

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones



CUADERNOS TÉCNICOS, **6**
MADRID, 2002

Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones es producto del debate, reflexión y análisis del GRUPO DE TRABAJO DE LA A.E.N. (GTR-AEN) sobre *Rehabilitación Psicosocial* durante los últimos 2 años.

El *Equipo Redactor* de este documento ha sido:

Paz Arias, *Gijón, Asturias*

Claudio Camps, *Gerona, Catalunya*

Antonia Cifre, *Palma, Baleares*

Francisco Chicharro, *Bilbao, Euzkadi*

Jaime Fernández, *Las Palmas, Gran Canarias*

Cristina Gisbert, *Girona, Cataluña (Coordinadora)*

Juan González Cases, *Madrid*

Fermín Mayoral, *Málaga, Andalucía*

Juan Moro, *Bilbao, Euzkadi*

Fermín Pérez, *Cádiz, Andalucía*

Abelardo Rodríguez, *Madrid*

Jose J. Uriarte, *Bilbao, Euzkadi*

Coordinación: **Cristina Gisbert**

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Redacción: Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. Avenida del Dr. Villacián, s/n. 47014 Valladolid.

Tel. (983) 357700 - Fax (983) 343733.

Sede de la A.E.N.: Villanueva, 11. 28001 Madrid. Tél. y Fax: 91 431 49 11

e-mail: aen@pulso.com

www.pulso.com/aen/index.htm

ÍNDICE

1.	Trastorno mental severo. Definición y consideraciones	5
2.	Atención integral a las personas con trastorno mental severo (TMS). Papel de la rehabilitación y apoyo comunitario	5
2.1.	La atención integral en la comunidad a las personas con Trastorno Mental Severo (TMS)	5
2.1.1.	Problemas y necesidades	5
2.1.2.	La reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitario	5
2.1.3.	La atención integral en la comunidad	5
2.2.	Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario	5
2.2.1.	Definición de objetivos y principios básicos	5
2.2.2.	El papel de la rehabilitación psicosocial en el marco de una atención integral en la comunidad a las personas con Trastorno Mental Severo	5
3.	Propuesta general de modelo de sistema de atención integral	5
3.1.	La atención a la salud mental	5
3.2.	Descripción de la red de recursos específicos	5
	• Programas de rehabilitación y seguimiento de los servicios de salud Mental	5
	• Hospitales de día	5
	• Unidades Hospitalarias de Rehabilitación	5
	• Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día)	5
	• Alternativas residenciales comunitarias. (Mini-residencias, pisos protegidos y pensiones concertadas)	5

• Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo. (Centros de rehabilitación laboral, programas de formación para el empleo, promoción de empleo y alternativas de inserción laboral)	5
• Apoyo económico	5
• Otros recursos comunitarios de apoyo. (Club social, asociaciones...)	5
3.3. Servicios y rehabilitación. Descripción estandarizada de servicios. ESMS	5
3.4. Intervenciones terapéuticas propias de la rehabilitación psicosocial. Programas de tratamiento integral para la enfermedad mental severa de curso crónico	5
4. Situación actual de la rehabilitación psicosocial en el estado español	5
4.1. Consideraciones generales	
4.2. Datos de recursos de rehabilitación en las diferentes comunidades autónomas	5
5. Conclusiones y recomendaciones generales	5
6. Bibliografía	5

1. Trastorno mental severo.

Definición y consideraciones

El término Paciente Mental Crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes.

Por otro lado existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Hasta el momento actual, sin embargo, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados.

Valga como ejemplo la amplia revisión realizada por Schinar (1990), que encontró hasta 17 definiciones de TMS utilizadas en EEUU entre 1972 y 1987, que aplicadas a una misma población de 222 adultos ingresada en Filadelfia, ofrecían una prevalencia de TMS que iba del 4% al 88% en función de qué definición se aplicara. Otro amplio estudio realizado entre distintas regiones del Reino Unido (Slade, 1996) también demuestra una baja consistencia a la hora de aplicar en la práctica unos criterios de definición de TMS.

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. **Diagnóstico:** Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** Tiempo superior a los dos años.

3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Sin embargo, y a pesar de utilizar estos criterios, pueden obtenerse grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o a la metodología utilizada para su identificación.

Diagnóstico

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación CIE-10 incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 (OMS, 1992). Quedarían excluidos los pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental.

La inclusión de los Trastornos de Personalidad en el grupo de TMS es objeto de discusión. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación (Zimmerman, 1994) y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro, sabemos que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de TMS.

Duración

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo

premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

Funcionamiento Global. Discapacidad

El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de la evolución futura. Existe ya evidencia suficiente acumulada a lo largo de la pasada década demostrando que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros episodios resulta ser uno de los mejores predictores de la evolución a largo plazo, tanto en lo que concierne a las variables clínicas como a las no clínicas (Frith et al. 1990; Sullivan et al. 1990; Perlick et al. 1992; Johnsson et al. 1991; Bailer et al. 1996)

Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo.

Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco A. y Pastor A. 1997):

- Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)
- Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.)
- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.)
- Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.)
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.)

- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.)

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc. originan un riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social.)

Prevalencia de los trastornos mentales severos

Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMS se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. En diferentes estudios ya mencionados anteriormente (Slade, 1996) y Schinar et al, 1990) se daba cuenta de la poca consistencia de la definición del TMS en términos prácticos.

Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su identificación. Los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, realizados en Londres (Thornicroft 1998) y Verona (Tansella, 1998), han sido llevados a cabo con distintos criterios, al estudiar el primero población general (estudio PRISM) y el segundo población atendida, es decir en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos registros de pacientes psicóticos realizados en determinadas áreas geográficas. A este respecto cabe destacar el que se está realizando en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos.

Prevalencia de TMS en pacientes con Psicosis

Tomando como referencia los estudios citados anteriormente, el estudio de Verona encuentra una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia (Balestrieri et al 1992) y otros estudios europeos (Robins and Regier, 1991.) El

estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país (Johnson, 1997), y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1000 habitantes (Meltzer, 1996)

Si se aplican los tres criterios de TMS (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes) la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse TMS aplicando tales criterios.

Prevalencia de TMS en el conjunto de pacientes atendidos

Del total de pacientes atendidos en Verona según se apliquen tres o tan sólo dos de los criterios de TMS resulta una prevalencia:

- Con dos criterios de TMS 1.34/1000 habitantes
- Con tres criterios de TMS 2.33/1000 habitantes

Prevalencia de TMS en el conjunto de pacientes atendidos excluyendo a los trastornos psicóticos

La prevalencia de trastornos mentales, excluyendo psicosis, atendidos en Verona es de 11.42/1000 habitantes. Si se aplican dos de los criterios de TMS resulta una prevalencia de 0.98/1000 habitantes, lo que equivale a decir que el 9% de la población atendida no psicótica cumple al menos dos criterios de TMS.

En resumen, y tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del NIMH de TMS:

- El 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMS
- El 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios

Conclusiones

1. Para priorizar el acceso y la continuidad de cuidados en salud mental a aquellos pacientes que sufren patologías mas graves e incapacitantes es necesario en primer lugar identificar y delimitar esta población.
2. Esta delimitación no puede basarse tan sólo en criterios diagnósticos o variables clínicas sino que debe considerarse también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas.
3. Los criterios operativos utilizados hasta ahora para definir el TMS deben replicarse con distintas poblaciones y en diferentes areas para demostrar su validez.
4. Una vez consensuados y validados deberían aplicarse al conjunto de la población atendida para la creación y asignación de recursos asistenciales.

2. Atención integral a las personas con trastornos mental severo. (TMS) Papel de la rehabilitación y apoyo comunitario

El presente apartado describe los principales elementos que han de articularse para el desarrollo de un proceso de intervención global en personas afectadas de trastornos mental severo (TMS) (esquizofrenia y otras psicosis.)

- En primer lugar se presenta el marco general de la atención integral en la comunidad como contexto en el que se han de reconocer los diferentes problemas y necesidades de esta población, tanto sanitarios como sociales, y donde se ha de integrar todo un conjunto de servicios, programas e intervenciones desde un modelo de atención basado en la comunidad.
- En segundo lugar, se delimita el campo de la Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario definido como un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social normalizada, y su papel en el marco de un sistema de servicios comunitarios para la atención a esta población.

2.1. La atención integral en la comunidad a las personas con Trastornos Mentales Severos. (TMS)

2.1.1. Problemas y necesidades

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis (TMS en adelante) presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

No debe olvidarse que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía a lo largo de un "continuum" dentro de este colectivo, desde situaciones de completa remisión sintomatológica y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente,

hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal harán necesarios una atención intensa y una supervisión constante, e incluyendo a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Los elementos comunes que definen a las personas con TMS, y especialmente con esquizofrenia pueden resumirse en:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.

Las necesidades y problemas de las personas con TMS son, por tanto, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Los pacientes con TMS necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

ATENCIÓN EN CRISIS

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico experimentan con frecuencia recaídas. La atención en crisis, a través

en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL

A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren TMS mantienen déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social.

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con TMS están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. Son también necesarias, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del empleo protegido, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo)

ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA

Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención

comunitaria de esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar
- Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.

APOYO ECONÓMICO

Muchas personas con TMS tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS

Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMS, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

APOYO A LAS FAMILIAS

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con TMS. De hecho la gran mayoría viven con sus familias.

Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias.

Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

2.1.2. La Reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitaria.

Las personas con TMS han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados "manicomios") habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad.

En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc., produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con TMS que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población con TMS en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en

España a lo largo de los 80, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización (Desviat, M, 1995.)

A pesar de las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, pueden extraerse algunos elementos básicos comunes que constituyen el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica.

Reforma Psiquiátrica: Principios básicos

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad.
- Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social.)
- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- Un intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que sí permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han conformado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica.

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de personas con TMS un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de los problemas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

El estado español se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria. No fue hasta la recuperación de la democracia y en especial a partir de mediados de los ochenta cuando el estado español inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en el estado se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 20.

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)
CAPITULO TERCERO DE LA SALUD MENTAL

Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. **Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.**
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en la diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo manicomial y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo, J. y Espino, A. 1998.) Sin embargo todavía hay un escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo que supone un lastre para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica nos enfrenta al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemas de la población con TMS (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

2.1.3. La atención integral en la comunidad.

Para una adecuada atención de esta población es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios capaces de procurar una atención adecuada e integral. El concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario” desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a las personas con TMS en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcio-

nar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario integral. (Stroul, B. 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica
- Atención y tratamiento de salud mental
- Atención en crisis y hospitalización
- Alojamiento y atención residencial
- Apoyo económico
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias
- Rehabilitación psicosocial
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo
- Protección legal y defensa de sus derechos
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atienden necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

En nuestro contexto, y para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asienten en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, teniendo en cuenta que los problemas de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desbordan a menudo la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales graves y crónicos en particular, está asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral a las personas con TMS: un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemas de

este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social.

2.2. Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario

A lo largo de los últimos años la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con esquizofrenia. Definido como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. En este apartado se presentarán los elementos que definen la rehabilitación psicosocial, sus características básicas, objetivos y principios de atención.

2.2.1. Definición, objetivos y principios básicos

Aunque se pueden encontrar antecedentes de prácticas rehabilitadoras en la historia de la atención psiquiátrica, la Rehabilitación Psicosocial es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, que ha ido ganando un lugar específico y un papel cada vez más relevante en la atención integral a las personas con TMS en general y en especial a las personas con esquizofrenia. La emergencia y desarrollo del campo de la rehabilitación psicosocial sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica (Desviat, M. 1995.) En el modelo de atención manicomial basado en la institucionalización y la reclusión asilar, la rehabilitación tiene apenas un carácter residual y secundario, confundida con el mundo marginal de la laborterapia y las actividades meramente ocupacionales. Sólo en un modelo de atención comunitario que se plantea no apartar a la persona con TMS de la sociedad ni recluirla o aislarla en instituciones especiales, sino que busca su atención y mantenimiento en la comunidad adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación. En este modelo comunitario se hace necesaria la rehabilitación para ayudar a los pacientes reclusos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyar a la persona con TMS en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible.

En este marco propiciado por los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización confluyeron diferentes factores que fueron determinando la emergencia y desarrollo del campo de la Rehabilitación Psicosocial (Anthony, W.A. y Liberman, R.P. 1986) y que, sintéticamente, se recogen a continuación:

Factores influyentes en el desarrollo del campo de la Rehabilitación Psicosocial

- Las demandas y necesidades que supone el proceso de desinstitucionalización y reinserción comunitaria para las personas con trastornos mentales severos.
- El énfasis de los nuevos modelos de atención en salud mental en el mantenimiento e integración de los nuevos crónicos en el entorno social.
- Las discapacidades y déficit en el funcionamiento psicosocial generados y/o asociados a los TMS que dificultan el manejo autónomo y la integración comunitaria de las personas que las sufren.
- Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y la escasa eficacia de los abordajes psicoterapéuticos tradicionales para mejorar las discapacidades funcionales de dichos pacientes y ayudarles a desenvolverse de un modo lo más autónomo y normalizado posible en los diferentes ambientes y roles comunitarios.
- La extensión de la filosofía de normalización y de la ideología del movimiento de derechos humanos al ámbito de las personas con TMS, con el consiguiente énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad.
- El desarrollo y aplicación de nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva y el área de los recursos humanos, que han resultado eficaces y de gran relevancia para la rehabilitación de las personas con discapacidades psiquiátricas.

El término Rehabilitación Psicosocial (en ocasiones en la literatura se utiliza también el término Rehabilitación Psiquiátrica) hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves, en especial esquizofrenia. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social. Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos

para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. Así, actualmente, se podría afirmar que *la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible* (Rodríguez, A. 1997.)

La rehabilitación tiene que ver por tanto, con ayudar a las personas con TMS a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y a apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación opera intentando apoyar a la persona con trastorno mental severo en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc. La rehabilitación pretende actuar en todos estos escenarios ayudando tanto a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal deteriorada.

Teniendo en cuenta todos estos objetivos y áreas, las personas que trabajan en rehabilitación deben articular, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles procedentes de otros campos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos marcados.

Este campo de intervención psicosocial es diferente y complementario a los tratamientos psiquiátricos farmacológicos. Tratamiento y rehabilitación psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí, como dos caras de una misma moneda: la atención integral a la persona con esquizofrenia. El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la reducción de síntomas, la estabilización psicopatológica; por contra, el foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de

la vida social y comunitaria, la mejora en suma de la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible.

Los **Objetivos Principales de la Rehabilitación Psicosocial** son:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de las personas con trastorno mental severo para favorecer su competencia en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.

La intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y por otro lado actuaciones sobre el ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Lieberman R P 1988/1993.)

Una dimensión fundamental de la Rehabilitación Psicosocial es lo que se podría denominar **filosofía de atención** en rehabilitación, aquellos principios-guía o valores que han de orientar sus prácticas concretas. Este soporte ideológico y ético tiene una relevancia esencial, porque permite seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orienta las expectativas, actitudes y valores de los profesionales que trabajan en rehabilitación. Además puede

ayudar a guiar la planificación y el desarrollo de los servicios y las intervenciones. No hay, por supuesto, un cuerpo axiomático o cerrado de principios que constituyan la filosofía de atención en rehabilitación pero sí se puede hacer una aproximación a algunos principios, que se han venido sedimentando en el desarrollo de este campo (Pilling S, 1991) y que constituyen un armazón básico que sirve para orientar las múltiples y heterogéneas prácticas en rehabilitación.

Los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial son entre otros los siguientes:

- La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
- Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
- La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
- La rehabilitación debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.
- Debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
- La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.
- Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus posibilidades y potencialidades de desarrollo y mejora.
- Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

Este listado resume los principios esenciales que conforman lo que se ha denominado filosofía de atención en rehabilitación. En ellos se puede advertir la influencia de las ideas del movimiento de derechos humanos, o del principio

de normalización, entre otras referencias. Esta filosofía de atención no debe entenderse como una especie de catálogo formal de principios que se queden en una mera referencia abstracta, sino que de hecho operan de un modo concreto tanto de forma positiva como negativa en las prácticas de rehabilitación. Su explicitación y la reflexión crítica y abierta sobre los mismos constituye un pilar fundamental para avanzar en el desarrollo coherente del campo y para guiar procesos de rehabilitación que sirvan para mejorar la calidad de vida y para avanzar en el logro de una ciudadanía plena y digna para las personas con trastorno mental severo.

Metodología y Estrategias de Intervención en Rehabilitación Psicosocial

En el desarrollo de la rehabilitación psicosocial, en las últimas décadas, se ha producido una proliferación de experiencias de atención e intervención con personas con trastorno mental severo bajo el rótulo de “programas de rehabilitación” que en muchos casos no comparten más que la denominación, siendo difícil encontrar un mínimo común denominador en cuanto a estructura metodológica o de estrategias de intervención. Bajo la misma etiqueta pueden encontrarse actividades tan variopintas y heterogéneas como grupos de discusión y encuentro, tareas ocupacionales, expresión corporal, actividades artísticas, psicoterapia tradicional, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, etc. El problema no es tanto la diversidad de estrategias que podría resultar enriquecedora sino de la evidencia de la falta de una mínima identidad metodológica de las intervenciones denominadas de rehabilitación.

En este sentido, Anthony en 1977 afirmaba irónicamente que la rehabilitación era “un concepto en busca de un método”. Afortunadamente en los últimos años se han producido interesantes y notables avances que han contribuido a dotar de rigor y estructura a la metodología de intervención en rehabilitación psicosocial, siendo sus principales componentes los siguientes (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención)
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades

que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.

- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Las estrategias de intervención en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología del aprendizaje social, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducacionales y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención utilizadas en el campo de la rehabilitación psicosocial, han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con TMS y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad (Véase entre otros: Liberman, 1988/1993, Rodríguez (1997), Aldaz y Vázquez (1996), Birchwood, (1995)).

La intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad, y por otro lado actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Anthony y Nemeck, 1984). Esta práctica de la rehabilitación tiene una base y un desarrollo fundamentalmente empírico, práctico, sin ajustarse rígidamente a ningún modelo o estrategia de intervención de los que se encuentran en la literatura.

Este hecho, aparte de reflejar la realidad del campo, tiene interesantes virtualidades que permiten huir de constricciones metodológicas y optimizar los

recursos y prácticas disponibles en el difícil logro de los objetivos de rehabilitación. Pero a su vez supone una importante limitación que permite la proliferación de actividades ineficaces o irrelevantes bajo el rótulo de rehabilitación y obstaculiza la implantación y consolidación eficaz del campo de la rehabilitación, obligando a rellenar y completar los huecos metodológicos existentes y avanzar en la configuración de estrategias de intervención complejas, idóneas y eficaces.

La rehabilitación opera intentando ayudar a las personas con TMS en los difíciles retos que supone su funcionamiento e integración en la vida social normalizada, a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: en este sentido es interesante la distinción que plantean Sarraceno y Montero (1993) de las tres dimensiones-escenarios de acción en los que trabaja la rehabilitación: la casa, el bazar o red social y el trabajo.

