

### Psicoeducación y hospitalizaciones

Aurora Doll Gallardo, CSM VILLA DE VALLECAS - MADRID

Rocio Moreno de Miguel, CSM VILLA DE VALLECAS CSM Villa de Vallecas - Madrid

Juan Jose Portoles Rabin, CSM Villa Vallecas - Madrid

Laura Pina Camacho, Hospital Gregorio Marañón - Madrid

Alvaro Esguevillas, Hospital Gregorio Marañón

Monica Moran, CSM Villa de Vallecas

**Introducción:** Los programas de psicoeducación en los últimos 20 años han demostrado que pueden reducir el número de hospitalizaciones y los costes de los tratamientos en Salud Mental. Además se ha observado que los beneficios se pueden mantener durante varios años.

**Objetivos:** Valorar los efectos de un programa de psicoeducación en el número de hospitalizaciones de un grupo de pacientes con esquizofrenia.

**Material y Métodos:** Se valoró el número y la duración de los ingresos el año previo y posterior a la intervención en 11 pacientes que acudieron a un programa de psicoeducación.

**Resultados:** El número y la duración de los ingresos se redujeron de forma estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Los programas de psicoeducación parecen reducir el número de recaídas y hospitalizaciones en pacientes con esquizofrenia, y por lo tanto una reducción en los costes en Salud Mental

#### Bibliografía:

Psychoeducation for psychotic patients. Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainerova B. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2011 Dec;155(4):385-95.

Psychoeducation for schizophrenia. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Schizophr Bull. 2011 Jan;37(1):21-2.

Psychoeducation in schizophrenia-results for a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Schizophr Bull. 2006 Oct;32(4):765-75.

**Psicoeducación y adherencia terapéutica en pacientes con trastorno psicótico**

*Aurora Doll Gallardo, CSM VILLA DE VALLECAS - MADRID  
Rocio Moreno de Miguel, CSM VILLA DE VALLECAS CSM Villa de Vallecas - Madrid  
Laura Pina Camacho, Hospital Gregorio Marañón - Madrid  
Alvaro Esguevillas, Hospital Gregorio Marañón*

Antecedentes del tema: La falta de adherencia terapéutica es un factor importante en las recaídas psicóticas, y el número de hospitalizaciones que presenta el paciente con trastorno psicótico

Objetivos: Evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo en la adherencia terapéutica (valorando tanto la asistencia a consulta como el cumplimiento terapéutico)

Material y método: Se ha evaluado la adherencia terapéutica en 10 pacientes que acudieron a 12 sesiones de un programa de psicoeducación antes de iniciar el programa, después de terminarlo y a los 6 meses.

Se ha valorado la asistencia a consulta (absentismo, puntualidad...) y el cumplimiento terapéutico (valorando el nº de fallos semanales en la toma de medicación).

Resultados: El grupo mostro una mejoría estadísticamente significativa todas las variables, mejorando especialmente en el área de asistencia a consulta.

Conclusiones: Los programas psicoeducativos pueden ser un factor importante a corto-medio plazo para mejorar el cumplimiento terapéutico así como la adherencia terapéutica.

**Bibliografía:**

Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophr Res. 2007 Nov; 96(1-3):232-45.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull. 2011 Jan;37(1):21-2.

**Si el trastorno por atracón existe, ¿cuánto de presente está en una muestra de obesos mórbidos y cómo repercute su tratamiento en el pronóstico de la cirugía bariátrica?**

Juan Alday, Madrid  
 Encarnación Navas, Instituto Psiquiátrico José Germain - Madrid  
 Juan Alday, Instituto Psiquiátrico José Germain - Madrid  
 Álvaro Muzquiz  
 Vanessa Corella

### Introducción

La obesidad de cualquier grado, pero en mayor medida la mórbida, se asocia con determinados trastornos psiquiátricos. Las cifras de prevalencia de comorbilidad aportadas son las siguientes (1):

• Trastorno por atracón: 27%.
• Bulimia atípica: 6,7%.
• Trastorno adaptativo: 15,2%.
• Trastorno de personalidad: 10%.

El trastorno por atracón aún no ha sido aprobado como diagnóstico DSM-IV, si bien el manual enumera unos criterios de investigación que se exponen en la siguiente tabla:

<b>Criterios DSM-IV TR para los trastornos por atracón. Apéndice B (2)</b>
La presencia de atracones recurrentes que tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 6 meses y que originan un profundo malestar al recordarlos. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio

### Objetivo

Determinar el porcentaje de pacientes que cumplen criterios diagnósticos de trastorno por atracón en una muestra de pacientes obesos y reflexionar sobre si el tratamiento de éste pudiera mejorar el pronóstico de su cirugía.

