

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

El tratamiento de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad en los enfermos con trastornos psicóticos.

**Aproximación al diseño de una red de recursos
sociales acorde a sus necesidades.**

Alumno/a: Ana Laita Contín

Director/a: Elena Fernández del Río

Grupo: 1

Zaragoza, junio de 2012.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

Agradecimientos

La elaboración del presente trabajo de final de grado no hubiese sido posible sin la ayuda de un conjunto de personas que de una manera u otra han contribuido con sus aportaciones y su apoyo. A todos ellos quiero darles las gracias.

En primer lugar, quisiera dar las gracias a la directora de este trabajo de fin de grado, la Profesora Dra. Elena Fernández del Río por su confianza en mí, su ayuda, apoyo y asesoramiento durante la elaboración de este trabajo. El escogerla como tutora me ha dado la oportunidad de tener el placer trabajar con alguien con una gran capacidad de comprensión, implicación y disponibilidad.

A los profesionales y trabajadores de Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social por el buen acogimiento que tuve durante los primeros días de mi periodo de prácticas. Gracias de una manera especial al Dr. Javier Serrano por darme la posibilidad de poder conocer el ámbito de la Salud Mental y a Alicia Lampérez por enseñarme la labor del Trabajo Social desde este ámbito, por haberme mostrado su capacidad y experiencia profesional día a día en la intervención de los casos, por brindarme su confianza durante el periodo de prácticas, por su apoyo y por el material bibliográfico que me ha facilitado para poder realizar este trabajo. También debo mencionar la amabilidad mostrada de los pacientes del Centro Psicosocial Cinco Villas y del Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba.

A mis compañeras de carrera por los buenos ratos pasados en la Facultad.

A mi familia por haberme animado y apoyado en esta recta final de la carrera. A Joaquín, por su apoyo, comprensión y por estar siempre ahí.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. Objeto del trabajo.....	7
1.2. Metodología aplicada.....	9
1.3. Estructura del trabajo.....	11
2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE....	12
2.1. Definición.....	15
2.2. Clasificación diagnóstica.....	20
2.3. Trastornos psicóticos.....	22
2.4. Esquizofrenia.....	23
2.4.1. Definición y delimitación diagnóstica.....	23
2.4.2. Sintomatología.....	24
2.4.2.1. Síntomas positivos.....	25
2.4.2.2. Síntomas negativos.....	25
2.4.3. Evolución de la enfermedad.....	27
2.4.4. Etiología.....	29
2.4.5. Repercusiones de la enfermedad en el paciente esquizofrénico.....	31
2.4.6. Necesidades de las personas con esquizofrenia....	33
2.4.7. Tratamiento.....	34
2.5. Intervención del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental.....	42

3. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMO TRATAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA.....	46
3.1. Áreas de intervención en Rehabilitación Psicosocial.....	46
3.2. Elección del contexto del tratamiento rehabilitador.....	50
3.3. Recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón.....	51
3.3.1. Servicios Sanitarios.....	51
3.3.1.1. Centros de Salud Mental (CSM).....	51
3.3.1.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.	56
3.3.1.3. Unidades Psiquiátricas de Corta Estancia (UCE).....	57
3.3.1.4. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil.....	59
3.3.1.5. Hospital de Día.....	60
3.3.1.6. Unidades Especiales.....	61
3.3.2. Recursos Intermedios (de apoyo y rehabilitadores)	61
3.3.2.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial.....	61
3.3.2.2. Unidades de Rehabilitación de Media Estancia (UME).....	62
3.3.2.3. Unidades Residenciales Específicas.....	65
3.3.2.4. Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia.....	67

3.3.2.5. Equipos de Gestión y Seguimiento de casos.....	69
3.3.3. Recursos de inserción y gestión social.....	71
3.3.3.1. Dispositivos ocupacionales, de inserción laboral y empleo protegido.....	71
3.3.3.2. Clubes de Ocio, Asociaciones de enfermos y familiares.....	73
3.4. Contexto de la Salud Mental en Aragón.....	74
4. PROPUESTA DE MEJORA A TRAVÉS DE LA PLANIFICACIÓN DE UNA RED DE RECURSOS.....	84
5. CONCLUSIONES.....	88
6. BIBLIOGRAFÍA.....	90

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objeto del trabajo

La experiencia de mi periodo de prácticas como estudiante de Trabajo Social con pacientes de los recursos de Salud Mental de la zona de las Cinco Villas me llevó a tomar la iniciativa de orientar mi Trabajo de Fin de Grado al estudio de las necesidades de este tipo de colectivo, personas con trastornos psicóticos, generalmente esquizofrenia, en su periodo de rehabilitación psicosocial.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los beneficios del abordaje de la intervención en los factores psicosociales derivados de las necesidades particulares que presentan los pacientes con trastornos psicóticos en su proceso salud-enfermedad y proponer una red de recursos que pueda hacer que estos mejoren en general sus condiciones de vida.