Pero esta necesaria flexibilidad en la intervención concreta y esta necesidad de articular y sintetizar diferentes estrategias de acción, no debe servir de excusa a los profesionales de la rehabilitación en la responsabilidad de evaluación de la eficacia de las estrategias de intervención utilizadas en los procesos de rehabilitación y en la mejora metodológica de las prácticas de rehabilitación.

Ahora bien, en el desarrollo de la rehabilitación y en sus resultados, además de ser necesario contar con unos principios de atención coherentes, con un mínimo rigor metodológico y con unas estrategias de intervención lo más eficaces e idóneas que sea posible, es preciso tener en cuenta diversos **elementos contextuales** que condicionan de un modo determinante las prácticas rehabilitadoras y sus logros.

Políticas asistenciales

La **política asistencial** constituye el contexto global que enmarca y condiciona positiva o negativamente el impulso, desarrollo y éxito de la rehabilitación. Así tienen un impacto determinante la coherencia y el apoyo real y continuado que exista desde las políticas sanitarias y sociales a sus diferentes niveles central, regional y local en el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica y en la articulación de una red completa y suficiente de recursos comunitarios que posibiliten el mantenimiento e integración social de las personas con trastorno mental severo en la comunidad. Lo que a su vez se plasma en las distribuciones presupuestarias y la organización y estilo de los servicios, en la coordinación entre los mismos y en la plasmación de medidas legislativas que legitimen e

impulsen todo el complejo e intersectorial desarrollo de un modelo de atención e integración comunitaria al enfermo mental.

Aspectos todos estos que permiten o no contar con las adecuadas oportunidades para que el trabajo de rehabilitación y los logros que se consigan en la autonomía y mejora de capacidades de los usuarios adquieran sentido pleno. Los resultados que se pueden alcanzar en la rehabilitación están condicionados, en muchas ocasiones, no tanto por las limitaciones funcionales o discapacidades de los enfermos mentales como por la existencia real de oportunidades sociales que faciliten la mejora de la calidad de vida y la integración real de los mismos: oportunidades laborales, de vivienda, económicas o sociales, sistemas de recursos comunitarios suficientes para atender sus necesidades y promover su rehabilitación e integración y un contexto global de las políticas en las que se enmarca la rehabilitación que permita e impulse de un modo coherente y continuado el trabajo rehabilitador y ofrezca oportunidades para el logro de sus objetivos.

Los Servicios

La organización, desarrollo y resultados de las prácticas rehabilitadoras vienen determinados y condicionados por el contexto de los servicios en los que se desarrollan y entre los que se articula.

Los diferentes servicios que participan en la atención comunitaria a las personas con TMS (servicios de salud mental, hospitales, recursos sociales específicos de rehabilitación, residenciales y de soporte social, servicios sociales comunitarios, etc.) tienen funciones diferentes y complementarias, y están directa o indirectamente implicados en programas de rehabilitación, pero en general, sí que es relevante destacar la influencia determinante que juega la implicación de los servicios, la organización y distribución de sus recursos humanos y materiales, su compromiso o no con una orientación de rehabilitación en sus pautas de atención, su capacidad para optimizar esfuerzos y coordinar tareas y actividades con otros servicios en el desarrollo congruente de la atención y la rehabilitación al enfermo mental. Todos estos elementos son claves en el éxito de la rehabilitación y en la implantación coherente de programas de rehabilitación. Contar con diferentes servicios en la comunidad a los que acuden enfermos mentales no conforma automáticamente una red de atención ni asegura que, de hecho, trabajen con un modelo comunitario, ni muchos menos asegura que se posibilite y promueva la rehabilitación como una dimensión fundamental en la atención comunitaria del enfermo mental y que ha de estar presente en todos los servicios desde el hospital al servicio de salud mental, el servicio específico de rehabilitación o el recurso residencial.

Los profesionales de la rehabilitación

Otro elemento principal dentro de este contexto de los servicios es el papel de los recursos humanos, de los profesionales. En rehabilitación, como en otros campos de la intervención social, no contamos con tecnología que resuelva los problemas, se cuenta fundamentalmente con la relación de ayuda que presten los profesionales. Una buena parte de la capacidad de los programas de rehabilitación para alcanzar o no sus objetivos depende de la motivación, actitud, compromiso, formación y expectativas de sus profesionales. No basta con que haya profesionales formalmente adscritos a servicios o programas de rehabilitación sino que son necesarios profesionales, por supuesto, con la mejor formación posible, pero sobre todo comprometidos activamente con la rehabilitación y con una actitud de respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y una confianza o unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades de mejora y de integración, y que además cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que requieren procesos tan complejos y dificultosos como los de rehabilitación. Y esto es necesario tanto para cada profesional como para los equipos de atención multiprofesionales, porque la atención y organización de la intervención en rehabilitación es, esencialmente, una cuestión de trabajo en equipo. Los profesionales no son la única pieza en el engranaje de la rehabilitación pero si son una pieza clave, y lo son tanto individualmente como en cuanto equipos multidisciplinares como marco de trabajo en rehabilitación.

2.2.2. El papel de la Rehabilitación Psicosocial en el marco de una Atención integral en la Comunidad a la población enferma mental crónica

La **rehabilitación psicosocial** tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (Anthony, 1980; Anthony, Cohen y Cohen, 1984). La rehabilitación es un elemento esencial y central en la organización de una atención comunitaria integral a la población con TMS (Pilling, 1991.) Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma y la desinstitucionalización tienen que ver con la escasa atención otorgada a los programas de rehabilitación y al insuficiente desarrollo de recursos de soporte en la comunidad para atender las necesidades reales de esta población.

La cronicidad y la discapacidad asociada a la enfermedad mental grave no desaparecen con la crítica y la superación de la institucionalización psiquiátrica (sólo la marginación asilar que no es poco) sino que forman parte del proceso personal y social de la psicosis. La cronicidad y las dificultades de funcionamiento reaparecen en la comunidad o emergen bajo nuevos patrones. Sin embargo, ésto ha sido en general escasamente reconocido. La atención a la crisis aguda, el control del síntoma, la importancia dada a la enfermedad y la curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento, han llevado a una relativa exclusión de las personas con TMS del nuevo modelo asistencial y a descuidar la adecuada cobertura a sus múltiples necesidades, fundamentalmente psicosociales. Éste es en la actualidad uno de los principales retos pendientes y esenciales para el éxito de la Reforma Psiquiátrica y el adecuado desarrollo de la atención comunitaria. Se hace imprescindible potenciar el desarrollo de una adecuada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración del enfermo mental crónico en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

La rehabilitación es y debe ser el eje vertebrador de este sistema de atención y soporte comunitario; la filosofía, los objetivos y la práctica de la rehabilitación deben impregnar y cruzar todos los servicios implicados en la atención comunitaria a la persona con trastorno mental severo. Las unidades de hospitalización, los servicios de salud mental, los alojamientos protegidos, los hospitales de día o por supuesto, los centros de rehabilitación. En toda esta gama de recursos, independientemente de sus funciones específicas concretas, se debe trabajar con una orientación rehabilitadora, buscando maximizar la autonomía y competencia del usuario y apoyar la integración en su entorno a través de la promoción del desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

En el contexto de nuestro país es necesario mejorar la atención a las personas con TMS avanzando en el desarrollo de sistemas de soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben sustentar en la colaboración entre el sistema sanitario, a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y el sistema de servicios sociales desde los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados que han de implicarse activamente con el desarrollo de recursos de rehabilitación psicosocial, atención residencial y soporte social.

La atención a la cronicidad exige de los profesionales de salud mental una actitud diferente adaptada a sus problemas psiquiátricos y psicosociales de larga evolución y por tanto a sus necesidades de apoyo continuado, así como su for-

mación en nuevas estrategias de intervención útiles para la rehabilitación y cuidado a la persona con trastorno mental severo. Sin esto se mantendrá la inadecuación de los servicios de salud mental para ayudar a esta población y con los pacientes crónicos más deteriorados o difíciles se buscará (y justificara) su exclusión hacia una atención institucional sea en el hospital o en la comunidad.

Otro factor clave para el buen desarrollo de los procesos de Reforma y articulación de un modelo comunitario en salud mental, es la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios tanto de atención psiquiátrica como muy especialmente de rehabilitación y soporte social que permita atender las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. La escasez de estos recursos o su inadecuada planificación ha sido uno de los hándicaps más importantes para el curso de la Reforma y para sus resultados en relación con la atención a las personas afectadas.

Estos son, en suma, algunos de los elementos o factores que pueden ayudar a entender las dificultades y los problemas que han tenido los procesos de Reforma. A pesar de ellos no hay vuelta atrás, el manicomio ha demostrado claramente su inadecuación y sus consecuencias negativas. Las políticas de Reforma deben continuar y profundizarse aprendiendo de los errores y problemas para corregirlos y superarlos.

La Atención Comunitaria al enfermo mental es una realidad en marcha aunque plagada de insuficiencias que debe completarse y adaptarse con una adecuada planificación y gestión y un apoyo social, político y económico claro y decidido que permita desarrollar un completo y suficiente sistema de apoyo comunitario para avanzar en la mejora de la situación del colectivo de las personas con trastorno mental severo y de sus familias.

3. Propuesta general de modelo de sistema de atención integral

Recursos, Dispositivos y Servicios necesarios para un Tratamiento Integral de la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico. Definición y Estandarización de Recursos, Servicios y Dispositivos. ESMS

3.1. La atención a la salud mental⁽¹⁾

La reforma psiquiátrica en España se inició formalmente a raíz de la promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del Sistema Sanitario y que marcaba las líneas generales para su adecuada inclusión en el mismo. Se proporcionó así un marco legislativo que permitiría el desarrollo de las recomendaciones formuladas poco tiempo antes (en 1985), en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Puede mantenerse que uno de los logros más importantes es la integración de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el sistema sanitario global.

Su efecto principal es el reconocimiento del derecho de las personas con trastorno mental severo, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito. Otro de los aspectos significativos entre los cambios producidos es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad.

La experiencia demuestra que allí donde se han desarrollado redes asistenciales –que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental, hasta programas de hospitalización, total o parcial, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, por citar algunos de los más significativos– la evolución clínica de los pacientes, y la calidad de vida propia y de los familiares, es mejor que cuando eran atendidos siguiendo los modelos de atención centrada en la hospitalización a largo plazo.

Bases para una Asistencia Integral y Comunitaria para las Enfermedades Mentales Severas de Curso Crónico

En el momento actual todavía en muchos lugares no se ha conseguido dar la prioridad pertinente a las necesidades de tratamiento y rehabilitación que presentan las personas con las enfermedades mentales más severas. En el año 2002, más

1 *Informe sobre la salud mental en España. Entrevista AEN-Ministra de Sanidad, 29 enero 2001*

de treinta años después del inicio de los programas de desinstitucionalización y del desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, el acceso a servicios y programas de rehabilitación de calidad para estas personas es aún la excepción, no la norma. Estas personas, además, siguen sufriendo el estigma y la discriminación en la asistencia sanitaria, en sus opciones de formación y de empleo.

3.2. Descripción de la Red de Recursos Específicos⁽²⁾

La organización de un sistema integral, coordinado y suficiente de atención comunitaria a la población enferma mental crónica debe pivotar sobre la columna vertebral de los Servicios de Salud Mental Comunitarios, en especial a través del desarrollo y potenciación dentro de los mismos de los programas de rehabilitación y seguimiento pero además debe contar con una amplia y variada red de recursos específicos de atención, tratamiento, rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario que cubran necesidades específicas de esta población y sirvan de apoyo y complemento al trabajo de atención continuada y seguimiento a desarrollar desde los Servicios de Salud Mental.

Los recursos que se describen son los siguientes:

1. Programas de rehabilitación y seguimiento de personas con trastorno mental severo en los Servicios o Unidades de Salud Mental
2. Hospitales de día
3. Unidades hospitalarias de rehabilitación.
4. Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día)
5. Alternativas residenciales comunitarias
 - Mini-residencias
 - Pisos protegidos
 - Pensiones concertadas
6. Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo
 - Centros de rehabilitación laboral
 - Programas de formación para el empleo
 - Promoción de empleo y alternativas de inserción laboral
7. Apoyo económico

2 Este apartado está basado parcialmente en el documento "NECESIDADES DE RECURSOS ESPECIFICOS PARA EL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y SOPORTE COMUNITARIO A LA POBLACION ENFERMA MENTAL GRAVE Y CRONICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID" (Varios autores. Documento no publicado)

8. Otros recursos comunitarios de apoyo.

- Agencias para la tutela del adulto
- Clubes sociales
- Asociaciones
- Recursos sociocomunitarios normalizados

Se describe cada uno de dichos recursos, indicando su definición, objetivos, actividades, personal, perfil de usuarios, derivación, sectorización, coordinación, estándares de implantación, situación actual, necesidades y propuestas. Se concluye con una propuesta de descripción estandarizada de servicios.

1. Programas de rehabilitación y seguimiento de personas con trastorno mental severo en los Servicios o Unidades de Salud Mental

Los Programas de Rehabilitación y Seguimiento están dirigidos a una población enferma mental crónica, con frecuencia desatendida, y que tiene discapacidades personales graves procedentes de su psicopatología, que les dificulta o impide cuidarse a si mismos, y acceder de forma autónoma a la oferta de los distintos servicios comunitarios.

Estos programas contemplan dos aspectos, los cuidados y el apoyo para el acceso a los servicios comunitarios, que en la práctica son difícilmente separables. Los cuidados se entienden como “una preocupación, un conjunto de métodos, una organización del trabajo, que están destinadas en primer lugar a preservar, y, si es posible, a reforzar, a lo largo de los días, y a través de las situaciones de la vida, las capacidades sanas y los potenciales siempre presentes, pero batiéndose en retirada o escondidas de los enfermos graves”. La aplicación práctica de este concepto comporta una metodología de acercamiento al paciente, que permite garantizar algo básico en una propuesta de estas características, como es la continuidad de cuidados.

Los programas de Rehabilitación y Seguimiento tienen lugar en la comunidad y por ello han de ser los Servicios de Salud Mental comunitarios y sus programas de asistencia a TMS los responsables de llevar a cabo estos programas y de dar continuidad y sentido a las diversas actividades que se proponen para cada paciente.

Objetivos

- General

Favorecer que las personas con TMS puedan mantenerse integrados en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónoma posible.

- Específicos
 - Conocer, censar y detectar necesidades de la población de personas con TMS del sector o zona de atención
 - Organizar el conjunto de apoyos necesarios para evitar el deterioro provocado por la enfermedad.
 - Posibilitar el mayor grado posible de autonomía de cada paciente en su entorno comunitario.
 - Coordinar la atención integral de los pacientes, organizando el conjunto de actuaciones de los diferentes recursos específicos para dar la cobertura necesaria a la población de personas con trastorno mental severo del distrito.

Metodología

El Programa de Rehabilitación y Seguimiento es ante todo un trabajo de equipo. Debe garantizar la cobertura de las necesidades de cada paciente en cuanto a supervisión de tratamiento, autonomía personal, alojamiento, actividades relacionales y de ocio y brindar por lo tanto el apoyo necesario en el acceso a las instituciones que ofrecen servicios de esta índole.

En concreto, el proceso metodológico se plantea siguiendo los siguientes puntos:

1. Efectuar una prospección de recursos y una estimación de necesidades para desarrollar las distintas fases del programa.
2. Planificar y elaborar un programa de seguimiento individualizado para cada paciente.
3. Supervisar las distintas fases del tratamiento, coordinar los distintos dispositivos que intervengan en él, para conseguir una línea asistencial continua y coherente.
4. Docencia, apoyo y comprensión dirigida hacia las personas que tengan alguna responsabilidad en el proceso de rehabilitación del paciente.

Perfil de paciente

Enfermos mentales con patología grave e incapacitante que precisen un apoyo psicosocial mantenido y específico no limitado a los tratamientos habituales (psicofarmacología y psicoterapia)

Derivación

Los profesionales dentro de los propios Servicios de Salud Mental quienes desde los programas de evaluación y atención, una vez evaluado un paciente,

pueden considerar adecuado la inclusión del mismo en el Programa de Rehabilitación y Seguimiento.

Actividades

- **Evaluación:** Una vez que el paciente ha sido derivado al programa, debe hacerse una evaluación global de su funcionamiento psicosocial en las diversas áreas, con el objeto de establecer una línea base para comenzar el trabajo.
- **Diseño de un plan individualizado:** Una vez terminada la evaluación se diseña un plan de actuación definiendo los objetivos que se quieren conseguir y planificando las actividades a desarrollar y los recursos a utilizar.
- **Designación de una persona responsable.** El equipo designará una persona que supervise la totalidad del plan, tenga contacto frecuente con el paciente y le acompañe durante todo el proceso.??

Dicha persona se encargará de:

- Actividades de apoyo, acompañamiento y asesoramiento al paciente.
- Control de adherencia al tratamiento.
- Detección de posibles descompensaciones.
- Orientación a actividades grupales (psicoterapia, socioterapia, grupos de actividades de ocio, tiempo libre, etc.).
- Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas con el paciente.
- Coordinación con cada dispositivo específico donde se encuentre el paciente.
- Conexión y coordinación con los recursos sociales y comunitarios en los que se pretende integrar al paciente.

Personal

Es imprescindible que en cada servicio de salud mental exista personal específico asignado al desarrollo de este programa de rehabilitación y seguimiento. El número total de profesionales dependerá del número de casos totales atendidos. Como estimación general las necesidades serían:

- Profesional coordinador (Médico, Psicólogo, Diplomado en enfermería o Trabajador social)
- Diplomado en enfermería / Trabajador social a tiempo completo (1/30 a 1/50 pacientes) dependiendo de la organización, y asegurando la dedicación de tiempos necesarios para cumplir con las funciones y objetivos de estos programas.
- Auxiliar de enfermería. Monitor.
- Personal voluntario.

Propuesta

- Debe implantarse el Programa de Rehabilitación y Seguimiento en la totalidad de los Servicios de Salud Mental.
- Debe asegurarse la formación específica a los profesionales que van a intervenir en estos programas.
- Es necesario implementar un sistema de evaluación de los programas existentes.

2. Hospital de Día

Introducción

Mediado el siglo XX, en la década de los cuarenta, coincidiendo con los primeros modelos alternativos a la psiquiatría “manicomial”, surgen nuevos planteamientos terapéuticos, como la creación de unidades de agudos en Hospitales Generales, de centros ambulatorios de tratamiento en salud mental, planteados por la Organización Mundial de la Salud y de comunidades terapéuticas basadas en la teoría de Maxwell Jones, donde se encuadra el ulterior desarrollo de los Hospitales de Día.

Los Hospitales de Día, en sus primeros momentos, comienzan planteando la creación de un ambiente de contención y tratamiento a tiempo parcial para pacientes graves, a medio camino entre la familia y la institución psiquiátrica de internamiento a tiempo completo. Su finalidad principal consistía en preservar el vínculo existente entre el paciente y su familia, evitando así un desarraigo extremo de su medio social.

En 1972 el Informe Psiquiátrico de la OMS recoge, de forma significativa, lo siguiente:

“Los participantes en el simposium han estimado que, gracias al desarrollo de los Hospitales de Día y de los Servicios psiquiátricos de los Hospitales Generales, por primera vez en la historia de la psiquiatría la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental se han transformado en objetivos realizables”.

