

ÍNDICE

Introducción	2
Metodología Trabajo Fin de Grado	4
Fundamentación	9
• Marco Teórico	9
• Necesidades Sociales	23
• Estrategias de Intervención.....	33
• Pertinencia del Proyecto	47
• Análisis del Contexto.....	56
Diseño Proyecto Intervención	63
• Marco Institucional. Ámbito Territorial	63
• Objetivos, actividades e indicadores de evaluación.....	66
• Metodología: Diseño, Técnicas y Cronograma.....	70
• Recursos	81
• Organización Equipo	82
Conclusiones	87
Bibliografía.....	90
Anexos	101

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es el Trastorno Mental Grave con más prevalencia en los Centros de Rehabilitación. La Organización Mundial de la Salud (2014) indica que afecta a 21 millones en el mundo, independientemente de sexo, cultura o condición. Conlleva elevados costes sociales, económicos y personales para quien la sufre, su familia y su entorno. Todo aquello que se haga por su prevención estará bien invertido. Y lo primero que se puede hacer es una intervención precoz, algo que contribuirá a evitar el deterioro biológico, social y psicológico. En este documento que presentamos lo demostraremos, así como que el tratamiento (para la persona que ha sufrido un primer brote psicótico) debe durar cinco años, tiempo que marca la bibliografía internacional como periodo crítico.

Como nos dice Tizón, en las actuales condiciones de asistencia, el primer contacto con los servicios de salud mental de los pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica, usualmente está precipitado por los dramáticos síntomas y trastornos psicosociales del primer episodio. En la mayoría de los casos, el evento se halla precedido por una acumulación más o menos rápida de síntomas no específicos, síntomas negativo y, finalmente, síntomas positivos, como ya describieron los primeros estudiosos del síndrome esquizofrénico: Bleuler, Kraepelin, Conrad... (Tizón, J. L., 2009). Debemos plantear intervenciones mucho antes de que esto ocurra y también, después para que esta enfermedad se cronifique.

En los últimos años están apareciendo programas de prevención en la psicosis y de atención precoz, siendo la International Early Psychosis Association (Melbourne) los pioneros en este tipo de programas. En España destaca el P3 – Programa de Prevención de Psicosis, quienes en su página web nos muestran un material muy útil, como signos tempranos, síntomas prodrómicos y cómo identificar a personas de alto riesgo. Si hay algo común en todos los programas es que recalcan la importancia de la prevención, sensibilización a la población general y el abordaje integral e intensivo durante

el periodo de mayor vulnerabilidad, los cinco años después de un primer episodio psicótico.

Para Pena, Vallina y Penades (2012) la intervención temprana en psicosis es el último desarrollo dentro del abordaje de las psicosis, tras la introducción de los neurolépticos, la desinstitucionalización, el tratamiento comunitario y los tratamientos psicosociales.

Y el Trabajo Social es fundamental dentro del equipo interdisciplinar. Desde que Richard Cabot en 1905 incluyera al trabajador social en su equipo del Hospital General de Massachusetts, siempre ha estado esta figura en el trabajo de la salud mental. Entre otros muchos motivos porque es de vital importancia el trabajo que se haga con la familia. La familia es el principal cuidador, si la familia no participa dentro del tratamiento es muy difícil la recuperación del paciente. En un tratamiento con la familia debemos acoger a la familia con empatía e interés, eliminar la culpa, evaluar el impacto de la psicosis en la familia, educar a la familia sobre la enfermedad y su manejo, disminuir el estrés y la carga, mejora de la comunicación entre sus miembros y ayudar a la resolución de problemas. (Tizón, J. L., 2009)

Todo ello se puede integrar en una terapia familiar, como una de las intervenciones fundamentales para la recuperación de la psicosis. El primer episodio de una psicosis en una familia suele conllevar un gran impacto, con sentimientos de culpa, tristeza y sensación de duelo. Y ello puede aumentar, si el inicio de tratamiento se retrasa por la negativa de la persona afectada, algo muy habitual.

La ausencia de conciencia de enfermedad, síntoma nuclear de la psicosis por su ruptura con la realidad, es uno de los principales problemas para la intervención precoz. "Se estima una media de casi cuatro años desde el inicio del primer brote hasta su diagnóstico" (Bernardo, M., 2012). En estos casos, la terapia familiar también puede ser de gran ayuda en la búsqueda de estrategias para que su familiar afectado acceda a comenzar un tratamiento, que le acerque a los recursos de salud mental que necesita, pero no quiere acudir.

La Terapia Familiar cree en la cultura de la familia como recurso, una familia que pueda ser escuchada, acogida, incluso si no quiere venir la persona afectada porque está en un momento en el que no está preparado para recibir ayuda. Una familia que debe entender como incluir este episodio dentro de su historia. Una familia que está sufriendo y que debe convertirse en el elemento fundamental de la recuperación.

"No olvidemos que la Terapia Familiar nació para desarrollar a la psicosis y que Mara Selvini siempre aceptó ese desafío (...) No dejó nunca de trabajar para lograr que la Terapia Familiar pudiera servir también, y principalmente, a los pacientes psicóticos." (Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M.).

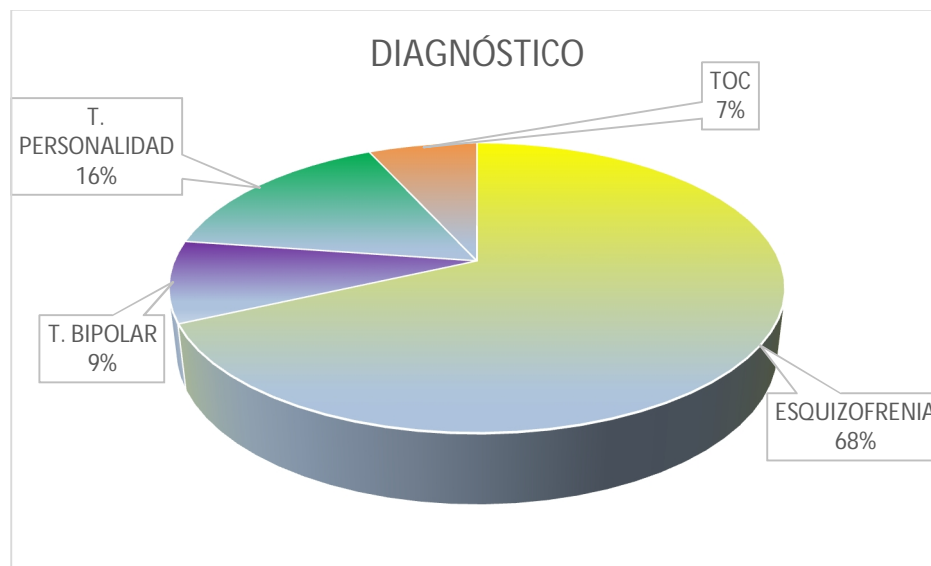
Este documento, en definitiva, plantea la creación de un servicio de Atención Precoz dentro del Sector Sanitario I de Zaragoza, enfatizando la importancia del departamento de Trabajo Social dentro de un equipo multiprofesional, y la importancia que le concedemos al trabajo con la familia, desde diferentes modelos de intervención aunque el sistémico será el que tenga mayor relevancia.

METODOLOGÍA TRABAJO FIN DE GRADO

Los autores de este trabajo llevamos trabajando en el ámbito de la salud mental más de 10 años. Más en concreto, en un Centro de Rehabilitación Psicosocial que atiende a personas con Trastorno Mental Grave y a sus familias. Además, ambos somos trabajadores sociales especialistas en Salud Mental y terapeutas familiares.

Según nuestros datos, casi el 70% de las personas que atendemos tienen como diagnóstico esquizofrenia y el 16% Trastorno Bipolar, dos entidades nosológicas incluidas dentro del espectro de la psicosis. Y la gran mayoría de larga evolución, con situaciones de cronicidad en las que es difícil provocar cambios. Lo más grave del asunto es que, en demasiadas ocasiones, son derivados a nuestro dispositivo cuando esa cronicidad está instaurada, cuando ya son muchos años de evolución de la enfermedad.

Tabla 1. Diagnósticos en Centro de Día Rey Ardid



Nos encontramos con familias paralizadas, en plena homeostasis, donde cualquier pequeño cambio es considerado como peligroso. Selvini Palazzolli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1990) las denominan las estrategias basadas en el síntoma, en las que los padres se pueden oponer subterráneamente a un cambio del statu quo.

Por otro lado, y derivado de ello, estas personas no tienen relaciones sociales, al margen de sus familiares directos. Con escasa formación y nula experiencia laboral, han perdido la motivación para entrar en el mercado de trabajo. Que no conocen ni saben usar los recursos comunitarios ni los canales de participación comunitaria. A partir de esta situación, iniciamos un proceso de rehabilitación psicosocial, en el que algunos pocos tienen éxito y otros muchos se mantienen en el circuito de la salud mental, aunque mejorando su calidad de vida de manera exponencial, eso sí.

Consideramos que para la gran mayoría de pacientes que pasan por nuestro centro y, por extensión en recursos similares, el gran problema ha sido el tiempo. El tiempo que han estado sin recibir tratamiento adecuado. Y nos referimos no solo al farmacológico, sino a un tratamiento integral: farmacológico, psicoterapéutico, familiar y rehabilitador. Entonces ¿qué hubiera pasado si estas personas hubieran acudido a un centro específico para

recibir este tratamiento integral? Estamos convencidos que de todos los brotes psicóticos, un importante porcentaje, no se habría convertido en un Trastorno Mental Grave.

Así nos surge la idea de plantear este trabajo, donde fluctúan experiencias de usuarios, familiares y profesionales que han sugerido en diversos testimonios la existencia de recursos como el que desarrollamos aquí. Todo ello ha sido reforzado con nuestra experiencia en Rehabilitación Psicosocial y en Terapia Familiar. Contrastamos esta experiencia con la bibliografía seleccionada sobre la atención precoz en psicosis y con la experiencia acumulada por la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (International Early Psychosis Association – IEPA), con sede en Australia y que surge en la década de los 90 por la proliferación de programas de este tipo en diferentes partes del mundo. España no es una excepción, pero las experiencias siguen siendo mínimas. Aragón, por su parte, no tiene ningún programa de estas características.

Nuestro Trabajo de Fin de Grado consiste, por lo tanto, una vez detectada la necesidad de mejorar nuestros sistemas de atención, en diseñar un servicio de Atención Precoz en Psicosis, con objetivos de poder ofrecer una atención en momentos iniciales de la enfermedad, eficaz y adecuada a las necesidades del colectivo al que con tanto esfuerzo y dedicación atendemos.

Para lograr diseñar este proyecto ha sido necesaria una intensa revisión bibliográfica, que nos permitiese profundizar en un tema tan poco implementado en España como es un servicio de Atención Precoz en Psicosis, pero que a su vez en otros países goza de un buen desarrollo y de importantes evidencias de eficacia y de suponer un modelo de atención con mayores beneficios que los modelos tradicionales.

Así mismo hemos revisado las diferentes legislaciones, el Plan de Salud Mental de Aragón y sus recomendaciones, así como las actuales propuestas de cartera de servicios del Gobierno de Aragón en materia de Salud Mental, encontrando explícitamente la recomendación de la puesta en marcha de

programas específicos de atención precoz en psicosis (un equipo o programa por sector sanitario).

La exhaustiva revisión de experiencias en la puesta en marcha de este tipo de servicios nos ha aportado una valiosa información sobre los modelos más eficaces, la metodología de intervención, la composición de los equipos, la forma de engranaje dentro de la red de atención a la salud mental y la forma de coordinación con otras redes (servicios sociales, atención primaria, educación...) comunitarias, la importancia del trabajo con la familia desde el primer momento entendiéndola como recurso que a su vez requiere de apoyo, los modelos más adecuados de intervención...

Para elegir un modelo de servicio hemos analizado la actual Red del Sector Sanitario 1 de Zaragoza, sector que conocemos en profundidad por ser en el que estamos inmersos en nuestra práctica cotidiana. El objetivo ha sido analizar la pertinencia de poder diseñar un modelo en la línea de crear un equipo multidisciplinar procedente de los diferentes dispositivos que trabajan en el área o la creación de un servicio específico, con personal propio, con especialización concreta para este tipo de programas, adscrito a uno de los dispositivos de área, como puede ser el CRAP de Fundación Ramón Rey Ardid.

Hemos valorado esta última fórmula más adecuada, dada la importante carga asistencial que los profesionales de todos los dispositivos de área soportan, y la merma en la atención que supondría que algunos de dichos profesionales además tuvieran que prestar atención en un servicio tan intensivo como el que se propone en este proyecto.

Reseñar a este respecto que al suponer la creación de un nuevo dispositivo dentro de la red, hemos considerado la modalidad de concierto económico con El servicio Aragonés de Salud, habitual en los servicios que Fundación Ramón Rey Ardid presta en su Área de Salud Mental, con el fin de facilitar un servicio público, accesible al ciudadano que lo necesite e integrado dentro de la red sociosanitaria, haciendo una estimación del presupuesto

económico que cumpla con los requisitos de personal y de recursos necesarios para una atención con estándares de calidad.

El propio Servicio Aragonés de Salud reconoce la necesidad de la puesta en marcha de estos servicios en todas las áreas sanitarias, por lo que entendemos que un concierto económico con una entidad como Fundación Ramón Rey Ardid, con amplia experiencia e importante presencia en la Red, supone una fórmula viable y realista.

El consenso de la AEN (2009) sobre Atención Temprana a la Psicosis así como la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno mental incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) han sido unos documentos indispensables para este trabajo, puesto que nos han facilitado las directrices en cuanto a objetivos, actividades, sistemas de evaluación, organización de equipos y de metodología de intervención por fases de modo que podemos garantizar que el programa propuesto en el presente trabajo cumple con los criterios de consenso propuestos para todo el territorio español. Creemos que ajustarnos a estos documentos de consenso es indispensable si queremos crear programas de calidad, con evidencias de su eficacia, que faciliten la evaluación y la investigación y que propongan la intervención en función de metodologías concretas que guíen a los profesionales en una praxis en la que el perfil atendido dista enormemente del que habitualmente nos encontramos en los dispositivos de salud mental y que por lo tanto precisa de otras propuestas metodológicas.

Durante el desarrollo de nuestro Trabajo Fin de Grado hemos elaborado un dossier de prensa sobre las noticias que iban encaminadas a este tema, el cual ofrecemos en el anexo 9.

Por último destacar, la utilidad para este trabajo de nuestra asistencia a las Jornadas MIR – PIR en el Centro de Día Romareda. En el cual pudimos presenciar el seminario “Intervención precoz en Psicosis: su contraste con la situación actual”, impartido por Lucas Santiago y Jennifer Paolini.

FUNDAMENTACIÓN

MARCO TEÓRICO

Trastorno Mental Grave

El concepto de Trastorno Mental Grave (a partir de ahora TMG) engloba una serie de diagnósticos que tienen en común la gravedad y la cronicidad, suelen ser degenerativas y conllevan alteraciones conductuales y relacionales. Existen tres criterios para que podamos hablar de TMG:

1.- Diagnóstico. Un conjunto de diagnósticos del grupo de la psicosis (en sentido amplio), no orgánicos, con síntomas positivos (delirios, alucinaciones, por ejemplo) y síntomas negativos (apatía, pérdida de interés, por ejemplo) que conlleva una percepción distorsionada de la realidad. Suele existir falta de contención y conductas de riesgo.

2.- Duración. Dos años o más, pero también incluye a aquellas personas en las que haya existido un deterioro progresivo en los últimos seis meses. En definitiva, personas que necesiten un tratamiento psiquiátrico intensivo e incluso apoyo residencial continuo, de tal manera que exista una interrupción de su situación vital.

3.- Presencia de discapacidad. Las guías clínicas revisadas en la bibliografía, nos hablan de que existan dos o más de las siguientes:

- Desempleo
 - Apoyo económico público
 - Dificultades para tener apoyo social
 - Necesidades en las AVD's
 - Conductas inapropiadas que necesitan de la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.
 - Utilización de servicios de salud mental de forma prolongada o reiterada.
- El Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental de Aragón (2001) lo concreta en alguno de los siguientes supuestos: alta de un servicio de media o larga estancia; tres o más hospitalizaciones a lo largo de dos años; más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida; estancia de más de 90 días durante la última hospitalización

psiquiátrica; tras 3 atenciones en un servicio de urgencias por causas psiquiátricas en un año.

Psicosis

El término psicosis se usa para referirse a un conjunto de trastornos de la mente caracterizados por la pérdida de contacto con la realidad. En términos generales lo que se produce, generalmente de forma transitoria, son alteraciones en la percepción, pensamiento, estado de ánimo y conducta.

El concepto psicosis incluye los siguientes trastornos:

- Psicosis inducida por las drogas
- Psicosis orgánica
- Psicosis reactiva breve
- Trastorno delirante
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno bipolar
- Trastorno esquizoafectivo
- Depresión psicótica

Los síntomas propios de la psicosis más característicos son:

- Alteraciones del pensamiento.
- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Cambios afectivos.
- Cambios de conducta.

Todo este abanico de síntomas, presentes en mayor o menor medida, según el trastorno y el caso particular de la persona afectada generan un importante sufrimiento y una serie de dificultades que de no recibir el tratamiento adecuado y lo más pronto posible pueden derivar en un pronóstico de mayor deterioro, cronicidad y discapacidad.

Esquizofrenia

Y dentro de este conjunto de trastornos que es la psicosis, destaca por encima de todos la esquizofrenia. La esquizofrenia es la madre de la psicosis y,

como indica Bernardo, M. (2012) "es una de las áreas de la psiquiatría en la que más investigación se está realizando y, de hecho, está siendo considerada como un área prioritaria por parte de las autoridades". Éstas se han dado cuenta de la necesidad de invertir para luchar contra esta patología por sus elevados costes sociales y, también, económicos que conllevan.

A pesar de los avances que han existido en los tratamientos en las últimas décadas, sigue siendo una patología grave, crónica y muy discapacitante. Por ello, necesitamos de todas las herramientas para su abordaje. Necesitaremos de tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico, familiar y rehabilitador si queremos conseguir éxito. Un éxito que, actualmente, está basado en la recuperación (*recovery*) un concepto de Anthony, W. A. (1993):

La recuperación implica un aumento de funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente, así como el poner freno al deterioro de la calidad de vida incorporando completamente los recursos disponibles. Recuperarse no quiere decir que el trastorno mental haya desaparecido, ni que el funcionamiento se haya restablecido plenamente. (...) Recuperar la salud mental es mucho más que recobrase de la enfermedad, conlleva la recuperación del estigma, de la falta de recursos, de las contrariedades de la vida e incluso de la pobreza y otras dificultades, de la desesperanza asociada a múltiples fracasos...

Pero vayamos a definir la esquizofrenia. La Organización Mundial de la Salud (2004) define a las personas que padecen una "esquizofrenia como aquellas personas que, sin motivo aparente, presentan una conducta anómala que dura más de un mes ininterrumpidamente y que se caracteriza por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones, creyendo el sujeto afectado por esta situación, que en sus sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son compartidos por las demás personas, llegando a sentirse de forma enfermiza el centro de todo cuanto ocurre".

Otra definición aceptada por la mayoría de clínicos es la de Anderson, Reiss y Hogarty (2001). "Creemos que la esquizofrenia es una perturbación del pensamiento, sensible al ambiente y, harto a menudo, persistente o

recurrente, con un sustrato de disfunción cerebral (cognitiva, perceptiva, anatómica o bioquímica) (...) A menudo, tachan de "modelo médico", "reduccionismo biológico" y "pensamiento lineal" a nuestra tesis (...) Después de todo, en la esquizofrenia, el órgano del deterioro es el cerebro. Se define de esta forma cuando ponemos el foco de la etiología y de la intervención en el cerebro".

En las antípodas de esta definición tenemos la de la Escuela de Milán, prestigioso grupo perteneciente al paradigma sistémico y comunicacional, formado por Selvini Palazolli, Boscolo, Cecchin y Prata (1986). Al colocar el foco en el sistema, continuaron "usando el término bleuleriano esquizofrenia, universalmente empleado, entendiendo con él, no una enfermedad individual, como en el modelo tradicional, sino una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que pueden observarse en el grupo natural en que ésta aparece: en nuestros casos, la familia que utiliza un modelo de intercambio esquizofrénico".

Como vemos, en función donde coloquemos el foco, haremos un tipo de intervención distinta. Lo que es indiscutible es la influencia de la familia, tanto positiva como negativa, en el desarrollo de la enfermedad. La teoría más aceptada actualmente es la Teoría de la Vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977) que desarrollamos en el siguiente epígrafe. Lo importante del hallazgo de Brown (Emoción Expresada) y, posteriormente de Zubin y Spring, es que para la atención a las personas afectadas con esquizofrenia es imprescindible la intervención familiar. La teoría de la vulnerabilidad reconoce ampliamente la contribución relativa de las ciencias neurológicas y de la psicología ambiental y personal (Anderson, Reiss y Hogarty, 2001). Lo que sí que está claro, es que la esquizofrenia es una enfermedad que rompe la línea vital de la persona y de su familia condicionando su futuro.

La gravedad de esta patología es una de las razones para la ejecución de un programa de Atención Precoz en la Psicosis. Un brote psicótico se puede convertir en esquizofrenia con muchas probabilidades si éste se repite en un periodo de cinco años. Es necesario que existan recursos para que las personas que han tenido un brote psicótico y sus familias puedan recibir información,

asesoramiento y terapia para que puedan integrarlo en su desarrollo, puedan comprender qué les ha pasado y cómo pueden prevenir que no aparezca más. Todos estos conceptos e ideas los iremos desarrollando en epígrafes posteriores.

