glez. A. Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable. *Siglo Cero*, 1993; 25 (3), núm. 148, julio-agosto, 49-53.

IMSERSO. Encuesta de Población Activa del segundo trimestre de 2002. *Las Personas con discapacidad y su relación con el empleo*. 2002.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

Ley 5 1/2003 de 2 de Diciembre de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE nº 289. ·3 Diciembre 2003. 43187-43195

Rodríguez Hernández S. Rodríguez Pulido F. Hernández Marrero J. *La rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II) Monografía.* Gran Canaria: Ed. Proyecto RISEM. 1997.

Rguez Hernández., S, Rguez Pulido., F. Hdez Marrero J. et al., *La Esquizofrenia. Información para las familias y los profesionales*. Monografía. Gran Canaria: Ed. Proyecto RISEM.1997.

Rguez., Pulido F., Rguez., Hernandez S., Salamanca, J.M. et al., El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con un trastorno mental de larga duración. En Rguez Hdez., S., Rguez Pulido., F., Hdez Marrero., J. *La Psiquiatría Comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales.* (pp.311-337). Gran Canaria: Ed. Ayuntamiento Santa Lucía. 2000.

Rodríguez Pulido F. Montes de Oca Hdez D. Rodríguez Hdez S. Trabajo, desempleo y salud mental. En Rodríguez Pulido F. Vázquez Barquero J.L. Desviat Muños M. Psiquiatría Social y Comunitaria (I). Gran Canaria. ICEPSS. 1997;207-221.

Capítulo 19

LA INSERCIÓN RÁPIDA EN EL EMPLEO ORDINARIO: ¿REALIDAD O FICCION?.

Francisco Rodríguez Pulido. Elena Tallo Aldana. Macame Hernández de Sotomayor. Patricia Vílchez de León. Susana López Réig.

El Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.), es uno de los recursos establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.), con el objetivo general de apoyar en el empleo a aquellas personas con problemas de Salud Mental a través de una atención individualizada y especializada. Estas personas recibirán un apoyo continuo y flexible por parte del equipo, tanto en la fase del logro del empleo, como en la continuidad del mismo.

El Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.), se postula como una nueva manera de entender la inclusión de la discapacidad mental, las relaciones de las personas con una enfermedad mental con la sociedad y se analiza la provisión de medidas sanitarias precisas para satisfacer sus necesidades. Por lo tanto, se trata de dar respuestas de forma eficiente (léase parte primera capitulo 1) a la problemática que se deriva del impacto de la enfermedad mental en el funcionamiento y competencia de la persona en las actividades del día a día.

MISION

La incorporación rápida en el empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental grave, de acuerdo a las preferencias del usuario, ofreciendo apopo continuo antes durante y después del logro del empleo,

OBJETIVOS

Los objetivos de los EAIE son los siguientes:

- Promover la inserción rápida en el empleo ordinario.
- Ofrecer el acompañamiento, apoyo y seguimiento individualizado antes, durantes y después del logro del empleo.
- Atender las preferencias de las persona en torno al empleo.

- Atender todas las necesidades de las personas que faciliten el empleo ordinario.
- Sensibilizar, asesorar e informar a las empresas en materia de integración para el empleo de las personas con trastorno mental severo.
- Abrir y consolidar la colaboración con el mundo empresarial, instituciones y asociaciones para lograr el incremento de oportunidades de integración en el empleo de estas personas.
- Remover los obstáculos que dificulten la integración en el empleo.

METODOLOGÍA

Las acciones que desarrollan son:

- Valoración de las personas derivadas de las Equipos Comunitarios de Salud Mental o de los Preparadores Laborales, para su posterior incorporación, si procede, a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo.
- Ajustar el puesto de trabajo con las preferencias de los usuarios
- Orientación laboral y profesional.
- Información a los empresarios sobre discapacidad por Trastorno Mental Grave y Persistente, y sobre las funciones especificas de los Equipos.
- Búsqueda de empleo teniendo en cuenta las capacidades y habilidades del colectivo que nos ocupa.
- Mantenimiento y consolidación del empleo mediante el seguimiento individualizado y apoyo indefinido en el tiempo
- Ofrecer una cartera de prestaciones y servicios para el logro del empleo

POBLACION BENEFICIARIA

Para acceder a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE), las personas serán derivadas desde los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM), el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) o los Preparadores Laborales (PL) y deberán cumplir con los siguientes criterios**:**

- Tener discapacidad por trastorno mental de larga duración preferentemente entre 18 y 50 años.

- Ser atendido, derivado y en seguimiento por los Servicios de Salud Mental de referencia.
- No encontrarse en fase aguda de la enfermedad.
- Deseo manifiesto de empleabilidad y motivación para su logro.
- Tener Calificación de minusvalía vigente o en tramitación.
- Compromiso de la persona, y en su caso de la familia, de colaborar en su proceso de integración en el empleo..

Los técnicos del EAIE realizan la valoración completa en 3 ó 4 sesiones. Concluidas las valoraciones, los resultados obtenidos pueden ser que la persona pase a formar parte de equipo de empleo o bien podrá ser remitido a otros recurso, o simplemente, valorar que no reúne los criterios operativos de empleabilidad.

LOS EQUIPOS DE EMPLEO

Estos equipos están formados por Técnicos de Empleo, licenciados en Psicología con formación específica en salud mental que se distribuyen por las distintas zonas geográficas de la isla. Las 5 zonas delimitadas en la isla de Tenerife (tabla 1.1.) son las siguientes:

1. **El EAIE de la zona Norte tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Santa Úrsula y Buenavista del Norte, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de La Vera y la USM de Icod.**

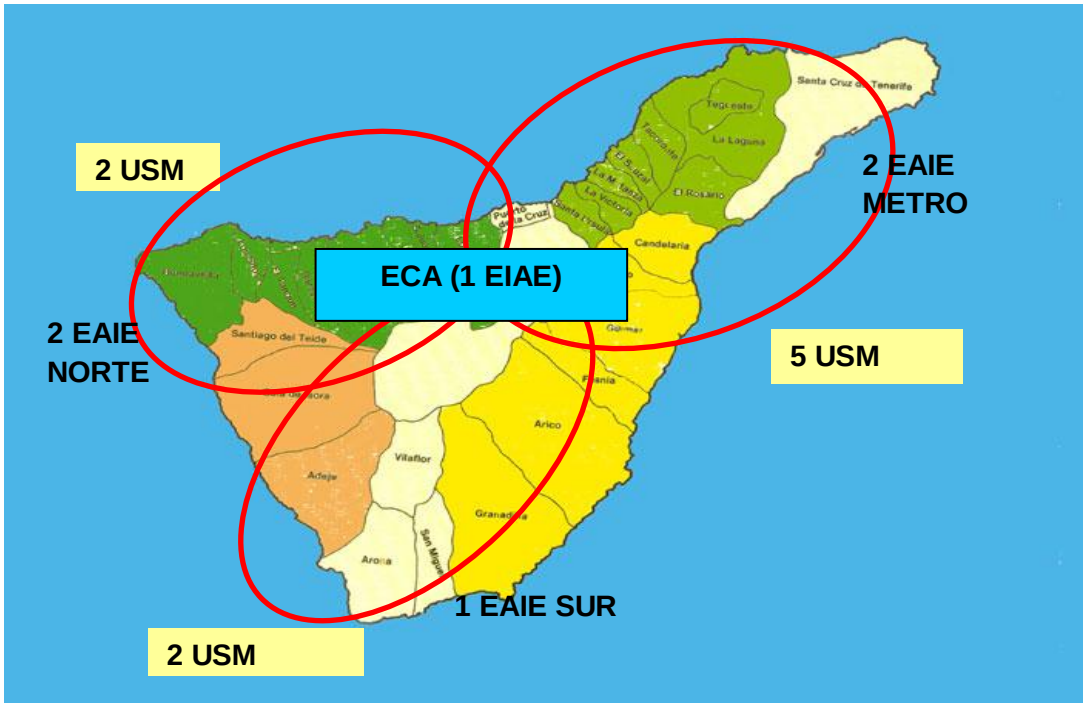
2. **El EAIE de la zona de La Laguna tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde La Laguna hasta la Victoria, ambos inclusive, trabajando en red con el HUC, la USM de La Laguna y USM de Tacoronte.**

3. El EAIE de la zona metropolitana tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Santa Cruz hasta Arico, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de Ofra y USM de Salamanca.

4. El EAIE de la zona Sur tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Granadilla hasta Santiago del Teide, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de El Mojón y la USM de Adeje.

5. Recientemente, a finales del 2009, se ha incorporado un técnico de empleo (EAIE) al Equipo Comunitario Asertivo (ECA) que se encargará del empleo rápido en las personas que residen en toda la isla en las distintas modalidades de alojamiento.

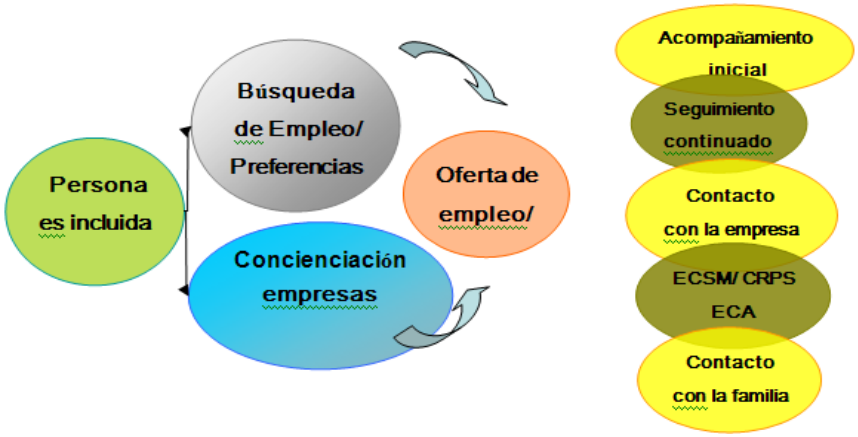
Figura 1.1. Áreas de actuación de los EIAE, USM y ECA



En total en la isla a finales de 2009 se dispone de 5 EIAE, uno de ellos incorporado en el ECA. El cupo máximo de usuarios por cada EAIE es de 25 personas.

Con aquellas personas que son incluidas en los Equipos, los técnicos comienzan con la búsqueda rápida del puesto en empresas ordinarias, según las preferencias del usuario. Al mismo tiempo se realiza un trabajo de concienciación con las empresas. Conseguida la oferta de empleo, se hace un análisis del puesto de trabajo para, posteriormente, acompañar al candidato a la entrevista. Cuando la persona se incorpora en el empleo, la técnico realiza un acompañamiento inicial, un seguimiento (telefónico/presencial) con el usuario, contacto con la familia y la empresa, así como con la USM correspondiente (Figura 1.2.).

Figura 1.2. Proceso de búsqueda de trabajo y seguimiento del equipo EAIE.



Al final de una labor sistemática que recorre los pasos anteriormente citados, los estados administrativos y reales en que se pueden encontrar una persona en los EAIE son los siguientes: con empleo, sin empleo, lista de espera y abandono.

CARTERA DE SERVICIOS

- Incorporar de forma rápida en el mercado laboral ordinario a las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración.
- Atender las preferencias del usuario en cuanto al empleo.
- Sensibilizar, asesorar e informar a las empresas en materia de integración para el empleo de las personas con trastorno mental severo.
- Analizar los puestos ofertados por la empresa.
- Acompañar a los candidatos a la entrevista.
- Realizar las gestiones necesarias para cumplimentar el contrato laboral: mecanizar el certificado de minusvalía en la Seguridad Social, solicitar etiquetas identificativas de Hacienda, elaborar curriculums vitae, preparar entrevistas, etc.
- Hacer seguimientos durante la duración del contrato con el personal de recursos humanos de la empresa, y/o con el encargado directo del trabajador que se incorpora en el empleo.
- Ofrecer el acompañamiento, apoyo y seguimiento individualizado según el perfil de cada persona con el fin de acceder, mantener y consolidar el empleo, del modo más autónomo e integrado que sea posible en cada caso.
- Abrir y consolidar la colaboración con el mundo empresarial, instituciones y asociaciones para lograr el incremento de oportunidades de integración en el empleo de estas personas.
- Remover los obstáculos que dificulten la integración laboral de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente.
- Intervenir con los usuarios y/o familias en aquellas áreas que obstaculicen su incorporación y/o mantenimiento en el empleo. Las áreas de intervención serían las siguientes:

Existen 3 líneas de actuación estructuradas de baja intensidad y breves, -que no se aplican globalmente a todos los usuarios sino dependiendo a sus necesidades- en programas dirigidos a los: A) Usuarios, B) Familiares, C) Empresa. A continuación se muestran los programas de cada uno de ellos:

A. Programa de intervención breve con los usuarios:

En el Programa de intervención breve con los usuarios se han implementado las siguientes áreas de actuación:

- Habilidades Sociales de ajuste laboral.
- Asertividad laboral.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Técnicas de respiración y relajación.
- Estrategias para combatir los pensamientos distorsionados.
- Tareas para casa: hojas de registro, entrenamiento en habilidades adquiridas, etc.

A.1. Habilidades Sociales de Ajuste laboral

Entrenar, recuperar o promover el desarrollo del conjunto de HHSS y de asertividad que permitan al usuario manejarse en las situaciones sociales e interacciones con jefes y compañeros en el ámbito laboral.

Entrenar y promover habilidades como las siguientes:

- Interacción con compañeros
- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones
- Capacidad para solicitar u ofrecer ayuda
- Capacidad para expresar criticas o valoraciones
- Manejo de las situaciones estresantes
- Administración y manejo del tiempo de ocio

A.2. Asertividad Laboral

Lo que más predice el éxito laboral son las relaciones personales con compañeros y jefes y las de fiabilidad o confianza (seguimientos de instrucciones, puntualidad y realización de tareas).

Objetivo general: Dotar a las personas de las habilidades de relación necesarias para desenvolverse de un modo eficaz en un medio social y laboral normalizado.

Objetivos específicos:

- Mejorar aspectos básicos de la comunicación
- Conductas no verbales: contacto visual, postura corporal, expresión facial y gestos.
- Conductas paraverbales: volumen, tono afectivo, latencia de respuestas y señales de escucha.
- Contenido Verbal: contenido del discurso y la duración de la intervención.
- Mejorar la capacidad para iniciar y mantener una conversación en ambientes laborales.
- Desarrollar un comportamiento asertivo en el entorno laboral: pedir ayuda/información, decir no, defender la propia opinión,

hacer y recibir criticas, negociar acuerdos, hacer y recibir comentarios positivos
- Dotar de estrategias de afrontamiento y manejo de ansiedad en situaciones sociales y laborales.
- Mejorar la capacidad de tomar decisiones en situaciones conflictivas del entorno laboral.

A.3. Entrenamiento en Solución de Problemas

1.- Orientación hacia el problema.
2.- definición y formulación del problema
3.- generación de alternativas
4.- toma de decisiones, y
5.- puesta en práctica de la solución y verificación.

¿Cómo reconocer el punto de vista de los demás?

1. Observo a la otra persona (lo que dice, su tono de voz, sus gestos,…)
2. Escucho lo que la otra persona dice (intento comprender lo que dice).
3. Imagino lo que la otra persona puede sentir (enfado, tristeza, ansiedad,…)
4. Pienso en las maneras de demostrar interés por lo que la otra persona siente (hablarle, tocarle el hombro, mirarle,…)
5. Decido la mejor forma de demostrarle comprensión.

B. Programa de intervención con las familias:

El programa dirigido a familias tiene como objetivo formar y asesorar a la familia sobre la utilización adecuada del refuerzo, sobre la enfermedad con el fin de que puedan aprender y desarrollar habilidades de aceptación de la enfermedad y evitar el excesivo proteccionismo, sentimiento de culpa o, por el contrario, la falta de implicación de la familia con respecto al empleo. Hacer entender la importancia de un trabajo coordinado con la Técnico de Empleo, a la hora de identificar síntomas de recaída, falta de adherencia al tratamiento, situaciones en el trabajo que el usuario manifiesta que son estresantes o preocupantes para él con el fin de seguir en conjunto una misma línea de trabajo.

- Intervenciones Cognitivo-Conductuales de Terrier:
- Valoración de las necesidades individuales.
- Educación sobre la enfermedad.
- Control del estrés con inclusión de estrategias de afrontamiento.
- Establecimiento de objetivos para mejorar el funcionamiento social del usuario.

C. Programa intervención con Empresas:

Refuerzo positivo, estigma y sensibilización de la enfermedad. Acompañamiento en las entrevistas si así lo requiere el usuario/a, explicación del recurso del EAIE y aclaración de dudas y posibles estigmas que tenga la empresa ante la contratación de una persona con discapacidad en salud mental así como la mediación de la Técnico entre la empresa y el trabajador en el caso de que surjan conflictos laborales.

INSTRUMENTOS

La valoración para empleo consiste en cumplimentar los siguientes instrumentos:

1. Censo de personas con discapacidad (Sinpromi S.L.)

2. Cuestionario de Valoración para Empleo (Bond G, R et al, 2002). A través de este cuestionario se valora la conciencia de la enfermedad, expectativas laborales, manejo y previsión de crisis, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, habilidades interpersonales y habilidades laborales.