En este diseño de los recursos necesarios para el tratamiento de pacientes graves, estimamos que el Hospital de Día es un dispositivo indispensable, no sólo por sus aportaciones específicas, muy importantes a nuestro entender, sino también porque su ausencia sobrecarga a las Unidades de Hospitalización Breve. Diferentes estudios realizados señalan que podrían ser asumidos en tratamiento por los Hospitales de Día entre un 30 y un 40% de los pacientes que

ingresan por urgencias en las Unidades de Hospitalización Breve (Creed y Kluiter, 1995).

Definición

Se puede entender el Hospital de Día de adultos como un dispositivo sanitario específico para pacientes graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, destinados a promover un cambio en el funcionamiento psicológico del paciente que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorios en su Servicio de Salud Mental.

Funciones

Funciones generales

- Tratamientos intensivos con una perspectiva de modificación clínica y mejoría de los pacientes en un plazo de tiempo más o menos prolongado, pero prefijado en cada caso de forma orientativa.
- Alternativa a la hospitalización total.
- Espacio de transición entre la hospitalización total y la integración en la comunidad familiar y social.
- Continuidad terapéutica tras un período de internamiento a tiempo completo.
- Espacio de diagnóstico. Dadas sus condiciones de trabajo que definen un campo de acción muy preciso (encuadre), el Hospital de Día se constituye en un lugar privilegiado de observación donde poder realizar diagnósticos diferenciales.
- Abordaje de los tratamientos familiares indicados en cada caso.

Objetivos específicos

La función primordial del Hospital de Día se centra en posibilitar el inicio de un “proceso terapéutico” a través de la utilización de diversas actividades terapéuticas, al tiempo que se reducen y estabilizan los síntomas. El concepto de “proceso terapéutico”, como indica García Badaracco (1990), implica “una sucesión de cambios que pueden presentarse en forma de realizaciones variadas, pero con una coherencia interna y un sentido progresivo hacia una condición humana que se puede formular como integración de la personalidad, equilibrio emocional, armonía de la persona, maduración, etc.”

Estos cambios sucesivos no son, en caso alguno, lineales, sino más bien la integración de diferentes momentos de desestructuración y reestructuración de

las partes de un todo, que se convertirán en índices de una transformación profunda, es decir, de una transformación de la estructura de la personalidad del paciente, del tipo de sus relaciones y de la elaboración que el paciente realiza en su relación dialéctica con el mundo real.

Metodología

Para los pacientes con trastornos mentales graves, las experiencias terapéuticas más operativas se dan en el campo psicológico de una “convivencia asistida” o en el “tratamiento por la realidad compartida” (J. Hochmann, 1989)

Esta “convivencia” permite trabajar con una amplia gama de situaciones potencialmente terapéuticas que favorecen la expresión de afectos y de conflictos personales encubiertos.

En el Hospital de Día el “ambiente terapéutico” posibilita la creación de un espacio interpersonal continuo donde, a través de un reparto de tareas, por un lado de un psicoterapeuta a la escucha de la problemática interna y, por otro, de un equipo terapéutico que ejerce funciones de cuidado y de acompañamiento, encaminados al sostenimiento del 'yo' del enfermo, se inicie el proceso terapéutico. El proceso terapéutico es, indudablemente, el resultado de toda la serie de intercambios psíquicos entre los pacientes y entre pacientes y terapeutas.

Es necesario señalar que se requiere “cierto” compromiso por parte del paciente y/o grupo familiar para la explicitación del contrato terapéutico, con el fin de poder dar un sentido a las previsibles rupturas de éste por parte del paciente o de miembros del equipo terapéutico. Precisamente la capacidad de elaborar estas rupturas es una base fundamental del mantenimiento del ambiente terapéutico.

Perfil de pacientes

El Hospital de Día es, en consecuencia, el lugar idóneo para un grupo de pacientes que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva que no puede cubrir un tratamiento ambulatorio.

Indicaciones más precisas para el Hospital de Día son:

- Trastornos esquizofrénicos que no hayan desarrollado un deterioro defec-tual importante y, de forma más específica, se encuentren en los momentos iniciales de la enfermedad.
- Trastornos graves de la personalidad.
- Neurosis graves.

- Determinados momentos evolutivos de algunos trastornos afectivos.
- Trastornos de la alimentación.
- No están indicados los casos graves de consumo de sustancias si éste constituye el diagnóstico principal.

Es necesario señalar que los pacientes que se deriven al Hospital de Día deben disponer, por una parte, de una capacidad mínima de autocontrol y, por otra, de un soporte familiar y/o social capaces de realizar una labor suficiente de contención y de apoyo.

Derivación

Las derivaciones al Hospital de Día se realizarán siempre desde los Servicios de Salud Mental. Las actividades de coordinación con los profesionales derivantes tienen, por ello, un carácter prioritario.

Actividades

El Hospital de Día proveerá del máximo de medidas terapéuticas que favorezcan el tratamiento intensivo de los pacientes.

El equipo terapéutico debe asumir el cuidado y acompañamiento del paciente, pero siempre manteniendo el “encuadre” (normas de funcionamiento del Hospital de Día) que con sus ritmos de presencia/ausencia, dentro/fuera, permita la movilización de la actividad psíquica de los pacientes a través de las relaciones no patógenas que éstos puedan ir encontrando y estableciendo en las distintas actividades del Hospital de Día.

Con las adaptaciones requeridas por las necesidades individuales de cada paciente, éste se favorecerá de un grupo de actividades que incluye:

- Tratamiento psicofarmacológico.
- Grupos comunitarios.
- Socioterapia.
- Ergoterapia.
- Psicomotricidad.
- Psicoterapias individuales.
- Entrevistas familiares.
- Grupos de psicoterapia multifamiliar.

Asistencia: el paciente asistirá al Hospital de Día 6 ó 7 horas diarias, de lunes a viernes. En periodos evolutivos posteriores se programarán asistencias a tiempo parcial.

Personal

Para un Hospital de Día tipo con una capacidad de 30 pacientes el número de profesionales necesario sería:

- Dos psiquiatras (1 por cada 15 pacientes).
- Un psicólogo.
- Dos D.U.E. (1 por cada 15 pacientes).
- Un terapeuta ocupacional.
- Un monitor ocupacional.
- Un trabajador social a tiempo parcial.

Propuestas

Es necesaria la existencia de un Hospital de Día por Área, pero, teniendo en cuenta las diferencias de tamaño y población de las Áreas, se plantea la necesidad de un mínimo de 10 plazas por cada 100.000 habitantes (óptimo 19 plazas)⁽³⁾.

Es imprescindible clarificar, despejando cualquier ambigüedad, las denominaciones utilizadas, las funciones y los objetivos, porque existen recursos que se llaman Hospitales de Día sin acercarse siquiera a las funciones básicas aquí descritas.

3. Unidad Hospitalaria de Rehabilitación. Comunidades Terapéuticas

Introducción

Existe un pequeño pero significativo número de pacientes afectos de patología grave cuyos problemas y necesidades no son abordables de forma ambulatoria, y para los que las Unidades de Hospitalización de Agudos no suponen una atención de suficiente duración. Autores tan comprometidos con la Rehabilitación como el propio Shepherd (Shepherd 1996), señalan la existencia de cierto porcentaje de "...nuevos pacientes de Larga Estancia... para los que el cuidado en un entorno que tenga por lo menos algunas de las características de un hospital, parece necesario".

Definición

La Unidad Hospitalaria de Rehabilitación, se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de Tratamiento, Rehabilitación y Contención

3 "HACIA UNA ATENCION COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD".
Cuadernos Técnicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000

Objetivos

– Objetivos generales

Obtención de una mejoría psicopatológico-conductual en el paciente y unas modificaciones en su entorno socio familiar tales que permitan la prosecución de las intervenciones en los demás dispositivos comunitarios.

– Objetivos específicos

- Estabilización psicopatológica.
- Contención conductual.
- Adecuación conductual.
- Rehabilitación de déficit.
- Coordinación con el entorno socio-comunitario de origen durante el ingreso.
- Modificación del entorno socio-comunitario de origen de cara al alta.

Metodología

Los tratamientos se realizarán en un tiempo flexible no prefijado de antemano y dependiendo de las necesidades individuales de cada paciente.

Perfil de pacientes

Los estudios al respecto muestran un perfil de pacientes:

- Mayoritariamente (70%) varones, psicóticos jóvenes con graves alteraciones conductuales y severa psicopatología persistente, complicada a menudo con consumo de tóxicos.
- Un segundo grupo (20%) incluiría a mujeres mayores con cuadros afectivos severos y resistentes, con grave riesgo vital.
- Finalmente un 10% de pacientes presentarían síndromes orgánicos cerebrales con alteraciones conductuales y sintomatología psicótica severa acompañante.

La Unidad Hospitalaria de Rehabilitación es un recurso orientado al trabajo con pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste durante largo tiempo una clínica tan severa que impide su adaptación a un entorno social normal; en relación con ello, sufren repetidos ingresos en Unidades de Hospitalización Breve que no permiten que se beneficien de los programas de rehabilitación habituales, diseñados para ser desarrollados en plazos largos y en situación de no internamiento.

No se trata de un dispositivo meramente residencial para pacientes que siguen programas de rehabilitación ambulatoria, sino recursos específicos que

consideran desde un principio y de forma indistinguible los ejes de contención y rehabilitación.

La orientación de ingreso en las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación se centraría esencialmente en:

- Pacientes con patología psiquiátrica crónica, afectos de disfunciones con diagnóstico diverso y grave, que por su clínica y/o relación con el entorno no pueden mantenerse en la comunidad y en los que resulta indicado el régimen de internamiento durante períodos de tiempo prolongados.

Derivación

La indicación de ingreso es siempre responsabilidad de los Servicios de Salud Mental, exigiéndose una permanente coordinación de la Unidad con el Servicio de Salud Mental remitente, responsable del Programa de Seguimiento en el que sigue incluido el paciente durante el ingreso, y en el que se enmarca la actuación de la Unidad Hospitalaria Rehabilitación.

La indicación de ingreso será siempre programada.

Actividades

La Unidad Hospitalaria de Rehabilitación asegura el adecuado cumplimiento de un tratamiento individualizado:

- Psicofarmacológico
- Psicoterapéutico
- Rehabilitador

En un medio con un nivel de control también adaptado a las necesidades individuales.

Personal

La severidad de las situaciones objeto de tratamiento y la extrema flexibilidad de los abordajes derivada de la individualización de las intervenciones en función de objetivos personalizados desde el momento de la derivación, exigen, como condiciones generales:

- Una elevada proporción de profesionales en relación al número de pacientes.
- Una actitud y formación específicas del personal de la Unidad. Para ello son necesarios como mínimo: (para 25-35 plazas)
- Dos psiquiatras

- Un psicólogo clínico
- Dos D.U.E
- Un terapeuta ocupacional
- Un trabajador social a media jornada
- 2 auxiliares de enfermería por turno

Necesidades/Propuestas

Se considera (teniendo en cuenta el “Documento Técnico de la AEN”) la existencia de entre 8 y 10 plazas por 100.000 habitantes.

La ubicación ideal se plantea como un inmueble accesible a la población de la zona atendida. Sería necesario que estuvieran cercanas a los Servicios de Salud Mental de referencia.

Estas unidades no deberían ser muy grandes ni lejanas de la población. Si no, se convertirían en un reservorio de pacientes, con una dinámica similar al manicomio tradicional.

4. Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día)

Centros de Rehabilitación Psicosocial

Definición

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) se conciben como un recurso específico, dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida.

Objetivos

Los objetivos fundamentales que tienen los CRPS son:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.

- Posibilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario.
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de autoayuda entre las familias.

Metodología

El proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno socio-comunitario concreto y se articulará de acuerdo al plan individualizado de rehabilitación establecido con cada usuario.

La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación de cada usuario. Asimismo y en la medida de lo posible se llevará a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario o si ello no fuera factible se programará la generalización a las situaciones reales, en las que el usuario presenta problemas o dificultades, de los aprendizajes o resultados de las intervenciones realizadas.

Perfil de Usuarios

El perfil general de la población a atender será el siguiente:

- Personas con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades significativos en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada.
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

Derivación

El único canal de derivación al CRPS serán los Servicios de Salud Mental. Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos y permanecer en su Servicio de Salud Mental de referencia, el cual a través de un informe que justifique la problemática de funcionamiento psicosocial del usuario y la necesidad de una

intervención específica de rehabilitación psicosocial, propondrá su derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial, a través de los mecanismos de coordinación establecidos. De cara al trabajo de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados.

Actividades

En los CRPS se desarrollarán múltiples actividades en relación a las siguientes grandes áreas de actuación:

- **Rehabilitación psicosocial y Apoyo a la Integración social.** La intervención dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario a través de la recuperación y entrenamiento de habilidades y capacidades deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento psicosocial. En este sentido desde el Centro se trabajarán al menos las siguientes áreas, adaptándose específicamente a las necesidades de cada usuario y a los objetivos establecidos :
 - Rehabilitación cognitiva.
 - Psicomotricidad.
 - Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria.
 - Psicoeducación, Autoadministración de medicación y Prevención de Recaídas.
 - Manejo y Enfrentamiento a la Ansiedad y el Estrés.
 - Relaciones Sociales.
 - Integración Comunitaria.
 - Ocio y Tiempo libre.
 - Orientación e Inserción Laboral. (Especialmente con aquellos usuarios que no requieran un proceso de rehabilitación laboral específico, intensivo y estructurado como el que se ofrece desde los Centros de Rehabilitación Laboral, con los que, en su caso, se trabajará en coordinación).

La intervención en el medio comunitario será otro eje esencial del trabajo del Centro, complementando y dando sentido a la intervención psicosocial que se desarrolla con el usuario y con su familia, a fin de asegurar la efectiva integración social del usuario.

Todo ello además sin perder de vista las necesidades de apoyo y soporte social específicas de cada usuario, asegurando su adecuada atención tanto dentro como fuera del centro, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aisla-

miento y marginalización. Para lo cual se organizarán y promoverán un abanico de actividades de apoyo y soporte (sociales, culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) que sirvan de contexto de socialización, apoyo y soporte para los usuarios que lo puedan necesitar, especialmente aquellos con mayores niveles de deterioro y dificultades de integración.

- **Seguimiento y soporte comunitario:** Asimismo, una vez finalizada la intervención o alcanzados los principales objetivos del plan individualizado, desde los CRPS se ofrecerá el apoyo, soporte social y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginalización, especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit o deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria. Asimismo en esta línea, se optimizará lo máximo posible la utilización de recursos sociocomunitarios normalizados. Para ello, desde el CRPS se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.
- **Apoyo a las Familias:** Desde el CRPS se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo mental crónico y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. Asimismo se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración de la persona enferma mental crónica. Además desde el Centro se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y los propios afectados.

Personal

El personal que se considera necesario para realizar y coordinar las actividades y programas que han de ofrecer los Centros de Rehabilitación Psicosocial, diariamente, de lunes a viernes en jornada partida de mañana y tarde, es el siguiente:

- 1 Director/Coordinador.
- 2/3 Psicólogos.
- 1 Trabajador Social.
- 1 Terapeuta Ocupacional.

- 2/3 Monitores/Educadores.
- 1 Auxiliar Administrativo.

Este equipo multiprofesional se considera el mínimo necesario para atender adecuadamente un centro estándar con una capacidad de atención de 70/80 usuarios.

Necesidades/Propuestas

Aunque no hay criterios reconocidos internacionalmente o acuerdos sobre los estándares de plazas idóneos sobre los recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario, podemos tomar como referencia los establecidos en el “Documento Técnico de la AEN”, que ha planteado unos objetivos de cobertura a través de unos ratios (mínimos y óptimos) de plazas por 100.000 habitantes.

Tipo de recurso	Ratio de plazas X 100.00 Habitantes	
Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)	20	50

Actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día)

Definición

Se trata de un conjunto de actividades con funciones de apoyo y soporte social dirigido a pacientes mentales graves y crónicos.

Sectorización

Dadas las características de la población asistida y actividades que se desarrollan en este programa es imprescindible su facilidad de acceso, y por lo tanto debe centrarse en el Distrito sanitario.

Objetivos

- Generales

Aumentar el nivel de autonomía e integración social.

Ofrecer soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad

- Específicos

- Desarrollo y potenciación de habilidades sociales básicas.

- Mantener o conseguir un nivel mínimo de autocuidados y autonomía.
- Incremento de las redes sociales.
- Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre.
- Contención dinámica del paciente.

Metodología

El Centro de Día es un recurso de rehabilitación comunitario al que acceden pacientes que no ha sido posible insertar tras el paso por el resto de dispositivos de la red, debido a su grave patología mental o deterioro asociado.

Para efectuar un trabajo con esta población es preciso que este recurso se adapte de un modo flexible a sus necesidades, pudiendo realizar las actividades en distintos espacios: domicilio, transportes públicos, polideportivos, Servicios de Salud Mental, CRPS, etc., y en horarios adecuados a los pacientes y la propia actividad. Sin perder por ello un espacio fijo de referencia que pueda estar ubicado en los Servicios de Salud Mental o en Centros de Rehabilitación Psicosocial, facilitando la coordinación y la participación de los profesionales adscritos a ambos dispositivos.

Perfil

- Edad entre 18 a 65 años.
- Pacientes con enfermedad mental severa o grave de curso crónico en tratamiento en los Servicios de Salud Mental, que presentan un alto nivel de deterioro cognitivo y/o gran aislamiento social.
- Pacientes con dificultades de contención familiar.

Derivación

La indicación al recurso deberá hacerse desde el programa de rehabilitación de los Servicios de Salud Mental.

Actividades

Tal como hemos indicado anteriormente, las actividades deben adaptarse a las necesidades de cada paciente sobre la base del plan individualizado de rehabilitación que se había diseñado por el equipo que interviene en la atención del paciente con el consenso del mismo.

– Actividades básicas:

- Entrenamiento cognitivo (memoria, atención, concentración, etc.)

- Entrenamiento en habilidades relativas al manejo en la vivienda, aseo, vestido, y hábitos saludables.
- Actividades de psicomotricidad.
- Grupos de encuentro.
- Actuaciones domiciliarias.
- Talleres de actividades ocupacionales.
- Trabajo con familias y entorno social.
- Ocio y tiempo libre.

Personal

El dispositivo deberá contar con un personal compartido con otros programas de los Servicios de Salud Mental y/o Centro de Rehabilitación y con personal adscrito a tiempo total.

Tiempo parcial

- 1 psicólogo
- 1 enfermero
- 1 trabajador social

Tiempo total

- 1 terapeuta ocupacional
- 2 monitores

Necesidades/Propuestas

Cada distrito sanitario debería contar con un adecuado sistema de actividades de apoyo y soporte social con funciones de Centro de Día, desde la coordinación y complementariedad entre los Servicios de Salud Mental de Distrito y los recursos específicos de rehabilitación psicosocial. (CRPS)

5. Alternativas Residenciales Comunitarias

Un elemento importante dentro de este sistema de atención comunitaria son los servicios residenciales. Sin contar con un apropiado rango de opciones de alojamiento y soporte residencial, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas con TMS pueden verse seriamente limitados u obstaculizados.