Trabajo Social en Salud Mental

El ámbito de la salud mental requiere de la presencia del rol profesional del Trabajador Social, como profesional experimentado en el abordaje de los factores sociales que intervienen en las diferentes necesidades que presentan las personas con problemas de salud mental. Esta idea no es nueva, ya que el ámbito de la Salud Mental es uno de los que tradicionalmente han sido objeto de intervención por parte del Trabajador Social, debido principalmente a que el colectivo de los enfermos mentales históricamente ha sufrido importantes situaciones exclusión social, pobreza y marginalidad.

La atención a este colectivo también ha superado una etapa en la que la persona con una enfermedad mental era recluida en grandes instituciones manicomiales, con una atención muy centrada en los síntomas y su desaparición separando a la persona de su contexto, en la mayoría de los casos de por vida, privándole, por tanto de toda participación y contacto con la sociedad a la que pertenecía.

Hoy en día queda superada la concepción de que este abordaje era un asunto estrictamente clínico, centrado en la desaparición de síntomas propios del trastorno mental que el individuo tiene diagnosticado. Se reconoce, por un lado la dimensión bio-psicosocial del individuo, y por otro la necesidad de que las personas sean atendidas en una comunidad a la que pertenece y de la que forman parte.

También se tienen en cuenta que el abordaje en salud mental no debe reducirse al tratamiento del individuo afectado por una enfermedad, sino que es necesario además un trabajo con su entorno, en especial con la familia y red social, y por supuesto con la comunidad, que debe tener información y superar los prejuicios que todavía hoy dificultan la inserción real de las personas.

De este modo, el trabajador social puede aportar al equipo multidisciplinar su saber hacer en múltiples aspectos relacionados con la dimensión social que siempre ha de contemplarse en cualquier proceso de atención y tratamiento en salud mental.

Este profesional puede realizar el análisis de aquellas circunstancias en el entorno que han podido influir en el desarrollo del trastorno mental, puesto que algunas circunstancias pueden favorecer la aparición de trastornos en individuos con vulnerabilidad.

Este mismo análisis permite identificar situaciones de riesgo y a partir de esta información poder desarrollar estrategias de tipo preventivo y de detección precoz en la población general.

Por supuesto la intervención muchas veces necesariamente se centra en resolver aquellas circunstancias anteriormente mencionadas, ya que no contribuyen a facilitar un buen pronóstico para el enfermo.

También puede ayudar a la persona y su red social en sus interrelaciones, puesto que las dificultades de relación social son reconocidas en muchos casos como dificultades propias de la enfermedad. El aislamiento social dificulta enormemente el proceso de inserción social del enfermo y la creación y mantenimiento de una red social es un objetivo indispensable en cualquier proceso de rehabilitación. El trabajador social debe poner especial interés en conocer y analizar el mundo relacional del enfermo y saber ayudarle a estimular la creación de relaciones significativas que contribuyan en positivo a su recuperación y que faciliten la integración y participación social.

La presencia del trastorno mental en la familia genera una serie de situaciones que hacen adecuado un trabajo de este profesional con ella de modo que ésta pueda comprender mejor la enfermedad, apoyar en el proceso de su familiar, recibir atención ante situaciones de necesidad de servicios sociales y prestaciones cuando la atención a su familiar excede sus posibilidades.

En muchos casos la persona con problemas de salud mental sufre importantes dificultades de forma crónica que dificultan su funcionamiento social autónomo. Además de los síntomas de la propia enfermedad surgen

situaciones de discapacidad y minusvalía, que se relacionan con los niveles de funcionalidad que la persona presenta.

Son habitualmente las familias, quienes prestan su apoyo y quienes en muchas ocasiones al hacerlo se colocan en una situación de desventaja (pobreza al tener que mantener a su familiar, estigma por parte de su entorno, sobrecarga del cuidador, falta de medios y apoyos para llevar a cabo los cuidados necesarios para su familiar...).

Otro contexto muy importante y necesario es el de reducir el estigma social que el enfermo mental arrastra históricamente y que le genera importantes situaciones de marginación y desventaja social respecto al resto de población. La integración social del enfermo mental está lejos de ser real y completa, y si bien es cierto que cada vez se ha avanzado más en cuanto a igualdad y derecho de participación social, este colectivo todavía carga con importantes prejuicios que despiertan rechazo como el de peligrosidad o violencia.

La inserción laboral es un factor clave para la auténtica integración de este colectivo, que encuentra una especial desventaja en este aspecto. La carencia de oportunidades de acceso al mundo laboral y la escasez de programas específicos de integración laboral generan en este colectivo situaciones de escasez económica, que en muchos casos impiden la vida normalizada en la comunidad lejos de instituciones o de una familia que garanticen la cobertura de las necesidades básicas de la persona.

Vulnerabilidad – Estrés

Zubin y Spring (1977) publican Vulnerabilidad – estrés como una teoría psicológica que explica las diferentes causas de la esquizofrenia, aportando el concepto de las variables moderadoras, consiguiendo unificar las corrientes biológicas, genéticas, psicológicas y sociales. Según este modelo, una persona tiene una predisposición determinada para sufrir esquizofrenia. Y esta esquizofrenia se dará en función de su interacción con el ambiente y los sucesos que tenga en su vida. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, menos

estrés se necesitará para que aparezca el trastorno. Y a la inversa, a menor vulnerabilidad, será necesario más estrés para que aparezca el trastorno.

Pero, si dos personas que tiene el mismo grado de vulnerabilidad y que son expuestos al mismo suceso vital estresante, tendrán un episodio psicótico en función de sus variables moderadoras. Estas se pueden clasificar, según Abelardo Rodríguez (1997) en tres: nicho ecológico, características de la personalidad y la red social, en la cual se encuentra el clima familiar. A partir de este concepto podremos diferenciar de factores predisponentes y de situaciones desencadenantes (ver tabla nº 2):

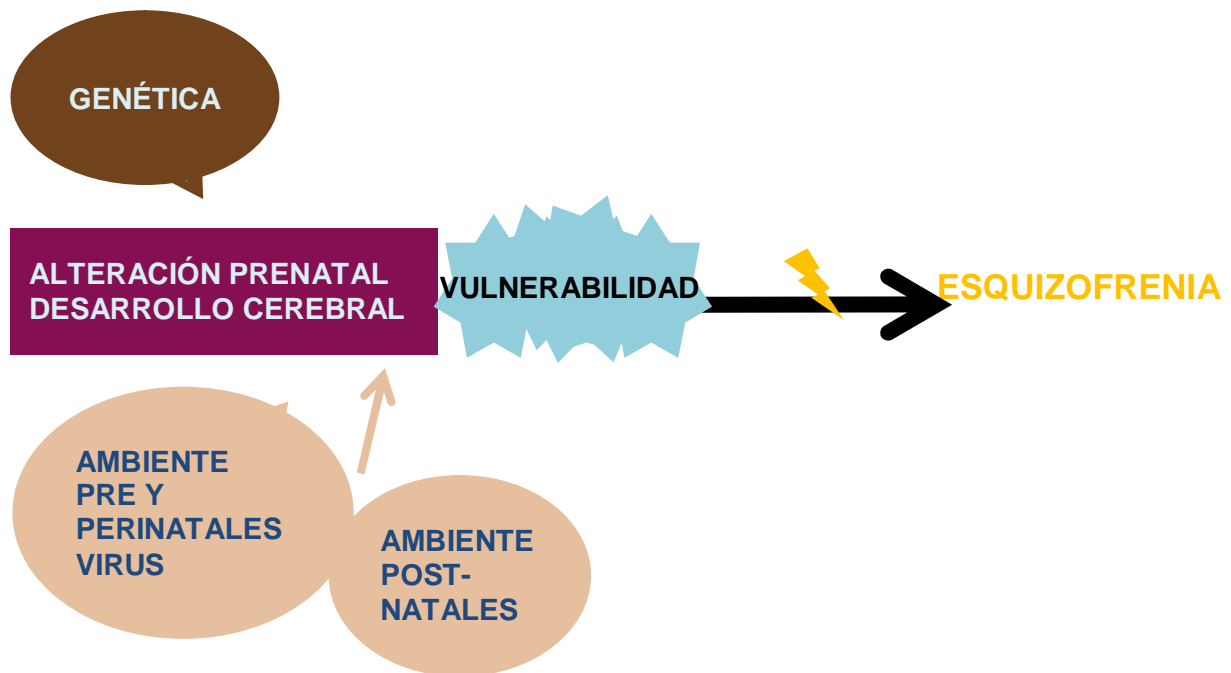
Factores predisponentes:

- Factores genéticos
- Disfunciones bioquímicos (dopamina)
- Déficit cognitivos
- Personalidad esquizoide

Situaciones desencadenantes

- Abandono de la medicación
- Consumo de tóxicos
- Alta emoción expresada en la familia
- Ambiente social muy exigente
- Acontecimientos vitales estresantes Mala higiene del sueño

Tabla 2. Vulnerabilidad – Estrés en la Esquizofrenia



Y la relevancia que tiene el estrés es fundamental para el curso de la enfermedad y las posibles crisis. Por ello, las personas con esquizofrenia tienen que ser entrenadas para poder manejarlo, a la vez que no estén expuestas a un nivel de estrés mayor del que puedan soportar, ya que en su caso, tendrían una recaída. Y en esta teoría está basado el modelo de Rehabilitación Psicosocial y de Recuperación. La publicación del modelo vulnerabilidad – estrés permitió nuevas vías de tratamiento desde el punto de vista psicosocial, en un momento que parecía inabordable desde esta perspectiva. El reto es el control del estrés como forma fiable de reducir el número de crisis y, por tanto, la gravedad de la enfermedad. Así, como aumentar unos factores protectores para cada paciente:

- Establecimiento y refuerzo de las redes sociales de apoyo
- Mejorar las habilidades personales de afrontamiento
- Mejorar la ocupación
- Conciencia de enfermedad
- Adhesión al tratamiento biopsicosocial
- Mejorar las habilidades familiares en resolución de problemas concretos
- Mejorar la comunicación familiar
- Intervención comunitaria

Y para desarrollar estos factores protectores destaca como tratamiento la intervención familiar psicoeducativa, que une dos conceptos fundamentales la Emoción Expresada y la teoría de la vulnerabilidad – estrés (ver tabla 3). El objetivo es reducir la emoción expresada familiar para evitar que el estrés sobrepase el umbral de la persona a través de grupos de Psicoeducación como veremos en su epígrafe correspondiente.

Tabla 3. Emoción expresada y Teoría de la Vulnerabilidad



Fuente: Elaboración propia

Frecuentemente, es complicado realizar una medición fiable de la emoción expresada. Kuipers, E. y Leff, J. (2004) nos muestran unas señales que identificarían la existencia de un alta emoción expresada en la familia: "a pesar del cumplimiento en el tratamiento farmacológico, el paciente recae más de una vez al año; los familiares recurren con frecuencia a los profesionales para tranquilizarse; en la familia hay disputas recurrentes que acaban en violencia física o verbal; cuando una persona – generalmente la madre – se encarga casi en exclusiva del cuidado del paciente".

Salud Mental Comunitaria

La atención a la salud mental actualmente se plantea facilitar la mayor participación posible en la sociedad de las personas afectadas de problemas de salud mental.

Este planteamiento ha supuesto un importante cambio de paradigma que pretende superar el enfoque tradicional de atención psiquiátrica en grandes instituciones donde el enfermo era internado durante largos periodos de tiempo e incluso de por vida, alejado de la sociedad y despojado de toda posibilidad de desempeño de roles diferentes que los que la cronificación y la etiqueta de enfermo mental puede ofrecer.

Para que esto sea posible han sido necesarios diferentes avances a nivel social en cuanto al mayor reconocimiento de los derechos humanos y civiles, y por parte de las administraciones a nivel de reformas legislativas que garanticen dichos derechos.

En el caso de España, la reforma psiquiátrica tiene su origen en los años 80 a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 20 enuncia directrices dirigidas a la atención comunitaria de la salud mental.

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 de 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 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 de 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 la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.
(Ley 14/86 de 25 de Abril)

La aplicación de estos principios ha dado lugar al actual modelo de atención comunitaria. El modelo comunitario plantea que la persona debe ser atendida en la comunidad de la que forma parte, evitando en la mayor medida posible la desvinculación de esta. Para que esto ocurra es fundamental la creación de una red de recursos bien coordinados entre sí, que puedan facilitar los diferentes apoyos que la persona precisa para poder participar de la sociedad de la que forma parte.

La atención en la comunidad, requiere de la territorialización de los recursos, que deben, en igualdad de criterios que el resto de dispositivos sanitarios ser accesibles a los ciudadanos, públicos, y orientados hacia una recuperación en sentido amplio de capacidades que faciliten al individuo su participación social en igualdad de oportunidades que el resto de ciudadanos.

La atención comunitaria requiere de múltiples servicios dispuestos en red y enfocados hacia cubrir las diferentes necesidades que el individuo experimenta, superando la idea del abordaje de los factores estrictamente clínicos de la enfermedad mental. Cobra una especial importancia en este modelo las actuaciones preventivas, la rehabilitación psicosocial, la reinserción social y laboral...

Los equipos de atención son necesariamente multidisciplinarios, y es muy importante la coordinación entre servicios sociales, sanitarios y socio comunitarios de forma que se pueda garantizar además la continuidad de cuidados tan característica de este modelo. Cada comunidad autónoma ha desarrollado su red de recursos de atención de forma que los modelos se han desarrollado de forma muy desigual a lo largo de estas décadas.

En cualquier caso la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2000), plantea la necesidad de que se garanticen algunos criterios para que la atención comunitaria sea de calidad.

En primer lugar se plantea la necesidad de que el sistema sea público, enfatizando en la necesidad de que las administraciones planifiquen, ordenen, definan y financien servicios en base a unas necesidades consensuadas y garantizando el acceso a los ciudadanos en igualdad de oportunidades. Las administraciones deben elaborar sus planes de salud mental y comprometerse a llevarlos a cabo.

Por otro lado es importante que el modelo sea comunitario en el sentido de que el individuo no sea apartado de su comunidad para ser atendido. Esto requiere un modo coordinado de trabajar con los diferentes recursos que se encuentran en dicha comunidad y unos planes de formación de los profesionales que los capaciten para trabajar según este modelo.

Es necesario que sea universal y equitativo, en el sentido de que toda la población pueda acceder en función del grado de necesidad. Esto requiere una adecuada planificación y provisión de servicios y recursos suficientes que garanticen que las personas puedan ver atendidas sus necesidades.

La atención integral debe atender la naturaleza bio-psicosocial de los problemas. Desde este enfoque se reconoce la necesidad de trabajo multidisciplinar, de la necesidad de programas y recursos complementarios y de la necesidad de coordinación entre recursos sociales, sanitarios y socio comunitarios.

Por otro lado señalar la necesidad de que el modelo se integre dentro del sistema sanitario general en un nivel de atención especializada, pero también con presencia en los servicios primarios sociales y sanitarios, en especial a través de la formación de sus profesionales para que puedan intervenir en situaciones de riesgo y hacer un trabajo de prevención.

El principio de la territorialización también es un criterio de calidad y las administraciones deben tenerlo en cuenta aun cuando se plantea la creación de unidades para patologías específicas, que deben ser accesibles a los ciudadanos y no potenciar la desterritorialización. La alternativa sería una red lo suficientemente amplia como para poder atender las diferentes casuísticas en el territorio.

Por último se destaca la necesidad de que la atención gire en torno a las personas enfermas desde la perspectiva de dar respuesta a sus necesidades y de centrarse en capacitar y potenciar las habilidades de los enfermos y su posibilidad de participar de forma activa en su proceso, especialmente en relación a las tomas de decisiones.

Y es que como afirma la AEN (2000) "·Si algo debe caracterizar un modelo comunitario de atención es su carácter integrador, solidario, respetuoso y sobre todo dignificante del enfermo psíquico."

Teoría del Apego

La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una explicación evolutiva de las experiencias de búsqueda de ayuda o de búsqueda de proximidad por parte de los pacientes dentro del contexto de la perturbación y del dolor. Este modelo teórico nos puede ayudar a la recuperación y a la prevención en recaídas después de pasar por una experiencia psicótica (Gumley, A. y Schwannauer, M., 2006).

El apego es, según Bowlby (1998) "el vínculo emocional que desarrolla el niño con su madre y que le ofrece la seguridad emocional para que la personalidad se desarrolle convenientemente". El bebé busca con conductas como el llanto, la sonrisa o el balbuceo la respuesta de la madre. De esta forma busca la vinculación con ello. Sólo a partir de un apego seguro como base, el bebé podrá hacer una exploración del mundo. Bowlby nos habla dos tipos de apego: El apego seguro, donde el niño se siente confortado y explora con naturalidad y el apego inseguro que se divide en tres tipos:

1. Apego inseguro evitativo. Poco interés en la exploración y escasa muestra de afecto a la madre.
2. Apego inseguro ambivalentes. Suelen ser pasivos y no muestran interés en el juego. Se alteran con la separación de la madre pero cuando se reúnen de nuevo pueden tanto estar enfadados o pasivos.

3. Apego inseguro desorganizado. No hay objetivo de exploración. Falta una estrategia de apego coherente (Gumley, A. y Schwannauer, M., 2006).

Se han realizado investigaciones importantes sobre el estilo de apego en las personas con psicosis. Gumley y Schwannauer nos traen el estudio de Dozier y Lee (1995) que observaron los vínculos de apego de personas con esquizofrenia. Los pacientes tenían mayor apego inseguro que el grupo control. Y lo que observaron que los participantes que recurrían a las estrategias de apego evitativo comunicaban menos síntomas y un menor afecto lo que conlleva peor pronóstico que los que comunicaban sus síntomas (...) "Era probable que estas personas con apego evitativo rechazaran el tratamiento ofrecido y tuvieran mayor posibilidad de que su episodio psicótico se desarrollara en esquizofrenia". Por consiguiente, la prevención de recaídas comienza con el estado emocional de la persona después de la psicosis clínica y con su respuesta relacional al estrés emocional. Y para ello es fundamental trabajar técnicas de apego que permitan crear una adecuada relación terapéutica. Las evoluciones más negativas después de un primer brote psicótico están relacionadas con la DUP (Duration of Untreated Psychosis), es decir, con el tiempo que el trastorno ha estado sin tratar y para ello es imprescindible que la persona sea capaz de pedir ayuda a sus personas más cercanas.

NECESIDADES SOCIALES

Usuario: Identidad

Hoy en día el diagnóstico de una enfermedad mental supone un importante impacto para la persona y también para su entorno. Y es que a pesar de los esfuerzos por reducir el estigma, del que más adelante hablaremos, y de que la salud mental sea una más de las diferentes especialidades dentro del sistema sanitario general, la realidad es que todavía queda mucho por avanzar.

El camino que debe recorrer una persona con un problema de salud mental y su familia habitualmente conlleva una larga etapa en que la enfermedad está presente, pero sin que puedan identificarlo adecuadamente,

ni pedir ayuda, por lo que a menudo cuando el diagnóstico se produce la persona lleva varios años de sufrimiento y de evolución del trastorno.

Este tiempo sin tratamiento repercute negativamente en la posterior recuperación, y a menudo conlleva el deterioro de las relaciones sociales, familiares, así como la progresiva pérdida de roles "sanos" en el individuo (rol laboral, pérdida de autonomía,...). El contacto con los medios psiquiátricos se torna traumático para el individuo y para su familia, que para entonces solo han podido conocer los aspectos más discapacitantes de la enfermedad.

El sistema de atención actual está diseñado para un momento de la enfermedad demasiado tardío, donde ya se ha producido deterioro y en muchas ocasiones discapacidad. Desde el inicio del diagnóstico ya se cuenta con graves pérdidas y dificultades para el individuo en muchas ocasiones de forma crónica y persistente. El pronóstico de la enfermedad y la recuperación es menor cuanto mayor y más prolongado ha sido el tiempo en que el individuo ha estado sin tratar.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es el duelo en la psicosis. Se reconoce la importancia del abordaje de este duelo en los procesos de recuperación (Edwards y McGorry, 2004). Los programas de atención temprana en psicosis cuentan entre sus diferentes abordajes con ayudar al individuo a elaborar el duelo que produce el diagnóstico de la enfermedad.

El duelo en psicosis tiene algunas características. Valencia (2014) afirma que se trata de una pérdida ambigua, ya que no se resuelve sino que se produce la situación ambigua de que la persona está presente, pero es diferente a nivel psicológico (ya no es la misma a nivel de capacidades o roles sociales).

La persona diagnosticada de psicosis habitualmente experimenta unas importantes pérdidas tras un episodio psicótico. Según Tarí y Ferrer (2011) se producen varios tipos de pérdidas: De capacidades y aspectos que definían a la persona (valores, aficiones...), materiales (trabajo, domicilio propio, estatus socioeconómico previo...), relacionales (amistades, pareja, familiares...), de proyectos vitales o experiencias del ciclo vital normal (aquello que el paciente no podrá vivir a causa de su trastorno).

A lo largo del tiempo la persona no solo sufre estas pérdidas sino que además aparece la desesperanza por poder recuperar aquello que se ha perdido. Esto se relaciona especialmente con el sentimiento de pérdida de capacidades.

Además de todos estos aspectos, la psicosis provoca profundos cambios en la identidad del individuo, que siente que ya no volverá a ser como antes. La identidad de las personas guarda una estrecha relación y se construye con las experiencias vividas, con los roles desempeñados y con la autopercepción que el individuo tiene de sí mismo. En salud mental, el actual modelo de atención facilita la asunción de roles compatibles con la cronicidad. Los diferentes servicios están diseñados para intervenir cuando la persona cumple unos criterios de gravedad y de desajuste social muy importantes.

Esto provoca la necesidad de atención prolongada y una cierta dependencia de los diferentes dispositivos que aparecen con mucha frecuencia como un apoyo del que no se puede prescindir durante toda la vida, según exista un mayor o menor nivel de discapacidad en la persona.