3. Cuestionario de Motivación a Empleo de personas con enfermedad crónica (Colis, Coy, Galilea, López y Pascual.1996).

4. Se realizan entrevistas familiares para valorar el apoyo real que reciben los usuarios (seguimientos con la medicación, consultas médicas, barreras de comunicación, etc).

COORDINACIÓN CON LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y CON LA DIRECCIÓN DEL PIRP

Las reuniones del Técnico de Empleo con los Equipos Comunitarios de Salud Mental son mensuales y son el tercer miércoles de cada mes. A estas reuniones acude la Técnico del EAIE junto con el personal del ECA, así como enfermeras, trabajadora social, psiquiatras, psicólogo del Centro de Recuperación Psicosocial, personal de ayuda a domicilio y Terapeuta Ocupacional.

En las reuniones con la dirección del PIRP asiste el Director del PIRP, las cuatro Técnicos de los Equipos de Apoyo Individualizado al empleo de las distintas zonas de la isla. Se suelen organizar cada 15 días. En dichas reuniones se supervisa la dinámica de trabajo, trasmitiendo la evolución del recurso en cada zona, las dificultades encontradas y logros alcanzados.

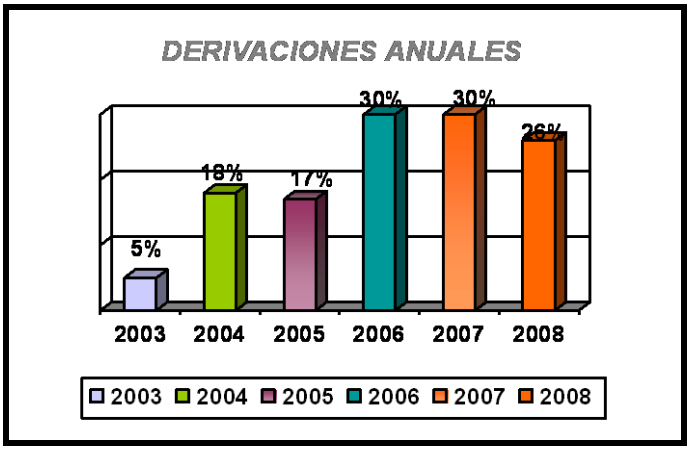
GESTION

En Tenerife, los EAIE están gestionados indirectamente por SIMPROMI a través de un convenio (léase documento 3) con el Instituto de Atención Social y Sociosanitario (IASS) a través de la Unidad Orgánica de Discapacidad. Al ser recursos incluidos en el marco del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) y financiados por el Gobierno de Canarias y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, la supervisión y evaluación es realizada por el Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife como técnico del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial.

RESULTADOS EN LA ISLA DE TENERIFE

El número de usuarios derivados al EAIE (tabla 1.desde la apertura de este recurso ha ido creciendo a lo largo del tiempo. Cabe destacar que durante los años 2006 y 2007 se ha registrado un alto índice de actividad que ha descendido ligeramente durante el año 2009.

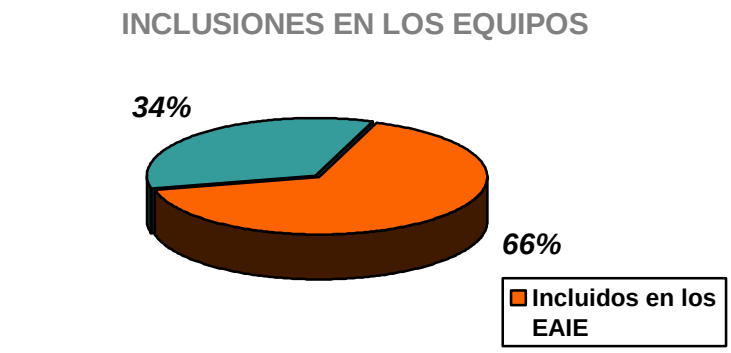
Tabla 1.3. Derivaciones de usuarios a los EAIE (2003-2008).



Durante el período de 2003-2008 se han recibido un total 517 derivaciones (Doc. 1) a los EAIE. Habría que destacar que, a partir del 2005, las derivaciones han ido en aumento debido al mayor conocimiento, sensibilización, labor psicoeducativa que han llevado a cabo los Equipos.

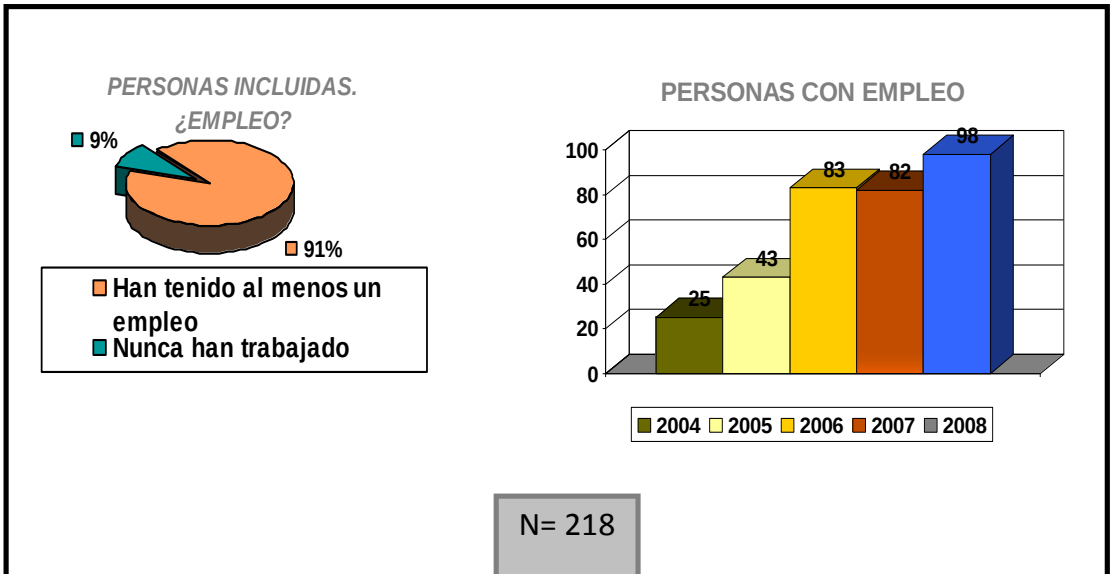
El perfil tipo de usuario que entra al recurso es el de hombre con edad comprendida entre 26 y 46 años, soltero, con estudios primarios o graduado escolar. La gran mayoría de ellos han tenido una experiencia laboral previa y posterior a la enfermedad y presentan diagnóstico de esquizofrenia. Durante el periodo comprendido entre 2003 al 2008, el 66% de las personas derivadas a los Equipos cumplían con los criterios de inclusión (tabla 1.4.)

Tabla 1.4. Porcentaje de personas que cumplían los criterios de inclusión (2003-2008).



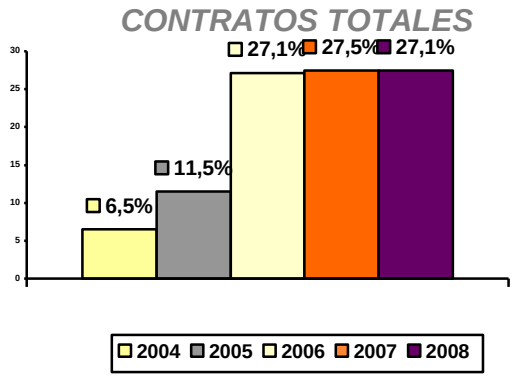
El número de personas que ha conseguido empleo ha ido aumentando paulatinamente desde el comienzo del recurso. El 91% de los usuarios del recurso ha conseguido, al menos, un empleo (tabla 1.5.)

Tabla 1.5. Personas que han conseguido empleo (2004-2008).



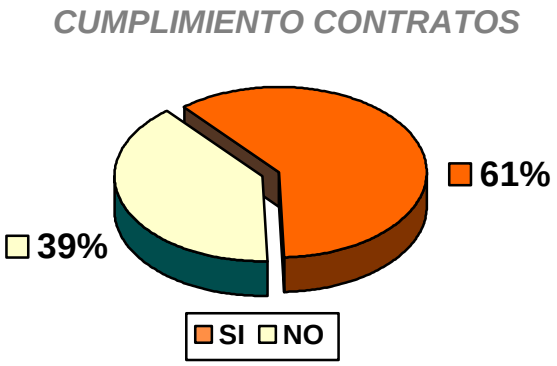
Se han conseguido un total de 504 contratos, siendo su evolución ascendente desde que se crearon los Equipos (tabla 1.6.)

Tabla 1.6. Porcentaje contratos (2004-2008).



El 61% de los contratos culminó con éxito, siendo el sector productivo mayoritario el terciario (tabla 1.7.).

Tabla 1.7. Porcentaje de Cumplimiento de Contratos (2004-2008).

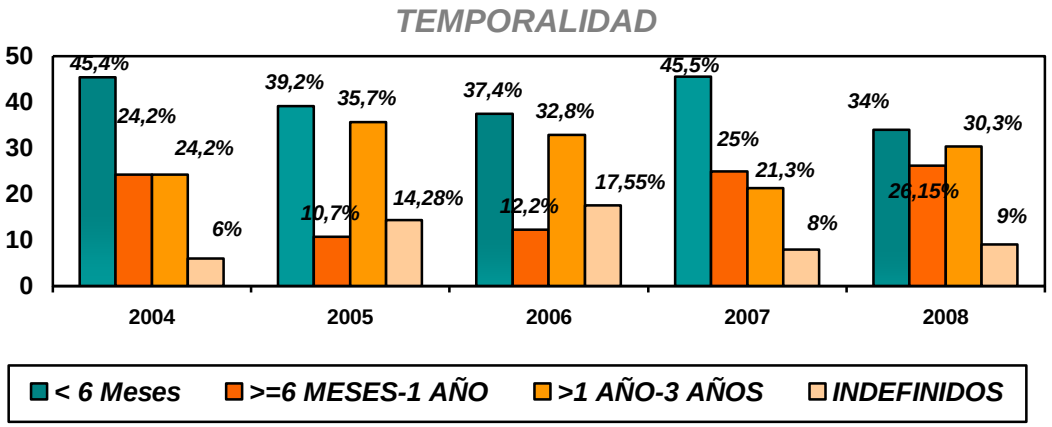


El salario medio de los contratos es de 712,72 euros brutos mensuales, dependiendo de la jornada laboral (por horas, media jornada o jornada completa).

La duración de los contratos suele ser temporal, siendo la diferencia entre los distintos periodos poco significativa.

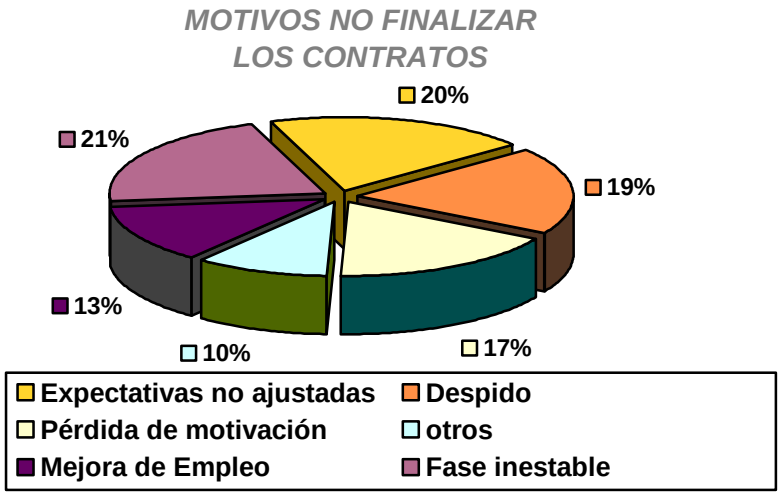
Es de destacar que el número de contratos indefinidos, ha sido del 11% de las contrataciones totales (tabla 1.8.).

Tabla 1.8. Porcentajes de Temporalidad de Contratación (2004-2008).



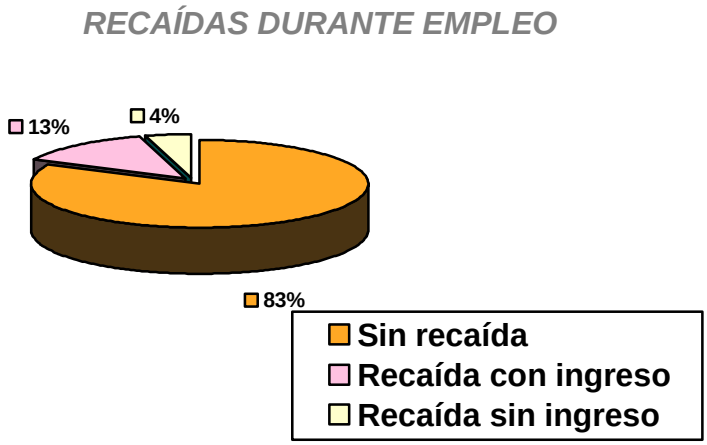
Los motivos por los que el resto de los contratos no finalizaron son variados (tabla 1.9): Fase Inestable, expectativas no ajustadas a la realidad del puesto, despido, pérdida de motivación en empleo, mejora de empleo y otros (fallecimiento, traslado de residencia, enfermedad física, etc).

Tabla 1.9. Motivos de no finalización de contratos.



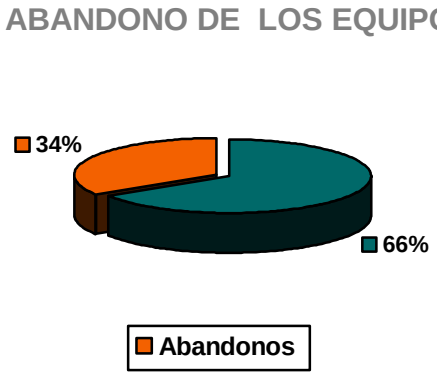
El 83% de las personas que han estado en empleo no han tenido recaídas (tabla 1.10). De las personas que han tenido recaídas, el 4% no han tenido que ser ingresadas y el 13% sí lo han necesitado.

Tabla 1.10. Porcentaje de recaídas durante el empleo.



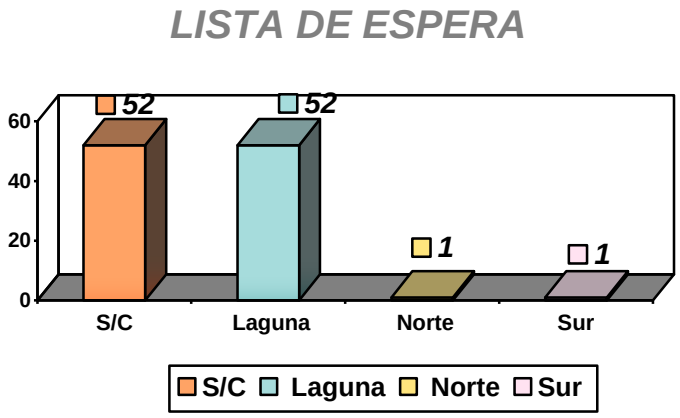
Solo el 34% de las personas abandonaron los Equipos principalmente por pérdida de motivación a empleo y fase inestable de la enfermedad (1.11.). También existen otros motivos tales como: traslado a otra isla, expectativas irreales, desea formación, dificultades físicas y otros.

Tabla 1.11. Porcentaje de Abandono de los equipos EAIE.



Actualmente se ha creado en las distintas zonas de actuación de los Equipos listas de espera, siendo la zona metropolitana S/C- La Laguna donde se encuentra la mayor cantidad de personas (tabla 1.12).

Tabla 1.12. Lista de Espera en los EIAE.



DIFICULTADES ENCONTRADAS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Pese a los logros obtenidos en nuestra experiencia y las listas de espera en algunos EAIE de algunas zonas, hemos identificados y reconocido en estos años, que los procesos de inserción rápida en el empleo, presentan una serie de dificultades vinculadas a todos las agentes que participan en su logro: el usuario, familia, los servicios sanitarios, y/o empresa. Desde el logro alcanzado las principales dificultades encontradas son:

1. *DIFICULTADES INHERENTES A LAS PERSONAS DERIVADAS AL RECURSO*

1.1. Derivadas de la propia enfermedad:

- Déficits cognitivos y conductuales
- Escasa formación académica y profesional
- Escaso interés laboral
- Ausencia de experiencia laboral previa o experiencia laboral previa frustrante

1.2. Dificultades específicas:

Déficits que se expresan en tres momentos clave del proceso de integración laboral:

a) Elección del empleo:

- Identificación de intereses vocacionales.
- Identificación de sus habilidades.
- No relaciona ocupación e intereses.
- No relaciona ocupación y habilidades.
- Rigidez en sus expectativas laborales.
- No identifica sus déficits laborales.
- Escasa constancia en la búsqueda de empleo.

b) Consecución del empleo:

- No valora las ventajas relativas al empleo.
- Dificultades para realizar gestiones (rellenar solicitudes, formularios, CV).