Se ha comprobado que dentro de la intervención con estos enfermos mentales, no sólo basta con el tratamiento farmacológico para paliar los síntomas de su trastorno mental, sino que además precisan atención de las necesidades psicosociales que presentan, por el progresivo deterioro que causa su trastorno mental en las diferentes áreas de su vida.

En la actualidad, el abordaje de todo tipo de enfermedades se realiza desde la consideración de que nos encontramos, según Gómez y Zapata (2000), ante un problema de salud y además ante un problema de carácter social, de ahí que su abordaje y afrontamiento (prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación) están orientados desde una perspectiva psicosocial. Esta nueva concepción más amplia y profunda del término enfermedad, en el presente estudio del Trastorno Mental Grave (TMG), hace que existan mayores posibilidades terapéuticas para este tipo de enfermos.

Según recoge el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón (2002-2010), la OMS informa que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos de TMG por cada 100.000 habitantes

y, junto a la Asociación Mundial de Psiquiatría, estiman que en España existen en la actualidad cerca de 400.000 enfermos psicóticos (entre esquizofrenias, trastornos bipolares y paranoides graves). Sin embargo, la desinformación y el miedo social a la enfermedad siguen provocando un alto porcentaje de pacientes no diagnosticados.

Dentro de la clasificación propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición, texto revisado, el denominado DSM-IV-TR, de la American Psychiatric Association (2000), este trabajo se centrará en la tipología de los trastornos psicóticos, por haber trabajado anteriormente con el colectivo y dentro de éste, en los enfermos con esquizofrenia por ser el trastorno psicótico más prevalente en la población general.

En las bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón de 1986, se apostó por la desinstitucionalización de todo aquel enfermo mental de los hospitales psiquiátricos que tenía posibilidades de rehabilitación en el seno de su comunidad, y por llevar a cabo un modelo de atención al enfermo con Trastorno Mental Grave en estructuras ambulatorias, transformando las instituciones hospitalarias psiquiátricas y fomentando sistemas alternativos comunitarios.

En la actualidad, en la Comunidad de Aragón, contamos con un servicio regional de Salud Mental de cobertura universal, equitativo y basado en la participación. A través de la implantación de una red de diferentes recursos de Salud Mental (unidades de S.M, unidades de hospitalización de urgencia, larga, media y corta estancia, centros de rehabilitación psicosocial, etc.), se ofrece asistencia integral, coordinada y centrada en el enfermo y en la continuidad de sus cuidados, tal como se contempla en la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Salud de Aragón de 2002.

1.2. Metodología empleada

La investigación social que se ha realizado es un tipo de investigación básica, cuyo interés reside en adquirir un mejor conocimiento de la realidad social (en este caso, averiguar cuáles son las necesidades que presentan los enfermos con trastornos psicóticos) y tratar de explicar y mejorar la misma, diseñando a partir de éstas una red de recursos para cubrir las necesidades de dichos enfermos.

Este informe de investigación social es de carácter cualitativo, pues se pretende describir, comprender e interpretar el significado de la realidad a estudiar, a través de profundizar en un determinado colectivo durante un periodo de tiempo determinado, del mes de febrero al mes de junio aproximadamente del año 2012.

Este trabajo comenzó con la elaboración de un proyecto de investigación en el cual se especificaba el tema a tratar en la investigación y los objetivos que se pretendían alcanzar. Para ello se diseñaron una serie de actividades planificadas en el tiempo y los recursos necesarios para finalmente poder elaborar y diseñar la red de recursos para enfermos con trastornos psicóticos en la Comunidad Autónoma de Aragón que pueda hacer que estos mejoren en general sus condiciones de vida.