Las dificultades por parte de las familias para asumir a la persona enferma, junto con una situación de insuficiente provisión de servicios residenciales comunitarios, contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas de cara a la atención e integración comunitaria de esta población:

- Uso inapropiado de la atención hospitalaria.
- Incremento de reingresos hospitalarios (fenómeno de la puerta giratoria).
- Sobrecarga familiar.
- Dificultades de integración comunitaria.
- Incremento del riesgo de marginalización e indigencia de algunos enfermos mentales sin apoyo familiar ni social.

Un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar socialmente a las personas con TMS debe proporcionar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial.

Entre los recursos residenciales comunitarios propuestos están:

– Mini-Residencias

Definición

Una Mini-Residencia (MR) se concibe como un servicio residencial comunitario abierto y flexible, con una capacidad de entre 15 y 30 plazas.

Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario y en su caso orientación y apoyo a las familias. Ofrece apoyo y supervisión durante las 24 h. en un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible.

Objetivos y funciones

Los objetivos generales de la MR son:

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- Favorecer la mejora de la autonomía personal o social de los usuarios de tal forma que les permita un funcionamiento lo más normalizado posible.
- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de dignidad y calidad de vida.
- Evitar situaciones de institucionalización y/o marginación.
- Favorecer la progresiva integración social de los usuarios residentes.

Con el propósito de cubrir diferentes necesidades se ha configurado el diseño de la MR con una estructura flexible y polivalente de las plazas, organizadas en tres tipologías de estancias cuyas funciones y objetivos se sintetizan en el siguiente cuadro:

TIPO	DURACIÓN	FUNCIONES	OBJETIVOS
Estancia corta	Entre un fin de semana y un mes aprox.	Descanso familiar Atender urgencias familiares o sociales Separación preventiva del ambiente familiar.	Aliviar la sobrecarga familiar y favorecer el mantenimiento de en el ambiente familiar Evitar internamientos innecesarios o situaciones de abandono.
Estancia transitoria	De un mes a un año aprox	Transición del Hospital a la Comunidad Preparación para la reinserción familiar. Preparación para opciones de vida y/o alojamiento más autónomos e independientes	- Facilitar y preparar procesos de reinserción social y familiar. - Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más autónoma e independiente.
Estancia indefinida	Larga. Más de un año	Alternativa a la hospitalización prolongada. Evitar situaciones de marginalización social o abandono	Mejorar el nivel de autonomía personal y social. Asegurar un nivel de calidad de vida digno.

Se propone una distribución de las plazas, con la necesaria flexibilidad, como sigue:

- Estancia corta: 15-20%
- Estancia transitoria: 40%
- Estancia indefinida: 40%

Metodología

Una vez que un usuario sea derivado y acceda a la MR, se realiza una evaluación de la situación y nivel de funcionamiento del mismo, y se diseña un plan individualizado de atención en el que se establecen los objetivos a alcanzar y las actividades a desarrollar.

Perfil de usuarios

Como perfil general de los usuarios a ser atendidos en una MR se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales:

- Personas con enfermedades mentales crónicas cuyos déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal de apoyo familiar y social.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde los Servicios de Salud Mental de las áreas sanitarias de referencia para la sectorización y distribución de las plazas de la MR.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada.
- No tener enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada.
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.

Derivación

La selección y derivación de usuarios para su acceso a una MR se realizará desde los Servicios de Salud Mental de las áreas de referencia según la sectorización que se establezca.

Actividades

Programas de intervención psicosocial y actividades en relación, entre otras, a las siguientes áreas: Autocuidado, Actividades de la vida diaria, Psicoeducación y educación para la salud, Actividades de ocio y tiempo libre, Integración comunitaria, etc. Estos programas y actividades se organizan de una forma flexible tanto en formato grupal como de un modo individual, buscando ajustarse a las diferentes necesidades, situación y objetivos de cada usuario. Asimismo se organizarán de un modo coordinado con los Servicios de Salud Mental o los Centros de Rehabilitación de referencia para cada usuario. Siempre se fomentará el contacto y utilización de recursos sociales comunitarios que favorezcan la integración comunitaria de los usuarios. La MR debe favorecer asimismo el contacto entre los usuarios y sus familias, orientando y apoyando a las en los casos en los que se prevea su vuelta al entorno familiar.

En cuanto a los aspectos del funcionamiento interno, la MR buscará organizar un ambiente de vida y convivencia lo más familiar y normalizada posible. En este sentido se organizará la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario.

Personal

Para el adecuado funcionamiento de una MR es necesario contar con un equipo multiprofesional, cuya composición mínima es la siguiente:

- 1 Director (psicólogo) a jornada completa.
- 1 Terapeuta Ocupacional a jornada completa.
- 10 Monitores-Educadores distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche los 7 días a la semana.
- 1 Auxiliar Administrativo, a jornada completa.

Este equipo trabajará de un modo flexible, multidisciplinar y polivalente. Además se buscará la implicación de voluntarios, para desarrollar tareas de acompañamiento, apoyo social y dinamización de actividades de ocio y tiempo libre.

Necesidades/Propuestas

En cuanto a los estándares de plazas el “Documento Técnico de la AEN”, establece un mínimo de 20 y un óptimo de 50 plazas/100.000 habitantes. Consideramos que este es un escenario ideal, pero dada la realidad actual, sería más razonable plantear la siguiente estimación:

Tipo de recurso	Ratio de plazas X 100.00 Habitantes	
	Mínimo	Óptimo
Mini-residencia (MR)	10	25

– Pisos Supervisados/Protegidos/Tutelados

Definición

Los **Pisos Supervisados** constituyen un recurso residencial comunitario organizado en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con TMS.

Objetivos

Los objetivos generales son:

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.
- Promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario, apoyando el máximo desarrollo de su

autonomía personal y social y un funcionamiento social lo más integrado e independiente a través del desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

- Evitar procesos de deterioro, abandono y/o marginalización social.
- Evitar procesos de cronificación y/o institucionalización de usuarios sin apoyo familiar o social pero que mantienen buenos niveles de autonomía.

Metodología

Con todos los usuarios que accedan a vivir en un Piso Supervisado, se elabora un plan individualizado de atención, apoyo y supervisión en el que se recogen los objetivos y áreas de trabajo fundamentales y se indican aquellos aspectos del funcionamiento psicosocial en donde se requiere un apoyo rehabilitador específico para asegurar su adaptación e integración dentro del piso y del entorno y para promover su rehabilitación global y su progresiva integración comunitaria. Este plan será elaborado conjuntamente entre el Servicio de Salud Mental de referencia, el equipo de supervisión de los pisos y el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los Pisos Supervisados, tienen como característica definitoria, el ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuado. **Flexible**, porque las necesidades y demandas varían y fluctúan en el tiempo y se requiere por tanto la capacidad de adaptarse y ajustarse a los diferentes momentos y situaciones que ocurren en un piso. **Individualizado**, porque cada usuario tiene una especificidad única y requiere un apoyo ajustado a sus distintas problemáticas, posibilidades y circunstancias. Y **continuado**, porque para asegurar a medio y largo plazo el buen funcionamiento del piso y su eficacia como recurso de apoyo residencial y rehabilitador, se requiere que siempre exista una referencia de apoyo capaz de responder diferencialmente a las diferentes circunstancias y necesidades del piso como unidad de convivencia y de cada usuario específicamente.

La supervisión y apoyo que se presta al piso y a cada usuario, es variable según las circunstancias, momentos y necesidades existentes, aunque a nivel general implica una supervisión diaria durante el proceso inicial de funcionamiento de cada piso para asegurar la adaptación de los usuarios. A medida que el piso y los usuarios estén organizados como grupo y las tareas domésticas, la convivencia y el funcionamiento interno estén consolidados, el nivel de supervisión puede ajustarse garantizando el contacto necesario para conocer la evolución y desempeño de los usuarios, con al menos una visita 1 o 2 veces

por semana. En todo momento los usuarios dispondrán de la posibilidad de llamar al monitor o monitores de referencia de cada piso para afrontar los problemas o dificultades que puedan surgir. Siempre que sea preciso se volverá a intensificar la supervisión y el apoyo ante las problemáticas de convivencia, funcionamiento, crisis, etc. que puedan surgir o que se prevea que pueden aparecer.

Perfil de usuarios

El perfil general de los usuarios a ser atendidos en un Piso Supervisado tendrá en cuenta los siguientes criterios generales:

- Personas con enfermedades mentales graves y crónicas cuyos déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Tener una necesidad de 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 de los distritos del área de referencia en la sectorización de los Pisos Supervisados.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos. En cada piso convivirán personas del mismo sexo.
- Tener un nivel aceptable de autonomía personal y social que le permita afrontar las demandas que suponen la vida y la convivencia en los pisos.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada.
- No presentar conductas excesivamente agresivas o peligrosas para sí mismo o para los demás, ni problemas 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 que supone la estancia en los pisos.

Derivación

La selección y derivación de usuarios para su acceso a Pisos Supervisados se articulará desde los Servicios de Salud Mental, a través de las comisiones de rehabilitación de las áreas en las que se ubiquen los pisos.

Actividades

La organización y funcionamiento interno de un Piso Supervisado debe asegurar que éste sea lo más parecido a un hogar familiar. Debe ser pues un recurso de alojamiento y soporte que facilite el desempeño de roles sociales lo más normalizados que sea posible y que por tanto se articule como un contexto para la rehabilitación y la integración comunitaria. Para avanzar en esta línea, en el piso se buscará organizar un estilo de vida y convivencia lo más familiar y normalizado posible. Los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano. Con el apoyo y supervisión que en cada caso requieran, los usuarios se responsabilizarán y ocuparán tanto del cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, como de la realización de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda: limpieza, realización de compras, preparación de comidas, etc.

Los usuarios deberán implicarse en los gastos generados por la convivencia en el piso.

Personal

Cada piso debe contar como mínimo con un **monitor o educador** específicamente adscrito a la supervisión y apoyo del mismo. Su horario será flexible, para poder ajustarse a la variabilidad del momento y períodos de apoyo que se necesite atender en el piso. Su dedicación podrá ser exclusiva a un solo piso o apoyar también a otros pisos si las necesidades de supervisión son menores. En todo caso su labor de apoyo será complementada, especialmente en horario de mañana, con el personal del Servicio de Salud Mental de referencia de cada usuario y con el equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial del área de referencia, que deberán colaborar en el seguimiento y supervisión de los usuarios de cada piso.

Necesidades/Propuestas

En cuanto a los estándares de plazas el “Documento Técnico de la AEN”, establece un mínimo de 20 y un óptimo de 50 plazas / 100.000 habitantes. Consideramos que este es un escenario ideal, pero dada la realidad actual, sería más razonable plantear la siguiente estimación:

Tipo de recurso	Ratio de plazas X 100.000 Habitantes	
	Mínimo	Óptimo
Piso supervisado	10	25

– Pensiones concertadas supervisadas (PCS)

Definición

Las Pensiones Concertadas Supervisadas definen la existencia de un determinado número de plazas en diferentes Pensiones de Huéspedes que sirvan como alternativa para cubrir necesidades de alojamiento y otras necesidades básicas de determinadas personas con TMS.

Se trata, en muchos casos, de personas con un estilo de vida muy independiente, pseudomarginal en algunos, a los que ofrecerles la cobertura de sus necesidades básicas y de alojamiento mediante plazas en pensiones junto con supervisión y seguimiento por parte de los Servicios de Salud Mental y apoyo desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial y desde los Servicios Sociales Generales, permite su mantenimiento normalizado y digno en la comunidad, a la vez que facilita su vinculación con los anteriores servicios, posibilitando tanto su tratamiento psiquiátrico continuado como su progresivo proceso de rehabilitación psicosocial e integración sociocomunitaria.

Objetivos

Los objetivos son:

- Posibilitar el mantenimiento normalizado en la comunidad a través de la cobertura de las necesidades de alojamiento y otras necesidades básicas, junto con el apoyo y supervisión adecuado a cada caso.
- Evitar o paliar situaciones de abandono o marginación sin techo.
- Facilitar el proceso de tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial e integración sociocomunitaria.

Metodología

Perfil de usuarios

Los potenciales usuarios de plazas concertadas en Pensiones deberían tener el siguiente perfil general:

- Padecer un TMS.

- Entre 18 y 65 años.
- Estar en contacto y bajo supervisión en un Servicio de Salud Mental.
- No contar con recursos económicos suficientes para hacer frente por su cuenta al pago de la pensión.
- No disponer de recursos de apoyo familiar o ser éste inadecuado.
- No encontrarse en una situación psicopatológica activa no controlada.
- Tener el nivel de autonomía personal y social necesario como para poder cuidar de sí mismo y manejarse ante las demandas básicas que implica la vida y la convivencia en la pensión.

Derivación

La selección y derivación se realizará desde los Servicios de Salud Mental de referencia, a través de las Comisiones de Rehabilitación establecidas.

Actividades

Dadas las características de este recurso, no se prevé a priori la realización de actividades estructuradas específicas dentro de las pensiones.

Los usuarios recibirán apoyo y supervisión desde sus Servicios de Salud Mental de referencia y con el apoyo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y cuantos otros recursos sean pertinentes para facilitar su mantenimiento e integración comunitaria.

Personal

Este recurso no se plantea con personal específico. La supervisión y apoyo se deberá realizar desde los Servicios de Salud Mental de referencia.

Necesidades /Propuestas

En cuanto a los estándares de plazas el “Documento Técnico de la AEN”, establece lo siguiente:

Tipo de recurso	Plazas X 100.000 Habitantes	
	Mínimo	Óptimo
Pensiones concertadas supervisadas	5	10

6. Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo

Introducción

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con TMS. En esta situación intervienen diferentes factores a distintos niveles:

- Los déficit y discapacidades que dificultan el funcionamiento y ajuste laboral
- La falta de experiencia e historia laboral previa
- La inexistencia o inadecuación de recursos comunitarios de rehabilitación vocacional-laboral
- El rechazo social y estigma asociado a las trastornos psiquiátricos.
- El contexto laboral actual marcado por unas elevadas tasas de desempleo incide negativamente en las posibilidades de integración laboral de la población psiquiátrica crónica.

Todos estos factores interactúan de un modo complejo y exigen intervenciones diferenciales y específicas dirigidas a modular y disminuir los obstáculos y problemas existentes y a maximizar las oportunidades de realizar actividades productivas y remuneradas de este colectivo, paso decisivo para avanzar en su integración social y en la mejora de su calidad de vida.

Por una parte, implica ofrecer recursos y programas que posibiliten la rehabilitación profesional-laboral de este colectivo y les prepare para la reinserción en el mundo laboral. Complementariamente es necesario fomentar el desarrollo de fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o de creación de iniciativas empresariales para aumentar las oportunidades de acceso al empleo normal, de modo que se facilite la progresiva integración en actividades laborales remuneradas ajustadas a las posibilidades y nivel de funcionamiento laboral de la población con TMS.

El esfuerzo que se realice, tanto desde los Servicios de Salud Mental como desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial o más específicamente desde los Centros de Rehabilitación Laboral o los programas de formación ocupacional, para preparar, capacitar y apoyar a personas enfermas mentales graves y crónicas para su inserción laboral, puede quedar limitado si no se complementa con medidas de apoyo y fomento del empleo que amplíen las oportunidades de incorporación laboral de este colectivo.

– Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)

Definición

Es un recurso específico para favorecer la rehabilitación profesional de personas con TMS propiciando y apoyando su inserción y mantenimiento en el mundo laboral.

Su misión fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral normalizada fundamentalmente en la empresa ordinaria o también en fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o sistemas de auto-empleo.

No tendrá carácter específico de centro de trabajo, sino el de un centro de preparación y apoyo para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción laboral.

Objetivos

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a los usuarios de las habilidades socio-laborales para desenvolverse en el mundo del trabajo, favoreciendo el desarrollo de recursos personales, sociales y comportamentales que les preparen y capaciten para acceder y mantenerse en un empleo.
- Favorecer la inserción laboral en el empleo ordinario prioritariamente, en su caso en el empleo protegido (Centros especiales de empleo, Empresas Sociales) o través de la creación de empresas sociales, auto-empleo, Articular y organizar los contactos con los dispositivos de formación profesional.
- Fomentar la implicación de empresarios, instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción laboral de este colectivo.

Perfil

- Padecer un TMS.
- Estar compensado psicopatológicamente.
- Motivación mínima para trabajar.
- Estar en condiciones legales para trabajar.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.

Derivación

A través de los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental que remitirá un informe de derivación.

Metodología

La rehabilitación profesional-laboral es el ámbito fundamental del trabajo a desarrollar desde los CRL. Con ella nos estamos refiriendo a un proceso complejo flexible e individualizado, encaminado a preparar y capacitar a las personas con problemas psiquiátricos crónicos para su integración y/o reinserción laboral.

Aunque la población psiquiátrica crónica presenta una problemática general compartida: desempleo, dificultades laborales y un objetivo común de lograr la máxima integración en actividades productivas remuneradas y lo más normalizadas posibles; la problemática concreta varía de un individuo a otro en función de múltiples factores, algunos ya mencionados, de tal suerte que las necesidades, déficit, recursos y objetivos serán también diferentes de un individuo a otro. Por ello, todo proceso de rehabilitación ha de ser diseñado y ajustado a los problemas y necesidades concretas de cada individuo.

Este proceso individualizado de rehabilitación implica una serie de actividades tanto en formato individual como grupal, que han de ser entendidas como un continuo de elementos necesarios para alcanzar un objetivo final, sin que ello quiera decir que todos los sujetos pasen por todos ellos ni reciban las mismas intervenciones.

Este proceso se estructura en diversas fases diferenciadas, aunque íntimamente relacionadas, de evaluación, programación e intervención, evaluación de los resultados de la intervención y seguimiento.

Actividades

Las diversas actividades que componen cada una de las fases del proceso de rehabilitación profesional-laboral constituirán el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL.

Esquemáticamente estas actividades incluirán:

- Evaluación funcional vocacional-laboral.
- Orientación vocacional.
- Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación profesional-laboral.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo.
- Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la Formación profesional.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

Indicar que no todas se han de desarrollar dentro del CRL: en algunas (como por ejemplo las actividades de formación) se busca que los usuarios se integren fundamentalmente en los recursos de formación existentes en la comunidad (Cursos INEM, Escuelas-Taller, Centros de F.P. etc) ofreciendoles la preparación y apoyo necesario. Siempre y en la medida de lo posible optimizará la utilización de recursos normalizados; no obstante desde el CRL se organizará todo el proceso de rehabilitación profesional-laboral de cada sujeto en el que algunas actividades o entrenamientos se llevarán a cabo en el CRL y otras en otros recursos de formación o laborales existentes y disponibles

Asimismo, desde los CRL se desarrollaran actividades de contacto y coordinación con el mercado laboral para favorecer los procesos de rehabilitación e inserción laboral. En esta línea desde se buscará contactar con los recursos laborales de la zona, conocer los puestos de trabajo que se ofertan, informar a las distintas empresas y entidades de la capacidad laboral de los usuarios, de las ayudas, subvenciones y exenciones de las que se podrían beneficiar aquellos empresarios que contraten a “crónicos” con calificación de minusválidos. También en su caso, prestará apoyo y asesoramiento para la creación de iniciativas empresariales que faciliten la contratación e integración laboral de enfermos mentales crónicos. En suma, desde el CRL se propiciarán y fomentarán todas las posibilidades que fomenten la integración laboral del enfermo mental crónico.