- Dificultades para manejar una entrevista laboral.
- Cumplimiento de normas (horarios, tareas, etc.).
- Habilidades sociales y/o interpersonales.

c) Conservación del empleo:

- Descuida su apariencia personal e higiene.
- No utiliza adecuadamente el transporte.
- Problemas de puntualidad o asistencia.
- Falta de habilidades sociales.
- Falta de iniciativa.
- Baja tolerancia al empleo prolongado.
- Baja tolerancia a la frustración.

***2**. DIFICULTADES INHERENTES AL SISTEMA SANITARIO*

Dificultad para sustituir bajas o vacaciones de los psiquiatras con rapidez.

***3**. DIFICULTADES INHERENTES AL PUESTO DE TRABAJO*

Problemas surgidos en los puestos de trabajo debido a los cambios de las condiciones iniciales:

- Turnos.
- Ubicación física.
- Horarios.
- Tareas asignadas.
- Obligatoriedad de realizar horas extras.
- Mayor exigencia en las tareas designadas debido a la situación actual de crisis económica (reducción de personal).

4. DIFICULTADES INHERENTES A LAS FAMILIAS

- Temores que se transmiten a los usuarios de que el empleo les va a generar inestabilidad en su enfermedad.
- Problemas para desplazarse, falta de tiempo, otras obligaciones.
- Temor a que se les exijan más responsabilidades.
- Estigma, es decir, no aceptan la enfermedad del familiar o no quieren que se conozca su problema.
- Experiencias negativas en el pasado (malas experiencias en empleo) y temor a que se vuelvan a repetir.
- Falta de información sobre la importancia de su implicación en todo lo relacionado con el proceso de empleo (antes, durante y después).
- Desesperanza ante cualquier tipo de ayuda debido a que, en ocasiones, los objetivos no se cumplen de manera inmediata (lista de espera porque no surge el puesto adecuado).
- Expectativas irreales en cuánto a la adecuación del puesto para su familiar.

5. DIFICULTADES INHERENTES A LA EMPRESA

- Estigma, representación social negativa, creencias y actitudes de rechazo, distancia social.

- Empresarios que tienen una imagen negativa de este colectivo: El enfermo mental es "agresivo", "impredecible", "no acepta normas", es "vago", es "deficiente intelectual". Esta imagen, en muchas ocasiones, es asumida por el propio usuario y su familia.
- Dificultades derivadas de la situación del mercado laboral:
- Generales: Paro, competitividad, incompatibilidad con pensiones.
- Específicas: Escasez de iniciativas empresariales destinadas a emplear a personas con TMGP.
- Debido a la situación actual de crisis, las empresas son más exigentes a la hora de contratar personal.

Seria de interés, sin descuidar la reflexión y análisis, de los factores positivos que han facilitado el logro del empleo en muchos de nuestros usuarios, también deberíamos acometer un plan para remover las dificultades encontradas en un subgrupo de usuarios.

PLAN PARA MODIFICAR LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS:

El plan estaría orientado, por un lado, a intervenciones breves y no intensas con los usuarios, la familia y la empresa, para hacer efectivo lo del apoyo antes, durante y después del logro del empleo, y por otro, la creación de una nueva figura no perteneciente de los EAIE, que proporcione apoyo in situ en el puesto de trabajo a aquellas personas que requieren de una intervención mas largo y mas intenso en situ para su incorporación al empleo ordinario.

En esta línea nos parece necesario profundizar:

Con los usuarios:

a) Entrenamiento en Habilidades Sociales para el ajuste laboral.

Entrenar, recuperar o promover el desarrollo del conjunto de HHSS y de asertividad que permitan al usuario manejarse en las situaciones sociales e interacciones con jefes y compañeros en el ámbito laboral. Estas son las diferentes áreas de intervención:

- Capacidad de interacción con compañeros.
- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones.
- Capacidad para solicitar u ofrecer ayuda.
- Capacidad para expresar críticas o valoraciones.
- Manejo de las situaciones estresantes.
- Administración y manejo del tiempo de ocio.
- Asertividad Laboral

Nuestra impresión, por nuestra experiencia, a confirmar con pruebas contrastadas, es que hay una relación significativa entre el éxito laboral y las relaciones personales con compañeros y jefes, y con las de fiabilidad o confianza (seguimientos de instrucciones, puntualidad y realización de tareas).

El objetivo general consistiría en dotar a las personas de las habilidades de relación necesarias para desenvolverse de un modo eficaz en un medio social y laboral normalizado.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar aspectos básicos de la comunicación.

- Conductas no verbales: contacto visual, postura corporal, expresión facial y gestos.
- Conductas para-verbales: volumen, tono afectivo, latencia de respuestas y señales de escucha.
- Contenido Verbal: contenido del discurso y la duración de la intervención.
- Mejorar la capacidad para iniciar y mantener una conversación en ambientes laborales, así como satisfacer las necesidades instrumentales.
- Desarrollar un comportamiento asertivo en el entorno laboral: pedir ayuda/información, decir no, defender la propia opinión, hacer y recibir criticas, negociar acuerdos, hacer y recibir comentarios positivos
- Dotar de estrategias de afrontamiento y manejo de ansiedad en situaciones sociales y laborales.
- Mejorar la capacidad de tomar decisiones en situaciones conflictivas del entorno laboral.

b) Entrenamiento en Solución de Problemas

- Orientación hacia el problema.
- Definición y formulación del problema
- Generación de alternativas.
- Toma de decisiones u puesta en práctica de la solución y verificación.

¿Cómo reconocer el punto de vista de los demás?

1. Observo a la otra persona (lo que dice, su tono de voz, sus gestos, etc.).
2. Escucho lo que la otra persona dice (intento comprender lo que dice).
3. Imagino lo que la otra persona puede sentir (enfado, tristeza, ansiedad, etc.).
4. Pienso en las maneras de demostrar interés por lo que la otra persona siente (hablarle, tocarle el hombro, mirarle, etc.)
5. Decido la mejor forma de demostrarle comprensión.
6. Técnicas de respiración.
7. Formas de combatir los pensamientos distorsionados.
8. Tareas para casa (hoja de registro, entrenamiento en habilidades adquiridas, etc.).

Con las familias:

- Aplicar estrategias para aumentar la participación en las reuniones.
- Ayudarles a entender que el beneficio de la intervención es para todos los miembros de la familia.
- Flexibilidad en las citas.
- Proporcionar educación para disminuir el estigma y aumentar la esperanza.

Con las empresas:

- Reforzar las estrategias de información y sensibilización a las empresas sobre el beneficio de contratar a personas con discapacidad.

- Proporcionar información y educación para disminuir el estigma hacia la enfermedad mental.
- Establecer las pautas generales de actuación para la resolución de problemas.

Con las derivaciones no adecuadas

Pese a nuestros logros un porcentaje de las derivaciones de las USMC a los EAIE, no reúnen los criterios para la integración rápida en el empleo ni tampoco para ser incorporado a los Centros de Dic Ocupacionales. Son usuarios, que teniendo un concepto de si mismo adecuado, pero reconociendo sus dificultades aceptarían, participar en experiencias de empleabilidad, si hubiera un apoyo in situ en el lugar de trabajo. En este sentido la figura del preparador laboral, como un nuevo equipo, podría ser incorporado al espacio de la ocupación y el empleo. Este preparador laboral, no formaría parte ni de los EAIE ni de los Centros de Día Ocupacionales (léase documento). Su función seria. el trabajo real en ambientes normalizados y una formación y entrenamiento en el propio puesto de trabajo para apoyar la inserción laboral a largo plazo.

Los rasgos identificatorios en que se sustentaría la constitución de este nuevo recurso, gestionado por las Asociaciones de Familiares, serian:

→ *Existencia de la figura del Preparador Laboral*. Se trata de un profesional que acompaña a la persona con discapacidad a su lugar de trabajo y ayudándole en el proceso de entrenamiento laboral. Esta figura es fundamental, ya que es la que va a proporcionar el apoyo que facilitará la integración. Pero además, debe fomentar que la persona se implique en su entrenamiento, en resolver los problemas que le puedan ir surgiendo, y conseguir que los agentes relacionados con la persona, ya sea familia, amigos, etc. participen también de este proceso. Sus funciones serian:

- Diseño, programación, desarrollo y evaluación de las actividades necesarias destinadas en contextos reales vinculados al mundo laboral, teniendo en cuenta las características personales y sociales del usuario.
- Entrenamiento en el ámbito de trabajo, tanto en las habilidades colaterales como en las tareas propias del puesto.
- Apoyo y orientación al usuario en los problemas de conducta que puedan surgir en el propio puesto y que interfieran el rendimiento de su trabajo.
- Implantación de métodos de trabajo que sirvan a la persona en proceso de inserción laboral como guía en el desarrollo de sus funciones.
- Seguimiento del usuario en su puesto de trabajo desde el recurso o centro de día ocupacional.
- Evaluación continúa del proceso de integración laboral.
- Derivación a los Equipos Individualizados al Empleo cuando se estime que las personas presentan una motivación adecuada y unas habilidades óptimas para el desempeño del trabajo.

→ *Apoyo en el Puesto de Trabajo*. Esta es una pieza clave del modelo; es el que nos va a permitir que la persona pueda acceder y mantenerse en el empleo. Existen distintos niveles de apoyo, que dependerán de las necesidades de la persona, de las necesidades del entorno, y que variarán en función del momento. Así, podemos contar con apoyos intermitentes,

apoyos limitados, apoyos extensos, y apoyos generalizados. El colectivo de personas con trastorno mental crónico, en líneas generales, suele necesitar un apoyo extenso y generalizado.

→ *Planificación Centrada en la Persona*. Todo el proceso se basa en los intereses, motivaciones, habilidades, etc de las personas, haciéndolos partícipes del mismo, y dotándoles del control que necesitan para llevar las riendas de su vida. Por tanto, debemos hacer una valoración individualizada, atendiendo a cómo la persona se desenvuelve en su entorno, más que a las dificultades que presenta en el mismo.

→ Puestos de trabajo en empresas ordinarias en condiciones de igualdad. La persona debe integrarse en empresas normalizadas, en las mismas condiciones laborales que el resto de sus compañeros, es decir, con similar contrato y salario.

En esta línea, en el documento presentamos, impulsado por el CIRPAC de Tenerife, un acuerdo marco de las relaciones y funciones que deben jugar cada recurso destinado a mundo de la formación, la ocupación y el empleo. Este documento articula y ordena este espacio en el modelo de relación en red de redes.

A MODO DE CONCLUSION

La experiencia de los EAIE en una sociedad con alta tasa de desempleo, y vista su efectividad, nos orienta que son una estrategia valida no solo en sociedades, como la americana, con baja tasa de empleo. La presencia de los EAIE en épocas de crisis económicas aumenta mas su necesidad. Los EAIE, su filosofía y su metodología, con pruebas aleatorias contrastadas, aumentan siguiendo sus criterios, las oportunidades de empleo para las personas con TMG que se lo demandan como una parte significativa del reconocimiento de si mismo. Ahora el problema que debemos resolver es como estas personas mantenimiento del empleo, por lo que será necesario que las intervenciones también cubran las necesidades globales de la personas y los usuarios puedan participar de entrenamientos breves e intensos (mejora cognitivas y habilidades interpersonales), antes, durante y después, para mejorar sus competencias y habilidades en varias esferas de su vida. Nuestra casuística nos indica, frente a la opinión tradicional, que el empleo, al menos, no descompensa psicopatológicamente, a las personas que abiertamente expresan sus deseos de lograr un empleo pero necesitamos de investigaciones mas complejas para conocer su influencia en la salud psicológica. La relacion de los EAIE con los otros soportes ocupacionales y de rehabilitación laboral tradicional forma parte de un sistema red de apoyo en este ambito (Léase documento 12 y capitulo 1 y 4).

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, A.W., Blanch, A. (1997): *Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective*. Psychosocial Rehabilitation J; 11:5-23.

Becker D.R, Drake R.E. (1994): *Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation*. Community Ment Health J; 30(2):193-206

Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G. J., et al. (2001): *Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island.* Psychiatric Services, 52, 351-357.

Becker, D.R., Bebout, R.R., Drake, R.E. (1998): *Job preferences of people with severe mental illness: A replication*. Psychiatr Rehabil J., 22(1):46-50.

Becker, D. R, Drake, R. E, Bond, G R, Xie, H. Dain R.J. Harrison K. (1998): *Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment*. Community Mental Health Journal, 34:71-82.

Becker, D.R. Drake, R.E. (2006): *Supported employment interventions are effective for people with severe mental illness.* Evid Based Ment Health, 9(1):22.

Bell, M.D. Bryson, G. Greig, T. Corcoran, C., Wexler, R.E. (2001): *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy.* Arch Gen Psychiat., 58:763–768

Bell M.D. Fiszdon J. Bryson G. et al., (2004): *Effects of neurocognitive enhancement therapy in schizophrenia: normalization of memory performance*. Cognitive Neuropsychiatry, 9(3):199-211.

Bell M.D. Bryson G.J. Greig T.C. Fiszdon J.M. Wexler B.E. (2005): *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups*. J Rehab Res Dev., 42:829-838.

Bond, G.R. Campbell, K. Evans, L.J. Gervey, R. Pascaris, A. Tice, S. Del Bene, D. Revell, G. (2002): *A Scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness.* Journal of Vocational Rehabilitation, 17:239-250.

Bond, G. R. (1998): *Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22:11-23.

Bond, G. R. Drake, R. E. et al., (1997): *An update on supported employement for people with severe mental illnes*. Psychiatric Services, 48:336-346

Bond, G. R., Becker, D. R. et al., (2001): *Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice*. Psychiatric Services, 52 (3):313-322.

Burns T., Catty J., Becker Th., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M., Lauber Ch. Rössler W., Tomov T., Van Busschbach, White S., Wiersma D. (for the EQOLISE Group), (2007): *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial.* The Lancet, Vol 370 (29 de Septiembre):1146.

Colis, Coy, Galilea, López y Pascual. (1996): *Cuestionario de Motivación a Empleo de personas con enfermedad crónica.*

Drake, R.E. Becker, D.R. (1996): *The individual Placement and Support model of supported employment.* Psychiatri Serv., 47:473-75.

Drake, R.E, Mc Hugo, G.J, Becker, D.R, Anthony, W.A, Clark, R.E. (1996): *The New Hampshire Study of supported employment for people with severe mental illness.* J Consult Clin Psychol., 64:391-9.

Drake, R.E. Becker, D.R. Bond, G.R. (2003): *Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness.* Curr Opinion Psychiatry, 16(4):451-55

Killackey, E. Jackson, H.J. McGorry, P.D. (2007): *Results of the first Australian randomised controlled trial of individual placement and support in first episode psychosis.* Schizophr Bull., 33(2):593

Lucca, A.M. Henry, A.D. Banks, S. Simon, L. Page, S. (2004): *Evaluation of an individual placement and support model (IPS) program.* Psychiatr Rehabil J., 27(3): 251-57

Mueser, K.T. Salyers, M.P. Mueser, P.R. (2001): *A prospective analysis of work in schizophrenia*. Schizophr Bull., 27(2):282-96.

Mueser, K.T. Foy, D.W. Carter, M.J. (2003): *Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness*. Behavior Modification, 27:387–411.

McGurk, S.R. Mueser, K.T. Harvey, P.D. LaPuglia, R. Marder J. (2003): Cognitive and Symptom *Predictors of Work Outcomes for Clients with Schizophrenia in Supported Employment*. Psychiatr Serv., 54(8):1129-35.

McGurk, S.R. Mueser, K.T. (2003): *Cognitive functioning and employment in severe mental illness*. Nervous and Mental Disease, 191:789-798.

McGurk, S.R. Mueser, K.T. (2004): *Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model*. Schizophrenia Research, 70:147–174.

McGurk, S.R. Mueser, K.T. (2006): *Cognitive and Clinical Predictors of Work Outcomes in Clients with Schizophrenia Receiving Supported Employment Services: 4-year Follow-Up*. Adm Policy Ment Health and Ment Health Serv Res., 33(5):598-606

McGurk, S.R. Mueser, K.T. Pascaris, A. (2005): *Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial.* Schizophrenia Bulletin, 31[4]:898-909.

Mc Gurk, S.R. Mueser, K.T. Feldman, K. Wolfe, R. Pascaris, A. (2007): *Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial*.[see comment]. American Journal of Psychiatry, 164[3]:437-441.

Razzano, L.A. Cook, J.A. Burke-Miller, J.K. Mueser, K.T. Pickett-Schenk, S.A. Grey, D.D. et al., (2005): *Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention demonstration program*. J Nerv Ment Dis., 193(11):705-13.

Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Hdez., S. et al. (2001): *El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración.* En: Hernández S, Rodríguez Pulido F, Hernández Marrero J. La psiquiatría comunitaria. Ayuntamiento Santa Lucia. ISLEM. Programa Horizon II. Gobierno de Canarias; p.311-43.

Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Díaz, N. García Ramírez, M. (2004): *La integración laboral de las personas con trastornos mental grave: Una cuestión pendiente*. Psiquis; 25(6);264-281.