Es frecuente que tras largos años de recuperación exitosa la persona experimente dificultades para retomar una vida normalizada, puesto que la etiqueta que imprime el diagnóstico, la experiencia de necesitar apoyo constante, la identidad de enfermo crónico, el estigma social provocan una dificultad que nada tiene que ver con la clínica de la enfermedad o con la merma de capacidades funcionales.

Estos aspectos justifican la necesidad de implantar programas que puedan intervenir en momentos iniciales en que comienza la enfermedad, cuando hay menor pérdida de capacidades, cuando el individuo mantiene todavía roles sanos, ayudándole a integrar la experiencia de la psicosis en su experiencia de vida minimizando los efectos que un diagnóstico tardío genera sobre la identidad del individuo y sobre su calidad de vida y la de su familia.

Necesidades sociales de la familia

Cuando aparece una enfermedad grave en el seno de una familia, se producen una serie de reacciones emocionales, un gran impacto, en cada uno

de los miembros que van a influir en el proceso de la persona enferma y en la estructura de la propia familia. Buckman (1992), como nos explica Navarro Góngora (2004) posiciona las reacciones de los familiares en el mismo grado que la del paciente, aunque puede expresarla en momentos diferentes.

Todo ello, va a ser más evidente, si cabe, en una psicosis. Tanto por el momento evolutivo en el que suele producirse (la adolescencia es el momento del primer brote psicótico en más del 75% de los casos), como por la incompreensión de la sintomatología y por el estigma social que tienen este tipo de enfermedades. Son ingredientes suficientes para que se den una serie de reacciones muy bruscas que necesitarán de una intervención profunda por parte de los recursos de salud mental.

Navarro Góngora (2004) nos habla de los sentimientos contradictorios que aparecen en la familia. Por un lado, aparece la contrariedad, impotencia, depresión, agresividad, culpabilidad, sensación de injusticia, temor con respecto al futuro de la familia y personal, deseos de que el problema se acabe (por una curación milagrosa, por la muerte del enfermo o por huida o abandono). Como respuesta a los sentimientos descritos suelen producirse angustia, ansiedad y culpa. A todo ello se une su falta de comunicación, lo que suele agravarlos. Todos estos sentimientos constituyen una respuesta normal y coexisten con sentimientos positivos de ternura, amor y reconocimiento de la persona enferma.

Nada más recibir un diagnóstico como el de una psicosis, la reacción inmediata de la familia es de shock y pánico. Cuando el paciente se encuentra en una fase aguda, los familiares pueden estar conmocionados, sumidos en el desespero y el desconcierto (...) A menudo, necesitan cierto tiempo para comprender lo que implica el diagnóstico. Y si se trata del primer episodio, los familiares esperan, naturalmente, que sea el último (Thorsen, G. B. y Gronnestad, T., 2009).

Otras de las más que posibles consecuencias de la aparición de una psicosis en la familia es el aislamiento social. En primer lugar, la persona afectada ve

cómo su red social se restringe de manera exponencial. Existen varios estudios realizados sobre las redes sociales de las personas con psicosis, las características de estas redes, su estructura y las consecuencias que les producen en su sintomatología y estabilidad de la enfermedad en función de dichas características.

Pero este aislamiento social se va generalizar en toda la familia nuclear, convirtiendo al cuidador principal en "carcelero y prisionero" al mismo tiempo. La enfermedad puede sentirse como un estigma con su correspondiente pérdida de vida social. Frecuentemente los conocidos no saben cómo comportarse. Cualesquiera que sean las razones, el aislamiento social potencia el impacto negativo de estar sujeto a una condición crónica. Hace más vulnerable a las personas a contraer trastornos mentales y/o físicos; perpetúa el estigma; crea problemas de acceso a modelos alternativos de afrontamiento de la enfermedad. (Navarro Góngora, 2004).

Todos estos factores van a alterar la estructura familiar que, como decía Minuchin (1974), es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Es decir, estas reacciones no se quedan sólo a nivel individual sino que repercuten en la familia como grupo socializador primario. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (...) Las operaciones repetidas en esos términos constituyen una pauta transaccional.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de los subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido – mujer o madre – hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Los subsistemas están separados por límites. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera (...) La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema posee funciones específicas y plantea demandas

específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas (Minuchin, 1974). Lo que nos explica Minuchin aquí tiene que ver que la familia es un sistema compuesto de diferentes subsistemas. Podemos verlos a través de las diferentes funciones, roles, sexo, diferentes generaciones... Entre estos subsistemas se crean límites o fronteras marcados por las reglas familiares. Estos límites o fronteras pueden ser rígidas o difusas, en función de cómo sean de flexibles o no dichas reglas familiares. Tanto los diferentes subsistemas como los límites entre ellos se verán alterados por la irrupción de la psicosis. Creando, así, una estructura disfuncional y permitiendo el estancamiento en el proceso vital familiar.

Por nuestra experiencia, es frecuente que la estructura familiar de las familias con un miembro con psicosis, se asimile a la de una familia aglutinada. El propio Minuchin las definía como aquellas familias que tienen dificultad para la individuación, problemas para la diferenciación. Con ello se abandona la autonomía, no hay retos para la emancipación de sus miembros, lo nuevo y externo es considerado como peligroso y la conducta de un miembro repercute en los otros de manera excesivamente intensa. Es decir, los límites entre los subsistemas son excesivamente difusos y los límites con el exterior excesivamente rígidos.

El riesgo a que se repita un brote psicótico hace que la familia no intente nada nuevo, nada arriesgado que no salga de su zona de confort. Que todo sea previsible y rutinario. Se crean reglas que impiden que el tiempo avance, la familia se detiene en su ciclo vital, aparece la homeostasis.

Con todos estos ingredientes, más la dificultad que provoca la convivencia con una persona con sintomatología activa de una psicosis, es lógico que la comunicación se vea afectada, sea ineficaz y se convierta en fuente de conflictos. El tipo de comunicación más característico en las familias con miembros con psicosis la denominamos Alta Emoción Expresada (AEE), a la cual hacíamos referencia en la tabla 3. En 1959, George Brown y su equipo del Medica Research Council de Londres acuñaron este término. Comenzaron a

investigar qué les ocurría a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que vivían con sus padres, ya que éstos tenían mayor tasa de recaídas. En sus investigaciones demostraron que existía relación entre la recaída y el curso de trastorno con las relaciones familiares. Y esa relación era la Emoción Expresada, un patrón de interacción caracterizado por la sobreprotección, la hostilidad y el hipercriticismo (Gutiérrez, 1995). El clima familiar es de una alta reactividad, son frecuentes los gritos, las disputas por nimiedades, los insultos... También lo está en otros muchos casos en que el denominador es un estrés crónico muy alto, no solo en la esquizofrenia (Navarro Góngora, 2004). Pueden constituir factores de estrés precipitantes para los individuos vulnerables o señalar la existencia de una grave congoja familiar, causada por la convivencia prolongada con una persona en estado de deterioro (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

Brown y Rutter (1966) idearon una herramienta, una entrevista para codificar la emoción expresada: la Camberwell Family Interview. En España Lemos (1987) hizo una adaptación que adjuntamos en los anexos (anexo 1). La aplicación de esta escala en estudios sucesivos demostró los resultados ya descritos: los pacientes que volvían a hogares con Alta Emoción Expresada tenían tres o cuatro veces más probabilidades de recaer que los pacientes que vivían en hogares de baja emoción expresada (Brown, 1972, Vaughn y Leff, 1976, Vaughn, Jones y Fallon, 1984). Brown y sus colegas trataron de perseguir la idea de que el nivel emocional de un hogar con estrechos vínculos familiares pudiera contener algo específicamente estresante para los pacientes esquizofrénicos que los condujera a una recaída (...) y se observó que las familias que manifestaban un alto grado de emoción expresada tendían a alcanzar índices de recaídas del 50% o más, en los nueve meses inmediatos al alta hospitalaria (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

El constructo de Emoción Expresada, refleja la cantidad – calidad de actitudes hacia el paciente. Se valora el tono afectivo y el contenido, y en su valoración se contemplan cinco escalas principales (Linares Fernández, 2012: 42): Criticismo, hostilidad, sobreimplicación emocional, calidez y comentarios

positivos. El grado de emoción expresada también se verá afectada por el cambio en la distribución de los roles y la carga del cuidador. En primer lugar, cuando surge una enfermedad mental, la distribución de roles y funciones familiares necesitan redefinirse (Rolland, 2000). Cuando quien enferma es un hijo, el ajuste estructural es menor (aunque no así el emocional) necesitándose de alguien que ayude y cuide de quien tiene el problema. Cuando uno de los padres enferma, se necesita que alguien le cuide y además lo sustituya en sus funciones afectivas o de autoridad, o de subvenir a las necesidades de la casa (Navarro Góngora, 2004). Y en segundo lugar, la carga del cuidador implica un esfuerzo, disfunción del sueño, disponibilidad hacia otra persona a largo plazo. Cuanto mayor es el agotamiento, mayor es la dependencia del contexto social (Navarro Góngora, 2004).

Y, por último, todas estas reacciones no tienen por qué darse en todas las familias. Cada una de ellas es única, con sus características específicas., dependerán de una serie de factores. Gradillas (1998) determina que los factores condicionantes de las respuestas son: personalidad anterior del enfermo, la relación previa, la intensidad y duración de la convivencia, unión de la familia, motivación del familiar y los niveles de tolerancia ante la adversidad.

En resumen, se crea un círculo vicioso: Tensión cuidador – empeoramiento del clima familiar – peor evolución de la enfermedad, sin que ninguno de los componentes de dicho círculo sea el inicio ni el final. Nuestra intervención como profesionales debe tender a romper ese círculo y conseguir que la familia salga de su homeostasis continuando con su ciclo vital.

Necesidades de la Red de Salud Mental

La atención a la psicosis, según el modelo de atención comunitario actual requiere de múltiples servicios y programas capaces de proporcionar el apoyo y atención que cada persona precisa según sus necesidades particulares.

Esto es lo que plantea el actual modelo de atención comunitario. La realidad es que en los años que han transcurrido desde la reforma psiquiátrica la planificación e implantación de programas se ha desarrollado de forma

desigual según las diferentes comunidades autónomas de modo que cada una ha diseñado y puesto en marcha una cartera de servicios dando lugar a diferencias importantes entre unas y otras.

La AEN (2006) analiza algunas de las dificultades más frecuentes que hacen que estos servicios no puedan garantizar la cobertura de necesidades de la población en cualquier territorio.

La escasez de recursos, la disparidad en la puesta en marcha de diferentes programas y servicios según cada comunidad autónoma, las múltiples fórmulas de financiación pública y privada, las dificultades de coordinación entre servicios sanitarios y sociales, entre atención primaria y especializada... han generado un sistema que en la práctica dista enormemente de satisfacer las necesidades de atención integral, que el famoso artículo 20 de la Ley General de Sanidad proclamaba.

Si bien es cierto que las comunidades autónomas han desarrollado sus planes de salud mental, que contemplan todas las tipologías de servicios necesarios para garantizar la atención integral, algunos programas concretos no se han desarrollado en la mayoría de ellas.

Señalan especialmente falta de desarrollo de programas orientados a la atención precoz a pesar de que se reconoce la importancia que tiene la implantación de este tipo de programas.

Los programas específicamente encaminados a garantizar la atención precoz hoy son excepcionales como son excepcionales los encaminados a proporcionar atención urgente en la comunidad. Así, el acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce solo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas.

(AEN, 2006, p. 15)

La realidad es que el actual modelo de atención no puede dar respuesta a las múltiples demandas que presentan las personas con problemas de salud mental y sus familias y todavía son estas últimas quienes con su esfuerzo

soportan las consecuencias de las carencias de servicios (escasez de alternativas residenciales suficientes que dificultan la emancipación, falta de recursos económicos que generan situaciones de dependencia económica de sus familiares, falta de oportunidades y apoyos para acceder al mercado laboral...).

Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. (OMS, 2001)

Queda en evidencia, con este dato proporcionado por la OMS que es muy necesario plantear nuevas estrategias de abordaje que incrementen la eficacia y reduzcan la diferencia entre necesidades del colectivo y recursos disponibles de modo que realmente sea factible apoyar a las personas con problemas de salud mental, en condiciones equiparables a las del abordaje de cualquier otra enfermedad.

La atención precoz en psicosis podría en gran medida prevenir la gran necesidad de apoyo con que los usuarios contactan con los recursos de atención, pudiendo intervenir en momentos de menor discapacidad y desajuste social, invirtiendo los esfuerzos en ayudar a la persona a retomar su funcionamiento más normalizado previo a la enfermedad, pudiendo incluso en muchos casos prevenir una situación de necesidad de apoyos de forma continuada.

Las guías de práctica clínica, desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que suponen un importante referente para la práctica clínica en España explicitan la importancia de la atención temprana en psicosis, reconociendo la importancia del tratamiento de las fases precoces de la enfermedad con objetivos de evitar, minimizar o demorar la transición a psicosis. Su propuesta sería el desarrollo de tratamientos en el contexto de servicios tradicionales, o bien la creación de servicios específicos de atención temprana.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Modelos Intervención en Crisis

Una intervención ante un primer brote psicótico se da en un momento de crisis del individuo y de su familia. El Trabajador Social deberá dirigir su foco hacia la forma de reacción de esta persona para superar este momento vital. De la manera que lo haga determinará, en gran medida, su pronóstico futuro. "El concepto de crisis se refiere a un sucesos que se convierta en un punto de cambio necesario, cuando la persona ha de adoptar una u otra dirección recopilando recursos para un crecimiento, una recuperación y una ulterior diferenciación" (Erickson, 1968). Mientras que, para Slaikeu (1989) "la crisis se describe por un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los medios habituales de resolución de problemas".

Es preciso hacer una distinción entre tipos de crisis según los factores de estrés que la han originado. Du Ranquet (1996) hace una distinción entre crisis previsibles, crisis de transición y crisis imprevisibles. Son estas últimas en las que nos centraremos en un Programa de Atención Precoz en Psicosis.

Según Du Ranquet, este modelo no permite una fase de estudio del caso, de recogida de datos muy prolongada en el tiempo. Para diagnosticar el Trabajador Social debe identificar la crisis, su etiología y su gravedad. Lo que interesa es precisar al máximo la situación de crisis y sobre todo las energías de que el usuario dispone para superar la situación y adaptarse a sus nuevas circunstancias. El trabajador social tiene que determinar, si es pertinente o no utilizar el concepto de crisis y, en caso afirmativo, comprobar el nivel que ha alcanzado. Seguidamente hay que conocer la situación global en la que el cliente está inmerso y su interacción con aspectos psicológicos de la vida del mismo. El tratamiento va encaminado a detectar y actuar, en primer lugar, los factores psicosociales que desencadenan el período traumático; y, en segundo lugar, va encaminado a detectar, potenciar y movilizar los recursos internos de la persona afectada.

El trabajador social construye la relación de ayuda sobre las necesidades y sentimientos que tiene el cliente. Éste es el principal método a utilizar en este modelo. Trabajador social y cliente determinan la base real de las percepciones que éste último tiene de su situación. En la relación de ayuda aparecen técnicas como: la entrevista con preguntas abiertas, la escucha activa, la empatía y las técnicas reflexivas.

En el tratamiento de la crisis hay momentos en que el trabajador social tiene que desempeñar un rol activo y directivo, apoyando al cliente en los mecanismos de ajuste por él elegidos y orientándolo sobre otros más idóneos. Naomi Golan (1978) propone una metodología en la intervención en crisis dividido en tres fases fija la intervención en 7-8 entrevistas en la que la primera sería la formulación, la segunda es donde realizamos la implantación y por último, el cierre o terminación del proceso.

Es un modelo muy valorado por autores relacionados con la psicología del ego, que busca comprender a la persona apoyándose en las teorías desarrolladas por Freud y Rank, y también acude a los trabajos de Piaget y Erickson.

Modelo Sistémico. Técnicas Narrativas

El modelo sistémico ofrece algunos aportes muy interesantes para la intervención en salud mental, tanto en rehabilitación como en intervención temprana.

Este enfoque concibe al individuo como parte integrante de un sistema en el que hay una constante interacción de modo que el todo es más que la suma de las partes. Amplía su foco de observación al individuo en contexto, o mejor dicho al sistema global al que pertenece. De este modo son muy importantes las interacciones, la comunicación, el modo en que se relacionan los componentes del sistema familiar. El síntoma deja de ser atribuido al individuo como sujeto enfermo y se pasa a concebir la conducta sintomática como pauta comunicacional que tiene una función concreta dentro del sistema, por lo que todos de forma interdependiente contribuyen a que este se manifieste.

La idea es que un cambio en un miembro del sistema conducirá a cambios en todos los demás, por lo que el objetivo terapéutico será ayudar al sistema a

que encuentre un equilibrio a través de una forma de relación, interacción y comunicación en la que no sea necesario manifestar síntomas.

Se pasa de tratar al individuo fuera de su contexto e intentar cambiarlo para que retorne al contexto inicial, a tratar a todo el sistema, sin necesidad de sacar al paciente identificado, facilitando el cambio en las dinámicas de todos, para que puedan funcionar de un modo más satisfactorio para ellos.

El modelo sistémico, además de la terapia familiar estrictamente dicha, admite múltiples aplicaciones para el Trabajo Social en Salud Mental. Por este motivo nos parece un enfoque útil para algunas de las actuaciones de un departamento del Trabajo Social en un servicio de atención precoz en psicosis.

En un contexto psicoeducativo el modelo sistémico puede ayudarnos a aportar diferentes ideas que ayuden a las familias a comprender aquellos mecanismos que contribuyen a la expresión sintomática de su familiar, a buscar fórmulas de interacción y comunicación más eficaces para todos, etc.

Este modelo es muy útil para el Trabajador Social, ya que este profesional puede gracias a este enfoque realizar un análisis y exploración en profundidad de la familia y su estructura contribuyendo enormemente con esta información al diseño del plan terapéutico que debe contemplar un abordaje integral de la problemática del paciente.

La perspectiva sistémica permite trabajar con el paciente y con su familia, para que todo el sistema pueda contribuir activamente hacia el cambio deseable.

Son especialmente interesantes las técnicas propias de la terapia narrativa, que son adecuadas en psicoterapia por varios motivos como los que propone Díaz (2007):

- Interés por los procesos de significado individual y colectivo: Diferentes teóricos se han interesado y han desarrollado teorías que vinculan los significados, procesos de simbolización y lenguaje con la posibilidad de cambio clínico.
- Necesidad de modelos para trabajar con las emociones en psicoterapia.
- El interés por la temporalidad y los procesos de secuenciación en problemáticas clínicas específicas: La narrativa se interesa por la forma

en que los pacientes en proceso de duelo o estrés post-traumático elaboran las experiencias, como son los procesos de secuenciación, la temporalidad... y cómo estos se relacionan con la regulación emocional.

- El problema de contextualizar los problemas de los pacientes de manera coherente con su historia vital.
- Necesidad de integración en el campo de la salud mental: La narrativa facilita a los profesionales poder explicar con otro lenguaje la situación a cada paciente facilitándole poder integrar dicha información.

Las técnicas narrativas, pueden en un servicio de atención precoz en psicosis, contribuir enormemente a reducir el impacto que puede generar en el individuo y familia la enfermedad, a poder explicar de un modo coherente lo que están experimentando, a modificar su propia narrativa de la historia familiar, o de algunos de sus miembros de forma más constructiva. Permitirá al usuario poder integrar la experiencia psicótica en su historia vital, sin que suponga una ruptura con esta ni con su identidad, a elaborar de forma menos traumática el duelo, a poder reconocer conflictos emocionales que dentro modo no puede aceptar.

Algunas técnicas narrativas muy interesantes (Botella, 1999) son los documentos escritos (diarios, cartas, autobiografías), y algunas otras técnicas conversacionales como centrarse en soluciones, externalizar el problema, la búsqueda de excepciones, las estrategias de rigidificación y aflojamiento narrativa, las metáforas, tareas de autoobservación...

Modelo Centrado en la Tarea

El modelo centrado en la tarea es también una de las propuestas metodológicas que se recomiendan en un servicio de atención precoz en psicosis. Este modelo se caracteriza por trabajar a partir del problema designado por el cliente, a través del diseño de un proceso compuesto de tareas, que en un corto periodo de tiempo (menor de 3 meses o de 12 sesiones) debe concluir con la consecución del objetivo marcado inicialmente como situación deseable por el cliente.

En este modelo el Trabajador Social tiene un rol auxiliar y lo importante es que el usuario se involucra en todos los aspectos de la toma de decisiones y

se potencian sus capacidades y su deseo de cambio. Se le da mucha importancia a la autonomía de la persona, ya que es ella quien va haciendo sus propias elecciones.

El trabajador social no debe ser quien designe el problema, si bien su intervención es importante a la hora de poder ayudar al usuario a elegir el problema que quiere y puede resolver, que para este modelo debe tener algunas características señaladas por Du Ranquet (1996): ser susceptible de modificación gracias a los esfuerzos del usuario, ser preciso y encontrarse bien delimitado. Esto tiene mucha importancia, puesto que la consecución exitosa del objetivo a partir de un problema bien elegido facilitará la experiencia del éxito además del aprendizaje para poder resolver otros problemas en el futuro sin necesidad de apoyo, la comprensión más profunda sobre el problema y los factores que lo han desencadenado y la adquisición nuevas estrategias y herramientas que la persona ha ido adquiriendo a lo largo del proceso.

En este modelo también cobra un importante protagonismo la figura del contrato, que explicita el compromiso así como las tareas que cliente y Trabajador social van a asumir, los tiempos, los objetivos, etc. El contrato significa acuerdo en todas las condiciones de la relación terapéutica, por lo que siempre el cliente puede reconocer su voluntad en todo lo que en el contrato consta.