Personal

- Un Psicólogo.
- Un Trabajador social a tiempo parcial.
- Un terapeuta ocupacional.
- Un maestro de taller por cada actividad polivalente de rehabilitación laboral.
- Un preparador laboral.

Necesidades/ Propuestas

En cuanto a los estándares de plazas el “Documento Técnico de la AEN”, establece lo siguiente:

Tipo de recurso	Plazas X 100.000 Habitantes	
	Mínimo	Óptimo
Centro de rehabilitación laboral	15	30

– Programas de formación para el empleo

La formación laboral constituye un elemento crucial para posibilitar la integración laboral y la adaptación al dinámico y cambiante mercado de trabajo. Las personas con TMS se encuentran con barreras a la hora de acceder y beneficiarse de la oferta de formación técnico- profesional existente. Se conjugan en esta situación tanto las discapacidades y déficit sociolaborales característicos de este colectivo como la rigidez y en muchos casos inadecuación de los programas de formación laboral para adaptarse a las dificultades propias de estas personas.

Objetivos

- Adquisición de conocimientos y habilidades técnicas en una actividad profesional concreta.
- Motivación del alumno para el acceso al mercado laboral normalizado y para la continuación de la capacitación profesional.
- Desarrollo de habilidades laborales.
- Orientación para el empleo y entrenamiento para la búsqueda del mismo.

Metodología

La formación técnico laboral se desarrollará, en lo posible, utilizando la oferta formativa normalizada. Las especialidades formativas impartidas en los cursos son seleccionadas teniendo en cuenta la demanda laboral, la adecuación de los puestos de trabajo, y las características de los enfermos. Asimismo los programas específicos de formación se desarrollaran en estrecha coherencia con los procesos de rehabilitación laboral e inserción en el mundo del empleo.

Perfil del alumno

- Estar incluido en los Programas de Rehabilitación y Seguimiento de los Servicios de Salud Mental.
- Edad de 18 a 45 años, flexible.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Motivación para incorporarse al mundo laboral.
- Estar compensado desde el punto de vista psicopatológico.
- No tener impedimentos legales para trabajar.

Derivación

Los profesionales de los Servicios de Salud Mental evalúan los potenciales

candidatos que cumplen los perfiles anteriormente indicados, teniendo en cuenta su plan individualizado de rehabilitación laboral.

Personal específico

Los formadores que imparten los cursos deben tener un perfil que combine conocimientos y formación técnica en el sector formativo o familia laboral objeto del curso y conocimiento de manejo de grupos de personas con dificultades.

Promoción de empleo y alternativas de inserción laboral

Es fundamental articular medidas de promoción y fomento del empleo que permitan aminorar las barreras que el mercado laboral impone a la contratación de grupos con dificultades, y muy especialmente al de personas con TMS, y potenciar un abanico de alternativas laborales que permitan su efectiva integración en el mundo laboral.

Algunas de las principales alternativas para su inserción laboral son las siguientes:

- Promover y potenciar el desarrollo de Programas de “Empleo con Apoyo” que faciliten la incorporación y mantenimiento en empleos del mercado laboral normalizado.
- Promover el desarrollo de Centros Especiales de Empleo (CEE), como fórmula empresarial de empleo protegido, que facilite la contratación laboral de este colectivo.
- Potenciar y apoyar el desarrollo de “Empresas Sociales” como nuevas iniciativas empresariales comprometidas con la inserción laboral de colectivos desfavorecidos y en las que se combina y complementan la dimensión empresarial y mercantil con la dimensión social.

El adecuado desarrollo y potenciación de este abanico de alternativas que faciliten y promuevan la efectiva incorporación e integración laboral de este colectivo, exige la articulación de medidas legislativas, de sensibilización, de apoyo económico y de asesoramiento técnico y supone la implicación y colaboración del sistema de empleo además de la colaboración y apoyo a la iniciativa social como eje promotor y gestor de estas alternativas. Son necesarios esfuerzos sostenidos para aumentar y diversificar los programas de formación profesional y de rehabilitación laboral para este colectivo. Y es aún más necesario ampliar las oportunidades y las alternativas para su inserción laboral: apoyando su incorporación en el mercado laboral ordinario con programas de “empleo

con apoyo”, potenciando y modernizando los CEE como fórmula de empleo protegido, apoyando la creación de nuevas iniciativas empresariales que combinen la dimensión económica y la social y que favorezcan la contratación de personas con TMS.

7. Apoyo económico.

La implicación activa de las personas con trastornos mentales severos en sus procesos de rehabilitación e inserción social requiere un mínimo de recursos económicos. Algunas de estas personas no tienen ese nivel de ingresos económicos que favorezca su reinserción y, además de las prestaciones económicas a las que tendría derecho como ciudadano, deberían de articularse un sistema de prestaciones económicas flexibles para favorecer procesos individualizados de rehabilitación y reinserción.

Estas ayudas económicas, compatibles con otras prestaciones, deberían garantizar minimamente un mantenimiento en la vivienda, el traslado a centros y recursos de rehabilitación y tratamiento, la posibilidad de realizar actividades en recursos comunitarios (matrícula, desplazamiento, material, etc.) y cualquier otra actividad que se considere oportuna en su proceso de rehabilitación.

8. Otros recursos comunitarios de apoyo

Además de los recursos específicos anteriormente señalados, existen otros más genéricos, normalizados o alternativos y que también dan cobertura a ciertas necesidades de las personas con TMS. El modelo de atención implantado y los objetivos de normalización e integración que guían a este modelo hace necesaria la utilización de todos aquellos recursos que posibiliten un adecuado funcionamiento social de las personas afectadas. Es también tarea de los profesionales la activación de todos aquellos recursos normalizados susceptibles de ser utilizados, y la adecuada coordinación con los mismos.

Por ello se han incluido en este apartado aquellos recursos no dependientes directamente de la red pública pero que facilitan dicha integración social.

– Agencias para la tutela del adulto

La incapacidad que conlleva una enfermedad mental grave puede en ocasiones provocar una gran dificultad en la persona afectada para regir su vida o sus bienes. Con el fin de evitar situaciones de desamparo o de abuso, se hace necesaria la articulación de agencias de tutela de adultos con especial sensibilidad hacia el colectivo de las personas con trastornos mentales que no puedan

governar efectivamente su vida. El amparo de estas personas debe tener como objetivo la integración y normalización de los incapacitados, por lo que las actuaciones de estas agencias han de estar en estrecha coordinación y complementariedad a las del resto de los recursos de tratamiento y rehabilitación.

– Clubes sociales

Definición

Los clubes sociales son recursos de apoyo social destinados a ofrecer soporte a la población con TMS que presentan dificultades para un funcionamiento psicosocial adecuado en ambientes totalmente normalizados.

Sectorización

Los clubes sociales no tienen unos criterios rígidos de sectorización, dado que se han puesto en marcha desde distintos ámbitos, incluido el privado, las Asociaciones de familias y los Servicios Públicos.

Objetivos

Promoción de una red de apoyo que permita romper el aislamiento de las personas con TMS.

- Fomento del uso de recursos comunitarios.
- Aumento del desempeño de roles socialmente valiosos.
- Mejora de las relaciones interpersonales, del uso y disfrute del tiempo libre, de la independencia y de la autonomía.

Perfil

Es un recurso destinado a personas mayores de 18 años y con dificultades en su integración comunitaria.

El criterio de incorporación a un club social debe ser tan amplio como sea posible. El hecho de que haya un lugar de punto de encuentro y de plataforma para la realización de actividades de ocio es compatible con cualquier persona que lo solicite. Se excluyen sin embargo las personas que muestran excesivamente disruptivas o agresivas que impidan o dificulten la convivencia entre los usuarios del club.

Derivación

Cualquier persona o entidad pública o privada, aunque las condiciones para la derivación pueden variar según la ubicación, dependencia, etc.

Actividades

La atención dispensada en los clubes sociales comprende la relacionada con la motivación y las actividades de ocio o recreativas. Dada la heterogeneidad de las necesidades de la población objeto de intervención, no es factible precisar de forma exhaustiva cuáles pueden ser las actividades a implementar, en general bajo el formato de talleres, visitas culturales, excursiones, etc.

Personal

Dada la heterogeneidad de actividades y el tipo de recurso no es posible establecer a priori las necesidades de personal. Si sería relevante la presencia de un educador o dinamizador, pero el personal de apoyo seguramente va a estar compuesto de voluntarios, familiares, etc.

Necesidades /Propuestas

Dadas las características de este recurso, necesariamente de gran flexibilidad y no necesariamente asignado a otro tipo de recurso público, se propone un club social por distrito sanitario. Es necesario señalar la imprescindible coordinación con las entidades que tienen ya clubes sociales en marcha, pudiendo llevarse a cabo los restantes desde los Servicios de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, centros de día u otros recursos públicos.

Movimiento asociativo

En los últimos 10 años se ha producido un importante crecimiento del movimiento asociativo, con una situación actual heterogénea, coexistiendo asociaciones de ámbito regional, con un gran número de socios, actividades y recursos, con otras de ámbito municipal o menor con una pequeña oferta de actuación.

Las actividades que desarrollan cubren un amplio abanico, incluyendo:

- Grupos de autoayuda de familiares
- Actividades de información y sensibilización
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Gestión de recursos (Centros de Día, Centros Ocupacionales, etc.)

- Recursos socio-comunitarios normalizados

El tratamiento integral de las personas con TMS tiene como objetivo fundamental la integración social y el funcionamiento en la comunidad del modo más autónomo y eficiente posible, lo que implica la capacidad para acceder, uti-

lizar y participar en los diversos recursos y servicios comunitarios para cubrir diferentes necesidades y objetivos.

Desde una perspectiva acorde con el principio de normalización no debe pretenderse que la red asistencial sustituya las funciones de los recursos normalizados existentes, sino que prepare a las personas afectadas para acceder a los mismos y desenvolverse adecuadamente según sus intereses y necesidades.

El conjunto de recursos a utilizar es muy amplio (desde centros culturales a recursos de educación de adultos, polideportivos, etc.), siendo necesario desde los recursos específicos correspondientes llevar a cabo una serie de actuaciones de diversa índole:

- Detectar, ponerse en contacto y coordinarse con los recursos, personas de referencia y mediadores comunitarios que puedan ser útiles en la consecución de los objetivos reseñados anteriormente.
- Promover foros encaminados a disipar mitos, prejuicios y recelos acerca del colectivo de personas con TMS, y a informar a la comunidad de las actividades y objetivos de los recursos específicos de atención a esta población.
- Promover la formación y participación de voluntarios y otros agentes comunitarios en tareas de promoción e inserción social de las personas con TMS.
- Supervisar, coordinar y apoyar a aquellos recursos en los que participen las personas afectadas.
- Asesorar y apoyar la creación y desarrollo de asociaciones vinculadas con este campo de actuación.

3.3.Descripción Estandarizada de Servicios.

La descripción de recursos y servicios planteada en este capítulo es solo una orientación. El modelo de asistencia, incluyendo el tipo de personal, el funcionamiento de los equipos, las condiciones de derivación, la dependencia de los servicios y los principios de su funcionamiento pueden variar de forma importante en las diferentes comunidades.

La OMS (1996) ha señalado la necesidad de establecer comparaciones nacionales e internacionales de la Reforma Sanitaria. Para ello, es necesario contar con sistemas estandarizados de descripción y clasificación de servicios de salud mental. Esto es especialmente relevante en salud mental por la disparidad de dispositivos, su constante transformación y las notables reformas acaecidas en los últimos 20 años.

En este sentido es necesario avanzar en el desarrollo de un lenguaje común que permita una descripción estandarizada de los recursos y servicios, y favorezca el diseño de los planes de actuación, del desarrollo de recursos y la comparación entre diferentes áreas sanitarias

Ante esta carencia evidente, el Grupo internacional EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) plantea la creación de una batería de instrumentos para la evaluación de servicios de salud mental en áreas pequeñas entre los que se encuentra el European Service Mapping Schedule (ESMS) destinado específicamente a la descripción y clasificación de servicios de salud mental.

El ESMS permite llevar a cabo de una forma estandarizada las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de salud mental que atiende a la población de un área de cobertura específica, con la descripción de sus principales características.
- Delimitar y comparar la estructura y rango de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura.
- Medir y comparar los niveles de provisión de los principales tipos de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura.

Para ello, se sirve de un sistema de árboles o diagramas que permiten la clasificación de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada.

De la importancia de este cuestionario da idea su traducción a varios idiomas. En la actualidad, está siendo utilizado en otros países además de España como Reino Unido, Italia, Dinamarca y Alemania en el contexto de varios proyectos financiados por el BIOMED como EPCAT o EPSILON.

La traducción del instrumento al castellano ha sido desarrollada por L. Salvador, C. Romero, F. Torres, C. Rosales (1999).

3.4. Intervenciones Terapéuticas propias de la Rehabilitación Psicosocial. Programas de Tratamiento Integral para la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico (TMS)

Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y Salud Mental

La toma de decisiones clínicas es a menudo un proceso arbitrario sustentado en revisiones tradicionales poco consistentes, en libros de texto de dudoso valor y en informaciones procedentes de la industria farmacéutica. En la utilización de los diagnósticos psiquiátricos y en la mayoría de los abordajes terapéuti-

cos, tendemos a confiar en nuestra formación hasta el punto de que es fácil que confundamos la opinión personal con la evidencia científica, o la ignorancia personal con la inseguridad científica genuina. Nuestra práctica está influida por la tradición, la moda, las influencias de los compañías farmacéuticas. ¿Qué certeza tenemos de que nuestras actuaciones son las más adecuadas?. ¿Qué sabemos de la eficacia de nuestras técnicas y abordajes terapéuticos? ¿Cuántas de nuestras intervenciones se basan en evidencias suficientes y fiables? Como en otras áreas de la medicina, muchas de nuestras intervenciones terapéuticas y preventivas se han introducido de forma empírica sin una demostración de sus beneficios, lo que aceptamos sin crítica aparente. Incluso tratamientos tradicionales, aparentemente incuestionables, han sido puestos en la picota recientemente. Otros abordajes terapéuticos pueden ser aún más cuestionables, y dan lugar a una enorme disparidad en las decisiones clínicas de diferentes clínicos, lo cual redundará en una asistencia de escasa calidad y alejada de los mejores resultados posibles. La MBE debería ayudarnos a hacer más tenue la línea entre lo que hacemos realmente y lo que deberíamos hacer y ayudarnos a integrar en un sistema sanitario eficaz y eficiente.

En lo que respecta al campo de la Rehabilitación Psicosocial, existe ya una aceptable base de evidencia, en forma de ensayos clínicos controlados, para sustentar el uso de intervenciones psicosociales en el manejo rutinario de la enfermedad mental crónica. El *Cochrane Schizophrenia Group* (<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csg/>) ha llevado a cabo ya revisiones sistemáticas de prácticamente todas las intervenciones que se describen, en algunos casos con actualizaciones de las mismas (como es el caso de la Intervención Familiar, una de las primeras revisiones que este grupo afrontó). Las revisiones Cochrane son una importante fuente de información para la toma de decisiones y la adopción de técnicas sanitarias diagnósticas o terapéuticas.

Las Intervenciones Psicosociales, base fundamental de la actividad terapéutica de la rehabilitación psicosocial pueden dividirse en:

1. Estrategias Terapéuticas

Dirigidas a educar, informar y dar soporte y apoyo (psicoeducación individual y familiar) y a proporcionar entrenamiento en habilidades específicas (habilidades sociales, rehabilitación vocacional, etc), focalizadas en problemas o síntomas específicos (e.g., abuso de sustancias, síntomas persistentes productivos, etc)

2. Provisión de Servicios

Sistemas de organización de la asistencia y coordinación de las intervenciones

1. Estrategias Terapéuticas

Entrenamiento en Habilidades Sociales. Psicoeducación

Las intervenciones de entrenamiento en habilidades comprenden técnicas de entrenamiento y de habilidades interpersonales complejas a través de la actuación sobre componentes de conducta, utilizando el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación positiva y correctora y las prácticas in vivo con el objetivo de la adquisición y generalización de tales habilidades.

Frecuentemente se combina con técnicas de psicoeducación y de manejo de la enfermedad, incluyendo aspectos como el manejo de la medicación o el afrontamiento de los síntomas (como los Módulos de Entrenamiento en Habilidades Sociales del Prof Liberman)

Existen muchos estudios sobre la eficacia de estas técnicas, cuyo resultado neto parece contradictorio. Sin embargo existe un acuerdo general en que el entrenamiento en habilidades es moderadamente efectivo para mejorar el funcionamiento social, pero con menor incidencia sobre los síntomas y las recaídas. También existen dudas sobre la generalización de los avances, siendo importante incorporar la práctica en la vida real en el programa de entrenamiento.

Por otra parte, los beneficios de tales actuaciones son más patentes mientras dura la intervención, y en el periodo de tiempo inmediatamente posterior, tendiendo a perder eficacia con el tiempo. Esto no parece sorprendente, y contribuye a resaltar que las intervenciones psicosociales limitadas en el tiempo, sin continuidad a largo plazo en función de las necesidades de los pacientes, son poco realistas y de escasa eficacia.

Intervenciones Psicoeducativas Individuales

Incluye técnicas que proveen a los pacientes de apoyo, información y estrategias de manejo y resolución de problemas. Casi 800 personas han participado en diversos ECA, y la evidencia hasta el momento sugiere que incluso un año después de las intervenciones, se mantiene un menor riesgo de recaída. Otro efecto descrito, menos claro, es un mejor cumplimiento de la medicación. La revisión Cochrane encuentra un NNT de 9 con un CI del 95%.

(<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002831.htm>)

Intervención Familiar y Esquizofrenia

Se ha demostrado que las familias que mantienen actitudes críticas y hostiles hacia el paciente o implicadas en exceso en la enfermedad (excesiva dedicación,

poca atención sobre las necesidades propias y de otros miembros de la familia) favorecen de alguna manera las recaídas (Elevada Emoción Expresada)

La intervención familiar ha demostrado de forma reiterada su eficacia para mejorar la evolución de la esquizofrenia. Los programas más eficaces tienden a tener una duración mínima de seis meses, proporcionan psicoeducación básica acerca de la enfermedad y su manejo, se esfuerzan en reducir la tensión en la familia, proporcionan apoyo y empatía y persiguen el establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo asistencial y la familia.