Rodríguez Pulido, F., Tallo Valdana, E. Tost Pardell, L. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos, J., Rivero Santana, A. González Lorenzo, M. Rodríguez García A. Hernández, A de Sotomayor C. (2007): *Eficacia y efectividad de las estrategias de*

empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Num. 2007/12

Salyers, M.P. Becker, D.R. Drake, R.E. Torrey, W.C. Wyzik, P.F. (2004): *A ten-year follow-up of a supported employment program.* Psychiatr Serv., 55(3):302-08

Torrey, W.C. Drake, R.E. Dixon, L. et al., (2001): *Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses.* Psychiatric Services, 52:45–50.

U.S Department of Health and Human Services. (2005): *Using Medic aid to Support Working Age Adults with Serious Mental Illnesses in the Community: A Handbook.*

Wong, K.K. Chiu S.N. Chiu L.P. Tang S.W. (2001): *A supported competitive employment programme for individuals with chronic mental illness*. Hong Kong J Psychiatr.,11(2):13-18.

Parte V

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y los trastornos mentales graves.

Hasta este momento hemos descrito nuestra experiencia en la evolución y el desarrollo de la atención a las personas con trastorno mental grave en la isla de Tenerife, pero a la vez no podemos de dejar de mirar al futuro. El impulso político al desarrollo del cuarto pilar del Estado del Bienestar - en un país con un atrasa significativo en inversión en su PIB en relación a los gastos sociales que destina el resto de Europa – mediante un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), donde, después de una valoración, se reconoce unos

derechos subjetivos, es de enorme relevancia para todos. Es un nuevo derecho, que forma parte de los otros tres pilares del estado del bienestar: el derecho de acceso a los servicios sanitarios, el derecho a la educación y el derecho a las pensiones (con el establecimiento de las pensiones no contributivas). Queda aun pendiente el derecho el acceso a las escuelas de infancia.

Mantenemos la tesis que la ley de la dependencia, aunque es una ley cuyo peso en la gestión recae en los Servicios Sociales, abre numerosos espacios para la colaboración, en general, con las Consejerías de Sanidad, y en particular, con las Jefaturas Regionales de Salud Mental. La actitud de los Servicios Sanitarios, se nos antoja, no es de espera a ver lo que ocurre sino, mostrar interés en la contribución positiva al desarrollo y consolidación de la Ley, asumiendo el papel que la propia ley le reconoce a Sanidad, mas aún cuando reconoce como uno de sus beneficiarios a las personas con trastorno mental grave.

En el ámbito de la salud mental, si la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud es una de las orientaciones y compromisos de la administración publica, sobre los que girara las políticas en salud mental y la atención psiquiatrita en los próximos años, el otro pilar, de apoyo, es sin lugar a dudas, la conocida como ley de dependencia. La Estrategia y la Ley van de la mano, como, Sanidad y Servicios Sociales, o Sanidad y Salud Mental, o el Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de la Dependencia. Cuidar y mimar esta colaboración se nos antoja una de las claves del futuro. Hay muchos aspectos que lo requieren de la ley. Para nosotros *múltiples diálogos para una sola tarea r*esumiría bien la pauta de actuación para todos. La tarea es mejorar y consolidar la ley. Múltiples diálogos, porque hay numerosos aspectos que deben ser debatidos, analizados, ampliados y/o corregidos. Desde el baremo, composición de los equipos de valoración, los Planes Integrados de Atención, la promoción de la Autonomía Personal, la formación del personal, hasta la acreditación de los Servicios.

Somos de la opinión y estamos convencidos que el eje de encuentro para todos, Sanidad y Servicios Sociales, debería girar en torno garantizar la continuidad de los cuidados y ofrecer servicios integrales de atención. Los servicios sanitarios, en el campo de la recuperación de los trastornos mentales graves, tienen un papel relevante, no solo a nivel institucional, sino a pie de terreno. En muchos aspectos podemos implicarnos, desde la promoción de servicios de promoción de la autonomía personal, como el tutor de casos o servicios de atención a domicilio; el desarrollo de Informes de Salud con contenidos mas precisos, la presencia de un miembro del equipo terapéutico en el momento de la valoración, hasta el compartir criterios sobre el Plan de Intervención y contribuir al desarrollo de instrumentos mas adaptados. Nuestra experiencia nos lo ha enseñado.

Esta parte quinta, ultima de esta obra y comienzo de otra, expresa nuestro propio compromiso con el desarrollo del cuarto pilar del estado del bienestar. Mantenemos la tesis que la inversión social no solo mejora la calidad de vida de la ciudadanía, sino también, empuja a la mejora de la eficiencia económica.

Parte Quinta

Capítulo 20

SANIDAD, SALUD MENTAL Y LA LEY DE DEPENDENCIA

Francisco Rodríguez Pulido

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, como marco político que recoge la unos derechos sociales y la construcción de un de un sistema estatal de la dependencia (SID), que reconoce una cartera de servicios y prestaciones, y la delimitación de una población diana, entre las que se encuentran las personas en situación de dependencia por enfermedad mental, el clima con el que es vivido la ley en el ámbito de los profesionales e institucionales de la salud mental es de frialdad y de indiferencia. Como si fuera un tema marginal para nuestro sector. Este clima es un clima muy preocupante y que hay que darle un giro de 180 grados. Por el contrario, en el ámbito de las Asociaciones de Familiares, ha sido una de sus preocupaciones y han ejercido su positiva influencia en los borradores previos de la ley antes de su promulgación. De la Ley resultará de pasar del carácter asistencial de las prestaciones que venían generando las CCAA al reconocimiento del derecho subjetivo - que rompe con la beneficencia y lo graciable- y con un sistema de acceso universal.

En torno a esta ley apreciamos un clima de derrotismo, comentarios como " esto no va con nosotros", "esta ley caera", han sido frecuentes y hasta cierto modo han paralizado una respuesta clara de nuestro sector. Este clima general también puede tener sus justificaciones, pues en los medios de comunicación, se ha venido insistiendo, en tres mensajes interrelacionados : 1) la débil sostenibilidad económica de la ley, 2) el escaso porcentaje de nuestros usuarios que serán beneficiarios de la misma por un baremo poco sensible a las especificidades de las personas con un trastorno mental, 3) por el propio baremo en si mismo y su aplicación por profesionales no expertos en salud mental. Ninguno de estos mensajes dejan de ser razonables y los mismos contienen su propia verdad. Sin en verdad esto argumentos son bastantes verosímiles, no podemos olvidar que, a pesar de la recesión económica, todas las fuerzas políticas del arco parlamentario están comprometidas con esta ley y su desarrollo,-es un aspecto sensible en materia electoral; el porcentaje de enfermos mentales graves es relativamente pequeño dentro de los trastornos psiquiátricos pero representan una relevante carga social, económica y familiar; y el baremo esta siendo sometido a revisión con una nueva propuesta en la mesa, que se nutrirán probablemente de la experiencia en Barcelona de la aplicación de la escala Ontario, de las aportaciones de las Asociaciones de Familiares y de las Asociaciones de profesionales (AEN), o la experiencia de Andalucía o de Castilla y León. Por lo tanto la aplicación de la ley de dependencia es un proceso abierto que durara la implementación probablemente muchos años, que esta lleno de complejidad, mas aun cuando comienza su desarrollo, en una época de crisis económica, como no se conocía desde los años veinte. En este sentido, las conclusiones que ha realizado el informe elaborado por la Comisión de expertos nombrada por el Parlamento para la evaluación de la Ley de Protección a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, son positivas puesto que vienen a manifestar carencias que presenta la aplicación de la ley en los distintos territorios, cuyas deficiencias es preciso corregir.

El 30 de noviembre del 2009 se cumplen tres años de la aplicación de la Ley. El Congreso encargó a un grupo de expertos que elaborara un informe que

evaluara la aplicación de la Ley. El informe ya está concluido: señalan que si queremos dar cobertura real a las necesidades de las personas dependientes hay que cambiar el modelo actual de financiación que es insuficiente. Hablan los expertos de una «financiación pública de suficiente solidez», que hay que financiar el nivel mínimo, en función del coste de los servicios que se prestan y teniendo en cuenta el nivel de dependencia; y que el nivel acordado entre comunidades autónomas y el Estado ha de hacerse en función de las necesidades de las comunidades y de la creación de los servicios, residencias asistidas, centros de día... Apunta también el informe, un problema de aplicación de la Ley relevante, que es el baremo, que mide el nivel de dependencia y que debe reflejar el grado de discapacidad real, sobre todo en personas con enfermedades mentales y trastornos de la inteligencia. Estos son algunos de los elementos clave, que por cierto, no son nuevos y que hemos venido defendiendo a lo largo de estos años. La conclusión es clara: la financiación no es suficiente, el modelo de asignación de recursos a las comunidades autónomas no atiende a las necesidades reales, el baremo hay que cambiarlo, no está garantizada la equidad ni la universalidad. La previsión financiera se hizo en un ciclo económico alto, que no sirve para momentos como el actual. Es importante dar nuevos derechos, (todos hemos defendido este cuarto pilar del estado del bienestar) pero es necesario que el Gobierno tome buena nota y ponga en marcha los cambios legislativos necesarios para que la atención a las personas con dependencia sea un derecho subjetivo real.

Pese a ello, y como decimos, entendida la ley como un proceso que durara una década, somos de la opinión, que este asunto, si se prefiere la idea que hay en la ley o la ley misma, es de suma importancia para el ámbito de la salud mental en el siglo XXI. El sector de la salud mental, debe posicionarse objetivamente en el lado de favorecer el cumplimiento de la ley - no en su caída- para ayudar y acompañar su desarrollo y consolidación de la forma más eficiente y efectiva posible. Consideramos que, el buen hacer en el desarrollo e implementación de la ley en el conjunto del país es uno de los objetivos estratégicos tanto de las administraciones sanitarias publicas, como de las organizaciones de profesionales, familiares y de usuarios en el ámbito de la salud mental.

LA OTRA ESTRATEGIA

Durante el año 2008 desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se abrió una línea de trabajo en torno a la ley de la dependencia. Hemos intentado estremecer, en primer lugar, a toda nuestra organización en el sentido que valoren adecuadamente el papel que juega la ley de la dependencia para mantener, consolidar y ampliar un modelo de atención basado en la continuidad de los cuidados para los trastornos mentales graves, o en su defecto, para debilitarlo, si en su aplicación resultase la resurrección de lo social y lo sanitario como espacios separados y estancos.

Somos de la opinión, que esta ley, va indisolublemente unida a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, así el propio Gobierno del Estado en su última remodelación de gabinete, adscribió el desarrollo de la ley de dependencia, al Ministerio de Sanidad, que inicialmente estuvo situada fuera de sus competencias, en el marco del Ministerio del Bienestar y Asuntos Sociales. Prueba de esta sensibilidad desarrollada desde la AEN son las mesas respectivas organizadas en las Jornadas Nacionales de Gerona (2008) y en el Congreso Nacional de Cádiz (2009), así como, la entrevistas mantenidas con técnicos del INSERSO, o los Consejeros Autonómicos, o los escritos remitidos al respecto al Ministerio, que pueden leerse en la pagina web de la AEN. Esto lo hemos dicho,

desde el reconocimiento, de la mejor focalización estratégica y agilidad para intervenir desde sus comienzos mostrada por la Asociaciones de Familiares. Desde el encuentro de Cádiz, la ley de la Dependencia, esta como punto caliente, en las agendas de la AEN y FEAFES, para promover una línea de trabajo común con respecto a la Administración publica. Esto es un gran salto adelante.

Nuestra primera tesis es que la ley de la dependencia y la Estrategia en Salud Mental del SNS van de la mano. Una tiene que mirar hacia la otra, no solo porque ambas formas parte del mismo Ministerio, si estuviera la Estrategia y la Ley en Ministerios diferentes no cambiaria nada esta posición, sino porque la ley de la dependencia habla de las personas que son atendidas en nuestros sistemas públicos o concertados financiados con los presupuestos públicos de todos los ciudadanos. La ley de dependencia no es un asunto exclusivo para los mayores o un asunto de los servicios sociales. Es un asunto que afecta a nuestros pacientes en la línea de fortalecer o romper la continuidad de cuidados, que se ha articulado durante las tres últimas décadas. Por lo tanto ley y Estrategia forma parte del apoyo para una bipedestación suficiente de los servicios sanitarios y sociales como un continuun. Ahora bien, depende del seguimiento y de la atención y de correlación de fuerzas, que mantenga nuestro sector, para la mejora y consolidación de la atención continua comunitaria en salud mental, o en su defecto, su debilitamiento, de los logros alcanzados en estas tres ultimas décadas.

SANIDAD Y LA LEY

Nuestra segunda tesis es que aunque la ley establece con claridad que las competencias en el desarrollo de la ley es de los Servicios Sociales. Esto no debe interpretarse de forma reduccionista, y pensar que la sanidad, no tiene ninguna responsabilidad ni implicación, sino en la medida que, sea invitada a participar por los Servicios Sociales. Somos de la opinión, con respaldo en la propia normativa legal, que como término genérico sanidad puede y debe contribuir a la mejora, al desarrollo y implementación de la ley. O se si se prefiere, los Servicios de Salud Mental, las Jefaturas de Salud Mental y las Conserjerías de Sanidad deben ayudar -no ya porque la ley abre espacios para ello- a la consolidación del sistema de atención a la dependencia, y sobre todo, tienen que jugar un papel relevante en la promoción de la autonomía personal. Por lo tanto, nuestra implicación, la de los sanitarios en general y salud mental en particular, no es ya solo, como decíamos anteriormente, porque uno de las poblaciones diana de atención en la ley sean las personas en situación de dependencia por trastorno mental, sino porque, el otro polo de la ley, -escasamente desarrollado hasta el escrito de este capitulo- es la promociona de la autonomía personal, principio central, de las políticas de recuperación y rehabilitación de los servicios de salud mental del siglo XXI. Vemos entonces, que las Conserjerías de Sanidad y las Jefaturas de Salud Mental deben y pueden acompañar el desarrollo y implementación de la ley promoviendo como eje estratégico una línea de actuación que promueva la autonomía personal para muchas situaciones de dependencia ligadas a la perdida de salud, y sobre, a la salud mental. Y este polo estratégico, quizás el mas novedoso de la ley, esta conectado a varias de las líneas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. La Ley, por tanto, contempla espacios para la implicación del sector de la salud mental a pesar de ser una competencia gestionada por los Servicios Sociales.-

Pero no solo en la línea de promoción de la autonomía personal y sus servicios - polo de la ley aun escasamente desarrollado- debe implicarse las Consejeria de Sanidad y los Servicios de Salud Mental. La propia ley establece numerosos espacios, unos explícitos y otros implícitos donde las Conserjerías de

Sanidad y/o los Servicios Autonómicos de Salud Mental, deben tomar la indicativa y no esperar a ser invitadas. Del resultado de esta implicación, veremos el producto y las ventajas, para el sector de la salud mental, para las personas con trastornos mas graves, en las próximas décadas**.**

A nivel institucional, en sus diferentes capítulos y artículos, esta explicito o implícito la participación de las Consejerías de Sanidad y de los Servicios de Salud Mental:

> Las CC.AA establecerán los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que proceda.
>
> Desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación.
>
> El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las CC.AA., con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores e hospitalización compleja.
>
> Se elaborara el Programa Integrado de Atención (PIA), tras efectuar un estudio y análisis del expediente, estableciendo los mecanismos de colaboración con las distintas administraciones competentes en la materia.-

Creación de los denominados Servicios de Promoción de la Autonomía Personal.

Como vemos hay numerosos espacios institucionales donde las Servicios de Salud Mental y las Organizaciones de Familiares y de profesionales deben empujar para hacer que se contemple las especificidades de las personas con trastornos mentales graves. Pero también la Consejera de Sanidad y las Jefaturas de Salud Mental también pueden implicarse en la política de acreditación de centros y en la formación de los profesionales, tanto de los evaluadores, como también de las personas, que se van a encargarse de los cuidados de los sujetos a los que va destinada la ley. Nuestros Centros o Residencias, requieren de unas especificidades y de unos profesionales encargados de los cuidados con una formación especializada ofrecida desde el sector de la salud mental.

Consideramos que la participación de la sanidad no solo es en los niveles institucionales para el desarrollo efectivo de la ley sino también se requiere de su compromiso e implicación de los Servicios Sanitarios de Salud Mental a nivel asistencial, - de los recursos sanitarios y de rehabilitación - en la primera línea de atención a los ciudadanos. Nosotros entendemos que, los Informes de Salud, que debe acompañar los ciudadanos en la cumplimentacion de los requisitos legales, los servicios de salud mental deben implicarse, no solo la atención primaria de salud, sino también, los equipos comunitarios de salud mental o los equipos de rehabilitación deben realizar informes no estándar basados exclusivamente en la sintomatología, el pronostico y la etiqueta diagnostica, sino informes que vayan en la línea de la valoración del 1) funcionamiento en las actividades de la vida diaria, 2) de la necesidad e intensidad de apoyo y

supervisión que necesita la persona y si 3) el entorno es un elemento facilitar o una barrera para su autonomía personal. Nosotros, desde nuestra responsabilidad, en los Equipos Comunitarios Asertivos diseñamos un informe prototipo que adaptamos a cada uno de los usuarios y cuya base de construcción fue actual baremo de la dependencia en su versión para los profesionales. Este informe (véase documento) realizado por los psiquiatras del ECA lo adjuntamos al expediente oficial. Así mismo procuramos a través de las trabajadoras sociales del ECA ayudar a las familias en reunir todos los documentos requeridos por la ley para iniciar el proceso de valoración, y hacemos un seguimiento para estar presente en el momento de la valoración, generalmente las DUE del ECA, por los técnicos de valoración del sistema canario de la dependencia de la Conserjería de Bienestar Social. En el capitulo 21 hacemos una cuantificación y valoración de este seguimiento, en nuestros recursos, a la luz de la información disponible hasta este momento.