Entre las técnicas más características de este modelo según Du Ranquet (1996) encontramos la clarificación, la aireación, información, consejo, acompañamiento y alianza, aprendizaje de conducta, estimulación, intervención con la red social del paciente y la evaluación.

Este tipo de modelos parece adecuado para la atención precoz en psicosis, especialmente en población joven ya que una de las mayores dificultades que se producen en esta población en Salud Mental es la dificultad en el enganche y el rechazo de la ayuda, puesto que habitualmente no hay un reconocimiento de los problemas que perciben los profesionales. Es muy importante que la intervención tenga sentido para la persona y también que experimente cierta sensación de control, especialmente en un momento tan difícil.

Poder trabajar con este modelo facilita enormemente la creación de la necesaria alianza terapéutica para poder acceder a un proceso posterior que ayude a las personas. Martorell (2010), defiende la utilidad de este modelo desde la siguiente premisa:

Una intervención social precoz en pacientes psicóticos permite la resolución concreta de problemas que podrían convertirse en crónicos e invalidantes socialmente, así como permite trabajar desde la tarea la alianza con el paciente, poniendo las bases de una relación a medio o largo plazo que va implícita en un Programa de continuidad de cuidados.

(Martorell, 2010)

El modelo centrado en la tarea según este autor ofrece diferentes facilidades para la intervención temprana en psicosis como ofrecer la posibilidad de construir una relación con un paciente reactivo a otros tipos de intervención y en situación de riesgo, permitir al paciente percibir la rentabilidad de la ayuda que se le ofrece, motivar para el cambio y no solo para la curación, plantear diferentes posibilidades de intervención a partir de las dificultades y permitir la autonomía e individuación del proceso.

También este modelo, según el mismo autor es compatible con las recomendaciones y objetivos que plantea la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Mental Incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) entre los que se destaca la necesidad de compromiso del paciente y su familia, la implicación y consenso a lo largo de todo el plan de tratamiento, el enfoque asertivo hacia el problema o el enfoque individualizado del plan.

Trabajo Social en Grupo: Psicoeducación de Familias y Grupo Socioterapéutico

Una de las herramientas fundamentales dentro de un Programa de Atención Precoz a la Psicosis será el Trabajo Social de Grupos, tanto con los propios afectados como con los familiares. El Trabajo Social de Grupos es para Konopka (1972) un método de Trabajo Social que, ayuda a las personas por

medio de experiencias intencionadas en equipo a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales, de grupo o de comunidad. Mientras que Kisnerman (1981) lo define como el desarrollo evolutivo del mismo, teniendo en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros y el logro de objetivos propuestos. Supone una sucesión de etapas y operaciones de resolución de problemas integrados entre sí.

Teresa Rosell (1998) divide los tipos de grupo que se dan en el Trabajo social de esta forma:

Grupos orientados al crecimiento «de»:

- Grupos Terapéuticos: Socio-terapéuticos. Lo que potencian desarrollar capacidades personales para enfrentarse consigo mismo y con el entorno.
- Grupos de Aprendizaje: Socioeducativos. Los dirigidos a adquirir y desarrollar habilidades que, por distintas causas no forman parte del comportamiento de los miembros del grupo. Buscan representar un progreso personal.

Orientados a la acción «con»:

- Grupos de Acción Social. Los que pretenden conseguir objetivos sociales que van más allá del beneficio que puedan conseguir los propios integrantes que forman el grupo.
- Grupos de Ayuda Mutua. Ofrecen a sus miembros la posibilidad de apoyo mutuo para superar o “conllevar” situaciones que les afectan.

En este documento nos centraremos en los dos primeros, los grupos orientados al crecimiento “de”, sin descartar que se pudieran realizar grupos de acción social y de ayuda mutua cuando el proyecto estuviera desarrollado y más maduro.

La Psicoeducación de Familias es un claro ejemplo de grupo de aprendizaje o socioeducativo que ha demostrado su eficacia en cualquier recurso de salud mental y en este programa lo consideramos imprescindible. Algunas de sus ventajas son (Kuipers y Leff, 1996):

- Tienen una buena relación coste eficacia, ya que dos terapeutas pueden llevar un grupo de diez a doce familiares.
- Son un buen foro para expresar, procesar y normalizar las emociones, en especial las negativas, que podrían alterar a los pacientes si éstos estuvieran presentes.
- La presencia de los demás ejerce sobre cada miembro una presión social, derivada del hecho de tratarse de un grupo de iguales que comprende sus problemas. Además, los familiares (en comparación con los profesionales) pueden ser totalmente francos entre sí sin llegar a ofenderse.
- Es probable que de un grupo salga una mayor variedad de soluciones a los problemas difíciles que las que podría proponer la familia en una sesión, en especial cuando acude un solo familiar.
- Los grupos pueden servir para expandir las redes sociales de los familiares, que a menudo se ven reducidas por la convivencia con la esquizofrenia. Ayudan a aliviar la soledad, los sentimientos de culpa y el estigma.
- Los grupos de familias permiten que los familiares se sientan lo suficientemente libres como para tratar un amplio rango de temas emocionales en presencia de los demás personas del Grupo, Poder hacer esto es un alivio para los familiares.
- A los familiares de pacientes con un primer episodio les puede parecer descorazonador escuchar los problemas de los de evolución más larga, por lo que necesitan una atención especial dentro y fuera del grupo. Hay buenas razones para crear un grupo de familiares de pacientes con un primer episodio.

Los grupos psicoeducativos como los que estamos aquí describiendo, se obtiene información, control del estrés, entrenamiento de la familia para resolver problemas del día a día, mejorar la comunicación y la ayuda horizontal entre los miembros del grupo. Porque basándonos en nuestra experiencia, tiene más poder el contenido dicho por los miembros del grupo que dicho por los profesionales.

Brown demostró que la mayoría de la emoción expresada estaba focalizada en la crítica u hostilidad que producían los síntomas negativos de la enfermedad (estar en cama todo el día, falta de higiene, anhedonia, falta de motivación...) Ello era, en gran parte, porque no se asociaban a que esa conducta era derivada del propio trastorno. Se hipotetizó que el conocer la enfermedad reduciría la crítica y hostilidad y, con ello, se reduciría el estrés que podía causar la familia en el paciente y así, disminuir las recaídas. De esta manera se empezaron a crear este tipo de intervenciones. Luego se ha demostrado que no sólo lo educativo disminuye la emoción expresada.

Los grupos reducidos permiten poder tratar temas como el dolor no resuelto y que sea compartido entre todos los participantes. También reduce el aislamiento social en el que se encuentran los familiares, uno de los factores característicos de las familias con alta emoción expresada. La existencia de un grupo de apoyo y el aumento de red social de la familia se ha demostrado como factor protector fundamental en el curso de las psicosis. Porque, además, el objetivo del grupo psicoeducativo no sólo es la reducción de las recaídas, sino también la mejora de la calidad de vida del paciente y de la familia.

Una vez seleccionado y preparado cada participante en entrevistas concertadas, se iniciaría la intervención grupal. Este programa está basado en el modelo vulnerabilidad estrés, por ese motivo Anderson, Reiss y Hogarty (1986) desarrollan un programa que intenta, por una parte, disminuir la vulnerabilidad del paciente a la estimulación por medio de la medicación, y por otra, disminuir la cantidad de estimulación proporcionada por la familia del paciente (al ser esta el principal contexto de funcionamiento del paciente).

A través de contenidos psicoeducativos, creamos un clima de colaboración entre todos los miembros participantes, incidiendo en las problemáticas concretas que pueden contribuir a generar estrés y en los recursos y puntos fuertes que tienen estas familias. Además se crean las reglas y expectativas del grupo entre todos los participantes. Los temas en los que volvemos a incidir son: psicosis, factores de riesgo y protección, tratamiento y resolución de problemas específicos pero deteniéndonos en la realidad de cada familia y

en sus necesidades. Se realiza en sesiones semanales de 1,5 horas, durante tres meses aproximadamente.

“A los familiares de pacientes con un primer episodio les puede parecer descorazonador escuchar los problemas de los de la evolución más largar, por eso, hay buenas razones para crear un grupo de familiares de pacientes con un primer episodio psicótico” (Kuipers, E y Leff, J., 2004).

Otro tipo de intervención grupal, la Psicoeducación Sistémica (Siurana y Martínez de la Cuadra, 2011) es la continuación de la Psicoeducación de Familias. Tiene como fin poder realizar posteriormente una Terapia Familiar con cada uno de los participantes. Después del grupo de psicoeducación de familias introducimos en el grupo el paradigma sistémico. Queremos validar esta hipótesis: si los familiares tienen conocimientos básicos de sistémica y relacionan síntomas con dinámica familiar, tendrán más herramientas para modificar su sistema, cambiar el juego disfuncional y, así, avanzar en el ciclo vital. Los participantes serían los que quisieran continuar después del nivel anterior. Y es que el deslizamiento de lo individual a lo familiar es más complicado en un programa de salud mental al uso. Nos falta la placa de Terapia Familiar y eso hace que las familias que aquí van a acudir sean distintas. Como nos recuerda Minuchin (1992), es muy probable que sólo las familias cercanas al polo de involucración elijan un centro de Terapia Familiar, mientras que aquellas situadas cerca del polo de la indiferencia se orientarán hacia intervenciones en las que delegan mayoritariamente el cuidado del hijo a los técnicos, o incluso de expulsión (en forma de prolongados internamientos en comunidades...).

Antes de hacer una Terapia Familiar propiamente dicha, es necesario que utilicemos el grupo, otro contexto, para comenzar la intervención. “Porque creemos que el prisma sistémico le puede devolver a la familia máximo control sobre sí mismo, dándole significado dentro de su historia personal o externalizando la sintomatología para reducir al máximo la acción del delirio” (Barbagaleta, 1999). Por ello continuamos con la intervención grupal con las familias pero esta vez introduciendo una clave sistémica como el ciclo de la vida, superar la visión inamovible del diagnóstico para que estén más abiertos

al cambio (Pezzano, 1997). Y que se convierta en la bisagra para pasar del contexto informativo a un contexto terapéutico de Terapia Familiar. Existe una visión circular y comenzamos el cambio de narrativa familiar que continuaremos en la Terapia Familiar a través de un feedback positivo. Buscamos que las familias sepan abordar los problemas en casa, entre todos, para que puedan ver la llegada del síntoma como parte de su historia familiar, no como algo ajeno y que en ellos están muchas de las soluciones que nos quedan.

Por otro lado, los grupos socioterapéuticos proporcionan interesantes herramientas para complementar los abordajes individuales en salud mental.

En relación a la interacción social el grupo facilita la práctica de habilidades sociales en las que se tiene dificultad en un espacio controlado para posteriormente poder generalizarlo. También fomenta actitudes de cooperación y democráticas gracias a las situaciones que se generan creando situaciones de cooperación, cohesión y dialogo. El grupo mejora la comunicación, la capacidad de empatía, la comprensión de la situación del otro. Y por último la experiencia grupal también facilita el autoconocimiento a través de la observación e identificación con otros y también a través del feedback que puede proporcionar el grupo.

Las terapias grupales pueden tener múltiples objetivos, por lo que existen también múltiples tipos de grupos terapéuticos en función también de los medios, técnicas y objetivos que se utilizan para mejorar diferentes aspectos de las personas: terapia de grupo, Terapia de familia, Terapia ocupacional, Musicoterapia, ludoterapia, laborterapia y Psicodrama.

Las socioterapias se recomiendan en los programas de atención precoz en psicosis, puesto que, como hemos comentado antes el formato grupal puede aportar importantes beneficios para el paciente, sobre todo el de poder experimentar con otros que presentan problemas similares. Para pacientes con reticencias hacia los profesionales, cobra mucha más importancia el apoyo con otros pacientes en el grupo y es la posibilidad con la que se pueden abordar dificultades que en el contexto individual no son accesibles.

El formato grupal puede favorecer enormemente la comprensión de la situación de uno mismo a partir de la observación de otros y facilitar el camino hacia la conciencia de enfermedad, así como poder adquirir esperanza en el proceso de recuperación a través de la observación de otros que se encuentran en un proceso de mayor control sobre la situación.

Por otro lado el uso de la musicoterapia, la laborterapia, la ludoterapia pueden ser muy adecuadas y motivadoras para personas jóvenes, que sin duda deben poder realizar un proceso terapéutico a través de actividades adaptadas a sus intereses y gustos. Algunas de estas actividades pueden despertar intereses vocacionales hacia los que redirigir el proyecto formativo-laboral del usuario en un futuro, así como facilitar alternativas de ocio que previenen conductas de riesgo como el consumo de tóxicos. Las experiencias placenteras que favorecen este tipo de actividades pueden conseguir la adherencia a los programas y la disminución de los abandonos a la vez que proporcionan múltiples beneficios terapéuticos.

Modelo Cognitivo – Conductual

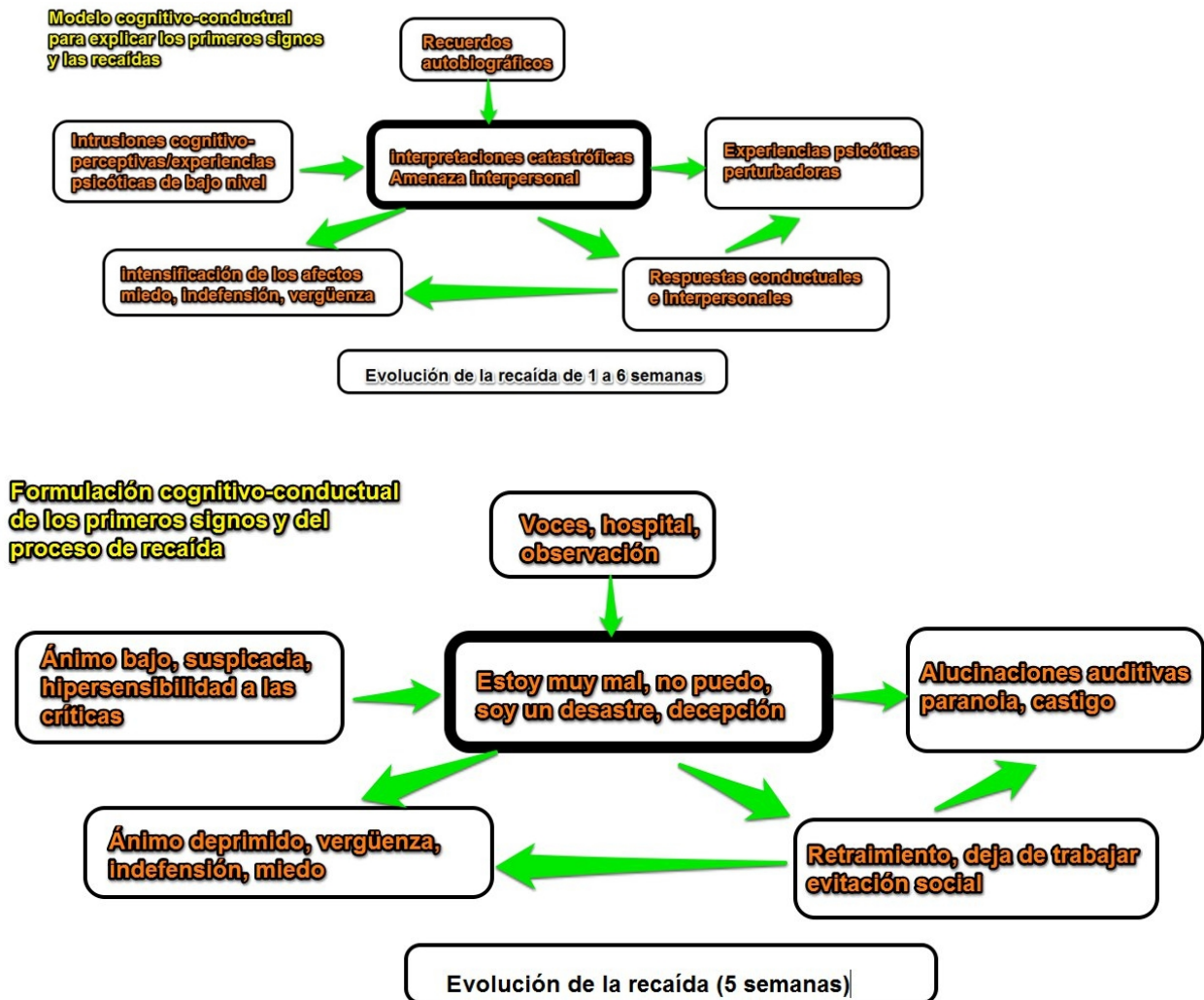
Otro paradigma a tener en cuenta para trabajar la atención precoz en psicosis es el cognitivo conductual. Desde que Beck describiera, por primera vez en 1952, un caso de esquizofrenia (TCC) (Beck, 2010) es necesario implantar técnicas similares que ayuden al paciente a recuperarse de la psicosis. De hecho los tratamientos cognitivo-conductuales son los que han recibido una mayor atención en relación a los resultados conseguidos de los tratamientos psicológicos (Travé, J. y Pousa, E., 2012).

Estos autores pueden hacer esta afirmación basándose en la investigación de Yung, McGorry, McFarlane, y Jackson (1996) en Melbourne, donde el 40% de la muestra con un alto riesgo de padecer una psicosis, hace un viraje a la recuperación en un periodo de 9 meses. Todo ello en la fase postpsicótica, período que como veremos, es clave para minimizar la probabilidad y el impacto de una futura recaída y su posterior recuperación.

Los objetivos de este tipo de intervención son reducir el malestar emocional y aumentar el nivel de funcionamiento psicosocial en la fase

temprana de la enfermedad. Para ello es fundamental reducir la ansiedad y depresión e incrementar la comprensión del trastorno psicótico. (Travé, J. y Pousa, E., 2012).

Tabla 4. Evolución Recaídas. Travé, J. y Pousa, E., 2012



No es nuevo el uso del modelo cognitivo – conductual en el Trabajo Social, ya que es una de las partes fundamentales de la base conceptual del modelo Socioconductista. Edwin J. Thomas (1967) publicó *Socio – behavioural Approachan Application to Social Work* (Hill, 1986). Esta nueva corriente psicológica deslumbra al Trabajo Social puesto que los trabajadores sociales a menudo en sus intervenciones necesitan provocar o fomentar cambios en la conducta y en el comportamiento de los clientes que acuden en busca de ayuda. Pero como subraya Howe (1999) a diferencia de muchas prácticas de Trabajo social, los enfoques conductistas no sólo indican al práctico lo que está

sucediendo (teoría) sino que le aconsejan lo que debe hacer con prescripciones claras (métodos). De esta forma, plantea, que en Trabajo Social, los procedentes conductistas vienen a resolver un problema de vacío ante la crítica a los métodos clásicos de esta disciplina y a ofrecer instrumentos precisos y eficaces de actuación.

Este modelo está basado en el conductismo clásico de Pavlov y Watson (1921), el condicionamiento operante de Skinner (1971), las teorías de aprendizaje social de Bandura (1987) y, las que más nos interesa para nuestro trabajo, las teorías del aprendizaje cognitivo de Ellis (1998). Esta teoría subraya las capacidades cognoscitivas humanas y el papel tan importante que tienen en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad. Ellis ha resaltado el papel de la teorización cognoscitiva y sus aplicaciones terapéuticas. A través del aprendizaje social se demuestra cómo es el proceso de aprendizaje de las personas mediante la observación y el modelaje. Así el planteamiento lineal estímulo – respuesta, de la primera época conductista ya no se acepta como explicación única. Por el contrario, en esta evolución del conductismo se afirma que la conducta es el resultado de lo que sentimos y pensamos. El objetivo central de la intervención cognitivo-conductual es ayudar a las personas a identificar sus pensamientos reiterativos, identificar y aceptar sus emociones y relacionarlos con su forma de actuación. En este proceso se compagina el cambio de pensamientos, sentimientos y comportamientos del propio sujeto.

Los seguidores de este modelo buscan obtener el control de las emociones por medio del razonamiento correcto para controlar los estados afectivos, lo que percibe el individuo y lo que nos conduce a tener emociones sanas, de lo contrario, la estupidez, la ignorancia y los trastornos producirían grados graves de sobre-emocionalismo o sub-emocionalismo.

Las emociones siguen al conocimiento, y si la percepción e interpretación que hace una persona es inapropiada o errónea, las emociones que ocurran serán disfuncionales y conducirán a conductas irracionales. Solamente conocer algunos errores del pensamiento ayuda a la persona para protegerse de ello.

PERTINENCIA DEL PROYECTO

Justificación

Las dificultades que presenta el abordaje de un trastorno tan grave como la esquizofrenia, el sufrimiento que conlleva en la persona y su entorno y sus grandes costes sociales y económicos hacen que programas como el que aquí describimos sean necesarios para reducir la tasa de esquizofrenia en la actualidad.

Según Pena, J., Vallina, O. y Penades, R. (2012) estos programas surgen como respuesta a una realidad en nuestra actual red de recursos, donde las personas jóvenes comienzan a recibir tratamiento cuando tienen un riesgo muy alto para sí mismos o para los demás, o hasta que desarrollan una enfermedad discapacitante que requiere tratamiento continuado (Edwards y McGorry, 2004). Esta demora, hace que el tratamiento empiece con estrategias iniciales agresivas que suelen ser traumáticas y alienantes, llevadas a cabo en un contexto de graves alteraciones de comportamiento, y provocando que, posteriormente, el paciente apenas se comprometa y tenga poca continuidad en la asistencia que tendrá que recibir (Johannessen, Martindale y Cullberg, 2008).