Entre las conclusiones que pueden extraerse de la revisión de la evidencia disponible están:

- El principal beneficio de la Intervención Familiar en la Esquizofrenia es la reducción en el número de recaídas
- Reducción de hospitalizaciones
- Se reduce la carga subjetiva familiar
- Mejora el cumplimiento del tratamiento farmacológico
- Mejora el deterioro social y reduce la emoción expresada en la familia

Su objetivo fundamental es el de reducir el estrés y la carga familiar, con el esperable resultado de reducir las recaídas. Suelen incluir una combinación de psicoeducación y de entrenamiento en resolución de problemas y habilidades de comunicación. Implican la colaboración con la familia (familia como coterapeuta-cuidador), reducción de la carga y estrés familiar, refuerzo de las capacidades familiares para anticipar y solventar los posibles problemas; reducción de aspectos como la ira o la culpa; ayudar a adecuar las expectativas sobre el paciente a niveles razonables, a mantener límites, y a modificar conductas y creencias. Pueden también tener como objetivo la modificación de la expresión emocional familiar, cuando ésta se identifica como factor de recaídas y estrés familiar (componente terapéutico)

Alrededor de 7000 personas han participado en ECA sobre intervención familiar. La intervención reduce claramente el riesgo de recaída (NNT 6.5) a un año vista. (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000088.htm>)

Actividades de la vida cotidiana

Programas dirigidos a promover un funcionamiento independiente en la vida cotidiana. Incluyen entrenamiento en el manejo del dinero, tareas domésticas, autocuidados. Aunque a veces se equipara al entrenamiento en habilidades sociales, no es lo mismo, y pueden ser administradas por personal de enfermería, monitores y terapeutas ocupacionales. La evidencia disponible de su eficacia

cia (aunque el sentido común parece refrendar su conveniencia) se basa en dos ECA con sólo 38 pacientes. La conclusión lógica es que se precisan nuevos estudios controlados, con grupos de pacientes más grandes.

(<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000381.htm>)

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Estrategia dirigida a reforzar el desempeño y competencia social y a reducir el estrés y las dificultades de las personas con esquizofrenia. Sus componentes clave son las de una cuidadosa evaluación conductual de las habilidades interpersonales y sociales, incidiendo en la importancia de la comunicación verbal y no verbal, así como la capacidad para percibir y procesar las señales sociales relevantes y a responder a las mismas, y a proveer de un refuerzo social apropiado; el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es el de construir elementos conductuales individuales en comportamientos complejos y así conseguir una comunicación social eficaz. Se enfatiza no sólo en los componentes terapéuticos (incluyendo modelado, refuerzos y representación de papeles), sino también en las tareas para casa y en la generalización del tratamiento. Sin embargo, y teniendo en cuenta la extensión de esta intervención, los datos disponibles son escasos, e incluyen apenas 300 pacientes en ECA. Actualmente existe un protocolo Cochrane de revisión sistemática de la evidencia acerca de la eficacia de estos programas en marcha.

Habilidades Laborales-Ocupacionales

Con dos tipos principales de programas: el entrenamiento pre-vocacional y el empleo protegido. En el primer caso el paciente accede a un trabajo protegido antes de entrar en el mundo laboral real. En el segundo caso se intenta sostener directamente a los pacientes en empleos normalizados. Existe ya un protocolo de revisión Cochrane sobre la evidencia acerca de la eficacia de estos programas, aún sin completar (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab003080.htm>) También existe un protocolo en marcha sobre el tema del alojamiento protegido.

Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)

El paciente es animado a examinar la evidencia a favor y en contra de las ideas y/o pensamientos patológicos, desafiando los patrones habituales de pensamiento acerca de la creencia (por ejemplo, de las creencias delirantes o de las alucinaciones), y utilizando las capacidades de razonamiento y la experiencia

personal para desarrollar alternativas racionales y personalmente aceptables. Cerca de 400 pacientes han sido evaluados en el marco de ECA; los datos sugieren la eficacia de estas técnicas para reducir la tasa de recaídas y reingresos hospitalarios (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000524.htm>). También parece eficaz para reducir los síntomas y mejorar el estado mental, de forma aceptable para el paciente, al menos en el corto plazo. Las intervenciones CBT implican una importante dedicación de tiempo de personal entrenado, especialmente psicólogos clínicos, por lo que la implementación rutinaria de estas técnicas está lejos de generalizarse.

Rehabilitación Cognitiva

Implica técnicas para el entrenamiento de procesos cognitivos básicos (memoria, atención, concentración, velocidad de proceso, abstracción...), con el objetivo de mejorar el funcionamiento global de los pacientes. Las alteraciones cognitivas por otro lado pueden ser un factor limitante para la aplicación de otras técnicas de rehabilitación, incluyendo el entrenamiento en habilidades sociales. Los estudios disponibles son escasos (n=117), y el uso de diferentes escalas de evaluación hace todavía más difícil la interpretación de los resultados. La evidencia disponible hasta el momento no sugiere grandes efectos clínicos, aunque la variabilidad de las técnicas utilizadas limita también la interpretación de los resultados (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000968.htm>). Como en el caso anterior su aplicación requiere de tiempo y de personal especializado para aplicarlo de forma correcta. Su valor también está sujeto a una buena selección y evaluación cognitiva de los pacientes.

Terapia de Orientación Psicoanalítica

No existe evidencia disponible acerca de la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de la esquizofrenia. La evidencia disponible sugiere que, cuando se compara con el uso de medicación, la terapia de orientación psicoanalítica no ayuda a los pacientes a salir del hospital, e incluso puede ser perjudicial (Number Needed to Harm 3). Los efectos de tal tratamiento asociados a la medicación son desconocidos (no han sido evaluados en absoluto)

(<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001360.htm>)

Economía de Fichas

Técnica conductista en la que se emplea como refuerzo para modificar conductas fichas que pueden canjearse después por privilegios, objetos de con-

sumo, etc, en el marco de un programa establecido de conductas a alcanzar predefinidas. Aunque sólo se han evaluado 100 pacientes en ECA, esta es la única técnica no farmacológica que ha demostrado un efecto estadísticamente significativo en los síntomas negativos de la esquizofrenia (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001473.htm>) Este dato alienta el desarrollo de protocolos de nuevos ECA bien planificados que evalúen programas modernos de economía de fichas. Estas técnicas parecen ser más valiosas en el marco del tratamiento de pacientes crónicos, en situaciones de hospitalización prolongada, y con predominio de clínica negativa, en muchos casos asociados como refuerzo a otros programas (de autocuidados, por ejemplo)

Intervenciones sobre Doble Diagnóstico. Esquizofrenia-Abuso de Sustancias

Programas asistenciales que contemplan el abuso de sustancias por parte de personas con enfermedades mentales severas una condición inseparable de la enfermedad, y por tanto susceptibles de intervenciones y modelos integrados en los que el trastorno psiquiátrico y el abuso de sustancias son tratados simultáneamente por parte del mismo equipo asistencial. Se han desarrollado intervenciones específicas combinando elementos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades sociales.

Otras características de los programas integrales para los Trastornos Duales es su actitud activa, flexibilidad, atención a aspectos sociales como el alojamiento apropiado y la evitación de la marginalidad y una perspectiva de trabajo a largo plazo (en contraste con los modelos tradicionales de asistencia a drogodependientes, en los que recalca que la motivación la tiene que poner el paciente, basados en normas rígidas, y con objetivos inmediatos de abstinencia y expulsión del programa de los no cumplidores)

La evidencia actual soporta que los programas integrales de atención a pacientes con diagnóstico dual son eficaces para implicar a este tipo de pacientes en el tratamiento, para reducir el consumo de sustancias y para obtener la abstinencia.

Otros estudios han mostrado otros beneficios, como mejoría en la calidad de vida, e implicación en problemas legales.

El consumo de sustancias se asocia a una clara peor evolución, mayor riesgo de cronicidad-refractoriedad, más graves trastornos de conducta, marginalidad, implicación en actividades delictivas, conducta auto y heteroagresiva, menor cumplimiento del tratamiento, mayor tasa de ingresos y rehospita-

ciones, y frecuentemente un rechazo por parte de los equipos terapéuticos. En los últimos años se han desarrollado diversos programas que implican el tratamiento integrado de tal condición, en el contexto del tratamiento del trastorno psiquiátrico, y por parte de los mismos equipos.

Una revisión Cochrane (<http://www.update-software.com/abstracts/ab001088.htm>) no encuentra sin embargo claras ventajas de este tipo de intervenciones. La evidencia disponible acerca de la eficacia de los programas integrados de tratamiento es escasa y necesita ser mejor evaluada.

2. Provisión de Servicios

La complejidad de los dispositivos implicados en la asistencia de pacientes con enfermedad mental severa, el incremento de los costos, las dificultades de coordinación, la limitación del tiempo de hospitalización y otros condicionantes, como la desinstitucionalización y el tratamiento comunitario han alentado el desarrollo de sistemas de gestión asistencial que faciliten la continuidad de cuidados y la retención comunitaria de los pacientes.

Entre las intervenciones que pueden encuadrarse en este epígrafe están:

Tratamiento Asertivo Comunitario

El Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT en adelante) fue desarrollado en los años 70 como respuesta al cierre de los hospitales psiquiátricos en EEUU. Es un dispositivo, basado en un equipo asistencial dirigido a mantener a las personas con enfermedades mentales severas en contacto con los servicios asistenciales, reduciendo las hospitalizaciones y mejorando la evolución, especialmente el funcionamiento social y la calidad de vida.

Los estudios clínicos comparativos disponibles han demostrado que el ACT es una intervención clínicamente eficaz para el manejo de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad, especialmente para los que utilizan más los recursos hospitalarios y tienen mayores dificultades de integración y retención comunitaria (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001089.htm>).

Un aspecto fundamental del ACT es que es un dispositivo basado en una organización de equipo multidisciplinar, incluyendo trabajadores sociales, enfermeros, monitores, psicólogos, psiquiatras, etc. que atiende a un grupo definido de pacientes. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad sobre el paciente, y trabajan de forma conjunta sobre la misma persona. Tratan

de proporcionar todos los cuidados psiquiátricos y sociales que el paciente requiera de forma enérgica y extensa, incluyendo a los pacientes que la rechazan o no cooperan.

Se diferencia del llamado “*Case Management*” o Gestión de Casos Tradicional fundamentalmente en dos aspectos:

- ACT enfatiza el trabajo en equipo y la corresponsabilidad; la relación se establece entre el equipo y los pacientes, y no entre un paciente determinado y un miembro del equipo concreto.). La Gestión de casos enfatiza la autonomía profesional y la responsabilidad individual. La relación se establece entre una persona (el “*case manager*”) y los pacientes asignados. En otras palabras, los miembros de un equipo ACT comparten la responsabilidad sobre sus pacientes, mientras que los “*case managers*” llevan de forma individual su grupo de pacientes o cartera de clientes (individual *case-load*)
- Los equipos de ACT siguen un modelo especificado mientras que la Gestión de Casos sigue un marco teórico más amplio e indeterminado.

La práctica del ACT implica la derivación de los pacientes a equipos multidisciplinarios (psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras...) comunitarios. Tal y como ha sido recientemente redefinido “*una forma de gestión de casos intensiva que provee de un abordaje clínicamente eficaz para gestionar la asistencia de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad*”

Sus características principales son:

- Los equipos trabajan con *case-loads* bajos, ven a los pacientes con frecuencia, incluso en su propio domicilio, tienen una actitud asertiva en el tratamiento, y una cobertura de 24 horas
- A diferencia de los sistemas de *case management* se enfatiza el trabajo en equipo y la relación del paciente con el equipo más que con una persona del mismo
- Trabajan con ratios de personal/paciente bajos (10-15 paciente por persona) e invariablemente tienen una actitud terapéutica y de intervención activa, incluso con pacientes reticentes o no colaboradores. Uno de los objetivos fundamentales es la adherencia a la medicación

Se han evaluado 2647 pacientes sometidos a este sistema de tratamiento, fundamentalmente en USA. Los resultados muestran que mejora el mantenimiento del contacto de los pacientes con el equipo, reduce los ingresos hospitalarios y el tiempo de estancia en el hospital (en un 50%)

Sistemas de Gestión de Casos (Case Management)

En su forma más simple define un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad (a menudo no sólo sanitarias, sino sociales). Cada paciente es asignado a un gestor (*case manager*) de quien se espera que se encargue de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento, disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario.

Existen diferentes modelos de gestión de casos, de diferente intensidad, aunque todos más individualistas que los sistemas de ACT. Aspiran a mejorar el mantenimiento del contacto del usuario con los servicios, a reducir la frecuencia y duración de las hospitalizaciones (y por ende, los costos), y mejorar la evolución, especialmente en lo que concierne al funcionamiento social y a la calidad de vida. En países como Alemania y el Reino Unido la Gestión de Casos ha sido considerada un elemento indispensable en la asistencia comunitaria de la enfermedad mental severa (*en UK es el llamado CPAS, Care Programme Approach*).

Se han evaluado 1751 pacientes en ECA que comparan el sistema de gestión de casos con la asistencia estándar. Curiosamente parece incrementar las tasas de reingreso hospitalario y el tiempo de hospitalización, sin evidencia de que mejore el estado mental de los pacientes, su funcionamiento social o su calidad de vida (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000050.htm>)

De la Teoría a la Práctica

El campo de la rehabilitación psicosocial para personas con TMS ha experimentado un fuerte impulso en los últimos años. Dicho campo asume un moderado optimismo en relación con la evolución a largo plazo de los pacientes afectados un reconocimiento de que el TMS es una condición de por vida y de que precisa una atención global y continuada.

Sin embargo, y en palabras de Saraceno (Director del Departamento de Salud Mental de la OMS):

“No hay duda de que necesitamos mucho más conocimiento para mejorar la relación coste eficacia de nuestras intervenciones; sin embargo existe una gran brecha entre nuestros conocimientos y las estrategias efectivas y su implementación real en la práctica a escala suficiente. Debemos admitir que existen algunas barreras para la implementación de actuaciones coste-efectivas”.

Lo cierto es que la asistencia real, rutinaria, no aplica de forma adecuada las recomendaciones derivadas de la evidencia disponible en relación con la eficacia de los tratamientos. Las personas implicadas en la asistencia deben pre-

guntarse a sí mismas si están entrenadas para ofrecer las intervenciones que han demostrado eficacia, incluyendo la farmacoterapia, las intervenciones familiares, la gestión de casos, y otros con una creciente base en cuanto a su eficacia, como el entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación vocacional.

En resumen, de la evidencia científica disponible puede deducirse que:

- El tratamiento de la esquizofrenia (y por extensión de otros trastornos mentales graves de curso crónico) es algo más que el uso apropiado de fármacos; supone también la oferta de apoyo y soporte continuado, información válida y adecuada, y cuando se estime oportuno, intervenciones y estrategias rehabilitadoras.
- Las intervenciones de tipo psicoeducativo y el entrenamiento en habilidades sociales parecen disminuir el riesgo de recaídas, aunque el mecanismo por el que actúan es incierto.
- Las intervenciones familiares (una intervención con componentes que incluyen el apoyo, la información y educación sobre la enfermedad y el manejo, y en algunos casos, las intervenciones terapéuticas -emoción expresada, otros-) disminuyen de forma clara el riesgo de recaída.
- Los datos procedentes de los estudios indican que la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz para disminuir el índice de recaídas y nuevas hospitalizaciones, y puede también mejorar el estado mental de los pacientes
- Los sistemas de gestión de casos tipo ACT (Assertive Community Treatment) reducen las hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital en casi un 50%. Parecen particularmente útiles en el caso de pacientes graves, con alta tasa de reingresos, abandonos del tratamiento y descompensaciones severas con alteraciones conductuales importantes.
- Programas integrados que aborden la coexistencia del abuso de sustancias y enfermedad mental severa parecen el método más adecuado de tratar este problema.
- Los programas de alojamiento protegido, flexible para ofrecer diferentes niveles de supervisión, y los de apoyo a la integración laboral, especialmente los que apoyan empleo normalizado, son eficaces para obtener un funcionamiento normalizado en la comunidad.
- El campo relativo a los tratamientos no farmacológicos de la esquizofrenia está escasamente investigado; hacen falta nuevos ensayos clínicos controlados bien diseñados, que incluyan pacientes representativos de la práctica cotidiana, y que incluyan la medición de resultados significativos, entre ellos los posibles efectos secundarios.

4. Situación actual de la rehabilitación en el estado español

4.1 Consideraciones generales

La rehabilitación psicosocial en el estado español ha protagonizado un relativo desarrollo y crecimiento en los últimos años aunque aún hay muchas insuficiencias y desigualdades en su desarrollo que hay que poner en relación con el proceso de reforma psiquiátrica que, con desigual impulso en las distintas comunidades autónomas, ha venido implantándose desde mediados de los años 80.

En algunas comunidades se ha producido un significativo desarrollo de recursos psicosociales de rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario.

Como ejemplo la Comunidad Andaluza donde además del desarrollo de Unidades de Rehabilitación de Área como recurso comunitario específico de rehabilitación psicosocial, se constituyó en 1994 una Fundación Pública para la Integración Social del Enfermo Mental como instrumento de promoción y gestión para potenciar el desarrollo de recursos de apoyo social en las áreas residencial, ocupacional- formativa-laboral y de ocio y soporte. Con su existencia se han producido en Andalucía un importante incremento de esta gama de recursos (véase López, López y Fernández, (1998) y Lara y López (1998.)) En esta comunidad se han cerrado los 8 Hospitales psiquiátricos públicos que existían.

La Comunidad de Madrid también cuenta con una experiencia relevante y significativa, aunque todavía insuficiente, en el desarrollo de recursos de rehabilitación y apoyo, especialmente a través del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Servicios Sociales. O la experiencia del Instituto Psiquiátrico José Germain en Leganes con el desarrollo de una red de recursos comunitarios tras el proceso de reconversión y cierre del Hospital Psiquiátrico de Leganes.

Asturias inicia en el año 1982 el proceso de reforma psiquiátrica con la desinstitucionalización manicomial y la creación de recursos comunitarios, cerrándose el Hospital Psiquiátrico de Asturias (aunque persiste un área asistencial de larga estancia de 46 plazas). En Cataluña y Canarias durante los últimos años se han desarrollado Centros de Día y otros recursos de apoyo con colaboración con la iniciativa social y privada, aunque con una dotación de recursos humanos más ajustada a centros de día que a centros de rehabilitación psicosocial. También en Navarra y el País Vasco se han desarrollado algunos recursos en colaboración con el movimiento asociativo. En los últimos años existen experiencias interesantes en el País Vasco, que desde el campo de la gestión introduce criterios y herramientas que han contribuido al desarrollo de los

programas de rehabilitación. Extremadura ha desarrollado varios Centros de Rehabilitación Psicosocial, desde entidades sociales y asociaciones de familiares con el apoyo de la Consejería de Sanidad. La Comunidad Valenciana, desde la Consejería de Bienestar Social a través de su Dirección General de Integración Social de Discapacitados, ha regulado y esta desarrollando una red de recursos de rehabilitación y apoyo a personas con TMS, que incluye Centros de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS), Centros de Día, Centros Residenciales (CEEM), Pisos, etc. En Cantabria, tras muchos años de estancamiento, la Dirección Regional de Salud Mental ha reactivado este ámbito asistencial con el impulso al desarrollo de nuevos recursos, habiendo puesto en marcha, entre otros recursos, 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial. En Castilla La Mancha, la Consejería de Sanidad en colaboración con el movimiento asociativo ha puesto en marcha en los últimos años entre otros recursos 9 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPS y L.) Algo similar se está empezando a desarrollar en Galicia y de un modo más incipiente en Castilla-León.