LOS RECURSOS Y PRESTACIONES

Otra de nuestras tesis es que dependiendo de como se resuelva lo descrito hasta ahora la ley de la dependencia será una amenaza o una oportunidad para el ámbito de la salud mental de este país. Nosotros detectamos varias amenazas posibles en relación a entre los sistemas de atención y la línea de los cuidados, entre otras :

Ruptura de cuidados entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.
Asignación de nuevas misiones de los sistemas
- servicios sanitarios: cuidados a corto plazo: agudo
- servicios sociales: cuidados largo plazo; crónico

Ruptura de las líneas integradoras de atención continua
Nueva puerta de entrada a los recursos de rehabilitación y alojamiento
Asignación heterogénea de usuarios a los recursos de rehabilitación y de soporte comunitario.

Asimismo también a la interrelación con el sistema sanitario en referencia al catalogo de prestaciones y servicios, entre otras :

El catalogo de servicios es visto como servicios generalistas.
Coexistencia de dos Planes Integrados de Atención (PIA): uno proveniente de la ley de dependencia y otro de la Estrategia en Salud Mental.
Duplicidad sin conexión de Planes de atención para una misma persona.
La inexistencia de una oferta de Red de Servicios Sociales Públicos acreditados para la elección de los usuarios o derivación de los técnicos.
La inhibición o escasa implicación del tercer sector

Veamos estos aspectos desde el interés del ciudadano. Los ciudadanos, en caso de una valoración positiva, de acuerdo a la ley de dependencia, pueden recibir o bien una prestación económica personal o bien una prestación de servicios (ley capitulo II). Los servicios a los que tiene derecho el ciudadano, son los servicios necesarios para la recuperación y la rehabilitación en el campo de la salud mental. Por lo tanto vemos, otro punto mas de interés, para las Jefaturas de Salud Mental. Una vez realizada la valoración, las personas por parte del equipo de valoración, realizan un Programa Individual de Atención (PIA) (ley art. 29), del cual, hay una propuesta del Consejo General de Diplomados en Trabajo

Social y Asistentes Sociales (2007), que ha dirigido a todos los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y que al parecer, serán los encargados de elaborar los PIA.

En la mayoría de la CC.AA: de nuestro país la entrada a las plazas de Rehabilitación Psicosocial, en sus diferentes formatos como Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS) o de Alojamiento alternativo, se realiza las derivaciones apoyadas por criterios clínicos rehabilitadores desde los Equipos Comunitarios de Salud Mental, quienes comunican a los Servicios Sociales sus candidatos. Este sistema tiene sustanciosas ventajas, entre otras al permitir que: prevalezca el criterio clínico frente a otros criterios benéficos, la designación homogénea a los recursos de acuerdo a las especificidades de los diagnósticos, la morbilidad y la discapacidades,.la igualdad de oportunidades en la accesibilidad y una gestión mas transparente de las limitadas plazas disponibles. Con la ley de la dependencia, esta situación se puede alterar profundamente, con graves consecuencia a corto y medio plazo, en el caso, que sean los equipos de valoración de la dependencia, a través del PIA, quienes asignen las plazas y las entidades o que en su caso, que las familias con la financiación aportada por la administración se dirijan al mercado ordinario en busca de un operador. Esto supondría la ruptura de los débiles modelos de integración que se han ido construyendo en estos años y nos colocaría a los servicios sanitarios en una posición de subordinación frente a los servicios sociales cuando la perspectiva clínica es dominante en los procesos de recuperación de las personas con graves dificultades para las actividades y la participación.

En los recursos de recuperación y rehabilitación de nuestro país hemos infundido en estos años la importancia de realizar estrategias de intervención individualizadas que recogiera las complejas necesidades de las personas y sus familias con trastorno mentales graves. El instrumento necesario para recoger estas necesidades individuales con la colaboración del paciente y sus familias eran los Planes Individualizados de Rehabilitación, que en la Estrategia Nacional de Salud Mental se denomina Plan Integrado de Atención para las personas con TMG. Este plan era elaborado por los equipos de salud mental o los servicios especializados en rehabilitación. Ahora, con la ley de dependencia a los equipos de valoración se les reconoce la potestad de elaborar el Plan Individual de Atención (PIA). El contenido de estos planes todavía es muy inespecífico y no conocemos los limites de su gestión e intervención, por lo consideramos que estamos a tiempo, de mantener la idea de una persona un plan individual donde los servicios sanitarios y sociales colaboren en su gestación y desarrollo, de lo contrario, podríamos encontrarnos con una nueva situación de ruptura con los esfuerzos al menos de unificación funcional desarrollados hasta este momento**.**

No es fácil imaginar que si estas amenazas se hacen firmes y toman su posición en el transcurso del desarrollo de la ley, no solo retrocederemos en los logros conseguido en la últimas décadas, sino además, tampoco hemos sabido aprovechar la oportunidad que nos ha brindado la ley al ser de hecho una exigencia de los ciudadanos y hemos condicionamos el desarrollo futuro de los servicios de rehabilitación y de soporte comunitario. Por ejemplo, en nuestra isla la puerta de entrada a las prestaciones y servicios que ofrece la ley de la dependencia, sin estar bajo su ordenamiento jurídico, son los servicios de salud mental. Los servicios de salud mental, de acuerdo a un criterio clínico, asignada el recurso mas adecuado, procurando formas grupos coherentes de usuarios, que disfruten de un mismo dispositivo evitando las generalización y aparcamientos, ya que, a los usuarios se les ofrece un servicio de rehabilitación de baja intensidad a través de un Plan Integrado de Atención, como son los Equipos Comunitarios Asertivos. La ley de dependencia, si no se actúa de forma razonable y meditada,

puede alterar todo este modelo integrado, y construir recursos donde convive todo con todo porque e están bajo una "nueva y misma etiqueta", ofreciendo un plan de atención de servicios sin mirar sus contenidos y sus cuidados, no promoviendo servicios de promoción de la autonomía personal, y con una ruptura con los servicios sanitarios**.**

Espero que los peligros descritos formen solo parte de nuestras ideas delirantes. Pero ¿puede seguir pensando ingenuamente el sector de la salud mental que una vez aprobada esta ley y puesta en marcha el sistema de la dependencia, con una implicación presupuestaria importante, que al margen de esta ley, la administración publica abrirá otra línea presupuestaria especifica, en una época de secesión económica intensa y prolongada, para los recursos de soporte comunitario para las personas con trastorno mental grave con limitaciones importantes para la actividades de la vida diaria y restricciones en la participación social?. Las plazas ocupadas a través de los planes sectoriales vigentes en cada comunidad actualmente por las personas con trastorno mental grave en los dispositivos de soporte comunitario se están integrando en este sistema de atención a la dependencia. Esta es la tendencia que observamos dentro de la racionalidad del sistema.

Ahora bien, si ya el sistema de atención a la dependencia, presenta un cuestionamiento de su sostenibilidad económica y no se puede dar marcha atrás de cara a la opinión publica, las organizaciones político tendrán que ofrecer una salida presupuestaria a la ley, de lo contrario, tendrá un enorme impacto electoral, en el grupo político que se salga de la fila en esta cuestión. Visto este escenario la tendencia mas probable es que a administración publica, no se creara una línea presupuestaria especifica para la creación de nuevas plazas para las personas con trastornos mentales graves.

Entonces si no se va a abrir nuevas líneas presupuestarias para los trastornos mentales graves tenemos que recoger, en nuestra opinión, las nuevas demandas a través de la ley de la dependencia. Debemos, al menos, tomar el hueco, por el polo, que la propia ley reconoce a la situación de dependencia de las personas de nuestro ámbito de actuación, y por el otro polo, la oportunidad de impulsar políticas de promoción de la autonomía personal. El propio Ministerio de Sanidad, en noviembre del 2009, comienzo hablar del Programa SocioSanitario.

Las ideas comentadas nos la refuerzan nos la refuerza algunas valoraciones del desarrollo de la ley como la realizada por el Observatorio de la Discapacidad la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales en su II Informe (2009) nos describen una situación con ritmos muy desiguales por Comunidades Autónomas, pero sobre todo es revelador las siguientes conclusiones:

- JUDICIALIZACION de este derecho subjetivo a un servicio o prestación económica.
- Existen importantes diferencias en el desarrollo de la valoración, en los plazos de resolución y en la realización del PIA (Programa Individual de Atención) afectando al principio de igualdad de los ciudadanos. Así hemos encontrado con plazos totalmente dispares en la resolución en función de la Comunidad Autónoma de residencia
- Ligero o nulo incremento de SERVICIOS
- Optar por unos SERVICIOS que NO EXISTEN O ESTAN COLAPSADOS
- Coste real de los Servicios a ser PAGADOS POR LOS CIUDADANOS y su cuantía depende del TERRITORIO DONDE VIVA.
- Probable conversión de la excepcionalidad de las PRESTACIONES ECONOMICAS (1 enero de 2009 34%) en la NORMA COMUN

Como vemos la dirección que esta tomando la ley en nada favorece la creación de nuevas plazas y de una Red Pública de Atención de acuerdo a la cartera de servicios y prestaciones que establece la propia ley. Hasta este momento, cuando era una vía excepcional, hay demasiadas ayudas al cuidador familiar profesionalizando sus servicios, como alternativa a una red publica de atención, lo cual, coloca la filosofía de la ley mas lejos de la promoción de la autonomía personal, y del logro para las personas dependientes del cuidado especializado. La red de servicios no está implantada y no podemos conformarnos con que el periodo de implantación de la norma se desarrolle únicamente mediante la vía de la prestación económica. Si esto no se corrige, lo único que conseguirá el Estado será acrecentar el problema. Siempre hemos insistido que, para poder tener un sistema básicamente de servicios en las que las prestaciones económicas sean concedidas únicamente con carácter excepcional, es fundamental tener una red de servicios públicos de calidad que atienda a todos los ciudadanos que lo necesiten. Para lograr este objetivo, las administraciones públicas deben dirigir sus recursos a la creación de infraestructura y para esto es necesario un compromiso político y social por parte de los distintos Gobiernos. En función de lo que se potencie nos encontraremos ante distintos sistemas. Por lo tanto, La inversión prevista por el SAAD hasta 2013 podría no crear nuevas plazas sino ser usado, por un lado, para financiar las plazas ya ocupadas a través de otros planes o programas vigentes en cada comunidad anteriores a la ley, y por otro, puede provocar una no deseable absorción de recursos de otros ámbitos de los servicios sociales distintos de los de la dependencia. Y es mas, están sacando a las personas con trastorno de la inteligencia de Granada de los centros de día, para "quedarse en casa", porque al haber recursos incompatibles entre sí, se dan situaciones de ese tipo.

Aunque puede ser una situación muy excepcional, pero podría suceder, que ¿pasaría con las personas ahora atendidas en Centros que no han sido reconocidos por el SAAD o con un nivel y grado de dependencia inferior?. Por ello vemos necesario corregir la tendencia a la "sobrefinanciación" de la prestación económica que provoca que las CCAA asignen más prestaciones económicas al cuidado familiar que a la prestación de los servicios. El comité de expertos del Parlamento sobre la aplicación de Ley de Dependencia advierte de que, en algunos casos, las personas que valoran al dependiente y prescriben la ayuda que necesita no saben si esos servicios que recetan están disponibles. Y achacan a la insuficiente financiación el hecho de que las ayudas que se están concediendo sean, en su mayoría, prestaciones económicas, puesto que otro tipo de servicios -por ejemplo, una plaza en una residencia geriátrica- sería mucho más caro para las administraciones. Por último, los expertos lamentan que las comunidades no ofrezcan datos relativos a la gestión, entre los muchos que han de aportar al sistema de información de la Dependencia.

Por lo tanto, otra de nuestras tesis, que si no ocurre nueva inversión publica, el despliegue del catalogo de servicios dependerá de la implicación del tercer sector , pero la implicación del tercer sector es débil o vacilante ante la no sostenibilidad del sistema. Una de las salidas para la sostenibilidad, según el comité de expertos, es un incremento de financiación es a través de los usuarios, por aportaciones extras por la vía de los seguros privados; ni por supuesto medidas que conlleven un detrimento en la economía de las personas en situación de dependencia, como las apuntadas respecto al pago de sus gastos farmacéuticos para derivarlo a los de dependencia.. Los expertos barajan, entre otras alternativas de financiación, establecer una cotización adicional a la que ya existe para las pensiones. De esta forma, los trabajadores irían financiando durante su vida laboral las atenciones que requerirán cuando sean mayores. Este

modelo ya se planteó cuando se debatía la ley, pero, finalmente, se optó por un sistema de cofinanciación: la mitad lo paga el Estado y la otra mitad las comunidades. Este sistema se ha demostrado complejo. En el documento de los expertos da la razón a las autonomías, que aseguran que el grueso del coste de la Dependencia lo afrontan con financiación regional: posiblemente arrostren con un 70% del coste frente al 20% que recae sobre el Gobierno y un 10% que aportan los ciudadanos mediante el copago, aseguran. A la vista de que las comunidades se hacen cargo de gran parte del coste de esta ley, los expertos proponen que el Gobierno financie, mediante el llamado nivel mínimo, a cada persona en función del coste del servicio que se le presta; o bien que se haga a "presupuesto cerrado", es decir, por el número de personas evaluadas, asignándoles puntos de dependencia. Cuantos más puntos tengan, menos dinero recibirían por ellos, como un mecanismo de control para que no se dispare la inclusión de personas en el sistema. O se infle la gravedad.

El informe también plantea la posibilidad de eliminar la exención del copago sanitario, es decir, que las recetas no sean gratis total para los jubilados, a cambio de aumentar los recursos para los futuros dependientes. Y no descartan tampoco la implantación de primas a partir de una cierta edad que conformarían un seguro obligatorio de Dependencia o una prima única a los 65 años. Alguna de estas fórmulas, ligadas al sector privado, también se barajó cuando se debatió la ley y se rechazaron. Los expertos plantean además una reforma de la Seguridad Social, de tal forma que las personas que cobran una pensión por gran invalidez no perciban además la prestación extra por necesitar los cuidados de una tercera persona, sino que ese complemento pase a depender de las ayudas previstas en el sistema de dependencia. En general, opinan que "sería deseable" que integrara de alguna manera el actual sistema de pensiones y el de dependencia. Tampoco, el comité de expertos, creen que el nivel acordado (la segunda pata de la financiación estatal) se haga siguiendo unos criterios acertados. Creen que estos recursos deben repartirse en función de "necesidades compartidas por todas las comunidades", como serían la creación de servicios, geriátricos, centros de día y su mantenimiento. El reparto en función de la población o la dispersión de ésta, "puede causar agravios" entre comunidades. Por otro lado, proponen que el copago, es decir, el dinero que aporta el ciudadano, sirva sólo para financiar servicios periféricos (peluquería, fisioterapia), nunca básicos, porque eso rompería la universalidad de la ley.

La Ley de Dependencia establece un sistema de financiación mixta entre Estado y Comunidades, apoyándose en el artículo 148 de la Constitución, que consagra el derecho de las comunidades a asumir competencias en asistencia social. Garantiza, además, los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Es decir, que todos los ciudadanos recibirán cobertura. Pues bien, los expertos advierten que "la universalidad de la ley, como ambición, puede romper el saco de su financiación". A día de hoy, con el objeto, de garantizar universalidad, equidad y accesibilidad, la Administración Publica, de acuerdo a la filosofía y espíritu de la ley, debería facilitar y mejorar la vida diaria de las personas con aquellos recursos que más se adaptasen a sus necesidades, tal como se recoge en el catalogo de prestaciones y servicios. Desde el Gobierno se debería divulgar un catálogo de servicios actualizado con la disponibilidad de plazas por recurso y las propuestas de nueva creación, con el fin de que el ciudadano que es el principal protagonista, se sintiera partícipe y pudiese elegir qué recurso se adecua a su necesidad, siempre con la supervisión de un equipo terapéutico.

La agenda de trabajo del movimiento asociativo, es una adecuada guía para orientar nuestras iniciativas, para tomar nota, y en este sentido, nos parece necesario contribuir a:

Adelantar al 2009 la evaluación y revisión de la ley por las Cortes Generales previo proceso intenso de consultas.

La ley y el sistema deben reequilibrarse hacia la AUTONOMIA PERSONAL mas aun en la recuperación de los TMG, siendo esencial la figura del tutor de caso

Acuerdo Interinstitucional de un Plan Financiero para garantizar la sostenibilidad y medidas que garanticen la equidad territorial del SAAD.-

Revisión del Baremo de Valoración de la Dependencia tal como establecía el Real Decreto con una mayor sensibilidad a las personas con trastornos mentales, no basadas en las autodeclaraciones, sino con la participación de múltiples informadores.