### Material y método

Se revisó una muestra de 51 pacientes obesos mórbidos en lista de espera para cirugía bariátrica. Los candidatos tenían edades comprendidas entre los 18 y los 65 años y no habían perdido peso con un tratamiento dietético y farmacológico previo. Se procede de nuevo a una evaluación diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV, incluyendo los criterios diagnósticos de investigación del trastorno por atracón.

### Resultados

Los resultados encontrados fueron los siguientes: del total de 51 pacientes, un 27,45% (14 pacientes) presentaron criterios diagnósticos de trastorno por atracón. Un 29,41% (15 pacientes) presentaron trastornos afectivos (predominantemente distimias), un 25,49% (13 pacientes) presentaron trastornos del espectro ansioso y un 17,65% (9 pacientes) no presentaron ningún trastorno psiquiátrico.

### Discusión

Las cifras de trastorno por atracón encontradas en nuestra muestra se corresponden con las encontradas en la literatura.

El tratamiento del trastorno por atracón incluye tratamiento dietético, tratamientos psicosociales y tratamientos farmacológicos.

Las dietas muy bajas en calorías han sido eficaces para reducir los atracones durante el periodo de ayuno, pero no han mostrado eficacia a medio plazo.

La terapia conductual se ha asociado a una pérdida inicial de peso significativa, que suele recuperarse parcialmente durante el primer año posterior al tratamiento.

En cuanto al tratamiento farmacológico, principalmente con antidepresivos, cabe destacar que éstos han mostrado generalmente unas tasas muy elevadas de respuesta al placebo (alrededor del 70%). Por estos motivos, una futura línea de investigación sería una mejor definición del trastorno por atracón y su tratamiento, para lo que proponemos una evaluación psiquiátrica biopsicosocial y dimensional.

### **Bibliografía**

Elizagárate E, Ezcurra J, Sánchez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Salud Global. 2001; 1 (3): 2-7

American Psychiatric Association: Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 1993;150: 212-228

## PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS: UN RECORRIDO HISTÓRICO

María Del Valle Martín, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain  
 Sandra Pacheco, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain Leganés  
 Vanesa Corella Vazaco, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain  
 Pilar Juliá Calvo, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain  
 Iván De La Mata Ruiz, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain

**INTRODUCCIÓN:** los programas de Seguimiento y cuidado de enfermos mentales graves, comenzaron a implantarse en España en la década de los 70, en el contexto de la reforma psiquiátrica, con el objetivo de dar soporte, fundamentalmente, a la población de enfermos mentales que hasta ese momento habían vivido institucionalizados.

**OBJETIVOS:** en el presente trabajo se revisa la evolución histórica de este tipo de programas en nuestro país, así como la situación en el momento presente de uno de los centros pioneros en su implantación, el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** búsqueda electrónica en Pubmed. Las palabras claves empleadas fueron "*models community care mental illness*", "*deinstitutionalization*" y "*Outpatient Care Program*". Búsqueda bibliográfica manual. Consulta de la base de datos de Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Actualmente los objetivos de estos programas son muy diferentes a los originales, debido a que ofrecen cobertura a un espectro más amplio de pacientes. Esto ha hecho necesario un reajuste de los recursos, tanto económicos como humanos, para lograr satisfacer la demanda social y sanitaria.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Burns T, Perkins R. «The future of case management». *International Review of Psychiatry* 2000; 12(3):p212-7p.
- Desviat M. La reforma del hospital psiquiátrico: del hospital al área de salud. *Psiquiatria* 1992; 4: 3-16
- Donas M, Fernández Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitación Psiquiátrica*. Santiago: Universidad de Santiago, 1997.
- Fernández Liria A, García Rojo MJ. «Los programas de «Case Management». Conceptos básicos y aplicabilidad». *Revista de la AEN* 1990; X(32):65-75.
- Hernández, M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica ¿y algo más? En: Rivas F, editor. *La psicosis en la comunidad*. AEN Estudios, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2006.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. «Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management». *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(1):37-74.
- Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Serv*. 2001 Aug; 52(8):1039-45. Review.
- Programa de Continuidad de Cuidados y Apoyo Comunitario del Área 9.
- Rapp C. Theory, principles and methods of the strengths model of case management. In: Harris M, Bergman H, editors. *Case management for mentally ill patients: theory and practice*. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, 1993: 143-164.