La importancia otorgada a la rehabilitación y la implantación y desarrollo de recursos y servicios específicos para la asistencia sanitaria y social de las personas con TMS ha sido muy desigual en las diferentes Comunidades Autónomas. Es muy difícil hacer una descripción completa y fiable de la situación de los diferentes territorios en relación con el desarrollo de recursos de rehabilitación, atención residencial y apoyo comunitario para la población enferma mental crónica. No existen informes o memorias en el ámbito estatal que nos permitan tener una visión de conjunto sobre este tema, y tampoco existe información actualizada de la situación en la mayoría de las Comunidades Autónomas. Al intentar realizar una recogida de datos homologada entre todas las comunidades del estado español, han surgido las siguientes dificultades:

- Una indefinición y falta de consenso sobre la denominación de los recursos de rehabilitación. Aparecen dispositivos similares en su función con distinto nombre, y dispositivos con el mismo nombre que realizan funciones muy diferentes (ya se ha señalado previamente la importancia de adoptar sistemas de descripción estandarizada de recursos)
- Dentro de una misma comunidad autónoma la dotación y el desarrollo de los recursos varía mucho de un área a otra.
- Dificultades de recogida de datos en algunas comunidades autónomas, ya que no se han desarrollado registros específicos de recursos de rehabilitación. En algunos casos han aparecido discordancias entre los datos oficiales y los datos facilitados por profesionales que trabajan en dichos recursos.

- La diferente titularidad de los recursos (servicios sociales, asociaciones de familiares, fundaciones privadas...) implica ya de por sí una mayor diversidad en las formas de registros.
- En algunas comunidades autónomas en las que persisten hospitales psiquiátricos, dichos dispositivos han cambiado su denominación manteniendo las mismas estructuras físicas y de funcionamiento. Es decir, aunque nominalmente aparece como un nuevo recurso, funcionalmente se mantiene el recurso del hospital psiquiátrico. Este tipo de situaciones dificulta enormemente la valoración real de los recursos existentes.

La gran heterogeneidad de recursos desarrollados, probablemente debido a un intento de adaptación al medio local, ha impedido poder realizar una comparación entre todas las comunidades. Por ello, los datos que ha continuación se adjuntan vienen recogidos en tablas específicas para cada lugar.

4.2. Datos de recursos de rehabilitación en las diferentes comunidades autónomas.

CATALUÑA (6.261.999) Datos 1999

	Centros Psiquiátricos		Centros de rehabilitación		Taller protegido		Pisos		Miniresidencias		Hospital de día	
	centros	camas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plaza
LLEIDA	4	88	2	58								
TARRAGONA	2	1098	3	74								
GIRONA	1	316	6	100		4	16					
BARCELONA	12	2423	41	1142					5		6	204
TOTAL	19	3925	52	1374		150	144		5	144	6	204

Datos obtenidos de la Memoria del Servei Càtala de la Salut de 1999.

Aclaraciones:

Cuando habla de **Centro psiquiátrico**, la definición que en las memorias nos da El Servei Càtala de la Salut: El hospital psiquiátrico es el centro hospitalario de tipo monográfico que conjuntamente con los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y los centros sociosanitarios autorizados para el internamiento psiquiátrico prestan atención a los enfermos mentales. Los Hospitales psiquiátricos disponen de unidades diferenciadas para la atención de pacientes subagudos (unidades de subagudos) y para la atención de pacientes crónicos o residenciales (unidades de media y larga estancia).

Al describir la actividad psiquiátrica de internamiento se ha tenido en cuenta los **7 hospitales monográficos**, los 7 centros de comunidades terapéuticas (3) y clínicas de internamiento psiquiátrico y los 5 centros que tienen autorización para hacer un internamiento psiquiátrico y sociosanitario. De los 19 centros contratados, 9 prestan servicios de hospitalización tanto a agudos como a crónicos. Los otros 10 atienden a pacientes que requieren internamiento de media o larga estancia. El número de camas de agudos y subagudos en los hospitales psiquiátricos durante el año 99 se mantiene estable, siguiendo la tónica de los últimos años. En el caso de media y larga estancia, se ha producido una disminución fruto de la recalificación de estas camas en psicogeriátricos.

EXTREMADURA (1.069.420) Datos 2000

	Hospitales psiquiátricos		H. psiquiátrico media estancia		Centros de rehabilitación		Pisos		Centro especial de empleo	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plaza
CÁCERES (Plasencia)	1	357	1	25	2	120				
BADAJOS (Mérida)	1	345	1	24	4	170	4	12	2	
TOTAL	2	702	2	49	6	290	4	12	2	

Los Centros de rehabilitación psicosocial, que 4 de ellos son de 60 plazas cada uno y los 2 restantes 25 plazas cada uno, tienen la siguiente dotación:

- 1 director técnico psicólogo.
- 2 psicólogos
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 trabajador social
- 1/2 monitor
- 1 auxiliar administrativo

PAÍS VASCO (2.098.596) Datos 1999

	Hospital psiquiátrico larga estancia			H. psiquiátrico media estancia		S. Rehabilitación hospitalaria	
	centros	Camas		plazas	centros	plazas	centros
		Larga estancia	geronto psiquiatría				
ALAVA	1	84	116	40	1		
VIZCAYA	2	287	99	93	2	48	1
GUIPUZCOA		267					
TOTAL	3	633	215	133	3	48	1

Recursos Rehabilitación CAV. ALAVA	
Programa	Plazas
P. Atención Comunitaria	150
Hospital de día	17
Comunidad terapéutica	18
Pisos Supervisados	67
Pensiones supervisadas	47
Residencias supervisadas	12

Recursos Rehabilitación CAV. VIZCAYA	
Programa	Plazas
U. Rehabilitación hospital	48
Hosp. y Cent. de día	241
Hosp. y Cent. de día concert	108
4 Centro Ocupacional	
2 Club Psicosocial	35
Alojam. Protegido	156

Recursos Rehabilitación CAV. GUIPUZCUA	
Programa	Plazas
U. Atención Comunitaria	60
Unidad de Día	18
4 Centros de Día	75
3 talleres Ocupacionales	45

Recursos Rehabilitación CAV.				
	Alava	Vizcaya	Guipuzcua	Total
Nº habitantes	293.976	1.145.026	695.537	2.134.539
U. Rehabilitación		48		48
U. Rehabilitación Comunitaria	150	-	60	210
C. y H. de día	17	215	93	325
Club	-	35	-	35
Taller ocupacional	-	17	45	62
C. Terapéutica	18	-	-	18
Subtotal	185	313	198	696
Alojamiento Protegido	126	138	-	264
Total	311	451	198	960

GALICIA (2.731.900) Datos 1999

	Hospital psiquiátrico			Centros de rehabilitación		Hospitales de día		Pisos protegidos
	centros	camas		centros	plazas	centros	plazas	
		Larga estancia	Rehab.					
A CORUÑA	1	355	50				60	10
LUGO							20	
OURENSE	1	104	35				20	
PONTEVEDRA	1	115	24				35	31
TOTAL		574	109	14	398		135	41

Los datos están obtenidos de la página web del SERGAS.

El personal de los Centros de Rehabilitación psicosocial, es actualmente:

- 22 psicólogos
- 7 trabajadores sociales
- 6 licenciados en EGB
- 40 monitores

ANDALUCÍA (7.340.052) Datos 2000

Recursos de rehabilitación de área:

Los 8 hospitales psiquiátricos se han cerrado, creándose recursos comunitarios:

	Unidades de rehabilitación (centros de día)		Hospitales de día		Comunidades terapéuticas	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ALMERÍA	1		1	30	1	15
CADIZ	1				2	30
CÓRDOBA	1				1	15
GRANADA	1		1	30	2	30
HUELVA	1				1	15
JAEN	1				1	15
MÁLAGA	1				1	15
SEVILLA	2		2	60	3	45
TOTAL	9	270	4	120	12	180

Recursos de apoyo social (FAISEM)

fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental

1. RECURSOS RESIDENCIALES

	Pisos		Hogares		Pensiones		Residencias concertadas		Totales	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ALMERÍA	1	18	8	36	4	5			13	59
CADIZ	3	40	4	16			1	6	8	62
CÓRDOBA	1	12	6	27			7	38	14	77
GRANADA	2	38	9	29	2	5	8	62	21	134
HUELVA	1	18	2	9			5	25	8	52
JAEN	1	15	6	33			10	32	17	80
MÁLAGA	3	35	19	49	1	8	5	22	28	114
SEVILLA	5	92	18	66			11	61	34	219
TOTAL	72	268	17	265	7	18	47	246	143	797

2. RECURSOS OCUPACIONALES-LABORALES

	Talleres		Cursos de formación profesional		Empresas sociales	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ALMERÍA	7	73	3	26	1	6
CADIZ	11	80	7	74	1	8
CÓRDOBA	7	91	4	32	1	7
GRANADA	11	138	8	89	1	8
HUELVA	6	48	4	39	1	5
JAEN	7	79	7	46	1	13
MÁLAGA	13	198	5	45	1	53
SEVILLA	20	286	9	60	1	35
TOTAL	82	993	47	411	8	135

3. RESOCIALIZACIÓN

Clubs sociales nº 16 plazas 520

CASTILLA-LA MANCHA (1.734.261) Datos 1999

	U. Residenciales* y rehabilitadoras		Unidades de media estancia		Centros de rehabilitación		Hospitales de día	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ALBACETE	1	98			3	76		
CIUDAD REAL	1	32	1	28	2	25		
CUENCA	1	47			1	45		
GUADALAJARA	2	255			1	35	1	15
TOLEDO	1	90			2	60	1	15
TOTAL	6	522	1	28	9	241	2	30
TOTAL DATOS 2001	6	515	1	35	9	470	3	50

* Incluye antiguos Hospitales Psiquiátricos Provinciales (4), Unidad residencial de cuenca (1 módulo), y URR de Alcohete.

	U. Residenciales* psicogeriatrica		Miniresidencias		Viviendas tuteladas		Plazas de empleo (CEE y apoyo)	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ALBACETE					2	11	1	13
CIUDAD REAL		30						
CUENCA		20			1	5		
GUADALAJARA					1	5		
TOLEDO		30			2	11	1	8
TOTAL		140		0	6	32	2	21
TOTAL DATOS 2001		170		0	8	45	5	37

* Incluye las plazas ubicadas en las URR.

ARAGÓN (1.189.909) Datos 2000

	Hospital psiquiátrico			Centros de rehabilitación		Hospitales de día		Pisos protegidos
	centros	camas		centros	plazas	centros	plazas	plazas
		Larga estancia	Media estancia					
ZARAGOZA	4	633	0	4	226	0		31
	1	0	39					
TERUEL	1	196		0		0	0	0
HUESCA	1	130		1	39	1	15	18
TOTAL	7	959	39	5	265	1	15	49

	Centro ocupacional		Cursos especial de empleo		Servicio de integración laboral	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
ZARAGOZA	7	69	2		1	
TERUEL	0		0		0	
HUESCA	4	62	3		1	
TOTAL	11	131	5		2	

MURCIA (1.149.328) Datos 1997

	Hospital psiquiátrico			Centros de rehabilitación		Hospitales de día	
	centros	Camas		plazas	centros	plazas	centros
		Larga estancia	media estancia				
MURCIA	1*	80		2	80	0	0
	1		50				

CANTABRIA (531.159) Datos 2000

	Hospitales psiquiátricos		Centros de rehabilitación		Pisos		Miniresidencias		Hospital de día	
	nº	camas	nº	plazas	nº	plazas	centros	plazas	centros	plazas
SANTANDER	2	404	4	122	0	0	0	0	0	0

MADRID (5.205.408) Datos 2001

	centros	camas		Centros de rehabilitación		Centros de día		Hospitales de día	
		larga estancia	media estancia-unid. rehabilit.	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
MADRID	1 1 1 1 4	96 144 220 220 680*	40 20 60 0 120						
				10 ⁽¹⁾	835 ⁽¹⁾	7 ⁽²⁾	165	6 ⁽²⁾	200

* Hay que añadir 213 camas de larga estancia concertadas en hospitales de fuera de la comunidad de Madrid.

Total de camas de larga estancia: 893

- (1) 2 Centros de Rehabilitación Psicosocial pertenecen al Servicio Regional de Salud – Salud mental. Los 8 restantes (705 plazas) pertenecen a la Consejería de Servicios Sociales (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). La plantilla de estos Centros de Rehabilitación psicosocial (85-90 plazas cada uno) es la siguiente: un director (psicólogo), 2-3 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 2-3 educadores y 1 auxiliar administrativo
- (2) Pertenecientes al Servicio Regional de Salud- Salud Mental. Consejería de Sanidad.

	Centros de rehabilit. laboral		Talleres de rehabilit.		Pisos		Miniresidencia		Dispositivo específico rehabilit. de transeuntes		Clubes sociales	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
MADRID	4 ⁽¹⁾	165	4	96	26 ⁽²⁾	105*	8 ⁽³⁾	141	1 ⁽⁴⁾	80	7 ⁽⁵⁾	332

- (1) 3 Pertenecen a la Consejería de Servicios Sociales (130 plazas) (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). **El centro de rehabilitación laboral** cuenta con una plantilla: 1 director, 1 psicólogo, 1 técnico de apoyo a la inserción laboral, 2-3 maestros de taller y 1 auxiliar administrativo. El otro dispositivo pertenece al Servicio Regional de Salud-salud mental de la Consejería de Sanidad.
- (2) En estas 105 plazas, además de los pisos se incluyen 11 plazas de 3 pensiones concertadas. 10 pisos (41 plazas) y las 11 plazas de pensiones pertenecen a la Consejería de Servicios Sociales (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). El resto al Servicio Regional de Salud-Salud Mental (Consejería de Sanidad).
- (3) 7 (128 plazas) pertenecen a la Consejería de Servicios Sociales (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). Estas **Miniresidencias** cuentan con una plantilla formada por director/psicólogo, un terapeuta ocupacional y educadores que cubrirán las 24 horas del día. La otra alternativa residencial asimilable a Miniresidencia (A.R.C.O.) (13 plazas) pertenece al Servicio Regional de Salud- Salud Mental (Consejería de Sanidad).
- (4) Pertenecen a Consejería de Servicios Sociales (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). Incluye el equipo específico de rehabilitación del albergue de San Isidro y 4 pisos supervisados (18 plazas). Este proyecto cuenta con un equipo específico formado por un coordinador, 1 psicólogo y 6 educadores.
- (5) Pertenecientes al Servicio Regional de Salud- Salud Mental (Consejería de Sanidad).

CANARIAS (1.716.276) Datos 2000

	Hospitales psiquiátricos		Centros de día		Centros especiales de empleo		Pisos		Miniresidencias		Hospital de día	
	Nº	camas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas
LAS PALMAS	1	130	5	150	1	15	7	34	0	0	0	0
TENERIFE	1	72	1	60	0	0	3	15	1	10	0	0
TOTAL	2	202	6	210	1	15	10	49	1	10	0	0

ASTURIAS (1.076.567) Datos 2001

	Hospitales psiquiátricos		Hospital de día		Centros especiales de empleo		Pisos		Mini-residencia		Comunid. terapéut.	
	Nº	camas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas	Nº	plazas
ASTURIAS	1	PSQUIATRÍA 46 PISCOGERIATRÍA 57	6	105	3	36	3	10	1	7	4	72

CASTILLA-LEÓN (2.479.118) Datos 2001

	Larga estancia (hosp. psiq.)		Corta estancia (Rehab. hosp.)		Centros de día		Pisos		Centros de formación laboral	
	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas	centros	plazas
AVILA			1	19	1					
BURGOS	1	60	1	20	1				2	31
LEÓN	1	60	1	33	1				1	26
PALENCIA					1				1	24
SALAMAN.			1	36					1	25
SEGOVIA	1	60			1				1	8
SORIA			1	20	1				1	47
VALLADO.			1	40	2				2	46
ZAMORA					1				1	22
TOTAL	3	180	6	168	9		43	135	10	229

Centros especiales de empleo:

* Soria 1-centro con 14 plazas

* Zamora 1-centro con 3 plazas

Programa de empleo con apoyo y empleo normalizado

* Zamora 1-centro con 3 plazas.

BALEARES (845.630) Datos ?????

REHABILITACIÓN								
Profesionales								
	Pobl. (=)	PSQ	PSC	Enfermers	TS	T Ocup	Monit. (++)	Auxi
MALLORCA	618.477	4	5	11	4	3	29	104
MENORCA	67.334	0	2	1	0	0	1	2
EIVISSA-FORM	93.622	0	0	0	0	0	0	
Total Baleares	779.433	4	7	12	4	3	30	106

(+) Población TSI

(++) En general son auxiliares que hacen funciones de monitor

DISPOSITIVOS								
	Centro de día		U. Media estancia (+)		U. Larga Estancia		Pisos tutelados	
	Nº	casos	Nº	plazes	Nº	casos	Nº	plazes
MALLORCA	3	130	1	24	5	151	7	26
MENORCA	2	60					1	5
EIVISSA-FORM								
Total Baleares	5	190	1	24	5	151	8	31
ratios / 100 mil hab	24,4		3,1		19,4		4,0	

(+) En fase de estructuración

5. Conclusiones y recomendaciones generales

En general puede decirse que se aprecia una gran insuficiencia y un desarrollo muy desigual de recursos y programas de rehabilitación y apoyo comunitario a las personas con TMS. Es un área que requiere una específica priorización y un decidido impulso para asegurar una adecuada atención comunitaria y ofrecer el apoyo necesario a sus familias.

Falta una clara definición y consenso sobre los dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario necesarios y la asunción global desde el sistema de servicios de una orientación de rehabilitación que vertebré la atención a este colectivo. Ello ha llevado, no sólo a un sistema de servicios escaso e insuficiente sino también fragmentado y descoordinado lo que genera ineficacias y duplicidades y dificulta la optimización de recursos, afectando negativamente a las posibilidades y resultados de la atención prestada.

Es necesario abordar una serie de problemas, incluyendo:

- Una importante desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre áreas sanitarias de una misma comunidad o de una misma provincia.
- Una respuesta asistencial insuficiente y variable en el ámbito de la rehabilitación, con una escasa implementación de tratamientos psicosociales y programas para situaciones clínicas nuevas pero de elevada prevalencia e importante impacto en la evolución clínica, como la presentación simultánea de trastornos mentales y dependencia a sustancias.
- La precariedad en el desarrollo de redes de cuidados intermedios, y socio-sanitarios, especialmente en cuanto se refiere a las alternativas residenciales y laborales para pacientes mentales crónicos con cierto grado de discapacidad o de minusvalía.

Hoy en día persisten los riesgos de exclusión social para muchos pacientes graves, para quienes no se hace efectivo el derecho a la vivienda ni al trabajo. También persiste la sobrecarga (emocional y material) que significa para muchas familias el cuidado de su familiar enfermo, sin apenas opciones de atención domiciliaria. Y también hoy, los servicios de salud mental se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población (las necesidades de atención a problemas de salud mental en nuestra sociedad mercantilizada, competitiva y poco solidaria, están creciendo más deprisa que la capacidad de los servicios públicos para responder adecuadamente a las mismas.) El resultado es que los pacientes con menos recursos (económicos y psicosociales) corren el riesgo de no ser atendidos, de cronificarse, o de pasar a engrosar las bolsas de marginación o de franca exclusión.