Las CC.AA deben crear de forma inmediata de órganos de participación y consulta con presencia del tejido asociativo para seguimiento del despliegue del SAAD,

Aprobar por CC.AA un Plan Urgente de Inversiones en Infraestructuras y Servicios de atención y apoyo según el catalogo de prestaciones, de acuerdo a la demanda de plazas previstas y reconocidas.

Aprobar de forma negociada los criterios y sistemas de Acreditación de Servicios y Centros que recojan las especificidades de la atención y apoyo a las personas en situación de dependencia por trastorno mental.

El Consejo Territorial del SAAD, como el Consejo Interterritorial de Salud acuerden criterios comunes de coordinación que puedan servir de base para regulaciones posteriores de las Comunidades Autónomas.

Urgente puesta en marcha de los mecanismo de coordinación de la Estrategia Nacional de Salud Mental y la Ley de dependencia.

Favorecer la participación de los servicios de salud mental en la valoración del funcionamiento y de la salud y su reconocimiento por los Equipos de Valoración de la Dependencia.

Promover programas de formación para los evaluadores de las unidades técnicas de la dependencia

Favorecer Planes Integrados de Atención (PIA) coherentes, integrales e integrados.

Favorecer la participación de los servicios de salud mental en el desarrollo e implementación de los sistemas de apoyo a la autonomía personal, la rehabilitación, cuidados de salud y prevención de discapacidades y la dependencia de la tercera edad.

Contribuir y favorecer un sistema integrado de información y gestión de datos

En resumen consideramos necesario, para cuando se revise en 2010, una renovación del acuerdo político y social para "consolidar, corregir y ampliar" los derechos establecidos por la Ley de Dependencia. Entre los objetivos de este

acuerdo, seria, alejarse del debate político "partidista"; acelerar el despliegue del sistema; garantizar su sostenibilidad financiera a medio y largo plazo; la ley y el sistema deben "reequilibrarse" hacia la autonomía personal; configurar "con mucha más ambición y nitidez" los servicios conexos con la promoción de la autonomía personal; definir un plan sociosanitario que estime para una década las nuevas demandas; Garantizar la continuidad de cuidados en salud mental; fortalecer el "principio de elección" de las personas y de las familia y avanzar en la "universalidad y gratuidad" del servicio**.** Nosotros, deseamos contribuir de forma positiva al establecimiento en nuestro país del cuarto pilar del estado de bienestar. Entendiendo este logro como un proceso en el cual la corresponsabilidad de todos los agentes implicados es esencial para ser efectivo los derechos subjetivos de los ciudadanos**.** Y asumimos con rotundidad una de las conclusiones del grupo de expertos, como es promover e impulsar un modelo de base territorial de proximidad, con modulación en función de cada realidad en cada Comunidad Autónoma, basado en la coordinación. Entendemos aquí por *coordinación* la articulación de recursos concretos en los casos atendidos dentro de cada ámbito asistencial; por *integración*, a la de servicios (sanitarios, sociales y sociosanitarios existentes) en un único sistema. El balance asistencial (evolución del indicador de dependencia de cada beneficiario como señalizador de la adecuación de los recursos que requiere) constituiría en este sentido el paradigma de la gestión coordinada del caso. Nuestra experiencia profundiza en estas practicas (léase parte tercera capitulo 13 y documento 13).

BIBLIOGRAFIA

LEY 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, Viernes 15 diciembre 2006, 44142- 44156.

Observatorio de la Ley de Dependencia. II Dictamen. Desarrollo e implementación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Enero 2009.

Granada hoy. La Ley de Dependencia queda reducida a una ayuda económica en siete de cada diez casos Jueves, 12 de noviembre de 2009.

Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2007). Informe Social y Programa Individual de Atención. Documento de trabajo social para valoración y acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia.

Grupo de expertos del Parlamento. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Primera parte: Valoración Septiembre 2009.

Parte Quinta

Capítulo 21

EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA.

Francisco Rodríguez Pulido. Cecilio Hernández Sotomayor, Juan Ojeda Ojeda. Roberta Pérez Pérez. Ana Isabel Robles Santos. Katya Aranzamendi Rodríguez. Margarita Hardisson Duque. Carmen Raquel Hernández Hernández.

La mejora del baremo de la ley de la dependencia por las limitaciones que ha presentado respecto a determinados grupos de personas con trastorno intelectual o trastorno mental, ha sido una exigencia de amplios sectores. No obstante, esta revisión ya estaba prevista en la disposición adicional cuarta del Real Decreto de baremo recogiéndose una vez que el Consejo Territorial realizara una evaluación de los resultados obtenidos. El hecho de que esta futura modificación ya se apuntara, nos da una idea del objetivo del legislador de

adecuar todas las necesidades reales y posibles situaciones de dependencia al resultado final que se debe obtener con la aplicación del baremo. El Ministerio de Sanidad se comprometió a finales de Octubre del 2009 a revisar los manuales de aplicación del baremo, un documento a partir del cual se mide el nivel de dependencia que presenta una persona, tal como piden los expertos consultados por el Parlamento. La modificación tratará de que se refleje fielmente el grado de discapacidad de las personas con enfermedades mentales, cognitivas o aquellos trastornos que ocasionen episodios de gran dependencia. Las asociaciones relacionadas con la enfermedad mental han denunciado en varias ocasiones que el baremo no da una valoración precisa de esta discapacidad. Otra deficiencia que el Ejecutivo nos anuncio que tratará de corregir, según el Secretario General de Sanidad, es unificar los criterios con los que se están haciendo las evaluaciones en cada autonomía. A veces, los prescriptores de la ayuda son distintos de los que la prestan.

El Grupo de expertos del Parlamento reconocen que los problemas asociados al reconocimiento de la situación de dependencia, destacan cuatro grandes cuestiones: a) la idoneidad del baremo b) el propio proceso de valoración c) las diferencias observadas en el proceso de valoración y sus plazos de resolución y d) el incumplimiento de las previsiones de personas reconocidas como dependientes. En cuanto a la idoneidad del baremo, las organizaciones sociales de la discapacidad expresan que el actual baremo tiene algunas limitaciones para captar la dependencia causada por la discapacidad intelectual, la enfermedad mental, los problemas cognitivos-conductuales y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia. Esta opinión contrasta en parte con la necesidad de ponderar de manera diferente los apoyos para actividades de la vida diaria. La necesidad de ajuste, reconoce el grupo de expertos, en la aplicación del baremo en base a la experiencia de dos años de implantación del SAAD es una opinión común y ello no tiene por qué suponer una extensión de la población que accede al sistema si al mismo tiempo dicho ajuste delimita con mayor precisión otras situaciones de dependencia.

IDONEIDAD DEL BAREMO

El baremo, un documento a partir del cual se mide el nivel de dependencia que presenta cada persona, las Organizaciones Cívicas solicitan que se modifique para eliminar las limitaciones que presenta respecto a determinados grupos de discapacidades. Debe ser reformado "sin más dilación", plantean los expertos nombrados por el Parlamento para evaluar el funcionamiento del sistema de Dependencia. Y debe modificarse, dicen, para que refleje fielmente el grado de discapacidad de las personas con enfermedades mentales, discapacidades cognitivas o bien enfermedades que ocasionan episodios de gran dependencia. Además, como ya puso de manifiesto el informe encargado a la Agencia Estatal de Evaluación, su uso se está haciendo con una diversidad de criterios en cada comunidad autónoma. Por cierto, que aquel informe, concluido en diciembre de 2008 y que algunos periódicos adelantaron en julio, sigue guardado en un cajón sin que lo hayan hecho público.

En relación a las personas con trastorno mental, en cuanto al baremo de la ley, la creencia general y la impresión es que este, no se ajusta a las características de nuestra población. Es fácil comprobar que algunos ítems están más enfocados a otras situaciones de dependencia relacionada con problemas físicos, ya que, por ejemplo cuando hablamos de "comer y beber", casi todos nuestros usuarios pueden hacerlo de manera autónoma, pero lo que hay que valorar es que en muchos casos se realiza de una forma inadecuada: comer en exceso, o comer sin valorar riesgos o no comer apenas o comer a destiempo. Y

esto se puede aplicar a casi todos los ítems y apartados del manual de valoración. En nuestra opinión, en valoración de las personas con trastorno mental debe primar mas en una acción de cómo se hace y no si se hace, y ello depende de una cualidad, generalmente ausente, que se llama iniciativa, que gobierna previamente las acciones.

Una de las contradicciones del baremo es la confusión de la valoración entre los dominios en lo que la persona puede hacer, conocido como competencia, mas propio de los trastornos vinculados a problemas físicos y lo conocido como rendimiento: lo que la persona hace realmente, mas vinculado a los trastornos mentales graves, porque la capacidad funcional no se superpone completamente con el rendimiento en el mundo real (Bowie wt al., 2006). Esta disparidad entre estos constructos puede deberse a las características individuo o a factores ambientales. Entre las características personas que pueden influir en el rendimiento en el mundo real, más allá de la influencia de la capacidad funcional, están la confianza, la motivación, la voluntad de asumir riesgos y la capacidad de autoevaluación. Se ha demostrado que la autoevaluacion esta especialmente afectada en la esquizofrenia (Karen et al., 2004, 2005) por una sobreestimación de las habilidades o subestimación que puede llevar a la falta de voluntad para realizar esfuerzos en situaciones en lasque se podría conseguir el éxito.

Se dispone de múltiples instrumentos para valorar una serie de dominios del resultado, incluyendo índices de competencias y resultados del mundo real. Es importante separar los dominios de contenido de resultado y la posible dependencia, que incluye la vida social, vocacional, de autocuidado e independiente, desde los métodos empleados para valorar estos dominios. Los métodos de valoración de dominios de resultado, todos con sus puntos fuertes y sus puntos débiles, son los siguientes:

La autodeclaración
La observación directa
Informantes clave
Varios Informantes

Se sabe en los ambientes especializados que las personas que tienen esquizofrenia manifiestan una conciencia reducida de la presencia y la importancia de sus síntomas psicoticos (Amador et al., 1993). La mayoría de las personas con trastornos mental grave carece de buenos informantes y la cantidad de contactos es variable. La falta de cooperación y la no participación activa podrían dar lugar a bajas puntuaciones. Las medidas de capacidad basadas en rendimiento requieren de validez concurrente. Muchas escalas de resultados funcionales están diseñadas para recoger información autodeclarada. Los datos sugieren que las autodeclaraciones de las personas que tienen esquizofrenia son menos fiables que los datos de informadores específicos. Una estrategia mas apropiada, aparentemente, es solicitar informes de observadores informados como directores de casos psiquiatricos, o familiares cuidadores. La puntuación de los cuidadores tiene ventajas sobre las medidas de autodeclaración, porque la introspección, el recuerdo y la valoración de los cuidadores pueden ser más exactos que los informados por el paciente. Además, estas, valoraciones, si son realizadas por miembros de la familia, permiten la puntuación de conducta que los proveedores de tratamiento raramente tienen la oportunidad de observar. Sin embargo, las escalas puntuadas por el cuidador y la información proporcionada por los cuidadores pueden ser problemáticas porque diferentes observadores basan sus respuestas en diferentes muestras conductuales, invierten diferentes cantidades de tiempo con el sujeto y pueden tener diferentes estándares de rendimiento apropiado. Estas diferencias entre los cuidadores pueden crear una

variabilidad considerable en la determinación. Además, entre una tercera parte y la mitad de los pacientes no son capaces de nombrar a una persona que pueda aportar información (Patterson et al., 1996).

Una excepción a la falta de informantes apropiados, pueden ser los pacientes que viven en residencias supervisadas, o hospitales larga estancia. Varios estudios han descrito valores elevados fiabilidad interevaluadores y validez convergentes con estas puntuaciones en escalas para pacientes institucionalizados (Harvey et al., 1997 Harvey et al., 1998).

Las medidas de la capacidad funcional basadas en el rendimiento en los dominios de las habilidades vida social, vocacional y de cada día pueden ser fundamentales para una valoración exacta del potencial. Siempre que sea posible debe tenerse en cuenta múltiples fuentes de información en la valoración de la discapacidad de cada día. Las investigación revisada por Lindenmayer et al., (2007) sugiere que los médicos que tienen un amplio contacto con los pacientes, como los gestores de casos, se encuentran entre las mejores fuentes de informes. Al mismo, tiempo los familiares pueden proporcionar perspectivas sobre la conducta de las personas con trastornos mental grave que pueden no estar al alcance de los médicos de los ambulatorios. Finalmente, la confianza sólo en la autodeclaración por parte de personas que tienen esquizofrenias una estrategia con muchos puntos débiles. Por ejemplo, se propone que la valoración de la rehabilitación vocacional proporciona una información excelente acerca de la competencia social, porque la forma como recomunica e interactúa el paciente tiene una influencia considerable sobre la forma en como es percibido por los otros miembros de la comunidad. Obtener toda la información posible de múltiples fuentes proporciona una amplia gama de información acerca de los competencias de las personas, y las áreas de inconsistencia entre los observadores o con el mismo calificador pueden proporcionar una información valida respecto a la variabilidad de la conducta en diferentes situaciones y con el tiempo.

Por lo tanto la medición de la competencia y el rendimiento esta sometida a numerosa variabilidad y si además, los valoradotes no tienen los conocimientos y las habilidades de una determinada especialidad, se añade otro sesgo de infraestimacion en los resultados de las valoraciones individuales.

EL PROCESO DE VALORACION

Por otra parte, respecto al *proceso de valoración*, hay que señalar que existe un proceso previo a la tramitación de la solicitud que se desarrolla en el ámbito municipal y que integra la información a los potenciales destinatarios, el apoyo para cumplimentar la solicitud y, sobre todo, la elaboración del informe social que debe acompañar a la solicitud. Igualmente hay que adjuntar un informe médico que casi siempre lo elabora el médico de atención primaria. Precisamente la ausencia del informe médico que debe contener el diagnóstico que mejor explique la situación de dependencia es una de las debilidades del proceso. Hasta ahora dichos informes no suelen dar cuenta de la situación de dependencia sino de las enfermedades que requieren tratamiento. De ahí, que cabe recomendar una mejora articulación del sistema sanitario en los diagnósticos de la situación de dependencia, lo que supone necesarios avances en la coordinación sociosanitaria, a los que nos referimos en la Parte III del informe.

El reconocimiento del grupo de expertos de la deficiencia del informe de salud, valida el fundamento de una de las tesis que hemos expuesto en el

capitulo 19 de este libro y respalda la estrategia institucional que desde el Servicio Canario de Salud, a través de los Equipos Comunitarios Asertivos (ECA) en la isla de Tenerife, hemos puesto en marcha para hace mas efectiva el desarrollo de la ley. Los informes de salud específicos con contenidos mas apropiados y la implicación de los gestores de casos en el momento de la valoración, En el índice de documentos, documento 13, puede leerse el informe tipo elaborado por el ECA y cuyo resultados pueden observarse en la en la Tabla 1 se muestra el número de informes recogidos en los diferentes recursos del ECA en la isla de Tenerife, seguido de las tablas 2a, 2b, 2c, 2d correspondientes a los informes específicos según las distintas zonas geográficas.

En el proceso de valoración se pueden diferenciar tres fases:

o La primera, es la valoración en el domicilio de la persona solicitante por un valorador de los equipos existentes con formación suficiente para medir la capacidad funcional y la necesidad de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. En este sentido cabe preguntarse si el perfil del trabajador social es el adecuado o, por el contrario, el perfil adecuado es del personal de enfermería o de terapia ocupacional.

Nosotros consideramos que no existe un profesional capaz de valorar todo tipo de situaciones de dependencia pues todas las situaciones para su observación, captación y ponderación necesita reunir no solo todas las fuentes de información posible, sino también conocer a la persona evaluada a ser posible en diferentes situaciones y tiempo. Además si la mayoría de las personas que son evaluadas ocupan un recurso, los profesionales más próximos serían los más adecuados.

En todo caso, estos equipos requieren de una "mejor definición" del perfil de quienes valoran al dependiente en su hogar y de los equipos multidisciplinares que analizan la valoración y debería estar formado por distintos profesionales que analicen todas las tipologías de las discapacidades. Desde FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones y Familiares de Enfermos Psíquicos) exigen en este apartado al Gobierno Vasco, la presencia de profesionales de la salud mental.

.

o la segunda fase es el análisis de la propuesta por los órganos de valoración que no existen en todas las Comunidades Autónomas y que son los que deben realizar la propuesta de grado y nivel de dependencia; estos órganos deberían estar compuestos de equipos multidisciplinares que deberían recoger competencias profesionales de un médico, un personal de enfermería, un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta. El propio grupo de expertos reconoce que los equipos de valoración (tamaño, composición y perfil profesional) muestran una amplia variedad. Si ello puede introducir distorsiones en la aplicación del baremo, como así parece haber sucedido en función del mayor o menor peso de los profesionales de la sanidad o de los servicios sociales, es también relevante por el hecho de que, en algunas Comunidades Autónomas, los equipos de valoración y de asignación de recursos son los mismos lo que puede tener, según los casos, efectos negativos. Parece razonable establecer la diferenciación entre equipos de valoración y equipos de asignación de recursos, como vía de control y de eficiencia del propio sistema.

o la última fase es la elaboración de la resolución de grado y nivel y su envío a la persona solicitante en la que debe indicarse siempre la fecha de efecto del derecho que se le reconoce, que no siempre se especifica.