## Enfermedad mental sin hogar

Irene Baños Martín

El presente poster trata de exponer el caso clínico de un paciente varón de 37 años con antecedentes personales de esquizofrenia paranoide, síndrome de dependencia alcohol y policonsumo perjudicial de sustancias psicotropas, en situación de exclusión social de años de evolución, por las continuas conflictivas en el ámbito familiar relacionadas con el consumo de tóxicos. Se trata de analizar una biografía salpicada por las drogas, la cárcel y la enfermedad mental grave, que ha llevado al paciente a una ruptura total de vínculos.

Esta presentación analiza cómo abordar el trabajo con esta población y los modelos de atención, que, si bien, no existiendo técnicas o herramientas diferentes a las que se emplean con otras personas, sí se requiere cambiar la forma de organizar la atención, el personal y priorizar los recursos. Los modelos disponibles incluyen tres tipos de intervención. En primer lugar, el trabajo en red, incluyendo, no sólo a otros servicios y programas; sino a los vínculos que se establecen entre ellos, la multidisciplinariedad de los servicios, la integridad de las acciones definidas y la capacidad de mantener la continuidad de los cuidados. En segundo lugar, el *outreach* (o modelo de búsqueda activa) como modelo teórico clave para desarrollar relaciones seguras que permitan un acercamiento y posterior abordaje terapéutico, dividiéndose en las fases de preenganche, enganche, contrato e implementación del contrato. Por último, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) donde un equipo multidisciplinar asume la responsabilidad del tratamiento, rehabilitación y apoyo social en la comunidad, limitando el acceso a la hospitalización, con el fin de capacitar a los pacientes y a las familias para afrontar el estrés y mejorar las habilidades en resolución de problemas.

Este tipo de modelos de trabajo, evidencian que, un tratamiento de calidad, proactivo y multidisciplinar, se convierte en un reto continuo que desafía los límites de las formas habituales de trabajo, un reto que, como aquí se expone, ha conseguido que este paciente haya sido capaz de salir de la calle, retomando una vida más plena y justa.

## INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN CASO ATENDIDO DESDE EL CD MORATALAZ DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL

María Damián

Los Centros de Día (CD) forman parte de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la CAM, y trabajan integrados en los equipos de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental.

Se dirigen a las personas con enfermedad mental grave y duradera, con mayores dificultades y necesidades de apoyo, para que se mantengan en su comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía personal y social. En algunos casos, serán usuarios que han realizado programas activos de rehabilitación y que, a causa del importante nivel de deterioro y dificultades de integración socio-comunitaria, mantienen importantes necesidades de apoyo y soporte social; en otros casos podrán ser personas que no estarían a priori en condiciones de iniciar un proceso activo de rehabilitación psicosocial, y el CD serviría de contexto de enganche, soporte y adaptación flexible a la situación actual que presenten. Los CD proporcionan una atención individualizada y flexible basada en una evaluación funcional y continúa de cada caso, y ofrecen un conjunto de actividades para la mejora del funcionamiento psicosocial, y de apoyo y soporte social.

Para mostrar el tipo de trabajo que se realiza desde nuestro recurso presentamos el caso de una usuaria derivada al CD en 2008, tras un amplio recorrido por otros recursos de la Red que comenzó en 1980, con el primer contacto con los Servicios de Salud Mental y su posterior derivación a dos CRPS, hasta finalmente llegar al CD.

### OBJETIVOS:

Dar a conocer el trabajo realizado por el equipo multidisciplinar del CD con una usuaria que está siendo atendida desde marzo de 2008 hasta la actualidad.

### METODOLOGÍA:

Se explicarán los antecedentes resumidos de este caso, los objetivos planteados en el Plan Individualizado de Atención Social, formulado tras la Evaluación inicial, la evolución en cuanto a la consecución de estos objetivos a lo largo de la intervención desarrollada, y se tratará de relacionar tanto la metodología como el estilo de atención con los resultados obtenidos hasta el momento, con el fin de mostrar el trabajo diario en este tipo de recursos y la repercusión en la mejora de la calidad de vida de las personas.

### CONCLUSIONES:

Esta experiencia nos ha permitido concluir la posibilidad y la idoneidad de intervenir desde un CD con aquellos usuarios que han realizado programas activos de rehabilitación pero que mantienen importantes necesidades de apoyo y soporte social, y con sus familias. Y la importancia de realizar un buen trabajo de coordinación entre el equipo multidisciplinar para obtener la consecución de los objetivos planteados en el Plan Individualizado de Atención.