Cuanto antes se inicia el tratamiento, tanto mejor es el pronóstico. De todos modos, la identificación de un paciente de forma temprana es de poco provecho a menos que puedan ofrecerse programas eficaces de tratamiento. La investigación demuestra que el tratamiento de personas con esquizofrenia y otras psicosis debería ser integral y abarcar la medicación, el trabajo familiar, la terapia del entorno y la formación psicosocial (Thorsen, G. B. y Gronnestad, T., 2009).

Estos autores nos dicen que el pronóstico de un primer episodio es mejor si los pacientes reciben un tratamiento precoz (Larssen, 1999) y sabemos que una tercera parte de ellos sufre sólo un único episodio. Naturalmente, no podemos pronosticar a qué grupo pertenecerá un paciente concreto. Pero aun así, entre el 20% y el 50% de los pacientes recaen a lo largo del primer año

desde el inicio de la enfermedad, incluso aunque haya recibido el mejor tratamiento posible (Pitschel-Waltz et al. 2001).

¿A qué se debe que los jóvenes que comienzan con psicosis tengan grandes dificultades para consultar con su médico y/o pedir ayuda? Hultman et al. (1997) vieron que los sujetos con retracción social tenían más posibilidades de recaídas que los sujetos que tenían un estilo de afrontamiento más social. El aislamiento social es característica de la personalidad premórbida de las personas con esquizofrenia. Crear programas de Atención a la Psicosis podría servir para evitar las estrategias de evitación y aumentar la probabilidad de recuperación ante la manifestación de los primeros signos (Gumley, A. y Schwannauer, M., 2006).

Por su parte, Pena, J., Vallina, O. y Penades, R. (2012) se basan en el trabajo de Brunet y Birchwood (2010), para explicar por qué se retrasa tanto el inicio del tratamiento. Hay retraso porque la persona no identifica las experiencias psicóticas como tales por las características propias del trastorno; la persona no busca ayuda por minimizar la relevancia de sus problemas y la visión negativa de que se tiene de los servicios de salud mental; también hay demora en la identificación de la psicosis por parte de la atención primaria y las largas listas de espera de derivación a salud mental, no ayuda a que se inicie el tratamiento con inmediatez; por último, la demora de los propios servicios de salud mental para iniciar el tratamiento adecuado ya que no están preparados para la atención precoz.

Las investigaciones realizadas respecto a estos programas ponen en evidencia la necesidad de su instauración en un sistema público sanitario. La revisión de la literatura científica al respecto señala que estos programas permiten la recuperación total de los síntomas en un 80% de los casos tratados durante el año posterior al primer episodio psicótico, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis (Lieberman et al., 1993). Otros beneficios incluyen la continuidad de la actividad académica o laboral, el mantenimiento de las habilidades sociales y del apoyo social, la disminución de la necesidad de hospitalización del paciente, así como una menor resistencia al

tratamiento farmacológico, mejorando la adherencia y disminuyendo el riesgo de recaídas.

Además, numerosos estudios, incluyendo los planes europeos de Helsinki y Bruselas, sugieren que las estrategia de intervención precoz contribuyen a disminuir la severidad de la enfermedad, recurrencias y sufrimiento familiar, fomentan la integración, disminuyen el estigma y favorecen la prevención de trastornos psiquiátricos secundarios (Asiel, A., García, M., Llovera, N. y Fernández, A. I., 2013).

Ehman et al. (2004) van más allá cuando sitúan estos programas a la altura de la aparición de los neurolepticos, ya que dicen que se están convirtiendo en el nuevo paradigma de conceptualización de estas enfermedades, hasta tal punto que prometen ser el avance más impactante en este campo desde la introducción de los fármacos antipsicóticos en la década de los 50.

Como consecuencia de estos avances, se han ido publicando directrices clínicas internacionales y una declaración de consenso (International Early Psychosis Association, 2005; Bertolote y McGorry, 2005), las cuales, junto con múltiples guías clínicas nacionales específicas sobre la intervención temprana en psicosis, orientan y facilitan el desarrollo de estas nuevas prácticas desde los servicios públicos de salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2012)

La psicosis precoz incluye la fase de estado mental de alto riesgo o prodrómica, la fase de primer episodio psicótico y la fase de recuperación y período crítico (de 3 a 5 años tras el primer episodio psicótico). Los pródromos de los trastornos psicóticos se caracterizan por la aparición de síntomas inespecíficos y disruptivos. (Asiel, A., García, M., Llovera, N. y Fernández, A. I., 2013).

Esta fase de riesgo es una de las principales justificaciones de la necesidad de intervenir en la psicosis desde su inicio. Sabemos que las personas que la desarrollan pasan largos periodos de tiempo con sintomatología psicótica de diferente modalidad, intensidad e interferencia en

sus vidas sin recibir ningún tipo de tratamiento. Este periodo de espera no es inofensivo y suele traer como consecuencia una recuperación posterior más lenta e incompleta de la psicosis, un aumento de la comorbilidad (especialmente depresión, consumo de tóxicos y suicidio), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico (Marshall et al., 2005).

Esta demora en el inicio del tratamiento comprende dos momentos. El primero, el Periodo de la enfermedad sin tratar (DUI) que va desde el inicio de los primeros síntomas de enfermedad hasta el inicio de la psicosis. Y el segundo, Periodo de psicosis sin tratar (DUP) es el periodo que abarca desde el inicio de los primeros síntomas con un grado de intensidad psicótico, hasta el momento en que la persona empieza a recibir tratamiento farmacológico adecuado al trastorno (Larsen y cols., 2001).

Tabla 5. Desarrollo del curso inicial Psicosis. Vallina y Lemos, 2001.



Basándonos en el trabajo de Brunet y Birchwood (2010), entendemos que los ingredientes esenciales que están en la base de la demora en el inicio del tratamiento son múltiples e incluyen:

- La no percepción de necesidad de ayuda y el inicio insidioso de la patología.

- La demora en la búsqueda de ayuda por la persona afectada o por sus familiares por el miedo a sufrir un trastorno mental grave y el estigma que ello conlleva.
- La demora en la identificación de la psicosis por parte de los médicos de atención primaria.
- La demora en las derivaciones desde los distintos entornos comunitarios hacia los servicios de salud mental.
- La demora desde los propios servicios de salud mental en el inicio de un tratamiento adecuado una vez que por la sobrecarga de los equipos.

Según las investigaciones actuales, el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas psicóticos y el primer contacto terapéutico, es decir, el DUP está en torno a los 1-2 años (McGlashan, 1999). Sabiendo que los primeros 5 años de evolución de la enfermedad ejercen una gran influencia en el pronóstico y funcionamiento de la persona posterior, perder 2 años por la ausencia de este tipo programas es algo que no nos podemos permitir. Además que los pacientes con una DUP de larga duración son especialmente vulnerables al abandono prematuro de la terapia y para ello habrá que emplear todo un conjunto de estrategias para promover el cumplimiento terapéutico (Travé, J. y Pousa, E. 2012).

Como veremos más tarde, en España existe experiencias de programas similares pero que según Asiel, García, Llovera y Fernández (2013) se deben superar algunas dificultades:

- Estructura rígida de derivación a salud mental.
- Falta de contacto entre salud mental y educación.
- El estigma social que sigue arrastrando en nuestro país este tipo de enfermedades
- Falta de confianza por parte de los equipos de salud mental sobre la detección de síntomas por parte de los educadores.

Hipótesis

Con todo lo explicado hasta ahora podemos elaborar hipótesis de partida para justificar la implantación de un Programa de Atención Precoz en Psicosis en un Sistema Público de Salud:

1. Realizar una intervención intensiva después de un primer brote contribuye a evitar el deterioro biológico, social y psicológico. Mejorará el pronóstico y evitará la cronicidad.
2. Los cinco años después de este primer brote, la persona es más vulnerable. Por tanto la persona afectada y su entorno deben extremar el cuidado y apoyarse en todo recurso disponible. Es necesario, por tanto, la existencia de un recurso específico.
3. Si el tratamiento comienza antes, incluso, del primer brote el pronóstico será todavía mejor. Es decir, reducir la DUI y la DUP. Una mayor DUP se acompaña de mayores pérdidas y disfunciones familiares, sociales y personal y de severas pérdidas en calidad de vida (Tizón, 2009).
4. Este tratamiento debe ser individualizado e integral, es decir tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, familiar, social, formativo – laboral y rehabilitador.
5. El modelo del neurodesarrollo de la esquizofrenia, que ve a este trastorno como una alteración cerebral por causas genéticas y ambientales, nos permite encontrar grupo de personas en riesgo con las que se puede intervenir, incluso, antes del primer brote.
6. Reducir el estigma social que tienen estas enfermedades es condición sine qua non para que mejore la prevención y el pronóstico de los afectados.
7. Sin un programa de estas características que trabaje manteniendo al joven en su entorno lo máximo posible y atendido a las peculiaridades de cada caso, el abandono de tratamiento es lo habitual, lo que agrava el riesgo de tener recaídas.
8. El actual sistema sanitario de Salud Mental en Aragón no puede, sin recursos como este, realizar un trabajo intensivo como el que aquí

describimos con las personas con síntomas prodrómicos y primeros brotes psicóticos debido a su gran presión asistencial.

De estas hipótesis querríamos hacer algunas aclaraciones. El brote psicótico siempre debe entenderse, primero, desde el contexto de la persona en particular, sus creencias y apreciaciones respecto de la psicosis; segundo, el contexto interpersonal individual; y, tercero, la manera en que los sistemas asistenciales responden al reto de la prevención de recaídas en el caso de aquellos sujetos propensos a tener experiencias psicóticas recurrentes (Gumley, A. y Schwannauer, M. 2006). A esto nos referimos con intervención intensiva e individualizada a la realidad de cada sujeto.

Y ponemos tanto empeño en evitar la recaída, especialmente en el momento crítico, porque la recaída se ha asociado con la evolución de un mayor número de experiencias psicóticas residuales y generalizadas (Wiersma et al., 1998), mayor incapacidad social (Hogarty et al., 1991), aumento del riesgo de depresión y de ideación suicida (Iqbal et al., 2000) y niveles más intensos y elevados de problemas familiares (Barrowclough et al., 2001; Gumley, A. y Schwannauer, M. 2006).

Hablamos de abandono de tratamiento por nuestra propia experiencia, donde personas jóvenes que han acudido a dispositivos de salud mental sin el apoyo necesario, con pocos recursos personales, viviendo en un entorno estresante y con aislamiento social, limita sus estrategias de afrontamiento. Es entonces cuando se abandona el recurso de salud mental – y con ello todo tipo de tratamiento – y puede aparecer el refugio en sustancias psicoactivas que brindan alivio a corto plazo pero aumenta el riesgo de recaída a medio y largo plazo (Thorsen, G. B. y Gronnestad, T., 2009).

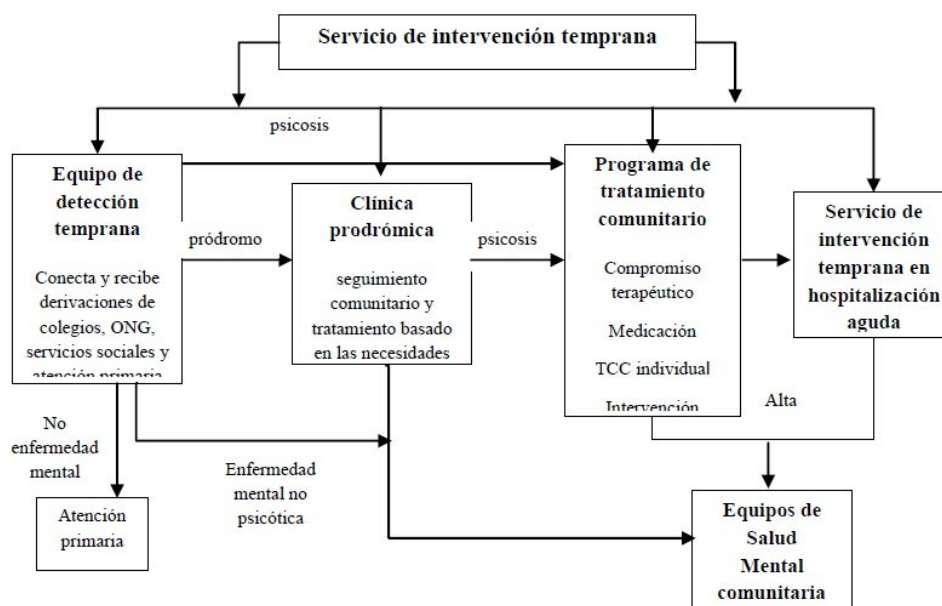
Por último, el modelo del neurodesarrollo de Weinberger (1986) entiende a la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo en el cual una lesión cerebral de edades muy tempranas de la vida interactúa con ciertos factores madurativos que ocurren más tarde. Hablaríamos pues, de una lesión que permanece clínicamente “silente” hasta que el proceso de desarrollo y maduración normal “conecta” las estructuras cerebrales afectadas por la lesión (Marenco y Weinberger, 2000). Por ello, esta teoría postula que existe un

grupo de individuos más vulnerables, que tienen alto riesgo. Estudiar estos grupos sería el camino para esclarecer dudas sobre la psicosis y la esquizofrenia (Obiols, J. y Vicens-Vilanova, J. 2003).

Otras experiencias similares

Desde que en la década de los 90 se instauraran este tipo de programas, primero en Melbourne (Australia) y después en otros países de la cultura anglosajona, se han extendido y existen experiencias en casi todos los países occidentales, incluido España, aunque su práctica no sea generalizada en todas las autonomías por igual. Aragón sigue careciendo de un programa de atención precoz de la psicosis. Estos programas están habitualmente formados por equipos interdisciplinarios que proporcionan una amplia serie de servicios integrados que suelen incluir educación pública, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos, e intervenciones grupales. Las intervenciones específicas incluyen generalmente farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral. También suelen disponer de servicios de terapia familiar y terapia cognitiva.

Tabla 6. Modelo de servicio de intervención temprana (Singh y Fisher, 2005)



Como experiencia de éxito centraremos nuestra explicación en el pionero, el Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC). Los

siguientes programas que han surgido en el mundo han tenido como espejo este primer centro y, nosotros, también intentaremos modelar nuestro programa en el EPPIC. Comenzó su andadura en Melbourne en 1997 y a día de hoy sigue siendo un servicio que tiene como objetivo la reducción del nivel de morbilidad primaria y secundaria en los primeros episodios psicóticos a través de una doble estrategia. Por un lado, identificar a los pacientes lo más pronto posible tras el inicio de la psicosis, y por otro lado, proporcionar un tratamiento intensivo de hasta 18 meses estructurado por etapas (Edwards et al., 2000). Este servicio ha ido evolucionando desde sus orígenes y en estos momentos está dotado de una amplia serie de componentes integrados (Edwards y McGorry, 2004). Estos incluyen (Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2012):

- Un equipo móvil de evaluación y tratamiento (YAT). Es el primer punto de contacto con el EPPIC. Ofrece evaluación inmediata de las primeras presentaciones e intervención en crisis y tratamiento comunitario breve cuando se requiere
- Actividades de prevención promoción y atención primaria.
- Una unidad de hospitalización dotada con 16 camas.
- Una clínica para la fase prodrómica (PACE). Destinada a la identificación y tratamiento de jóvenes en alto riesgo de desarrollar una psicosis.
- Trabajo con familias. Incluye grupos multifamiliares y trabajo familiar individual, así como la participación de familias dadas de alta o actuales que puedan servir de apoyo para ayudar a otras familias.
- Un programa de tratamiento grupal. Contextualizado y adaptado a las necesidades individuales, incluye grupos agudos, de recuperación y de focalización organizados en torno a cuatro módulos grupales: programas vocacionales, expresión creativa, recreativo-social y promoción de la salud y desarrollo personal.
- Una clínica para la recuperación prolongada (TREAT/STOPP). Dirigida a acelerar la recuperación y a prevenir el establecimiento de resistencia al tratamiento a través de la identificación temprana de quienes experimentan un proceso de recuperación prolongada.

- Un programa de servicios estatales. Tiene como objetivo ayudar a otros centros externos del estado a incorporar un enfoque de la atención temprana a los servicios clínicos a través de educación y formación de personal, elaboración de materiales de apoyo y desarrollo de modelos de práctica locales. Es además, el director del proyecto nacional de psicosis temprana del gobierno australiano (NEPP).

En España, la intervención temprana en psicosis se encuentra aún en un sus inicios caracterizado por la parálisis y la indecisión. La opción mayoritaria de los distintos servicios autonómicos de salud mental, ante los primeros momentos de esta enfermedad, han apostado más por la actitud de “esperar y ver” que por la de involucrarse en estrategias proactivas de buscar la detección e intervención temprana. Las experiencias actuales son (Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2012):

- El programa de prevención de psicosis de Torrelavega (P3)
- El programa asistencia para las fases iniciales de la psicosis (PAFIP)
- Programa de intervención en primeros episodios psicóticos (LEHENAK)
- Programa de atención a personas jóvenes con psicosis (GAZTE)
- La intervención temprana en Cataluña. El programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente (PAE-TPI)
- La intervención temprana en Andalucía

Como conclusión general, estos autores nos dicen que los resultados de todos estos servicios es que se muestran más eficaces que los centros de salud mental generales en la reducción de sintomatología positiva y afectiva, en la mejora del funcionamiento social, en la implicación de los pacientes dentro de su proceso de tratamiento, en la reducción de rehospitalizaciones, en la calidad de vida y en coste económico efectividad.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Red de Recursos en Salud Mental Actual

Como ya hemos comentado anteriormente, la atención en Salud Mental en España se organiza a través de los planes de salud mental que cada comunidad autónoma diseña con el objetivo de cubrir las necesidades que presenta el colectivo de forma integral.

En Aragón la referencia es el Plan estratégico 2002-2010 de Atención a la salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón elaborado por el Servicio Aragonés de Salud (2002). Este plan analiza las necesidades, los recursos y define las estrategias, la propuesta de modelo de atención para la Comunidad Autónoma así como las líneas de mejora.

Así mismo también queda definido el proceso de tratamiento integral de las personas con Trastorno Mental Grave a través del Programa de Rehabilitación y reinserción Psicosocial en salud Mental (2003), documento elaborado por el mismo organismo que ordena y planifica los dispositivos de atención en salud mental para que de forma coordinada puedan facilitar dicha atención comunitaria.

La actual cartera de servicios en Aragón supone la puesta en marcha de los recursos siguiendo las recomendaciones y líneas estratégicas que ambos documentos plantean.

Nuestro modelo actual defiende un abordaje integral con enfoque comunitario de forma que los diferentes dispositivos destinados a la atención conforman una red de atención convenientemente coordinada en el que el eje de la continuidad de cuidados se sitúa en la Unidad de Salud Mental.

En dicha red se destaca la importancia de la atención primaria, como puerta de entrada y de primera detección de posibles trastornos mentales graves. En este primer nivel, la recomendación es la mejora de la formación continuada que facilite a los profesionales reconocer aquellas situaciones susceptibles de ser derivadas hacia niveles más especializados de atención.

A partir de los 2 dispositivos anteriores se diseña un amplio abanico de recursos sanitarios, sociales y socio sanitarios que pretenden poder atender las diferentes situaciones de cada persona en cada momento de su enfermedad.

Los dispositivos que complementan la atención sanitaria serían las Unidades de Corta Estancia, que prevén la hospitalización breve en situaciones en las que se requiere un tratamiento intensivo en régimen de atención continuada. Estos dispositivos deben integrarse en los hospitales generales.

Por otro lado se contempla también la idea de articular unidades hospitalarias de día, para poder complementar la atención en casos en que

siga siendo necesario un abordaje terapéutico intensivo, pero evitando la separación de la persona de su medio.

Como unidades rehabilitadoras se proponen las Unidades de Media Estancia, pensadas para atención intensiva orientada a la rehabilitación en régimen de internamiento y con estancias recomendadas de entre 6 y 12 meses.

Las Unidades de Larga Estancia son el resultado de la transformación de los antiguos manicomios de modo que en estas unidades se propone un objetivo residencial para personas con mayor necesidad de apoyo, pero dotadas de programas terapéuticos enfocados hacia la rehabilitación a largo plazo.

Estas unidades deben contemplar también poder atender a colectivos específicos: psicogeriatría, pacientes judiciales, pacientes con psicosis refractarias...

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial o Centros de Día también responden a objetivos de rehabilitación activa pero de carácter ambulatorio y con un enfoque comunitario. Están destinados a la inserción social y a mantener al usuario en su medio evitando internamientos.

A nivel de respuesta de necesidades residenciales en la comunidad se proponen diferentes alternativas residenciales con variables niveles de apoyo en función de las características del usuario: Minirresidencias para personas que muestran una autonomía muy reducida y precisan de atención continuada; pisos tutelados para personas que tienen alguna autonomía personal pero requieren de supervisión externa para sus actividades de la vida diaria; pisos sociales para personas que pueden ser independientes si se les proporcionan apoyos sociales; pisos propios con apoyos para personas que disponen de vivienda propia y con un mínimo apoyo pueden vivir autónomos.

Dentro de los dispositivos destinados a la inserción sociolaboral se proponen fórmulas como los Clubes Sociales, que deben atender las necesidades de ocio en un entorno protegido; los Centros Ocupacionales, que pretenden a través de actividades trabajar a nivel muy básico habilidades de grupo y prelaborales y Los Centros Especiales de Empleo que suponen la

posibilidad de facilitar la inserción laboral ya con un funcionamiento compatible con criterios de producción.

Todos estos dispositivos anteriormente comentados deben desarrollarse en las diferentes áreas sanitarias en que se divide la comunidad autónoma de forma que el abanico de recursos sea accesible a los ciudadanos en su medio comunitario.