- Los pacientes que padecen trastornos psiquiátricos severos y de curso crónico, no reciben en ocasiones el tratamiento más apropiado, basado en los conocimientos y evidencia disponible, ya sea por desconocimiento, falta de recursos u otros motivos.
- Reciben una atención parcelada, poco coordinada, y con escasa implantación de tratamientos psicosociales propios de la rehabilitación que han demostrado utilidad y eficacia.

Por lo menos en algunos casos, la asistencia a pacientes con enfermedades mentales severas de curso crónico, tales como la esquizofrenia, se limita a facilitar tratamiento farmacológico y a unos cuidados médicos generales y hosteleros en caso de internamiento, de buena calidad. Pero se puede hacer mucho más que eso: podemos utilizar técnicas terapéuticas para las que existe una firme base de evidencia en cuanto a su eficacia, individualizar los tratamientos en función de sistemas de evaluación estandarizados y establecer sistemas de seguimiento y coordinación que permitan un tratamiento integral a largo plazo de los pacientes.

Es prioritario potenciar y desarrollar la organización de una amplia, completa y eficiente red de recursos intermedios, que debería asentarse en los siguientes elementos:

1. Una clara priorización política y social de esta población. Por ser un colectivo tradicional e históricamente olvidado, por el alcance de su impacto personal y social, por los graves déficit existentes en su atención y el riesgo de marginación y deterioro (sin olvidar la sobrecarga que sufren muchas de sus familias) hacen necesario este reconocimiento y esta priorización para permitir salir de la situación actual y ofrecer a estos ciudadanos la atención y las posibilidades de integración que les corresponden.
2. La red sanitaria de Servicios/Centros o Unidades de Salud Mental territorializados, debería potenciar su papel como eje básico de la atención y seguimiento comunitario de esta población, incrementando los tiempos de dedicación, personal y desarrollo de programas en la atención a este colectivo. La sobrecarga de demanda de otras patologías relativamente menores, para las que también es necesaria dicha atención, no debe condicionar el abordaje adecuado de los pacientes graves y crónicos. Es imprescindible completar la elaboración de los censos de “personas con trastorno mental severo” en todos los distritos o áreas y potenciar la detección y captación de estos pacientes en su zona de influencia.

3. Otro elemento esencial es el desarrollo y potenciación de Programas de Rehabilitación y Seguimiento en el marco de estos Centros o Servicios de Salud Mental, para lo que es necesaria una definición y homologación de estos programas y la asignación de personal específico suficiente y multidisciplinar. Deben ser el eje fundamental para la atención comunitaria de este colectivo, asegurando la continuidad de cuidados, la prevención del deterioro y la globalidad y coherencia de todo el proceso de atención en los diferentes recursos.
4. Es necesario delimitar e identificar esta población, no basándose tan solo en criterios diagnósticos o variables clínicas sino considerando también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas. Para ello será necesario consensuar unos criterios operativos que demuestren su validez.
5. Es fundamental establecer, potenciar y organizar una completa red de recursos intermedios y comunitarios, tanto sanitarios como sociales: Hospitales de Día, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, recursos de Rehabilitación Psicosocial y soporte social, recursos de Rehabilitación, Formación e Inserción Laboral, recursos Residenciales –Mini-residencias, Hogares, Pisos, etc. Es imprescindible que se produzca un decidido avance buscando la coordinación y complementariedad entre el sistema sanitario de Salud Mental y el sistema de Servicios Sociales para promover la articulación de un sistema integral de servicios, recursos y programas, dotados presupuestariamente de manera adecuada.
6. Dado que los diversos problemas de estos pacientes deben ser asumidos por diversas entidades públicas y privadas, sociales y sanitarias, la coordinación debe convertirse en un objetivo prioritario. El último objetivo debe ser un sistema real de asistencia más que una red laxa y descoordinada de servicios, y una facilitación en la comunicación entre los diferentes servicios, estamentos y entidades implicados (por ejemplo, psiquiátrico, médico, social, vocacional-ocupacional y de alojamiento)
7. Garantizar la implementación de intervenciones psicosociales de acuerdo con la evidencia científica, estableciendo, sobre la base de los conocimientos y evidencia disponible, aquellas técnicas terapéuticas de tipo psicosocial que debieran instaurar de forma estructurada en los diferentes niveles de tratamiento, comunitario u hospitalario. Proponer un modelo de mínimos terapéuticos para tales pacientes que pueda definirse como “buena práctica”.

8. Promover la adecuada formación de los profesionales en técnicas específicas de rehabilitación.
9. Apoyar y potenciar el creciente movimiento asociativo de familiares, allegados y usuarios que ha surgido en los últimos años, y articular la colaboración y sinergia de los servicios públicos con las actividades y programas que desde el mismo vienen desarrollando: Clubs sociales de ocio y tiempo libre, grupos de autoayuda, servicios de información, recursos de apoyo, etc. Se necesitan programas de respiro a las familias que conviven y dan soporte a los pacientes que viven en su medio familiar y programas que refuercen las capacidades de apoyo de las familias.
10. Se debe buscar la colaboración de los sistemas de formación y empleo para facilitar vías de inserción laboral, así como favorecer el desarrollo de opciones de alojamiento y atención residencial.
11. Desarrollar sistemas de evaluación de la eficacia de las intervenciones y de los costes, que permitan garantizar su financiación sea cual fuera el sistema de gestión empleado por cada comunidad autónoma.
12. Es necesario garantizar el acceso a ingreso psiquiátrico para los pacientes que lo precisen, y a quienes sus descompensaciones impidan el mantenimiento en la comunidad. Deben existir y ser accesibles un número adecuado de camas de hospitalización breve.
13. Es preciso desarrollar y revisar aspectos legales que afectan a esta población, incluyendo aspectos como el tratamiento involuntario (limitado al internamiento en el momento actual), la incapacitación de pacientes que lo requieran, y la asistencia a pacientes convictos.
14. Es necesario promocionar programas de investigación relacionados con la enfermedad mental crónica
15. Se han de destinar recursos económicos suficientes capaces de financiar un sistema que reúna los requisitos descritos.

Las personas con TMS no son responsabilidad de nadie en exclusiva. Son, antes que nada, ciudadanos de pleno derecho que presentan problemas y dificultades específicas de distinto tipo (sanitario, social, laboral, residencial, familiar, etc.) y por tanto requieren una atención de sus diferentes necesidades desde los diferentes sistemas de servicios tanto sanitarios como sociales. Es básico que sobre cada individuo se articule la actuación coordinada y de acuerdo al principio de continuidad de cuidados desde los diferentes servicios que son competentes en la atención a sus distintas necesidades de tratamiento, alojamiento, rehabilitación, etc.

Estas recomendaciones implican la idea fundamental de que un sistema público de salud debe conceder la máxima prioridad a esta población. La falta de recursos, formación y coordinación no son los únicos enemigos de la implementación de estas intervenciones; para algunos profesionales la ideología determina la práctica clínica, y no la práctica clínica la ideología. Indudablemente para todo ello es necesario un cambio de actitudes por parte de algunas de las personas implicadas en la organización, dirección y asistencia psiquiátricas.

6. Referencias bibliográficas citadas y de referencia

1. Alan S Bellack, Kim T Mueser, Susan Gingerich, Julie Agresta Social skills training for schizophrenia. A step by step guide. David J Barlow, editor. The Guilford Press. New York. London. 1997.

2. Aldaz J A, Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI. 1996.

3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154 (suppl 4).

4. Anthony, W.A. Nemeč P. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed): Schizophrenia: treatment and care. N.Y. Grunne & Stratton.

5. Anthony W, Cohen M, Cohen. B. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En J. A. Talbot (ed): The Chronic Mental Patient: Five years later. N.Y. Grunne & Stratton.

6. Anthony W. A, y Liberman R.P. (1986): The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base. Schizophrenia Bulletin, 12, 542-559.

7. Anthony, W.A. (1980): A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. Rehabilitating Counseling Bulletin, 24, 6-21.

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

9. Aparicio, V (1993): La Reforma Psiquiátrica en 1985. En V. Aparicio (coord): Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. A.E.N.

10. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia_ what are the boundaries?. Acta Psychiatr Scand; 2000; 102 (Suppl. 407): 6-10.

11. Barbato A, D'Avanzo B. Family Interventions in Schizophrenia and Related Disorders: a critical review of clinical trials. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 81-97.

12. Birchwood, M. (Ed) (1995): Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Madrid: Edit. Ariel.

13. Birchwood, M. Psychological and social treatments: Course and outcome. Curr Opin in Psychiatry 1999; 12: 61-66.

14. Blanco A. y 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 Piramide. 33-55.

15. Brenner HD, Plammatter M. Psychological Therapy in Schizophrenia: what is the Evidence?. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl 407): 74-77.
16. Burns T. Models of Community Treatment in Schizophrenia: do they travel?. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl 407): 11-14.
17. Bustillo JR, Lauriello J, Horan W, Keith SJ. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update.. *Am J Psychiatry* 158: 163-175.
18. Cañamares JM, Florit A, Castejón MA, Gozález Cases J, Hernández JA, Rodríguez A. (2001) LA ESQUIZOFRENIA. Madrid: Ed. Síntesis.
19. C M Harding. La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución en la esquizofrenia. En: Aspectos actuales en el Tratamiento de la Esquizofrenia. American Psychiatric Press. Edición Española. 1996.
20. CMA CPG Infobase. Implementing Clinical Practice Guidelines. A Handbook for Practitioners. Canadian Medical Association 1996. En <http://www.cma.ca/cpgs/handbook>
21. Consejería de Servicios Sociales (1999): Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
22. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab003080.htm>
23. Dassori A M, Chiles J A, Swenson-Britt E. Implementing Best-Practice Guidelines for Schizophrenia in a Public-Sector Institution. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 972-979.
24. Desviat M. (1995) La Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones Dor.
25. Dixon L, Adams C, Lucksted, A. Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 5-20.
26. Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 615-618.
27. García Franco M, Arenas O, Ribas M. ¿Está demostrada la efectividad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia?. Controversias actuales en las diferentes intervenciones y enfoques. *Aula Médica Psiquiátrica* 2001; 1: 29-52.
28. García J.; Espino A.; y Lara L. (Eds) (1998): La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

29. Glodner EM et al. Evidence based psychiatry. *Can J Psychiatry* 1995 40: 97-101.

30. Gold Award: A Community Treatment Program. Mendota Mental Health Institute, Madison, Wisconsin; Assertive Community Treatment: 25 Years of Gold. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 755-758.

31. Goldman H.H.; Gatozzi A.A.; Tanbe C.A. (1981): Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 32, 22.

32. Grupo de Trabajo. Necesidades de recursos específicos para el tratamiento, rehabilitación y soporte comunitario a la población enferma mental grave y crónica en la comunidad de Madrid. Madrid, Febrero 1998.

33. Guerra Romero L. La Medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 377-382.

34. Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000968.htm>

35. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 633-642.

36. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 340-347.

37. House of Commons Health Select Committee (1994) First Report of the Health Committee: Better Off in the Community? The Care of People who are Seriously Mentally Ill. London: HMSO.

38. Informe Ararteko: Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental (Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV). Institución del Ararteko 2000.

39. Jerónimo Saiz Ruiz. Esquizofrenia: Enfermedad del Cerebro y Reto Social. Ediciones Masson. 1999.

40. Johnson S, Kuhlman R & EPCAT group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). Versión en Castellano de L. Salvador, C Romero, F. Torres y C. Rosales. Comunicación personal.

41. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software [http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000524 .htm](http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000524.htm)

42. Jones S. H., Thornicroft G., Coffey, M. et al (1995) A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.

43. K.T. Mueser. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Curr Opin in Psychiatry* 2000; 13: 27-35.

44. Kahn DA et al. Consensus Methods in Practice Guideline Development: a review and description of a new method. *Schizophrenia Bulletin* 1997; Vol 33: 4.

45. Kaplan, G. (1962/1966): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires. Edit. Paidós.

46. Lara L y López M (1998): *La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía*. En García J.; Espino A.; y Lara L. (Eds) (1998): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

47. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24: 1-10.

48. Ley, A; Jeffery, DP; McLaren, S; Siegfried, N. Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000. <http://www.update-software.com/abstracts/ab001088.htm>

49. Liberman R.P. (1988/1993): *Afrontar los trastornos mentales crónicos: Un marco para la esperanza*. En R.P. Liberman: *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Editorial Martínez Roca. 23-43.

50. Liberman R.P. (1988/1993): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona. Martínez Roca.

51. Liberman RP, Eckman TA, Marder S. Training in social problem solving among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 31-33.

52. López Arrieta JM y cols. *La Medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas*. La Colaboración Cochrane. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:581-585.

53. López M.; López A. y Fernández G. (1998): *La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico*. En García J.; Espino A.; y Lara L. (Eds) (1998): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

54. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001360.htm>

55. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000050.htm>

56. Marshall, M. Lockwood, A. Assertive community treatment form people with severe mental. The Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000 <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001089.htm>

57. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. (1991) A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. Archives of General Psychiatry 48, 764.

58. McMonagle T, Sultana A. Token economy for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001473.htm>

59. Meltzer H., Gill B, Petticrew M., et al (1996) OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. London: HMSO.

60. Merinder LB. Patient Education in Schizophrenia: a Review. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 98-106.

61. Ministerio de Sanidad (1985): Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

62. Montejo J, Espino A. (1998): Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En García J, Espino A, Lara L. (Eds) (1998): La Psiquiatria en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

63. Mueser KT; Bond GR, Drake RE. Community-Based Treatment of Schizophrenia and other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes?. Medscape Mental Health 6 (1), 2001.

64. NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York. Drug Treatments for Schizophrenia. Effective Health Care 1999; 5:6 En: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc56.htm>

65. NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York. Getting Evidence into Practice. Effective Health Care 1999; 5:1 En: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf>

66. NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York.

Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Effective Health Care* 2000; 6 En: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc63.htm>

67. Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000381.htm>

68. OMS. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Publicada de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la vigésimo novena Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976, 3ª Edición. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 1997.

69. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002831.htm>

70. Pepper B, Kirshner M, Rylewicz. The Young Adult Chronic Patient: A Look Back. *Cournos F, Le Melle S. Psychiatr Serv* 2000; 51: 989-995.

71. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000088.htm>

72. Phipps C, Liberman R.P. (1988/1993): Apoyo Comunitario. En R.P. Liberman (Ed): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

73. Pilling S (1991): *Rehabilitation and Community Care*. London. Routledge.

74. Rebolledo S. (Comp.) (1997): *Rehabilitación Psiquiátrica* (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

75. Roder D y otros (1996): *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Madrid: Edit. Ariel.

76. Rodríguez A (1997): A modo de epílogo. En A. Rodríguez (coord.): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Piramide. 455-464.

77. Rodríguez A (Coord.) (1997): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

78. Rodríguez A(1993): *Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico*. Madrid. III Jornadas de Psicología de la

Intervención Social (Nov. 1991) Publicadas por el INSERSO -Ministerio de Asuntos Sociales-. Colección Servicios Sociales n 9.

79. Rössler H, Haug J, Munk- Jorgensen. The psychosocial basis of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 407): 5.

80. Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unutzer J, et al (1996) Evidence for limited validity of the revised Global Assessment of Functioning Scale. *Psychiatric Services*, 47, 864-866.

81. Salvador Carulla L Routine outcome assessment in mental health research. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 207-210.

82. Salvador Carulla L, Atienza Marmolejo C, González Saiz F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. Grupo de 67. Investigación en Medicina Psicosocial Universidad de Cádiz.

83. Salvador-Carulla L, Atienza C, Romero C and the PSICOST/EPCAT Group. Use of the EPCAT Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services. The Experience of Spain. En: *Manage or Perish*. Guimón y Sartorius eds. 1999.

84. Salvador-Carulla L, Romero C y cols (PSICOST Group). Assessment Instruments: standarization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl 405): 24-32.

85. Sarraceno B, Montero F (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En V. Aparicio (coord): *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pag. 313-321.

86. Schinnar A P, Rothbard A B, Kanter R et al (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.

87. Shephred G (1996): Avances recientes en Rehabilitación. En Aldaz J A, Vázquez C (Comps) (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Edit. S XXI.

88. Slade M, Powell R, Strathdee G. (1996) Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 177-184.

89. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Janssen-Cilag. 1998.

90. Stein L y Test M A (1985): *The training in Community Living Model: A decade of experience*. New Directions for Mental Health Services 26. San Francisco: Jossey-Bass.

91. Strauss J. The interactive developmental model revisited. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 407): 19-25.
92. Stroul B (1989): Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 12 (3) 10-26.
93. Suslow T, Schounauer V, Arolt V. Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients: a review of efficacy studies. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 15-23.
94. Talbott J A (Ed) (1984): *The Chronic Mental Patient: Five Years Later* N.Y. Grunne and Stratton.
95. Tansella M, Amaddeo F, Burti L, et al (1998) Community-based mental health care in Verona, Italy. In *Mental Health in our Future Cities* (eds D. Goldberg & G. Thornicroft), pp. 239-262. London: Erlbaum (UK), Taylor & Francis (Psychology Press).
96. Test M A (1989): *Community Support Programs*. En A.S. Bellack (ed): *Schizophrenia*. N.Y. Grune & Statton.
97. The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A Defining Moment, *Psychiatr Serv* 2000; 51: 874-878.
98. The Cochrane Collaboration Schizophrenia Review Group. Schizophrenia and the Cochrane Collaboration. *Schizophr Res* 1994; 13: 185-188.
99. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, et al (1998) Rationale and design. PRiSM Psychosis Study I. *British Journal of Psychiatry*, 173, 363-370.
100. Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychoterapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 2-4.
101. Torrey WC, Drake RE, Dixon L et al. Implementing Evidence-Based Practices for Persons with Severe Mental Illnessess. *Psychiatr Serv* 2001; 52:45-50
102. Treatment for Patients with schizophrenia is less than ideal. *Drug and Ther Perspect* 11: 7-10, 1998.
103. Vallina Fernández O, Lemos Giraldez S. Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia. *Psicothema* 2001. Monográfico "Tratamientos Psicológicos Eficaces".
104. Vázquez C, Muñoz M y cols. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2000; 74: 207-228.
105. Vicente E. Caballo. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Ediciones Siglo XXI. Madrid 1993.
106. VVAA. Programa de atención social a personas con enfermedad mental

crónica. Servicio de Programas Especiales. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Octubre 1999.

107. Watts F, Bennett D (1983/1992): *Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica*. Méjico. Edit. Limusa.

108. Wing J K (1992): *Epidemiologically-based mental health needs assessments*. Londres: Royal College of Psychiatrists Research Unit. (Citado en Shepherd (1996): *Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica*. En J. Aldaz y C. Vázquez (comps.): *Opus cit.*

109. World Health Organization. *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Geneva: Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness (SUPPORT): Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. 1997.

110. Zarin DA et al. Evidence based practice guidelines. *Schizophr Bull* 1997; 33.