Se constata una amplia diversidad de plazos en la resolución de la valoración de la situación de dependencia que no sólo supone una conculcación del principio de igualdad sino que introduce distorsiones en la propia cadena del procedimiento. Además, se constatan plazos a veces extremadamente largos: 6 meses puede ser excesivo para una persona que atiende a menudo con una alta impaciencia, la resolución de un derecho reconocido, por más que se le reconozca desde el momento que lo solicitó. Es destacable mencionar la existencia de personas que han fallecido a la espera de este reconocimiento. Por ello, es necesario velar por el cumplimiento de la legislación del procedimiento administrativo común y promover la mejora continua sobre la base las mejores prácticas que consiguen los más elevados resultados de eficiencia.

En nuestra Comunidad Autónoma llevamos al menos un año de retraso para que los usuarios reciban en sus domicilios la visita de los valoradores, esto es, a fecha de hoy, se están valorando a personas que presentaron la solicitud en junio- julio de 2008. La gran mayoría han obtenido una calificación de Grado II dependencia severa, dándose el caso de algún Gran Dependiente.

Desde el IASS y el Servicio de Dependencia se ha llegado a un acuerdo de tal forma que se van a perpetuar las plazas de los usuarios que acuden a un recurso de salud mental, siempre y cuando esté satisfecho con el servicio recibido. Pero me queda por resolver el resto de necesidades que plantea el usuario. Por ejemplo, se nos plantea numerosos preguntas, aun no resuelta con la ley de dependencia en la mano, entre otras, una de las mas importantes, ¿si un usuario que va a un recurso (alojamiento) y tiene la necesidad de ocupar otra plaza de otro servicio (Centro de Dia) podrá disfrutar de ambos en su Plan de Atención?. Esperamos que no nos ocurra lo mismo que en Granada con las personas con trastornos de la inteligencia.

CONCLUSION

Finalmente, en parte como consecuencia directa del modo de valoración y en parte como resultado de unas proyecciones aparentemente bajas de personas dependientes del Grado III, se ha producido un incremento notable de las personas calificadas en este grado y, dentro de este, elevada concentración inicial en el Nivel II de dicho grado (49 por ciento), que actualmente se está reduciendo a medida que la entrada en el sistema tiende a equilibrar progresivamente lo que a finales de 2008 era una pirámide invertida. Se constata *diferencias importantes en el desarrollo del proceso de valoración y en los plazos de resolución del mismo*. Ello afecta al principio de igualdad de los ciudadanos que persigue la Ley y al propio desarrollo conjunto del proceso de reconocimiento y, por tanto a la definición del PIA que, además, se realiza con ritmos temporales realmente dispares.

En el año 2008 el ECA inició el proceso de información a usuarios y familiares sobre la Ley de Dependencia, características, objetivos y beneficios. El proceso se inició atendiendo a un criterio de prioridad en nuestra agenda de trabajo. Comenzamos a informar sobre las personas con mayor perdida del nivel de autonomía. En un primer momento se abordan los usuarios de las Miniresidencias, posteriormente se continuó con los usuarios de los Pisos Supervisados y en último lugar, hemos comenzado, con los usuarios del Programa de Atención en Domicilio Propio. Resaltar que en las valoraciones realizadas en las Miniresidencias por los técnicos del Sistema Canario de Atención a la Dependencia, estaba presente un miembro del ECA y los informes de los

realizados por el ECA fueron bien acogidos por los técnicos de la Conserjería de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma.

Una vez iniciado el proceso, en la actualidad la situación es diversa en los diferentes recursos y zonas, en cuanto a solicitudes presentadas o expedientes completos. Solo se han emitido, hasta el momento, el registro de nuestra actividad puede leerse en la tabla 1, tres dictámenes: 2 de MR (Grado II. dependencia severa) y 1 en PS también de Grado II.Dependencia severa.

Tabla 1.- **Registro de la actividad del ECA en relación a la ley de la dependencia**

Miniresidencias (MR)	**Pisos Supervisados (PS)**
Informes Realizado 56	Informes Realizados 65
Informes Pendientes 18	Informes Pendientes 27
Solicitudes Presentadas 61	Solicitudes Presentadas 49
Solicitudes Pendientes 13	Solicitudes Pendientes 37
Valoraciones Realizadas 31	Valoraciones Realizadas 35
Pendientes de Dictámen 29	Pendientes de Dictámen 35
MR:74 plazas (3 libres)	PS: 103 plazas (9 libres)

El proceso interno de movilización de usuarios y familiares para conseguir el objetivo de presentar las solicitudes se ha encontrado con varios inconvenientes que explican los datos reflejados en la tabla anterior. Los principales inconvenientes han sido, por un lado hacer llegar la información para clarificar a usuarios y familiares la importancia de realizar este trámite. Aún haciendo llegar la información, existe resistencia en varios usuarios a presentar la solicitud, unos casos por no querer tener una nueva "etiqueta" de persona dependiente, otros por pereza en la búsqueda de documentación y otros porque no ven ningún beneficio inmediato, como sería por ej. un aumento de pensión que perciben. Por otro lado, la búsqueda de la documentación requerida para el expediente ha sido costosa por la falta de colaboración e implicación por parte de algunos familiares, teniéndose que realizar dicha búsqueda en muchos casos personalmente por parte de la Trabajadora Social del recurso.

Otro tipo de dificultades que han surgido se han abordado a través de la coordinación de las Trabajadoras Sociales del E.C.A. con los técnicos del Servicio de Dependencia, con los que se está en contacto permanente para aclarar dudas sobre cada expediente concreto: figura del guardador de hecho, agrupación de expedientes por recursos para valoraciones conjuntas, realización de informes sociales y citas para las valoraciones. Así mismo, las solicitudes de valoración y resto de documentación requerida por el Servicio de Dependencia, se está centralizando desde la Unidad de Discapacidad para darle prioridad a los expedientes de los usuarios que ya están ocupando plaza en algún recurso residencial.

En este momento continua la presentación de solicitudes por parte de usuarios y familiares. La principal dificultad que se plantea es con aquellos usuarios que carecen de familiar o persona de referencia que figure como Guardador de Hecho, trámite que se exige desde el Servicio de Dependencia.

Aunque no son muchos casos, esto está motivando que no se hayan presentado algunas solicitudes.

En relación a las valoraciones realizadas, el equipo de valoradores está aceptando y teniendo en cuenta las observaciones e indicaciones dadas por el E.C.A. presente en la valoración y que se encuentran reflejadas en el informe específico realizado por el Psiquiatra (léase documento 13). No obstante, se está a la espera de la emisión de dictámenes de las valoraciones ya realizadas. En caso de no estar de acuerdo con el mismo se interpondrá el correspondiente recurso, como ya ha ocurrido en un caso de miniresidencia, estando a la espera de un nuevo dictamen.

Para finalizar mencionar que aún no se puede valorar el efecto del informe específico, ni saber la diferencia entre lo que solicita el Equipo terapéutico y lo que reconoce el Equipo de valoración de la Conserjería porque no se han emitido la casi totalidad de los dictámenes de las personas atendidas por nosotros.

BIBLIOGRAFIA

Grupo de expertos Parlamento. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Segunda parte: Documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. Septiembre de 2009

Bowie CR. Reichenberg A. Patterson TL. et al. (2006): erminants of real world functional performance in schizophrenia: correlation with cognition, functional capacity and symtoms. Am J Psychiatry 163;418-425.

Koren D.Seidman U.Poyurovsky M. (2004): The neurolopsychological basis of insight in first-episode schiziophrenia: a pilot metacognitive study. Schizophr Res., 70(2-3):1195-2021.

Koren D. Poyurovsky M Seidman U. (2005): The neurolopsychological basis of competence to consent in first-episode schiziophrenia: a pilot metacognitive study. Biol Psychiatry, 576:609-616

Amador XF. Strauss DH. Yale SA. et al.,(1993): Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry, 150;873-879.

Patterson TL. Semple SJ. Shaw WS. et al., (1996): Researching the caregiver: family members who care for older psychotic patients. Psychiat Ann 1996;26:772-784.

Harvey PD. Davidson M. Mueser Kt. et al., (1997): Social-Adaptive Functioning Evaluation (SAFE): a rating scale for geriatric psychiatric patients. Schizophrenia Bull., 23;131-145.

Harvey PD.Howanitz E. Parrilla M. et al., (1998): Symptoms, cognitive-functioning and adaptative skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites. Am J Psychiatry, 155:1080-1086**.**

Lindenmayer LP. Harvey Ph.D. Khan A. Kirkpatrick B (2007): Esquizofrenia: determinaciones de la psicopatología. En Bucley P.F. Messias E. L. Esquizofrenia: una enfermedad compleja que necesita una atención compleja. Clínicas Psiquiatritas de Norteamérica vol 30; nº3: 339-363.

Parte Quinta

Capítulo 22

LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA) Y EL BAREMO DE VALORACION DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Blas Jesús Calo Hernández. César Marcos Estévez Dorta. Verónica Suárez Expósito. Ángeles Rodriguez. García. Mª del Cristo Cano Domínguez.

En el reconocimiento de la interdisciplinariedad, en la atención especializada en Salud Mental, en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, se recomienda disponer de procedimientos y técnicas de trabajo estandarizadas.

La especialidad en Salud Mental tiene una misión importante en el cuidado integral en las personas con trastorno mental grave, así como en la organización de los cuidados comunitarios, con la finalidad de garantizar una atención personalizada. La propia especialidad de Enfermería dispone de unos procedimientos taxonómicos como son los criterios diagnósticos de Enfermería, de la conveniencia de la planificación de los cuidados, y de su ejecución a través de diferentes intervenciones. Los criterios NANDA, NIC y NOC en su aplicación a salud mental representan un buen punto de partida.

Desde nuestra comunidad y desde nuestro ámbito de actuación consideramos necesario profundizar en esta metodología, lo cual repercutirá en los beneficios de las personas que son atendidas en nuestros servicios, y también porque los mismos dan un sentido al propio trabajo que desarrolla la especialidad de enfermería. La necesidad de un Plan Integrado de Atención para las personas con TMG, la relevancia de los cuidados de enfermería como soporte en la recuperación de estas personas, la evaluación de las actividades de la vida diaria que exige la propia Ley de Dependencia a través de los informes de salud de los servicios sanitarios, hacen que desde los propios servicios especializados hagamos un esfuerzo por incorporar procedimiento validos, reconocidos, útiles y versátiles para las diferentes niveles de intervención que aumenten nuestra efectividad en la ayuda y el cuidado de las personas con TMG y sus familias.

Partimos de una experiencia previa que se ha desarrollado en estos años de forma independiente por los diferentes profesionales procedentes del Hospital Psiquiátrico de Tenerife (Área Externa de Salud Mental HUC) y del Equipo Comunitario Asertivo del Hospital Universitario de la Candelaria (HUNSC). Así mismo nace con la voluntad de incorporar a profesionales de otros dispositivos asistenciales, habiéndose iniciado contactos ya con las Áreas Norte y Sur de Gran Canaria.

Ya en el documento sobre la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS. 2007), establece como uno de sus objetivos el "Mejorar la calidad, equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental" dentro de una de sus líneas estratégicas de acción (Atención a los

Trastornos Mentales) y se proponía desde este documento como ejemplo de buena práctica la implantación de los Planes de Atención Individualizada.

Por otra parte, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2006) establecía, una serie de estrategias orientadas a la mejora de la eficiencia del propio sistema. Entre ellas; "Utilizar las Tecnologías de la Información para Mejorar la Atención a los Ciudadanos". Esta estrategia, denominada "Sanidad en Línea", establece una batería de objetivos que se alinearían por completo con nuestros propios objetivos tal y como se detalla a continuación:

Impulsar la Historia Clínica Electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y Comunidades Autónomas.

Impulsar la máxima extensión de las aplicaciones informáticas de historia clínica adoptadas.

Definir, con el apoyo de los profesionales y expertos, los criterios de normalización de las historias clínicas en aras de asegurar la interoperabilidad y la validez para los pacientes en cualquier punto.

Establecer los mecanismos que posibiliten la vinculación de las Historias Clínicas de cada paciente, que puedan existir en cualquier punto del Sistema, al código identificativo personal, a fin de que la información sanitaria pueda estar accesible para la eventual atención que pueda dispensarse en cualquier punto del Sistema utilizando la tarjeta sanitaria.

Estudiar y actualizar de manera dinámica los contenidos y formatos de intercambio de información clínica en consonancia con la evolución de las tecnologías.

Garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información.

Desarrollar, implantar y establecer los parámetros de las herramientas de explotación de los datos del Sistema de Información.

Implementar sistemas de visualización, publicación y distribución de los datos e indicadores.

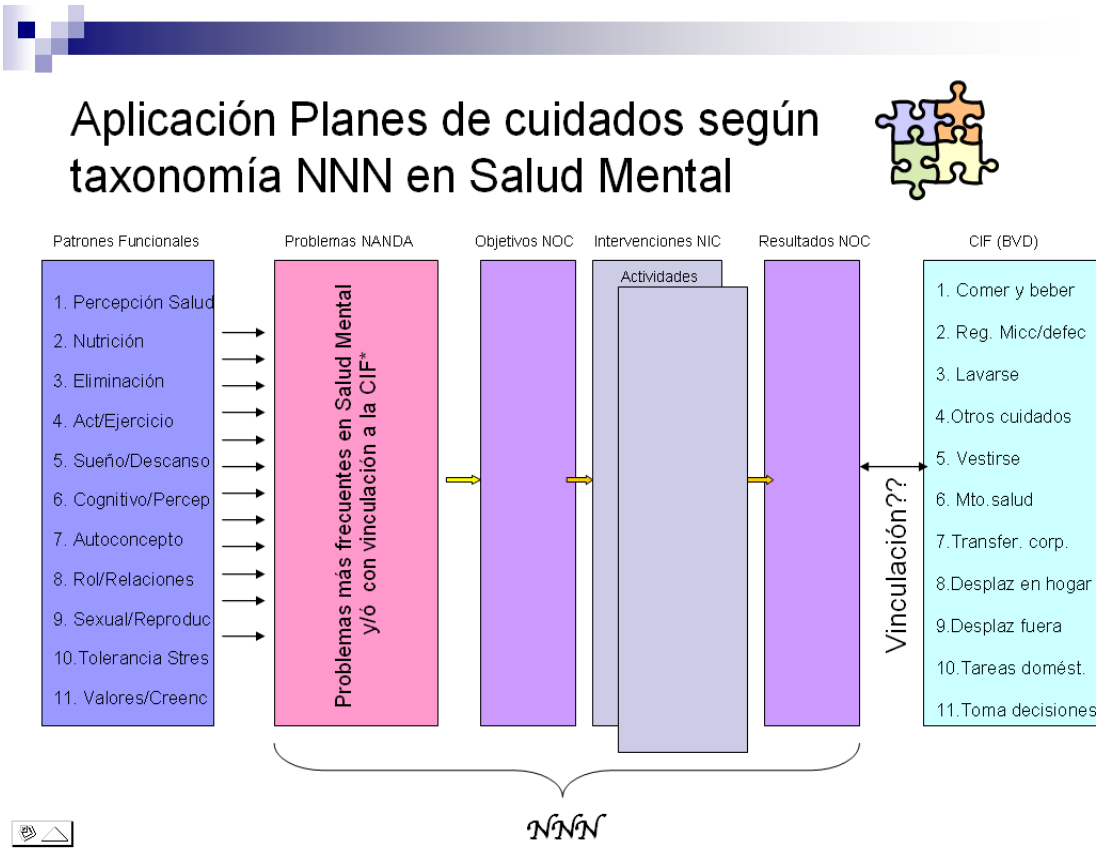
En resumen con la aprobación y actual desarrollo de la Ley 39/2006 sobre la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal que constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados y, tal y como se señala en el punto 1 de la Exposición de Motivos el reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Para poder valorar adecuadamente las necesidades de estos colectivos se ha establecido un Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) escasamente sensible a las características de las personas con discapacidad por enfermedad mental grave en relación a otras enfermedades físicas y sensoriales, siendo muy probable que las personas en situación de dependencia por enfermedad mental grave sean valorados a la baja e infraestimada su situación de dependencia y sufran por ello una discriminación es por esto que se hace necesario que los informes sobre dependencia de estas personas con enfermedad mental sean lo más completos y minuciosos posible y es ahí donde juega un papel muy importante la Enfermería en Salud Mental con el desarrollo e

implementación de la herramienta de trabajo del Proceso Enfermería mediante taxonomías NANDA, NIC y NOC.