También se contemplan, para colectivos especiales otro grupo de dispositivos a nivel supracomunitario con el fin de atender situaciones especiales o patologías concretas que requieren de un tratamiento en unidades diferenciadas del resto. No siempre cada sector tiene una de estas unidades, sino que son compartidas por más población. Se proponen las siguientes:

- Unidades Infanto-Juveniles.
- Unidad Psicogeriatrica.
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Unidad de Trastorno Grave Refractario.
- Unidad de Trastorno de Personalidad.

Este amplio abanico de dispositivos no puede dar respuesta a la gran demanda de la población ya que habitualmente las plazas son claramente insuficientes y a menudo, especialmente en los dispositivos residenciales y de larga estancia se producen listas de espera de varios años, que dejan al paciente en una situación de desprotección muy importante.

Por otro lado cabe señalar que esta planificación debería revisarse, puesto que la atención a la salud mental debe ser constantemente actualizada de acuerdo con los avances en investigación y las experiencias con evidencia científica. Las recomendaciones sobre la pertinencia de programas que contemplen la atención precoz son muy recientes pero cuentan con un amplio consenso en la actualidad y existen importantes experiencias.

En un momento como el actual en que los recursos son mínimos y la investigación y experiencia muestra evidencias de que la atención precoz ofrece mejoras en la atención a la salud Mental sería muy importante incluir en los planes estratégicos programas específicos de atención precoz.

De lo contrario estamos planificando modelos de atención a los que se accede solo cuando se alcanza un nivel de discapacidad y cronicidad importante, puesto que el factor tiempo y gravedad son elementos que definen si un ciudadano tiene o no acceso a los apoyos previstos en el plan de atención Integral.

No obstante, la actual Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón aprobada a través del decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón publicado en el BOA, nº 62 del 25 de mayo de 2007 hace referencia explícita a la necesidad de puesta en marcha de equipos de Intervención Precoz:

Dado que los dispositivos comunitarios no responden de forma adecuada a las necesidades de detección, diagnóstico, valoración y atención de la Psicosis Temprana, lo que obstaculiza la detección y valoración acertada de trastornos incipientes en personas con impedimentos para expresar sus dificultades y necesidades, de forma progresiva se implantan Equipos de Intervención Precoz y Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, como dispositivos de intervención y seguimiento de pacientes con Trastorno Mental Grave. Con estos equipos se pretende cubrir las necesidades asistenciales de las personas afectadas por un Trastorno Mental Grave, desde la detección Precoz y gestión óptima del primer episodio de la enfermedad y el periodo crítico subsiguiente, hasta la atención continuada de aquellos pacientes que, por circunstancias diversas (bien por cuestiones intrínsecas de la propia enfermedad, bien por el insuficiente desarrollo de programas y recursos de la red de salud mental) no se vinculan a los servicios de salud mental y, por lo tanto, se encuentran en riesgo de abandono y exclusión de la realidad social y laboral.

(Decreto 65/2007, 25 mayo 2007, BOA).

Estigma

La enfermedad mental es una de las circunstancias que históricamente y en la actualidad arrastra una importante estigmatización social para las personas que la padecen.

La consecuencia es que tal como plantean López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008), las personas más graves no solo se ven perjudicadas por los problemas derivados directamente de su enfermedad, problemas que por otro lado pueden ser intermitentes y susceptibles de intervención sino que además sufren los relacionados con el estigma, de carácter más permanente y que inciden negativamente en su evolución. Las consecuencias de los dos factores se traducen en una reducción de oportunidades que repercute en su calidad de vida. Para conocer el proceso es interesante comprender en qué consiste el estigma.

Goffman (1963) ofrece una de las definiciones con mayor influencia en la actualidad. Este autor considera el estigma como "un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo".

Según Link (1987) el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de estatus y discriminación son ejercidos por un grupo de poder sobre otro que representa diferencias.

Las personas con problemas de salud mental siempre han arrastrado una gran estigmatización social y a lo largo de la historia se han planteado diferentes respuestas para privar a estas personas de la participación social desde la perspectiva de que eran indeseables para los demás (internamientos de por vida, privación de derechos, etc.).

A pesar de que las respuestas sociales han ido cambiando con el tiempo en la medida en que los derechos civiles y humanos reconocen la igualdad de todas las personas, sin distinción, y su derecho a la participación social activa, la sociedad no ha eliminado las barreras en lo que al colectivo de los enfermos mentales afecta.

Los prejuicios habituales hacia la enfermedad mental se relacionan con la peligrosidad, la imprevisibilidad de los actos, la delincuencia, la incapacidad y la cronicidad, entre otros. Parece que los primeros prejuicios podrían relacionarse con síntomas positivos de la esquizofrenia, enfermedad mental por excelencia a través de la que se generan los prejuicios. La incapacidad y la cronicidad podrían responder más bien a la imagen social de personas en fases

más residuales, con sintomatología negativa y una importante discapacidad y cronicidad.

Cualquiera de las etiquetas despierta rechazo, las primeras porque producen la sensación de desprotección ante alguien que puede ser peligroso y las segundas, porque a las personas con discapacidad se les presupone incompetencia y porque suponen una importante carga social a nivel de servicios, prestaciones, recursos, etc.

La consecuencia es la discriminación, de un modo más activo, cuando tener un diagnóstico psiquiátrico es un criterio de exclusión explícito o de un modo más pasivo, cuando se descarta a una persona para algo por motivo de su diagnóstico.

En cualquier caso es importante señalar que las personas con problemas de salud mental encuentran inaccesibles muchos aspectos de participación social y esto produce una importante merma en su calidad de vida. El caso del alto grado de desempleo y de la situación de pobreza de la mayoría de la personas con enfermedad mental son un claro ejemplo de ello.

Los servicios para la población con problemas de salud mental, también reflejan el estigma en el sentido de que a pesar de los esfuerzos por que se reconozca este tipo de enfermedades como todas las demás, lo cierto es que resulta muy llamativa la escasa dotación de recursos y el lento desarrollo de estructuras tras la reforma psiquiátrica.

El estigma también interviene como factor de barrera para las personas cuando tienen problemas ya que tanto los afectados como sus familias no quieren pedir ayuda por miedo a la etiqueta social que acarrea acudir a cualquier tipo de recurso especializado en salud mental.

También son habituales mecanismos de aislamiento social por parte de la persona enferma y su familia por miedo al rechazo o por sentimientos de vergüenza.

El auto estigma, que es el modo en que el propio enfermo asume e interioriza como ciertos los prejuicios sociales también tiene una gran influencia en la recuperación, ya que hace que la persona no manifieste una actitud de esperanza y de reconocer su valía y capacidades.

Teniendo en cuenta todo esto, vemos necesario el abordaje de la salud mental, en especial de la psicosis, desde otros modelos menos estigmatizadores.

Una intervención temprana en psicosis puede tener importantes efectos contra el estigma ya que por un lado, permite a la persona afectada poder ser atendida en su medio, en un momento inicial en que se puede prevenir un mayor grado de incidencia de la enfermedad. Por otro lado permitiría un acceso a las ayudas más rápido, ya que la persona puede ser atendida sin acudir a un dispositivo especializado tradicional de rehabilitación. La atención temprana puede incidir en la reducción de brotes sin tratar en los cuales la persona pueda mostrar las conductas indeseadas que despiertan los prejuicios de peligrosidad, delincuencia o imprevisibilidad. También tendrá sus efectos en minimizar la discapacidad, la cronicidad y el desajuste social inicial, permitiendo a la persona afectada un funcionamiento social más autónomo y precisando menos apoyo para el día a día.

El retorno a los niveles de vida anterior a la enfermedad puede producir una posibilidad de mejor integración social, poniendo especial énfasis en el mantenimiento de la red social y en la inserción laboral o formativa que protejan a la persona de situaciones de pobreza y exclusión social que tanta repercusión tienen en su calidad de vida y en la de sus familias.

DISEÑO PROYECTO INTERVENCIÓN

MARCO INSTITUCIONAL. ÁMBITO TERRITORIAL

Para diseñar nuestro programa nos basaremos en las recomendaciones de la Asociación española de Neuropsiquiatría (AEN), que en 2009 elaboró un documento de consenso para la puesta en marcha de programas y equipos específicos de Atención Temprana en Psicosis en España.

En dicho documento se plantean las bases para poder implementar este tipo de servicios siguiendo unas directrices de consenso en base a evidencias científicas obtenidas a través de la experiencia de otros países y de las experiencias pioneras en el nuestro. Así mismo, define las líneas estratégicas a

seguir, los instrumentos de evaluación, de intervención, la organización de equipos, etc. En este documento se proponen dos fórmulas habituales para la puesta en marcha de Servicios de Atención Precoz.

Por un lado la propuesta sería la creación de un Equipo de Atención Precoz, compuesto por diferentes profesionales pertenecientes a los diferentes Servicios de Salud Mental de sector sanitario, dedicados a tiempo parcial o completo a esta función. Esto requiere un nivel de integración y desarrollo de recursos amplio del que no todos los sectores disponen.

Otra propuesta es la creación de un programa específico, dentro de alguno de los servicios o independiente y que establece fórmulas de cooperación y coordinación con el resto de servicios que pueden ser necesarios en la intervención precoz. Este modelo nos parece adecuado en este caso, y es el que pretendemos desarrollar a través de este trabajo, ya que las características peculiares del sector sanitario en el que nos encuadramos podrían facilitar esta fórmula.

El ámbito territorial para nuestro programa de Atención Precoz en Psicosis se encuadraría en la red de atención a la salud mental del sector 1 de Zaragoza, cumpliendo de este modo con las recomendaciones en cuanto que el enfoque de los servicios sea comunitario y se encuentre integrado dentro de la red de servicios de sector.

El sector 1 de Zaragoza corresponde a la zona nororiental de la provincia y margen izquierda de la ciudad de Zaragoza. Según el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia corresponde a una población total aproximada de 190.000 habitantes. Las Zonas de salud incluidas en el Sector son: Alfajarín, Bujaraloz, Luna, Villamayor, Zuera, y las de Zaragoza de Actur Norte, Actur Oeste, Actur Sur, Arrabal, Avenida Cataluña, Parque Goya, Santa Isabel y Zalfonada. El centro de especialidades para este sector es el CME Grande Covian y a nivel hospitalario la referencia será el Hospital Royo Villanova y el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

En cuanto a la red específica de Atención en Salud Mental del sector que nos ocupa encontramos una amplia gama de dispositivos, acordes con el plan Estratégico de Salud Mental en Aragón y con la propuesta de cartera de

servicios del Gobierno de Aragón, si bien encontramos que queda por implementar, aunque queda reconocida la necesidad, de un programa de atención precoz en psicosis.

La unidad de salud mental de referencia es USM ACTUR SUR en el caso de la atención de adultos. Las unidades de corta estancia (UCE) se encuentran en los hospitales Royo Villanova y Nuestra Señora de Gracia, y este último además dispone de una unidad especializada en Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) y otra de Trastornos de Personalidad (UTP).

En cuanto a las Unidades de Media y Larga Estancia la referencia será la Residencia Profesor Rey Ardid y el Hospital Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Pilar, respectivamente, asumiendo este último una unidad de Psicogeriatría.

Como unidades específicas de atención Infanto-Juvenil el sector tiene como unidades de referencia una Unidad de salud Mental en Actur Oeste, un Centro de Día en Movera y una unidad de corta estancia en el Hospital Clínico Universitario, contando también con Hospital de Día. También son importantes servicios municipales como el Centro de Promoción de la Salud Mental y el Centro Municipal de Atención y Prevención de las adicciones (CMAPA), el primero orientado a jóvenes de entre 15 y 29 años y el segundo especializado en adicciones.

Además de estos dispositivos, la Fundación Ramón Rey Ardid tiene una importante presencia en el sector, puesto que a través de su Área de Salud Mental ha ido desarrollando desde la inauguración de la Unidad de Media Estancia, en 1991, diversos programas hasta completar un amplio abanico en la actualidad, que en su mayoría suponen servicios concertados con la administración e integrados en la red de atención a la salud mental del sector sanitario 1.

De este modo dicha Fundación gestiona los siguientes tipos de recursos y programas: Una UME, un Centro de Día, un Programa de Alternativas Residenciales con pisos sociales y asistidos, y apoyo en la vivienda propia, un Equipo de Apoyo Social Comunitario, un Programa de Rehabilitación Laboral, un Centro Ocupacional y un Club Social.

La presencia en el sector a lo largo de más de dos décadas ha facilitado una amplia experiencia y la contribución a través de los diferentes profesionales a planificación del Plan Estratégico de Salud Mental en Aragón, así como la creación de un amplio abanico de servicios diseñados a partir de las necesidades detectadas en una población que a lo largo de los años ha experimentado un considerable crecimiento de recursos de atención especialmente de carácter comunitario, aunque insuficiente todavía.

La situación de que una única entidad pueda facilitar esta gama de servicios resulta ventajosa en el sentido de que permite un modelo de atención acorde con los principios de atención integral, coordinada y facilitando un continuo de cuidados para el paciente. Esta ordenación de recursos facilita enormemente la coordinación y cooperación, minimiza duplicidades y optimiza y ordena los escasos recursos disponibles.

Creemos también que la capacidad de creación de recursos actualizados y respondiendo a necesidades reales de la población, además de toda la experiencia generada a lo largo de los años, bien integrada en la red y reconocida como miembro destacable en la gestión de recursos socio sanitarios y de rehabilitación psicosocial hace que pueda ser adecuado que esta entidad pueda desarrollar el programa de Atención Precoz en Psicosis que atienda las necesidades del sector.

Objetivos, actividades e indicadores de evaluación

Para definir los objetivos de nuestro programa, así como las actividades e indicadores de evaluación nos basaremos de nuevo en el documento de consenso de la AEN, puesto que la finalidad de dicho documento es “promover la cohesión sanitaria y definir los objetivos, actividades, instrumentos de evaluación, estándares de atención e indicadores de proceso y resultado en el abordaje de las fases tempranas de la psicosis”. (AEN, 2009).

Para nuestro trabajo nos centraremos concretamente en las líneas estratégicas relacionadas con la detección precoz y el rápido acceso a servicios especializados, y facilitar la atención y recuperación a personas de riesgo o que han desarrollado una psicosis encontrándose en sus primeras fases.

Entendemos que es importante guiarnos por estas recomendaciones con el fin de garantizar un servicio de calidad y acorde con la posibilidad de que pueda constituirse como una propuesta válida para asumir la prestación del servicio en nuestro sector sanitario de referencia.

Enumeramos las directrices de la AEN a continuación para los dos objetivos generales planteados. En el Anexo 1 se incluyen tablas con líneas estratégicas, objetivos y actividades.

Objetivo 1: Promover la detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental comunitarios especializados.

Objetivos específicos:

- Detectar lo antes posible a las personas que presentan características de alto riesgo de desarrollo de psicosis o que están en el periodo crítico de hasta 5 años tras el inicio de la Psicosis.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.
- Dotar a los profesionales sanitarios, de servicios sociales, educativos y agentes socios comunitarios de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.
- Establecer estrategias de sensibilización de la población general para la identificación y búsqueda de ayuda y para la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental.

Actividades propuestas:

- Realización de talleres formativos a los distintos agentes (sistema sanitario, educación, servicios sociales...).
- Desarrollo de un protocolo de detección y derivación directa que garantice la atención en 48-72 horas.
- Diseño e implantación de un protocolo de recepción por parte del programa de atención temprana.
- Edición de materiales técnicos para profesionales y divulgativo para familias, afectados y población general.

- Campañas de sensibilización social orientadas al conocimiento de los síntomas, a la necesidad de búsqueda temprana de ayuda y a la reducción del estigma.

Indicadores:

- Tiempo de espera de primer contacto: Días transcurridos desde la fecha de derivación y el primer contacto con el programa de atención temprana.
- Media de la duración de la psicosis sin tratar (DUP).
- Admisiones en relación a la población general: Nº de individuos con primer episodio admitidos en el servicio durante un año. / población de riesgo entre los 14 y 35 años.
- Nº de sesiones formativas / de coordinación realizadas con las Áreas Básicas de Salud.

Objetivo 2: Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla.

Objetivos específicos:

- Evaluación integral de las personas con alto riesgo de desarrollo de psicosis (EMAR) o que ya manifiestan un primer episodio de psicosis.
- Formular un Plan Integrado de Atención Temprana (PIA) para cada caso.
- Realizar intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis, y orientadas a la recuperación.
- Reducir el impacto de la psicosis en el paciente y en su familia en relación a los siguientes aspectos:
 - Evitar o demorar la transición a psicosis.
 - Reducir el periodo de psicosis sin tratar (DUP)
 - Evitar las hospitalizaciones traumáticas e internamientos involuntarios.
 - Reducir el riesgo de recaída.
 - Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.)

- Reducir el riesgo de suicidio.
- Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente.
- Favorecer el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia.
- Facilitar y priorizar las intervenciones en entornos comunitarios.
- Garantizar el mantenimiento de la atención integral de forma sostenida durante el periodo crítico (5 años) y la continuidad de la atención necesaria tras este periodo.
- Priorizar el uso de servicios lo menos restrictivo posible.
- Promover la participación e implicación activa de la familia a lo largo de todo el proceso de atención.
- Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.
- Sensibilizar y disminuir el estigma social acerca de la psicosis.

Actividades propuestas:

- Diseño e implantación de un protocolo de evaluación para EMAR (psicopatológica, exploración física y pruebas complementarias, evaluación de riesgos y de necesidades de la persona y su familia).
- Diseño e implantación de un protocolo de evaluación integral para primeros episodios de psicosis (evaluación psicopatológica, exploración física y pruebas complementarias, personalidad, riesgos, necesidades personales, funciones cognitivas superiores, calidad de vida, red social, impacto de la psicosis, dinámica familiar, Emoción Expresada, variables psicológicas relacionadas con la enfermedad y expectativas del paciente y su familia).
- Diseño del Plan Integrado de Atención (PIA).
- Atención a las personas con EMAR (información y soporte al paciente y familia, Terapia cognitivo- conductual, tratamiento farmacológico, intervenciones sobre el consumo de sustancias y e intervenciones socio comunitarias).

- Atención a personas con primeros episodios psicóticos (Tratamiento psicológico, farmacológico, intervención para minimización de riesgos, intervención familiar individual y grupal, intervención vocacional, en habilidades sociales e inserción comunitaria, prevención de recaídas, atención domiciliaria ante descompensación y crisis y rehabilitación cognitiva.

Indicadores:

- Implicación del paciente (y familia) en las decisiones del tratamiento: Pacientes (y familias) que han participado a través de la firma de su PIA. / N° de pacientes en el programa.
- Pacientes en tratamiento psicológico: pacientes que reciben terapia psicológica en 1 año/ pacientes en el programa en 1 año.
- Psicoeducación de la familia: N° de pacientes cuyas familias han sido atendidas al menos en 4 sesiones familiares durante el tiempo de vinculación al programa/ N° de pacientes del programa.
- Proporción de abandonos: N° de individuos que abandonan el programa antes de completar un año (excluyendo traslados a otro lugar, derivaciones y rediagnósticos)/ N° de pacientes del programa.
- Incidencia anual de ingresos hospitalarios: N° de ingresos hospitalarios durante el año/ N° de usuarios atendidos en un año.
- Proporción ingresos voluntarios/involuntarios de pacientes en programa/año.
- Proporción de suicidios consumados/pacientes en programa/año.

METODOLOGÍA: DISEÑO, TÉCNICAS Y CRONOGRAMA

Fase de Implantación proyecto

Los primeros esfuerzos a la hora de implantar este Proyecto, como en cualquier otro, será implantar un plan de comunicación para que se conozca el nuevo recurso. Especialmente dirigido a profesionales de salud mental, de la educación, afectados y familiares. El objetivo concreto de este plan sería que todas las personas del Sector I del Sistema Aragonés de Salud que hayan tenido un primer brote psicótico en este año, conocieran nuestro servicio y

pudieran tener una valoración por nuestra parte. Que si no participaran en el tratamiento de un programa de atención precoz en psicosis no fuera por desconocimiento del servicio. Por otro lado, el inicio de un trabajo de colaboración con los institutos de la ESO de la zona para prevención, y el inicio de tratamiento de personas que estuvieran dentro del periodo de cinco años – considerado crítico – después de un primer brote psicótico.

Teniendo en cuenta que el centro estaría pensado para 20 plazas. Los mínimos del primer año serían:

- Fase prepsicótica: Campañas de sensibilización, prevención, coordinación con atención primaria y educación.
- Fase aguda y fase de recuperación inicial. 15 casos.
- Fase recuperación posterior. 5 casos.
- En todas las fases, evitar el reingreso de todas las personas atendidas durante el tiempo que duré el tratamiento dentro del Programa.

El argumentario de este plan está definido en el apartado de Pertinencia del Proyecto y tendría las siguientes acciones:

- Reunión con los profesionales de los recursos de salud mental del Sector I para presentar el proyecto
- Reunión con los profesionales de los recursos sociosanitarios y educativos de la zona para presentar el proyecto.
- Apertura web/blog del Programa de Atención Precoz a la Psicosis
- Calendario de noticias/posts semanales
- Newsletter: La diferencia entre la newsletter y las noticias/post del blog es que es un envío directo al email de las personas interesadas y se personaliza según su perfil, ofreciéndole un contenido exclusivo (mensual).
 - Creación de Newsletter para profesionales de la salud mental interesados.
 - Creación de Newsletter para profesionales de la educación y otros agentes sociales interesados.
 - Creación de Newsletter para afectados de psicosis interesados

- Creación de Newsletter para familiares interesados.
- Creación de página de Facebook, Twitter y canal de Youtube teniendo como objetivo el público adolescente.
- Contacto con blogs, foros y webs relacionados para que difundan el mensaje
- Cartelería en los recursos sociosanitarios
- Rueda de prensa para la presentación del proyecto.
- Jornada anual sobre la atención precoz en la psicosis.