### BIBLIOGRAFÍA:

Cuaderno Técnico "Rehabilitación Psicosocial Y Apoyo Comunitario De Personas Con Enfermedad Mental Crónica: Programas Básicos De Intervención"  
Rodríguez Abelardo. Rehabilitación Psicosocial De Personas Con Trastornos Mentales Crónicos. 1997.  
González Cases Juan, Rodríguez Abelardo. Programas De Rehabilitación Psicosocial En La Atención Comunitaria A Las Personas Con Psicosis. Vol. 21, Nº. 3, 2010. 319- 332

### Tratamiento à deux en un delirio compartido

María del Mar Torres, ETAC (Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario) de Las Palmas de Gran Canaria

Elena Navarrete, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Luz Marina Guerra, ETAC (Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario) de Las Palmas de Gran Canaria

El objetivo del presente trabajo es exponer un caso de delirio compartido atendido por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Las Palmas de Gran Canaria, realizar una breve revisión teórica del tema y reflexionar sobre las dificultades que hemos encontrado en su manejo.

Nos hemos remitido como fuentes de información para precisar los detalles de interés del caso a las notas e informes de ingreso incluidos en las historias clínicas de los dos pacientes que protagonizan el caso. Para confeccionar este trabajo se ha utilizado literatura clásica mediante guías y manuales generales, así como artículos restringidos a revisiones bibliográficas y viñetas clínicas, publicados en los últimos diez años, extraídos por métodos de búsqueda electrónica a través del buscador PubMed, empleando las palabras clave: *induced psychosis, shared psychosis, folie à deux, assertive community treatment*.

Retratamos un caso de *folie à deux* que implica a una madre y un hijo, los cuales reúnen ciertas características sociodemográficas de riesgo para el desarrollo de esta psicopatología, requiriendo sendos ingresos en Unidades de Internamiento Breve de los dos hospitales provinciales de referencia y seguimiento al alta por el ETAC, manteniendo en la actualidad evolución clínica favorable.

El presente caso nos remite a uno de los constructos de la Psiquiatría clásica, poco común y que ya tradicionalmente ha supuesto un desafío para los clínicos. En nuestra experiencia, por el medio y dinámica de trabajo del ETAC, nos hemos visto obligados a adecuar el plan terapéutico más ortodoxo para esta patología en función de las peculiaridades de nuestros pacientes, obteniendo, a pesar de ello, resultados satisfactorios.

#### BIBLIOGRAFÍA:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2002.

DÉCIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor. Madrid; 1992.

ARNONE D, PATEL A, MING-YEE G. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5:1.

CHRISTENSEN RC, RAMOS E. The Social and Treatment Consequences of a Shared Delusional Disorder in a Homeless Family. *Innov Clin Neurosci*. 2011; 8(4):42–44.

HERRERA J, CARRANZA I. Un caso atípico de folie a deux entre madre e hija. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 1992, Vol. XII, Nº 42, 188-192.

MORÁN I, DE CONCEPCIÓN A. Locura familiar: Revisión clínica y a propósito de un caso. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*. 2008; 46 (2): 129-133



### El proceso de duelo en los niños

Cristina Brophy Palma, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Isabel Reyes de Uribe-Zorita, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Elena Álvarez Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Esmeralda Vegazo Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Cristina Brophy Palma, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Jesús Rodríguez Olalla, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz  
Cristina Catalina Fernández, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

**Introducción:** A lo largo de los años ha existido una controversia acerca de si los niños viven el duelo de la misma forma que los adultos o no y acerca de las posibles consecuencias de éste en su vida adulta, por ello abordaremos el tema del proceso de duelo específicamente en los niños, con sus características y principales aspectos a tener en cuenta.

**Objetivos:** Destacar las principales características del proceso de duelo en los niños. Indicar los principales aspectos a tener en cuenta para su adecuada resolución, atendiendo a los factores que puedan influir.

**Material y método:** Revisión bibliográfica y metodología cualitativa.

**Conclusiones:** El proceso de duelo en los niños requiere de una especial atención. El niño, es consciente de lo esencial de la situación vivida, por ello hay que fomentar que pueda formar parte de ella. De especial importancia van a resultar los adultos que acompañan al niño que sirven como modelos y la forma en que se hayan afrontado los duelos por las diferentes pérdidas que atravesamos desde la más temprana infancia.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto Martín P, Soler Saiz M C. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis: 2007.  
Nomen Martín L. Tratando... el proceso de duelo y de morir. Madrid: Pirámide: 2008  
Kessler D. Compañeros en el adiós. Una guía para el último capítulo de la vida. Barcelona: Luciérnaga: 2008  
Kroen WC. Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Barcelona: Oniro: 2002  
Poch C, Herrero O. La muerte y el duelo en el contexto educativo. Barcelona: Paidós: 2003  
Tizón, J L. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós: 2004