La práctica clínica de la enfermería debe estar sustentada en un proceso científico de resolución de problemas; El Proceso Enfermero (PE). La incorporación de esta metodología al trabajo diario es básica, fundamental para lograr una administración de cuidados de salud de calidad. Precisamos una herramienta informática que facilite a los profesionales de Enfermería de Salud Mental en Atención Especializada su incorporación.

Las distintas etapas del PE son:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación:
   - 3.1. Establecimientos de Objetivos
   - 3.2. Prescripción de Intervenciones
4. Ejecución
5. Evaluación



Por todo ello consideramos prioritario el desarrollo de una herramienta informática que haga viable en los diferentes recursos de Salud Mental de Atención Especializada de la Comunidad Canaria el desarrollo e implantación del trabajo mediante proceso enfermero con los tres objetivos ya señalados:

Trabajar con un plan individualizado de cuidados en Salud Mental que permita además una correcta continuidad en los cuidados.

Utilización de las Tecnologías de la Información para Mejorar la Atención a los Ciudadanos. (Módulo clínico Proceso Enfermero en Salud Mental)

Mejorar la calidad de los informes de valoración de dependencia, en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

NUESTRO PROYECTO

El trabajo que aquí presentamos, forma parte de un proyecto mas amplio que se encuentra en fase de desarrollo y que surge de un grupo de diferentes profesionales de la salud mental de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, procedentes de diferentes instituciones y dispositivos asistenciales, con la inquietud y el ánimo de perfilar y concretar aquellos aspectos que recoge la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y que hace referencia a las personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

El proyecto es promovido a propuesta del profesor D. Francisco Rodríguez Pulido, actual director del CIRPAC de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Inicialmente constituido por el propio profesor Rodríguez Pulido y por enfermeros expertos en salud mental representantes de diferentes dispositivos asistenciales de atención comunitaria y hospitalaria de la provincia de Tenerife. Se ha incluido profesionales expertos en gestión y dirección sanitaria, e informática, en el desarrollo de las siguientes fases, en la medida que se obtengan los recursos necesarios.

Según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, dependencia es:

"El estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

Así mismo en el Capítulo III, Título I de la citada Ley, se establece el baremo que determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, se recoge la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. (RD 54/2007). El Baremo de Valoración de Dependencia (en adelante BVD), permite determinar tres situaciones de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada
Grado II. Dependencia severa.
Grado III. Gran dependencia

En su apartado 9, el BVD, identifica explícitamente, los problemas en el desempeño de las tareas, para personas con discapacidad intelectual (DI) o enfermedad mental (EM).
Con la letra C (solo aplicable a en DI/EM). No comprende la tarea y/o ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. Con la letra I (solo aplicable a DI/EM). No muestra iniciativa para la realización de la tarea.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (WHO, 2001), se consideran las actividades, relacionadas con el autocuidado, movilidad, tareas domésticas y toma de decisiones, y que son las que se recogen de forma específica en el BVD:

Comer y beber.
Regulación de la micción /defecación.
Lavarse.
Otros cuidados corporales.
Vestirse.
Mantenimiento de la salud.
Transferencias corporales.
Desplazarse dentro del hogar.
Desplazarse fuera del hogar.
Tareas domésticas.
Tomar decisiones

Los profesionales de enfermería, determinan y valoran los problemas (NANDA, 2008), que son susceptibles de cuidados o supervisión de enfermería en aquellas personas que tengan algún tipo de dependencia, según el BVD (BOCA, 2007).

En la prestación de cuidados a las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en los diferentes dispositivos de atención a la Salud mental y Psiquiatría, juegan un papel determinante en cualquier Sistema Sanitario. En España la formación de enfermer@s especialistas en régimen de internado (EIR), conjuntamente con la aplicación de una metodología enfermera propia, reconocida internacionalmente: NANDA, NIC y NOC (NANDA, 2008), (MCloskey, 2009), (Moorhead, 2008), han contribuido en la mejora de la calidad de los cuidados realizados a las personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

OBJETIVO

Vincular los diagnósticos de enfermería (NANDA), agrupados por Patrones Funcionales de Salud (Gordon) con los indicadores de actividades del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

MATERIAL Y METODO

Se crea el grupo de trabajo constituido por 5 enfermer@s de amplia experiencia en Salud mental y psiquiatría (15 años de media) y que representan a profesionales que prestan sus servicios en los diferentes dispositivos de atención a la salud mental y psiquiatría (hospitalización y comunitaria) en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Se establecieron reuniones periódicas con frecuencia mensuales de los integrantes del grupo de trabajo, en las cuales se debatieron los temas que previamente fueron asignados a cada uno de los miembros del grupo para su preparación.

Se realizó una revisión bibliográfica, relacionadas con las áreas temáticas de interés: prevalencia de los diagnósticos enfermeros más utilizados en enfermería en salud mental, su utilización en personas que sufren de una discapacidad intelectual y/o enfermedad mental, que les generan dependencia para sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como su

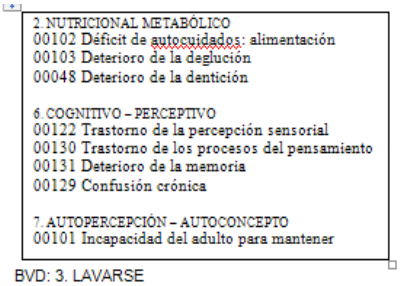
vinculación con los indicadores del BVD. Cada miembro del grupo ha expuesto y razonado aquellos problemas de enfermería según la taxonomía NANDA, que son utilizados con mayor frecuencia en los diferentes dispositivos en los cuales presta sus servicios, relacionándolos con los indicadores del BVD y agrupándolos por patrones funcionales de salud, según M. Gordon.

Se debatió ampliamente en las reuniones de grupo, las diferentes opciones aportadas por cada miembro, discutiéndose la conveniencia o no de incluir los problemas de enfermería de salud mental, relacionados con los indicadores del BVD, que cada miembro del equipo ha evaluado y considerado en función de sus experiencias y conocimiento en los respectivos dispositivos de actuación.

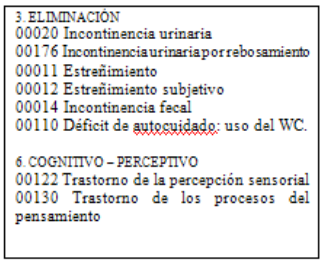
Se propuso una relación de problemas de enfermería (NANDA), relacionados con los indicadores del BVD, agrupados por patrones funcionales de salud de M. Gordon.

Se realizaron un total 6 reuniones con un duración media de 80 minutos en el periodo comprendido entre Abril y Octubre del año 2009 (6 meses).

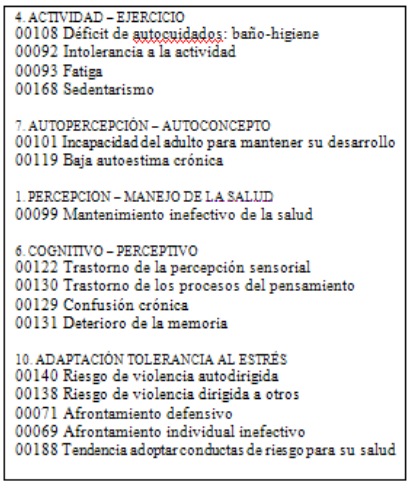
RESULTADOS

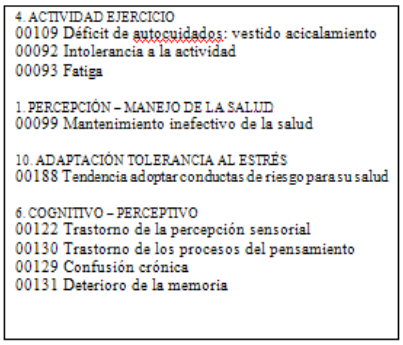


BVD: 3. LAVARSE

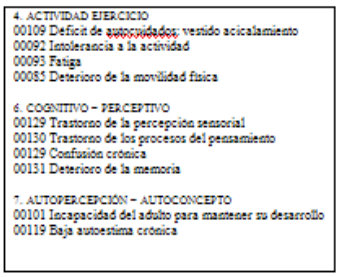


BVD: 4. OTROS CUIDADOS CORPORALES

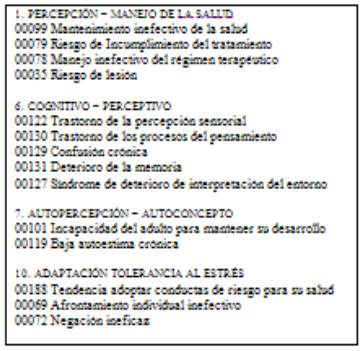




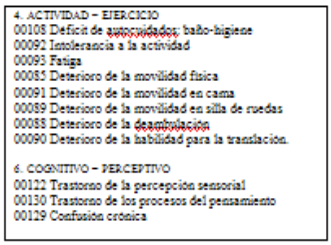
BVD: 5. VESTIRSE



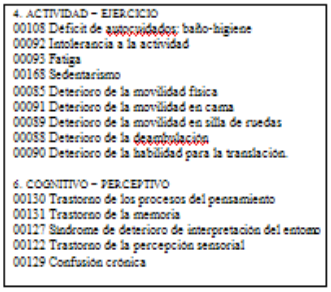
BVD: 6. MANTENIMIENTO DE LA SALUD



BVD: 7. TRANSFERENCIAS CORPORALES



BVD: 8. DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR



Diagnósticos NANDA vinculados con el BVD

1. PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud
00079 Riesgo de Incumplimiento del tratamiento
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00035 Riesgo de lesión
00188 Tendencia adoptar conductas de riesgo para la salud

2. NUTRICIONAL METABÓLICO
00102 Déficit de autocuidados: alimentación
00103 Deterioro de la deglución
00048 Deterioro de la dentición

3. ELIMINACIÓN
00020 Incontinencia urinaria
00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento
00011 Estreñimiento
00012 Estreñimiento subjetivo
00014 Incontinencia fecal
00110 Déficit de autocuidado: uso del WC.

4. ACTIVIDAD – EJERCICIO
00108 Déficit de autocuidados: baño-higiene
00109 Déficit de autocuidados: vestido-acicalamiento

00092 Intolerancia a la actividad
00093 Fatiga
00098 Deterioro del mantenimiento del hogar
00168 Sedentarismo
00085 Deterioro de la movilidad física
00091 Deterioro de la movilidad en cama
00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
00088 Deterioro de la deambulación
00090 Deterioro de la habilidad para la translación

6. COGNITIVO – PERCEPTIVO
00122 Trastorno de la percepción sensorial
00130 Trastorno de los procesos del pensamiento
00131 Deterioro de la memoria
00129 Confusión crónica
00127 Síndrome de deterioro de interpretación del entorno
00126 Conocimientos deficientes

7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO
00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
00129 Baja autoestima crónica
00146 Ansiedad
00148 Temor
00121 Trastorno de la identidad personal

8. ROL - RELACIONES
00052 Deterioro de la interacción social
00053 Aislamiento social

10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS
00072 Negación ineficaz
00071 Afrontamiento defensivo
00069 Afrontamiento individual inefectivo
00188 Tendencia adoptar conductas de riesgo para la salud

Los resultados obtenidos muestran:

Se identifican un total de 7 Patrones de Funcionales de Salud según M. Gordon, de los 11 existentes, relacionados con los indicadores de actividad del BVD en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

Los Patrones Funcionales de Salud según M. Gordon, por orden de prevalencia en los indicadores de actividad del BVD en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental son: Cognitivo-perceptivo (11), Autopercepción-autoconcepto (7), Actividad-ejercicio (7), Adaptación-tolerancia al estrés (4), Percepción-control de la salud (3), Rol-relaciones (2), nutricional-metabólico (1), Eliminación (1).

Se identifican un total de 42 diagnósticos de enfermería (NANDA), relacionados con los indicadores de actividad del BVD en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental.

Los diagnósticos de enfermería (NANDA), más prevalentes en los indicadores de actividad del BVD en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental son: Trastorno de los procesos del pensamiento (11), Trastorno de la percepción sensorial (11), Confusión crónica (10), Deterioro de la memoria (9), incapacidad del adulto para mantener su desarrollo (7), Intolerancia a la actividad (7), Fatiga (7), Baja autoestima crónica (6), Déficit de autocuidados: actividad-ejercicio (6).

DISCUSIÓN

Como puede observarse en los resultados, los Patrones Funcionales de Salud según M. Gordon, sexualidad-reproducción, creencias y valores, y sueño, no se relacionan con los indicadores de actividad del BVD. Esto es debido a que las alteraciones en estos patrones, habitualmente no derivan en un problema de dependencia. Por otra parte, tiene sentido tal y como se recoge en los resultados, que sean los patrones más prevalentes aquellos que originan discapacidades y dependencia en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental. Los patrones cognitivo-perceptivo, Autopercepción-autoconcepto, Actividad-ejercicio, Adaptación-tolerancia al estrés, Percepción-control de la salud, y Rol-relaciones, son en los que se muestran mas disfuncionalidades.

Hemos identificado 42 diagnósticos de enfermería (NANDA), relacionados con los indicadores de actividad del BVD en personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental. En la práctica enfermera en Salud mental y Psiquiatría, no es habitual utilizar más de 50 etiquetas diagnósticas. En la última edición de la NANDA (2008), se recogen 188 etiquetas diagnósticas para la práctica enfermera general.

Durante las reuniones del grupo de trabajo, se debatió sobre la adecuación de incluir algunos diagnósticos enfermeros, como el riesgo de violencia autodirigida o el riesgo de violencia dirigida a otros, que aunque son diagnósticos secundarios a otros, como el de trastorno de los proceso del pensamiento, trastorno de la percepción sensorial, o afrontamiento defensivo entre otros, finalmente creímos oportuno incluirlos, en el indicador del BVD "lavarse". Conocemos por la experiencia que en personas con problemas de discapacidad intelectual y/o enfermedad mental, existen determinadas actividades de autocuidados a lo largo del día, que pueden generar este tipo de problemas y que precisan de una supervisión adecuada. También tuvimos dudas sobre incluir en el indicador "mantenimiento de la salud" la etiqueta diagnóstica baja autoestima crónica. Tendríamos que valorar a nivel individual, si este problema afecta al mantenimiento de la salud o por el contrario existen mecanismos adaptativos en la persona que hace que no se genere dependencia en ellos. En cualquier caso decidimos incluirlo, para poder tener la opción de valorar este problema de forma individual, con el objeto de determinar si realmente incide en el mantenimiento de su salud.

El resultado del trabajo que se ha mostrado, es orientativo, debe ser revisado periódicamente y debatido entre los profesionales de enfermería que trabajamos en los diferentes dispositivos de salud mental. Creemos que debe continuarse su desarrollo, ampliando y revisando las etiquetas diagnósticas, así como determinar criterios de resultados (NOC), e intervenciones y actividades de enfermería (NIC) para cada una de ellas, así como reflejar en los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) realizados a pacientes, aquellos diagnósticos de enfermería que puedan generar una situación de discapacidad y/o dependencia en ellos.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro, R. (1996): Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Edit. Mosby. Madrid.

Alfaro-Lefevre, R. (2008): Aplicación del Proceso Enfermero. Edit. Elsevier-Masson.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Organización de la atención a la Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2005, no. 93 [citado 2009-04-10], pp. 7-16.

Barker, P. Buchanan, P. (2005): The Tidel Model. A Guide for Mental Health Professionals. Bruner Roultedge. New Cork.

BOCA, nº 116, del 12/06/2007. Gobierno de Canarias. Solicitud de Reconocimiento de la situación de Dependencia y del derecho a las Prestaciones del Sistema.

Cuesta, A. Guirao, J.A. Nenavent, A. (1994): Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Edit. Díaz de Santos. Madrid.

Gordon, M. (2003): Manual de Diagnósticos Enfermeros. Edt. Elsevier. 10ª edición. Madrid.

INE / Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón Municipal de Habitantes para la población Canaria. 2005.

ISTAC / Instituto Canario de Estadística. 2008.

LEY 39/2006. BOE nº 299 DEL 15/1272006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Marriner Tomey, A. Alligood, M.R. (2006): Modelos de Enfermería. Edt. Elsevier.

Marshall, M. Lockwood, A. Tratamiento asertivo en la comunidad para personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. nº 3. Oxford.

Mckloskey, J. Bulechek G.M. (2009): Nursing Interventions Classification. (NIC). Edit. Elsevier.

SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid.

SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006): Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid.

Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. (2008): Nursing Outcomes Classification. NOC. Edit. Elsevier.

NANDA-I. (2008): Diagnósticos Enfermeros. Edit. Elsevier.

RD 504/2007 de 20/04/2007. Baremo de Valoración de situación de dependencia. Manual para profesionales.

Rodriguez Pulido, F., Vásquez Barquero, J.L., Desviat Muñoz, M. (1997): Psiquiatría Social y Comunitaria (I). Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS. 1997.

Saldivia, S. (2000): Estimación del coste de la esquizofrenia asociado a uso de servicios (tesis doctoral). Granada: Universidad.

Santirso Ruiz, M. (2003): Mejora de la Calidad de la Salud Mental, versión española de "Quality improvement for mental health". WHO.

WHO. CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud). 2001.