Metodología de la atención

La intervención temprana en psicosis es un modelo de atención que se dirige a la promoción de la recuperación de la psicosis por medio de la prevención, la detección temprana y los tratamientos más efectivos para los inicios de la enfermedad en personas con edades comprendidas entre los 14 y 35 años, que presentan por primera vez síntomas psicóticos, o que están dentro de los tres primeros años de la enfermedad. En la actualidad el periodo de tratamiento inicial ha pasado de los 3 a los 5 primeros años (Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2013). Deben incluir un sistema de detección y evaluación temprana; implicar al entorno de la persona en el tratamiento (profesionales, familia, amigos...); tratamientos farmacológicos y psicosociales; atención particular a la comorbilidad y a la fase aguda; integración en los cuidados de los aspectos vitales básicos; educación y empleo; coordinación de cuidados y colaboración con el resto de instituciones o dispositivos comunitarios del área de salud donde se aplique; y un estilo adaptado a las fases y al tipo de población que atiende fundamentalmente juvenil.

Basándonos en las directrices de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) el tratamiento en un Programa de Atención Precoz de la Psicosis debe estar dividida en cuatro fases: Fase prepsicótica, fase aguda, fase de recuperación inicial y fase recuperación posterior

1.- Fase prepsicótica

Se caracteriza por una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de pródromos

inespecíficos. En esta etapa, el objetivo del tratamiento es evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis. Las intervenciones suelen dirigirse, por un lado, a tratar los síntomas presentes y, por el otro, a intentar reducir el riesgo de empeorar su gravedad o su evolución a un primer episodio psicótico. Para ello, se han aplicado diferentes tipos de tratamiento: combinación de tratamientos psicológicos (terapias cognitivo-conductuales, de apoyo, psicodinámicas) y farmacológicos (con antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos) en el contexto de servicios tradicionales o de programas y servicios específicos de atención temprana (Guía clínica)

En la fase prepsicótica se intenta reducir la DUP (Duration of Untreated Psychosis) para ello (Poza, B., Cantero, P., Bermejo, N., 2013):

- Programas de Sensibilización en institutos de secundaria y formación a profesorado. En Fundación Rey Ardid se realiza el programa Sensibles a una vida mentalmente sana, el cual nos puede servir como modelo para esta acción (Galán, F. et al., 2004)
- Colaboración con infanto – juvenil para identificar a jóvenes en situación del alto riesgo de desarrollar una psicosis en un futuro cercano, utilizando estrategias educativas y de captación centradas en la comunidad.
- Identificar los factores de riesgo de los estados mentales y factores de riesgo genético o de raso mediante la escala de síntomas prodrómicos (Scale o Prodormal Symptoms, SOPS).
- No se trabaja con personas que no demanda ayuda.
- Todos los centros proporcionan un servicio clínico, además de la investigación
- Existen dos focos clínicos: manejo de las situaciones actuales, monitorización y posible prevención o atenuación de la psicosis emergente.
- Uso de dosis bajas de neurolépticos (risperidona, amisulprida).

Fase y modalidad terapéutica			
Fase	Modalidad	Aplicación	Metas terapéuticas
Prepsicótica	Psicoeducación TCC Trabajo con la familia Terapia familiar	Individual Individual Familiar Familiar	Reducción de síntomas y de discapacidad Reducción en el riesgo de la psicosis Mejora del funcionamiento familiar
Primer episodio de psicosis: fase aguda (0-2 meses aprox.)	Intervención y apoyo en crisis Psicoeducación	Individual y familiar	Reducción de la angustia emocional Mejora del conocimiento y comprensión de la psicosis Estrategias de afrontamiento adaptativas Regreso al funcionamiento normal Reducción de estrategias de afrontamiento desadaptativas

McGorry PD, 2000 Continúa →

2.- Fase aguda.

En esta fase hay que tratar, siempre que sea posible que el tratamiento se realice en dispositivos comunitarios ambulatorios o a domicilio. Las principales intervenciones en la fase aguda de un primer episodio van dirigidas a proporcionar apoyo y psicoeducación, y “están centradas en ocuparse de los problemas inmediatos al inicio del tratamiento en lugar de centrarse en los traumas del pasado de los pacientes o en la disfunción familiar” (Guía clínica).

La AEN plantea esta fase los 2-3 primeros meses de la primera crisis psicótica. Tratamiento farmacológico, terapia cognitivo – conductual y el primer contacto con la familia sería las primeras tareas. Con la familia se inicia a elaborar su historia familiar y sus necesidades, se concentrará en la ayuda práctica para el manejo de la crisis, el sistema sanitario y la ayuda emocional.

Para conseguir un tratamiento eficaz, la alianza terapéutica es esencial en este primer momento.

La primera tarea de los terapeutas es vincular a la familia: si no se vence la resistencia a la vinculación, las intervenciones no darán resultado por muy habilidosas que sean (...) El proceso de vinculación consiste en ofrecer un contacto positivo, agradable y amable, compartiendo con la familia el interés y la preocupación por sus

problemas (...) Para ser coherentes con nuestro modelo de trabajo con familias, los terapeutas no deben nunca criticar o culpabilizar a las familias. Aparte de constituir un modelo no deseable para ellas, es probable que cualquier crítica se traslade al paciente. Los principios rogerianos según los cuales los terapeutas han de ser cálidos, empáticos y francos se consideran cruciales para un trabajo eficaz con las familias. Los terapeutas deben mostrar la calidez adecuada hacia los individuos de la familia: son seres humanos que necesitan ayuda (Kuipers, E., Leff, J. 2004).

Y así, dese la intervención de trabajo social es fundamental, además de esta alianza terapéutica, el compromiso, la resolución de problemas, la individualización, el mantenimiento de la red social... Nos encontramos con pacientes en los que la labor de «enganche» al programa y la necesidad de dotar de un sentido la intervención es clave. No es fácil que pacientes jóvenes asuman procesos de intervención marcados por la lógica de la cronicidad, sin objetivos evaluables a corto/medio plazo. "Así mismo el riesgo de que la resolución inadecuada de problemas concretos en estos primeros momentos de la enfermedad genere problemas sociales de más difícil resolución a posteriori es muy alto" (Gil, D., 2010).

Por ello, en las sesiones iniciales, tanto con el individuo como con su familia, hay que dedicar un tiempo a ocuparse de las crisis, las señales precoces de aviso y la confección del genograma. "Los familiares se hallan en crisis y pueden tener una inmensa necesidad de hablar y expresar sus sentimientos de culpa, miedo y tristeza, tal y como nos guía el modelo de intervención en crisis" (...) "Trazar el genograma les proporciona también una información valiosa. Advierten conexiones y vínculos, son capaces de darse cuenta del impacto de los hechos estresantes e identificar nuevos recursos en la familia" (Thorsen, G. B. y Gronnestad, T., 2009). Para reforzar esta idea usaremos las cinco metas que proponen Anderson, Reiss y Hogarty (2011) para sentar las bases de todo proceso de tratamiento:

1. Debe establecerse una relación entre el clínico y la familia en la que exista una auténtica alianza de trabajo, una asociación que tenga por objeto ayudar al paciente.
2. Los clínicos deben comprender las cuestiones y problemas familiares que podrían contribuir a generar el nivel de estrés del paciente o el de los miembros de su familia.
3. Los clínicos deben llegar a comprender los recursos de la familia, así como sus tentativas, pasadas y presentes, de enfrentar la enfermedad
4. Los clínicos deben destacar los lados fuertes de la familia e incrementarlos al máximo.
5. Los clínicos deben establecer las reglas y expectativas del tratamiento mediante la elaboración de un contrato con metas específicas, asequibles y mutuas. Lo que nosotros llamamos PIR.

3.- Fase recuperación inicial

Una vez pasada la fase aguda entramos en la fase de recuperación inicial (entre los 3 a 9 meses). La Guía Clínica la denomina como una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años. Está indicado un tratamiento continuado en este período crítico en el que la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y, en el cual, los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio entre trastorno y bienestar.

El paciente comienza a recuperar el insight y el medio familiar se reorganiza después de la crisis. Con el paciente se debe hacer un trabajo psicológico para desarrollar un modelo explicativo de la enfermedad, fortalecer el sentido del yo, recuperar la identidad y diferenciar el yo de la psicosis; aumentar la percepción de control; retomar el proyecto vital; y prevenir la morbilidad secundaria (Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2012).

La bibliografía consultada coincide en elegir el modelo de psicoterapia individual de orientación cognitiva conductual orientada hacia la recuperación. La Guía Clínica indica que con este tipo de psicoterapia, mejora el funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, y aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a la medicación. Proporciona

recuperación más rápida y reducen más los síntomas que la intervención estándar, también a largo plazo (18 meses).

Sánchez – Araña, T., de la Higuera, J., Sanz, S. y Pérez, F. (2012) son más concretos y nos hablan del programa COPE (*Cognitive Psychotherapy for Early Psychosis*) que es un procedimiento con evidencia empírica de respaldo y que incluye en su formulación una filosofía de base orientada hacia la optimización de los recursos personales y el empoderamiento. Estos aspectos nos parecen de vital importancia en el trabajo psicoterapéutico con este tipo particular de población. Mientras, Gumley, A. y Schwannauer, M. (2006) estructuran una terapia cognitiva – relacional para volver a la normalidad después de un tratamiento psicótico en unas 30 sesiones a lo largo de 9 – 12 meses. Nos proponen tres fases: una, compromiso terapéutico y formulación clínica; dos, transformación de las creencias y las estrategias interpersonales problemáticas; y tres, fase final y cierre del proceso

Para estos autores, la experiencia de la psicosis y las relaciones negativas que conllevan, constituyen la creación de unos esquemas negativos en las que el tipo de apego será fundamental. La psicosis sería interpretada por el sujeto como un acontecimiento vital que confirmaría las anteriores experiencias vitales tempranas. Para cambiar estos esquemas mentales y el tipo de apego, la terapia cognitivo relacional se debe basar en colaboración, un diálogo reflexivo que consiga reparar y buscando una comunicación que conecte con la parte emocional. Todo ello dentro de una elaboración de una nueva narrativa que sea coherente con el desarrollo vital y que permita al paciente analizar nuevos significados y asociaciones que pueda integrar en su biografía.

Con la familia mantenemos el contacto individual y, con él, la alianza terapéutica. Además, es en esta fase cuando iniciamos la terapia grupal de psicoeducación de familiar para que puedan conocer mejor la psicosis, conocer a otros familiares potenciando al autoayuda y mejorar la capacidad de afrontamiento en problemas del día a día. La intervención familiar está altamente recomendada por la guía clínica, ya que según los estudios consultados, evita rehospitalizaciones y recaídas y fomenta la adherencia al tratamiento.

Fase y modalidad terapéutica (cont.)

Fase	Modalidad	Aplicación	Metas terapéuticas
Recuperación temprana (2-6 meses aprox.)	Manejo de casos basado en las necesidades	Individual	Adaptación óptima al inicio de la psicosis y a sus implicaciones
	Psicoeducación	Individual	Reducción de la angustia emocional
	Trabajo con familias, con educación y apoyo	Familiar	Ajuste familiar óptimo y aminoración de la angustia emocional
	Intervenciones de grupo, basadas en necesidades	Grupal	Reintegración, relaciones interpersonales, conocimiento y ocio
	Intervenciones CC para la recuperación	Grupal	Rehabilitación laboral. Habilidades interpersonales
	Psicoterapia de orientación cognitiva para las psicosis (COPE)	Individual	Buen conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad Correcta adaptación y manejo de la enfermedad Reducción de la comorbilidad Funcionamiento psicossocial óptimo Reducción de la ideación, conducta y riesgo de suicidio
	Prevención del suicidio		
Reducción del consumo de cannabis (cognitivo-educativo-motivacional)		Reducción del uso de cannabis	

McGorry PD, 2000 Continúa →

4.- Fase recuperación posterior

Fase comprendida entre los 9 meses y al fin del periodo crítico que, aunque de forma general esté situada entre 3 – 5 años, la marcará la evolución del propio paciente y su recuperación de sus áreas funcionales. La guía clínica observa que el tratamiento integral mejora significativamente la situación laboral y de estudio. Sin embargo, se necesitaban dos años para obtener este tipo de beneficio. Por tanto, la guía clínica recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana.

Si en esta fase, el paciente continua con síntomas positivos persistentes se mantendrá la terapia cognitivo conductual para desarrollar un modelo que potencia sus estrategias autorreguladoras. En aquellos casos en las que se produce una recuperación completa de la sintomatología positiva, el tratamiento va dirigido a la construcción de una nueva identidad psicológica, mediante la narrativa y la recuperación en lo formativo/laboral (Pena, J., Vallina, O. y Penades, R., 2012), mediante el modelo centrado en la tarea. En algunas ocasiones, será necesario usar el empleo con apoyo e incluso la

fórmula de taller ocupacional como fase previa al mercado de trabajo normalizado. La guía clínica demuestra que hay evidencia científica que para personas con primeros episodios psicóticos, el empleo con apoyo es el método más efectivo y que mantiene los resultados de forma más estable en el tiempo.

Precisamente este es el trabajo principal con la familia, conseguir la implicación de ésta en la recuperación de los roles del paciente y devolverles una narrativa para que la crisis psicótica encaje en la dinámica familiar.

En este contexto de terapia familiar, la crisis debemos interpretarla como rito del pasaje en la vida de la persona y su familia, para que la consideren como aquello que ya no es viable continuar igual y aquellos nuevos roles que todos deben experimentar. Es decir, interpretar la crisis en términos de progreso y no de regresión, sin negar el dolor que, seguro, han sufrido. Esta forma de hacer terapia nos lleva a la técnica de la externalización de White, M. y Epston D. (1993), la cual permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.

Fase y modalidad terapéutica (cont.)

Fase	Modalidad	Aplicación	Metas terapéuticas
Recuperación posterior (6-24 meses o más)	COPE	Individual	Adaptación óptima y funcionamiento con el mínimo malestar emocional
	Prevención de recaída (+ psicoeducación + terapia de cumplimiento)	Individual	Buen conocimiento (un modelo explicativo de trabajo) Tasa de recaídas mínimamente razonable Buena adherencia a la medicación
	Tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes (STOPP)	Individual	Reducción de síntomas positivos residuales Reducción del malestar emocional Mejora del funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida
	Apoyo intensivo y educación para familias con pacientes con recaídas frecuentes y escasa respuesta al tratamiento	Familiar	Reducción del impacto y de la angustia en la familia Mejora en las formas de afrontamiento familiar
	Intervenciones laborales, interpersonales y psicoterapéuticas	Grupal	Crecimiento familiar y mejor calidad de vida Progreso laboral Mejor funcionamiento psicosocial, mejores relaciones familiares y con los demás

McGorry PD, 2000

CRONOGRAMA	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.
IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO												
Presentación en Sector I												
Presentación profesionales sociosanitarios												
Apertura web y redes sociales												
Calendario noticias y newsletter												
Cartelería												
Rueda de prensa presentación proyecto												
Jornadas Atención Precoz en Psicosis												
OBJETIVO 1: PROMOVER DETECCIÓN TEMPRANA												
Talleres formativos												
Protocolos detección, derivación y recepción												
Edición de materiales técnicos												
Campana de sensibilización												
OBJETIVO 2: ATENCIÓN Y RECUPERACION												
Evaluación integral												
Entrevistas familiares y con el paciente												
Herramientas de valoración: DAS, CURES, Lemos...												
Diagnóstico Psicosocial e informe social												
Plan de Atención/PIRR												
Intervención integral en fase prepsicótica												>>>
Sensibles a una vida mentalmente sana												
Coordinación con agentes sociosanitarios												>>>
Intervención integral en fase aguda												
Historia familiar y genograma. Alianza terapéutica												
Intervención integral en fase recuperación inicial												
Psicoeducación de Familias												
Psicoeducación Sistémica												
Grupo socioterapéutico red social												
Intervención integral en fase recuperación posterior												>>>
Terapia Familiar												>>>
Grupo socioterapéutico empleo y motivación laboral												>>>

Recursos

Recursos económicos. Presupuesto

Un programa de su naturaleza debe prestarse desde un marco público y se parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Sólo así se podrá garantizar una atención integral, su universalidad, la participación comunitaria y su integración en el resto de la red sociosanitaria. Para ello, se necesita un concierto entre el Servicio Aragonés de Salud y, en este caso, la Fundación Rey Ardid, tal y como están concertados servicios de Rehabilitación Psicosocial en el Sector I: Unidad de media estancia, centro de día, rehabilitación laboral, pisos asistidos y equipo de apoyo sociocomunitario.

Personal	Gasto anual	Material oficina	Gasto fijo
Psiquiatra/Director	21.828,10 €	10 mesas	1.000,00 €
Psicólogo	19.595,24 €	40 sillas	1.600,00 €
Trabajador Social	15.390,20 €	Pizarras	175,00 €
Enfermero	15.889,02 €	10 armarios	2.200,00 €
Terapeuta Ocupacional	15.390,20 €	Equipamiento	Gasto fijo
Monitor	14.360,22 €	Ordenadores	3.200,00 €
Auxiliar Administrativo	13.149,64 €	Proyector	300,00 €
Local	36.000,00 €	Equipo sonido	400,00 €
Alquiler	36.000,00 €	Lavadora	200,00 €
Agua	360,00 €	Placa vitrocerámica	150,00 €
Luz	1.200,00 €	Horno	200,00 €
Teléfono/Internet	1.200,00 €	Nevera	500,00 €
Material actividades	1.000,00 €	Plancha	200,00 €
GASTO ANUAL	191.362,62 €	Microondas	100,00 €
		Vajilla y cubiertos	100,00 €
		GASTO EQUIPAMIENTO	10.325,00 €
		1er AÑO	201.687,62 €

Recursos Humanos

La plantilla de profesionales del programa es:

- 1 Psiquiatra que hará también las funciones de coordinador
- 1 psicólogo clínico
- 1 Trabajador Social especialista en salud mental y terapeuta familiar
- 1 enfermero especialista en salud mental
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 monitor
- 1 auxiliar administrativo

Recursos Materiales

Un centro de 500 m² con 7 despachos y 3 salas polivalentes, aptas para hacer reuniones y sesiones grupales. Además

- 8 Ordenadores Portátiles
- 1 Proyector
- Equipo de sonido
- Internet y teléfono
- Cocina de entrenamiento
- Ducha
- Material de oficina
- Mobiliario oficina
- Material actividades

ORGANIZACIÓN EQUIPO

El equipo será en todo momento de filosofía interdisciplinar, tal y como enfoca la actual orientación de salud mental comunitaria en la que debe basarse un programa de estas características. Es decir, que se hace menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permitiendo unificar actitudes en la comprensión del enfermo y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Esto significa que aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 2010).

Antes de incluir a cada paciente en cada una de las fases que hemos descrito en el apartado de la metodología, cada uno de los departamentos hará una valoración específica de su programa y una intervención específica. En este documento, nos centraremos en la correspondiente al departamento de Trabajo Social. En esta primera valoración que durará de 1 a 3 entrevistas y que se adaptará a la fase en la que se encuentre la persona y la familia se deberán desempeñar las siguientes tareas:

1. Entrevista con la familia y con el paciente para evaluar las discapacidades y situaciones de desventaja o discapacidad que padece y que impiden su ajuste social en la comunidad.
 - Para esta valoración usaremos las siguientes herramientas que adjuntamos en los anexos: DAS II (anexo 2), Entrevista Familiar de Lemos (anexo 3) y Cuestionario de motivación labora (anexo 4).
2. Diagnóstico de su situación psicosocial:
 - Personal: recursos propios y capacidades conservadas.
 - Contexto: Sistemas de interacción, redes y apoyos sociales, recursos del entorno.
 - Interacción entre contexto e individuo: Existencia de alta emoción expresada en el ámbito familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos...
3. Elaborar un informe donde se recoge la información anterior y donde se propone un plan de intervención inicial, en función de los problemas – necesidades detectadas, que se aportará al equipo multidisciplinar que interviene con el paciente para la elaboración de su Programa Individual de Rehabilitación e Inserción (PIRR).

El PIRR es un esquema o programa sistemático en el que se proponen objetivos y formas de llevarlos a cabo, estructurado secuencialmente flexible y dinámico, a modo de guía desde el que realizar la toma de decisiones. Se realiza por parte de todo el equipo de manera consensuada, en colaboración con la unidad de salud mental y hospital general correspondientes. Se elabora al mes, aproximadamente del ingreso del paciente en el programa. Antes y

después se debe consensuar con el paciente y familia los objetivos y las intervenciones como requisito indispensable para su correcta realización. De esta forma, todos los agentes (paciente, familiares, profesionales, otros agentes sociales...) actúen en la misma dirección. (Rodríguez, A., 1997). Las áreas del PIRR y nuestra propuesta para este programa las adjuntamos en el anexo 5.

Por otro lado las intervenciones grupales que son responsabilidad del departamento de Trabajo Social, en colaboración con el resto de departamentos, son los siguientes:

- **Sensibles a una vida mentalmente sana.** Para la fase de prevención. Mediante el procedimiento de la acción – participación, se trabaja en el aula una serie de materiales de salud mental para prevención y sensibilización sobre esta materia. Dicha documentación se ha basado en el modelo pragmático de la educación sanitaria, de manera que no sólo aporte opiniones, sentimientos e intenciones favorables al tema sino que también incluye dónde, cuándo y cómo hacer para pasar a la acción (Galán, F. et al., 2004). Los objetivos del programa son:
 - Autorresponsabilizar a los adolescentes de su salud mental y motivarlos para que adopten la actitud y comportamiento más adecuado para mejorarla.
 - Implicar a jóvenes, entre 14 y 26 años, sus familias, profesores y profesionales de entidades sociosanitarias en la participación conjunta de la promoción de salud en el ámbito escolar.
 - Apoyar desde el punto de vista sociosanitario el proceso educativo de los adolescentes.
 - Potenciar valores de solidaridad y aceptación del diferente.
- **Psicoeducación de Familias.** Ya explicamos este grupo en el marco teórico. Adecuado para la fase de recuperación inicial. Adjuntamos sesiones y objetivos en Anexo nº 6.