### **El beneficio de lo cotidiano. La intervención psicosocial**

Cristina Brophy Palma, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Elena Álvarez Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Esmeralda Vegazo Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Isabel Reyes de Uribe-Zorita, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
Jesús Rodríguez Olalla, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz  
Cristina Catalina Fernández, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

**INTRODUCCIÓN:** En este póster analizamos la importancia de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedades mentales crónicas y graves, y su papel fundamental en dispositivos orientados a la rehabilitación psiquiátrica y al trabajo con los pacientes de cara a su reintegración en la comunidad.

**DESARROLLO:** Para encontrar el origen del desarrollo de la intervención psicosocial, es necesario tener en cuenta el papel de la antipsiquiatría, que dio lugar a la desinstitucionalización y cuestionó el internamiento en hospitales psiquiátricos como estrategia principal en el tratamiento de pacientes con patología psíquica grave. Sin embargo, la propia desinstitucionalización trajo consigo problemas sociales y comunitarios que necesitaban una serie de dispositivos donde llevar a cabo un trabajo dirigido a conseguir un adecuado funcionamiento y autonomía a nivel psicosocial.

Así, los dispositivos en los que se lleva a cabo la intervención psicosocial (Unidades de rehabilitación, CRPS, Hospitales de día no agudos...) se convierten en un entorno temporal, en cierta medida artificial, donde los pacientes puedan aprender a relacionarse con el ambiente y con los demás, para luego extrapolarlo a su vida en el exterior.

Algunos de los programas de intervención psicosocial más habituales son: programa de habilidades sociales, de automedicación y prevención de recaídas, de autocontrol y manejo de la ansiedad, de rehabilitación cognitiva, de psicoeducación de familias, de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD), de ocio y tiempo libre, de integración comunitaria, de inserción laboral y programas residenciales en la comunidad.

Estos programas se constituyen como un complemento a otras estrategias de control de síntomas y farmacológicas y se aplican de forma conjunta y coordinada con otras estrategias de intervención.

**CONCLUSIÓN:** La intervención psicosocial y el apoyo socio-comunitario adquieren su enorme importancia desde su papel como pieza necesaria para ofrecer a los pacientes más graves una atención integral en salud mental. Y es que uno de los mejores predictores para una evolución favorable tanto en los aspectos clínicos como también en los no clínicos, es, precisamente, el funcionamiento social. El objetivo es atender a la persona en todos los ámbitos de su vida, para sacarle de su reclusión solipsista y ofrecer nuevos espacios vitales. Así, los programas de intervención psicosocial tienen una orientación a la competencia, es decir, el foco de atención es el funcionamiento de la persona. Se pretende promover estrategias en la persona que le ayuden en la consecución de objetivos de autonomía e integración y en el desarrollo de los roles y demandas que supone vivir.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

Caro Rebollo FJ, Martín Sánchez JI, Martínez Roig M, Vicente Edo MJ. Guía práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Madrid: Ministerio de ciencia e innovación: 2009.

Gisbert Aguilar, Cristina. Cuadernos técnicos, 6: Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: AEN: 2002.

### La Recuperación paso a paso

Natalia González Brito, Servicio Canario de Salud  
Ana Isabel Robles Santos, Servicio Canario de Salud  
Juan Manuel Ojeda Ojeda, Servicio Canario de Salud

En este poster desarrollamos el caso clínico de un usuario de 32 años con Esquizofrenia paranoide desde el punto de vista de la integración psicosocial.

Fue remitido al recurso de rehabilitación comunitaria piso tutelado desde la UIB en el año 2007. En ese momento se inician trámites para solicitud de PNC y se valorar sus motivaciones de cara a la realización de actividad enfocada a lo que en ese momento él solicitaba. A los dos meses de su llegada al piso tutelado inicia un curso del ayuntamiento: "monitor deportivo". A partir de ese momento comienza todo el proceso de socialización e Integración hasta llegar en la actualidad a la plena autonomía: trabajo normalizado con contrato indefinido y traslado del piso tutelado a vivienda en régimen de alquiler con supervisión del recurso de atención domiciliaria especializada del ECA.

#### Bibliografía:

William R. Miller. Stephen Rollnick. Entrevista motivacional. Edit. Paidós. Julio 1999.  
Francisco Rodríguez Pulido. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Año 2010.  
Francisco Rodríguez Pulido. La autonomía personal en el Empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Edit. Simpromi. Año 2011.