- **Terapia Familiar.** Es la atención más especializada, que solo unas pocas familias se pueden favorecer de este proceso, primero porque lo necesiten y, segundo, porque estén preparadas para un trabajo psicoterapéutico tan profundo. Apropiaada para la última fase de recuperación. Después de las diferentes intervenciones grupales y de despacho, es el momento más oportuno para realizarlo. El trabajo anterior nos facilita mucho la alianza. Existen unos conocimientos sistémicos básicos por parte de la familia gracias a la intervención grupal anterior y también conocemos gran parte de la realidad del paciente y familia por nuestra parte. Un proceso de 10 sesiones (aproximadamente), de 1 hora y media de duración con dos coterapeutas en sala. Las sesiones tendrían una periodicidad de unas tres semanas. Los cambio sistémicos son lentos y graduales y se necesita tiempo entre sesiones para que lo trabajado en sesión se instaure en el sistema y pueda surgir la transformación. El esquema de sesión de Terapia Familiar usado será el que definió el Equipo de Milán (Selvini Palazzolli et al., 1975) y que nos explica Navarro Góngora (1992, el cual adjuntamos en el anexo nº 7, junto al proceso completo para este programa.
- **Red Social.** Iniciamos grupos socioterapéuticos en la fase de recuperación inicial. Como ya dijimos antes, la psicosis rompe con las relaciones sociales y a medio plazo, estas personas acaban con contactos restrictivos y con un bajo nivel de conexiones con otras redes. Por su lado, Brown, Birley y Wing en 1972 observaron cómo mejoraron los resultados de los tratamientos cuando los familiares y los pacientes tenían más contactos sociales. Es decir, mejorar la red social de los pacientes es un factor de protección para este tipo de patologías. Las personas con un primer brote psicóticos se encuentra en una fase crítica de su vida. Este brote le ha podido dejar sin relaciones (o al menos, deteriorarlas), con problemas de identidad, confundido y con un corte en un momento fundamental de la vida (16-20 años). Este grupo intenta mantener la parte sana de la persona, recobrar una identidad,

relacionarse adecuadamente con sus iguales, fomentando intereses más propios de su edad que de un trastorno (Siurana, Moreno, Martínez de la Cuadra, Marfil y Martínez, 2008). Los objetivos del grupo:

- o Facilitar la integración social de la persona que padece un Trastorno Mental Grave dentro de su proceso de Rehabilitación Psicosocial en un Centro de Día.
 - o Creación y/o ampliación de la red social de los usuarios del Centro de Día Rey Ardid.
 - o Conseguir que esta red social sea adecuada y que cumpla las funciones de relación, apoyo, regulación social y ayuda material
 - o Romper aislamiento social.
 - o Conseguir una estabilidad psicopatológica y que exista una reducción de ingresos hospitalarios.
 - o Mejoría en habilidades sociales
 - o Mejorar el aprovechamiento de los apoyos que proporciona la red social.
 - o Fomentar la autoayuda entre los participantes.
- **Búsqueda activa de empleo y motivación laboral.** Planteado para la fase de recuperación posterior. A través de un grupo de búsqueda activa de empleo, se motiva a los participantes a la vuelta al mercado de trabajo o a los estudios y se potencia las capacidades individuales y vocacionales. Para ello, el programa se marca es la modificación de los aspectos disfuncionales de la situación psicosocial que dificulta la integración laboral para que las personas puedan iniciar su inserción laboral. Fundamental, el trabajo individualizado que complementa la sesión grupal. Las principales actividades a realizar son: "motivación, orientación profesional, técnicas de búsqueda de empleo, técnicas de aprendizaje, entrenamiento en actividades pre – laborales en colaboración con Terapia Ocupacional". (Augusto, J. y Galilea, V., 2009). Los objetivos y las sesiones las adjuntamos en el anexo 8.

CONCLUSIONES

- El modelo actual de atención en Psicosis muestra importantes déficits dada la gravedad de la enfermedad y el grado de discapacidad y cronicidad que puede provocar. Gran relevancia tiene en este aspecto la atención recibida, por lo que es responsabilidad de las administraciones articular modelos que mejoren la atención, especialmente, tal como muestran las diferentes experiencias en este trabajo, en relación al tiempo que transcurre hasta que la persona recibe atención. Aunque este tipo de programas no está muy implementado en España, las administraciones ya incluyen este tipo de servicios en su planificación, como en el caso de Aragón, por lo que pensamos que a corto plazo su puesta en marcha será una realidad.
- Los programas de Atención Precoz en Psicosis pueden constituir un instrumento altamente eficaz en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, en la disminución de apoyos y recursos que tradicionalmente las personas con psicosis requieren de la sociedad, en la disminución del estigma que arrastra la enfermedad y en la optimización de recursos de atención en salud mental.
- La puesta en marcha de este tipo de programas es compatible y complementaria con la red de servicios ya implementados de atención a la salud mental, por lo que no requiere de profundas transformaciones en el resto de dispositivos, que siguen siendo necesarios para facilitar la atención individualizada que toda persona requiera, atendiendo a cualquier criterio de cronicidad y discapacidad.
- En cambio, si es importante la creación de programas específicos cuyo enfoque, metodología y forma de acceder al ciudadano se adapten al colectivo al que se dirigen, teniendo en cuenta sus resistencias, su forma de explicar la situación, su sufrimiento y el de su familia, su miedo al estigma, etc. Es por ello, por lo que cobra mucha importancia la cualificación del equipo y su capacidad de trabajo con personas en un momento inicial de la enfermedad, la posibilidad de la intervención en el

medio comunitario habitual de la persona, la adaptación de actividades a un público juvenil, etc.

- La creación de estos programas requiere de un intenso trabajo de sensibilización tanto a jóvenes y familias como a medios educativos, sociales y sanitarios habituales de la persona joven para facilitar la detección de posibles casos y la derivación. La formación al resto de profesionales, especialmente de atención primaria también debe tener una importante presencia, para que estos puedan detectar el máximo número posible de casos como puerta de entrada al sistema sanitario. La coordinación será también indispensable, lo cual permitirá la organización de apoyos necesarios para cada caso a nivel social, sanitario o educativo.
- Observamos en todas las experiencias un factor que consideramos de especial relevancia. La importancia del trabajo con la familia, superando la concepción de la atención individualizada al paciente y entendiendo que la situación afecta a todo el sistema familiar, que la familia es un importante recurso, y que puede recibir ayuda terapéutica, y psicoeducativa, ya que la familia se considera indispensable en el proceso.
- La presencia del Trabajador Social es muy necesaria en la composición de los equipos multidisciplinares de programas de Atención precoz en psicosis y atendiendo a las recomendaciones se requiere de este un perfil con destrezas en diferentes modelos de intervención (crisis, centrado en la tarea) y especialmente en el trabajo con familias. Valoramos necesaria la formación en salud mental, dada la complejidad del colectivo. Nos parece especialmente interesante proponer para nuestro modelo la formación específica en el modelo sistémico, dadas las importantes aportaciones que puede ofrecer para el trabajo con familias y redes sociales, incluida la posibilidad del trabajo terapéutico ejercido por un trabajador social habilitado como terapeuta familiar.

Hoy día parece suficientemente claro la necesidad de articular respuestas a través de servicios que provean de una oferta terapéutica, comprensiva, accesible y que se oriente hacia la recuperación y el empoderamiento personal. No existen dudas sobre el hecho de que la intervención precoz puede contribuir a evitar el deterioro biológico, social y psicológico que por lo general puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico, siendo los beneficios potenciales de este tipo de intervención: la disminución de la morbilidad, una recuperación más rápida, mejor pronóstico, conservación de las habilidades psicosociales, conservación del apoyo familiar y social, así como la menor necesidad de hospitalización (Sánchez – Araña, T., De la Higuera, J., Sanz, S. y Pérez, F., 2012).

BIBLIOGRAFÍA

- Aldama, E. y Bolado, C. (2000). Experiencia grupal con esquizofrénicos en un centro de salud mental. *Revista Norte de Salud Mental*, 3(8), 45-50.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Andrews, J. (2002). Gisela Konopka and Group Work. Recuperado el 20 de febrero de 2009, de <http://www.infed.org/thinkers/konopka.htm>
- Anthony, W.A. Recovery for mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.
- Arnaiz, A. y Uriarte, JJ. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Rev. Norte de salud Mental*. n 26, 49-59.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2000). *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Cuadernos técnicos, 4.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (2007). *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Asociación para el fomento del Trabajo Social con Grupos, S.A. (2006). *Estándares para la práctica del Trabajo Social con Grupos*. Recuperado el 14 de enero de 2008, de <http://www.iaswg.org/docs/Standards-Spanish.pdf>
- Augusto, J. y Galilea, V. (2009). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, España: Gráficas Andrés Martín. Publicación de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Barbagelata, N. (1999). Intervención familiar en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: la terapia familiar y la psicoeducación. ¿Qué, cuándo y cómo? *Revista Redes*,5, 9-28.

- Beck, A. T. y Rector, N. A. (2010). *Esquizofrenia: Terapia Cognitiva, Investigación y Terapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Belloso, J. J., García, B y de Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 23 – 44.
- Bernardo, Miquel (2012). *Predicción de respuestas a fármacos antipsicóticos*. Actas del XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Hacia una psiquiatría predictiva, participativa, personalizada y preventiva: Bilbao.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una Psicoterapia Breve*. Barcelona, España: Paidós.
- Boscolo, L. y Cecchin, G. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Boszorményi – Nagy, I. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y Construccinismo en terapia familiar: Pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8,121-133.
- Botella, L. y Vilaregut, A. (2014). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. Recuperado el 20 de diciembre de 2014 de <http://bit.ly/1Ds8KRb>
- Bowlby, John (1998). *El apego. El apego y la pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Bravo M. F. (2009). Redes Sociales y evolución de la Esquizofrenia. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://bit.ly/1FWnMCq>
- Cabot Richard (2008). La Función de la inspectora a domicilio. *Revista Trabajo Social y Salud*, nº 60.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1996). *Servicio Social y Modelo Sistémico: una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Carrión, B., Hellín del Campo, M., Rodríguez-Vega, B. y Suárez, T. (1989). *Primer contacto de la familia con un miembro psicótico y la*

institución pública. Estrategias de intervención. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 9(29), 295-300.

- Ceberio, Marcelo R. y Linares, JL. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico.* Barcelona, España: Paidós Terapia Familiar.
- Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (2002). *La Terapia Familiar en los Servicios Psiquiátricos.* Barcelona, España: Paidós.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice.* 5, 201-222.
- Decreto 65/2007. 8 de mayo. BOA, Aragón, España. 25 de mayo de 2007.
- Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista.* Circulo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista. Disponible en línea en <http://www.cipra.cl> .
- Donoso, M^a P. y Saldías Guerra, P. (1998). *Modelo de Intervención para el Trabajo Social Familiar.* Recuperado el 16 de diciembre de 2014 en <http://bit.ly/1FWojjA>
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias.* Madrid, España: Siglo XXI.
- Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención.* Madrid, España: Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis.
- Ehmann, T., MacEwan, G.W. y Honer, W.G. (2004). *Best care in Early Psychosis Intervention. Global Perspectives.* Cambridge, Reino Unido: Taylor & Francis.
- Ellis, A. y Grieger, A. (1998). *Manual de terapia racional – emotiva.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Espina, A. y González, P. (2003). Intervenciones Familiares en la Esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal,* 26,51-58,

- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con Familias*. Madrid, España: Académicas.
- Galán, F., Lambán, M., Gost, M., Paumard, D., Moreno, P. y Gracia, M. (2004). *Open to a mentally healthy life. Mental Health Promotion Case Studies from Countries*. Melbourne, Australia: World Health Organization.
- Galán, F., Pinilla, M. A. y Andreu, N. (2007). Sensibles a una vida mentalmente sana: la promoción y sensibilización social como proceso y función del trabajador social psiquiátrico. Una pequeña experiencia de diez años. *Trabajo Social y Salud*, 56, 255-274.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23. 333-352
- García-Cubillana, P., Luna, J. D., Laviana, M., Fernández, L., Perdiguero D. y López, M. (2006). *Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Red Social. Versión Española del "Questionario Sulla Rete Sociale" Aplicado a personas con Trastorno Mental Severo*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), 135-150
- Gil Martorell, D. (2010). Trabajo Social y atención temprana en Psicosis, una propuesta de intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 403-417.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall.
- Golan, N (1978). *Treatment in Crisis Situations*. Nueva York, Estados Unidos: The free press.
- Gómez, I. y Moya, L. (2010). *Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en Hospital de día*. Madrid, España: Psicología Pirámide
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Guimón, J. (2004). *La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los derechos humanos*. Cuadernos Deusto de derechos Humanos. Bilbao, España: Universidad de Deusto.

- Gumley, A. y Schwannauer, M. (2006). *Volver a la normalidad después de un Trastorno Psicótico. Un modelo cognitivo - relacional para la recuperación y la prevención de recaídas*. Bilbao, España: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer
- Hammer, M. (1981). Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, Pp. 45-57.
- Hernández, G. P. y Contreras, A. M. (1999). *La Red Social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de Rehabilitación y prevención de recaídas*. Recuperado el 17 de abril de 2008 de <http://bit.ly/1FWpbZq>
- Hill, R. (1986). *Caso Individual. Modelos actuales de práctica*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del Trabajo Social*. Granada, España: Maristán.
- Kisnerman N. y Mustieles D. (1996). *Sistematización de la práctica con grupos*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Kuipers, E. y Leff, J. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona, España: Paidós
- Lalucat, L. coordinador (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona, España: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Leff, J. (1997). Trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 45.
- León, HM. (2005) Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Rev. de psiquiatría y salud mental Herminio Valdizan*. VI, 33-42.
- Ley General de Sanidad, Ley 14, 1980.
- Liberman, R. L. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental Crónico*. Barcelona, España: Martínez Roca
- Lieberman, J., Jody, D, Geisler, S. et al. (1993). *Time course and biologic orrelates of treatment response in first-episode schizophrenia*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 369-376.

- Linares, J. L. (2012). Elementos Relacionales en Esquizofrenia: Comparación de los discursos de familiares. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de <http://bit.ly/1FWEqSm>
- Linares, J. L. (2007). *Identidad y Narrativa. La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Barcelona, España: Paidós.
- Linares, J. L., Castelló N. y Colilles, M. (2001). La Terapia Familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, 2(8), 9-30.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. y Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92 (1461-1500).
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII (101), 43-83.
- Martínez, F. y Ochoa, S. (2000). Redes Sociales con personas con Esquizofrenia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 299 – 322.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. M. (2000). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer
- McGorry, P. D. y Jackson, H. J. (1999). *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge, Reino Unido: University Press.
- Merino, H. y Pereira, M. (1990). Familia y Esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familia. *Anales de la Psicología*, 6(1), 11 – 20.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Centro de Publicaciones: Madrid, España.

- Minuchin S. y Fishman, C. (1992). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Montero, I. y Ruiz, I. (1992). La entrevista familiar Camberwell (CFI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(42), 27-30.
- Mosquera, D. (2008). *Llenando el vacío: un espacio para la familia. Programa psicoeducativo para familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad*. Madrid, España: Pléyades.
- Muela, José A. y Juan F. Godoy, (2000) El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Expresión*, 4(7), Universidad de Jaén, España.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: Complutense.
- Navarro Góngora, J. (1987). Límites de integración de modelos en Terapia Familiar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(20), 19-39.
- Navarro Góngora, J. (1995). Terapia Familiar: Treinta años de ejercicio clínico. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 30, 9-22.
- Navarro Góngora, J. (1998). *Técnicas y programas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona, España: Paidós.
- Obiols, J. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3(2), 235-250
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Esquizofrenia*. Recuperado el 14/05/2011 disponible en <http://bit.ly/1UaBrJU>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en línea en www.who.int./whr/2001/es/index.html25/11/06

- Pakman, M. (2004). Marco sistémico para la actuación profesional en el campo de la Salud Mental. *Revista Redes*, 12, 11-33.
- Pankow, G. (1979). *Estructura Familiar y Psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Paraskevi, I. B. Conceptos trianguladores y desconfirmadores en la familia del paciente psicótico. Recuperado el 9/02/2009 de disponible en <http://bit.ly/1FWBAGd>
- Payne, M. (1995). *Teorías Contemporáneas del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Pena, J., Vallina, O. y Penades, R. (2012). Programa de Intervención Temprana con Pacientes Psicóticos. Castellón, España: Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. Universidad Jaume I.
- Pérez, F. (ED.). (2006). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Perona, S. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía Breve para profesionales y familiares*. Valencia, España: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Poza Puertas, Beatriz; Cantero Garlito, Pablo A.; Bermejo Riera, Noel. (2013) Tratamiento y diagnóstico precoz en jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental: una visión desde la terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 10(18): 24 p.
- Ráfales, R y Tarí, A. (2002). Red Social en Esquizofrenia Positiva, Negativa y Mixta. *Revista Psiquis*, 23(1), 10 – 17.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Rojo, E. (2011). Programa PROENFA. Recuperado el 15/04/13 de <http://bit.ly/1FQWMpa>
- Rosell, T. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos del Trabajo Social*. 11, 103-122.
- Rubio V. y Pérez, A. (2003). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid, España: Elsevier.

- Sánchez-Araña, T., Higuera, J., Sanz, S. y Pérez, F. (2012). A propósito de un caso de psicosis temprana: un nuevo paradigma en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 32(114): 323-326.
- Satir, Virginia (1998). El contacto íntimo: Cómo lograr una relación auténtica con uno mismo y con los demás. Barcelona, España: Neo Person
- Selvini Palazzolli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini Palazzolli, M., Boscolo, G., Cecchin y Prata, G. (1980). Hipotetización – Circularidad – Neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión. *Terapia Familiare*, 7, 7 – 19.
- Selvini Palazzolli, M., Cirillo, S., Selvini, M y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini, M. (1996). Perturbaciones mentales graves y distorsión de la realidad. *Revista Redes*, 1, 7-21.
- Selvini, M. (2005). Técnicas de proceso psicoterapéutico de admisión de un paciente no solicitante. *Revista Redes*, 14, 9-32
- Selvini, M. y Pasin, E. (2005). El Follow Up (seguimiento) de los pacientes graves. *Revista Terapia Familiare*, 79, 37-54.
- Serrano, B. y Belenguer, C. (2000). Tratamientos Sociales: Las Socioterapias. En Gómez Lavín, C, Zapata García, R. (Ed.). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunate.
- Servicio Aragonés de salud. (2002). *Plan estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Gobierno de Aragón.
- Servicio Aragonés de Salud. (2003). *Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental*.

- Siurana, S., Moreno, P., Martínez de la Cuadra, J., Marfil, S. y Martínez, P. (2009). Trabajo Social Grupal con jóvenes en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. *Revista Trabajo Social y Salud*. Nº 63. Pp. 207-241.
- Siurana, S., Miranda, M. y Galán, F. (2015). Revisión del Programa de Atención a las familias en un Centro de Rehabilitación Psicosocial para personas con Trastorno Mental Grave. *Revista Trabajo Social y Salud*, 80, 51-71.
- Siurana, S., Moreno, P., Martínez de la Cuadra, J., Marfil, S. y Martínez, P. (2009). Trabajo Social Grupal con jóvenes en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. *Revista Trabajo Social y Salud*, 63, 207-241.
- Siurana, S. y Martínez de la Cuadra, J. (2011). Psicoeducación familiar sistémica. Una experiencia en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*, 8(1 y 2), 32-36
- Slaikeu, K. A. (1989). *Intervención en Crisis*. México DF, México: Manual Moderno.
- Sobrino, T. y Rodríguez, A. (2007). *Intervención Social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid, España: Síntesis.
- Tarí Gracia A, Ferrer Dufol C. (2011). Duelo y recuperación. En Hernández Monsalve M y Nieto Degregori MP. (coords.), *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con Psicosis*. , (pp. 127-150). Madrid, España: Grupo 5.
- Thorsen, G. B. y Gronnestad, T., (2009). *Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis. Una guía para profesionales*. Barcelona, España: Herder.
- Tisminetzky, J. M. (1997). Una lectura sistémica constructivista en el ámbito de un servicio de internación psiquiátrica. *Revista Redes*, 2(1), 43-52.
- Tizón, J. L. (2009). Bases para un equipo de Atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Nº 29(103), pp. 36 – 62.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. y Fernández J. (2007). *Guía de intervención familiar en esquizofrenia*. Barcelona, España: Glosa.

- Travé, J. y Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: Una revisión. *Revista Papeles del Psicólogo* N°. 33(1): Pág. 48-59.
- Uribe, M., Lucia, O., Cortés, A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Rev. Universitas Medica*. 48, n 3, 207-220.
- Valencia Agudo, F. (2014). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), 9-20.
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en Psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. N° 15. Pp. 15 – 27.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 346-364.
- Vansteenwegen, Alfons (1997), "Théories et pratiques post-modernes: lectura critique", en *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 19, 234-235
- Vásquez, C. (2002). El diagnóstico en terapia familiar sistémica: análisis de un caso de patología infantil. Recuperado el 9 de marzo de 2015 de <http://bit.ly/1FWDY6C>
- Vázquez-Barquero, JL. (2005). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*. Barcelona, España: Masón.
- Villalba, C. (2009). Del Contacto en el Escenario a la Construcción de Redes Sociales y fuentes de apoyo social. XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Zaragoza, España.
- Watzlawick, P. et al. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, España: Herder.
- White, M., Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.