La elección del tema a tratar estuvo vinculada a mi experiencia como estudiante de Trabajo Social en prácticas en el Centro Psiquiátrico de Rehabilitación de larga estancia de Sádaba y en el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Cinco Villas" situado en Ejea de los Caballeros. Tras el acompañamiento que realicé con la Trabajadora Social de los dos centros, vi que estos dos tipos de recursos son imprescindibles para mejorar las condiciones de vida de este tipo de enfermos. Por lo general, con la enfermedad mental van asociadas necesidades de carácter social, las cuales pueden ser cubiertas por estos dos dispositivos de forma satisfactoria. El interés de realizar la investigación sobre este tipo de necesidades surgió, cuando observé durante el periodo del Practicum de intervención, que la repartición de los recursos de la red de Salud Mental en la Comunidad

Autónoma estaba realizada de forma nada equitativa, dejando zonas de Aragón sin apenas cobertura de las necesidades de este tipo de enfermos.

Después de tener el problema de investigación identificado y concretado, se elaboraron los correspondientes objetivos a cumplir y se diseñó la planificación temporal acerca de cómo iba a ser el desarrollo del proceso de investigación y una lista de los recursos necesarios con los que iba a contar.

Las técnicas empleadas durante todo el proceso han sido las siguientes:

1. **Observación participante** realizada durante el periodo de prácticas realizado en los dos centros mencionados previamente. Durante este periodo se pusieron en práctica los conocimientos aprendidos durante los tres años de carrera cursados en la universidad. A lo largo de este periodo, pude conocer y distinguir la finalidad de cada uno de los dos centros en los que trabajaba e identificar cuál era el papel del Trabajador Social en ambas instituciones. Además, conocí cuales eran los recursos existentes de Salud Mental en la Comarca de las Cinco Villas realizando visitas a la mayoría de ellos.
2. **Revisión bibliográfica y documental.** Una vez centrado el tema de investigación, en la biblioteca de la Facultad realicé varias búsquedas de material bibliográfico con la intención de obtener información y poder profundizar en el tema. Además también realicé búsquedas por revistas científicas tales como Rehabilitación Psicosocial, Trabajo Social y Salud, por páginas web del Salud, del Gobierno de Aragón para obtener normativas, de Asociaciones del ámbito de la salud mental, etc.
3. **Entrevista.** Realicé una entrevista a la trabajadora social de ASAPME Zaragoza, para obtener información acerca de los recursos existentes en la provincia de Zaragoza, y dos entrevistas a profesionales del ámbito de la Salud Mental de Huesca y Teruel, para conocer los recursos existentes en dichas provincias.

La revisión bibliográfica y de las fuentes documentales constituyen la base de una primera aproximación al objeto de estudio, cuya finalidad es obtener datos e información a partir de la recopilación de documentos escritos, como fuentes históricas, informes y estudios, memorias de prácticas, documentos oficiales, archivos, documentos de asignaturas anteriores, etc. Esta aproximación a la realidad es necesaria y fundamental, ya que ayuda a plantear las hipótesis de la investigación, definir objetivos, delimitar la población y seleccionar la metodología a emplear.

El sistema de citas y referencias bibliográficas empleadas fue el indicado por la Comisión de Garantía de la Calidad para el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social, esto es, el recogido en el Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association en su 6ª edición.

1.3. Estructura del trabajo

Este trabajo de investigación comienza con una introducción en la que se presenta y se justifica la elección del tema del trabajo, se describe la metodología empleada para llevarlo a cabo y las partes de las que consta.

La segunda parte se centra en el trastorno mental grave, en concreto su clasificación y delimitación diagnóstica, y profundizando en los trastornos psicóticos y la esquizofrenia. En este apartado se incluye la definición de este trastorno, cuál es su sintomatología y su evolución, se describe su etiología y se comentan las repercusiones de la enfermedad en los pacientes que la padecen, las necesidades de éstos y el tratamiento. Para culminar esta segunda parte se describe la intervención del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental.

La tercera parte del trabajo describe la rehabilitación psicosocial como tratamiento de la esquizofrenia. Para ello, se comentan las diferentes áreas de intervención en las que se interviene con la rehabilitación psicosocial, la

elección del contexto donde se va a llevar a cabo el tratamiento rehabilitador, los recursos terapéuticos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón habiendo una división entre recursos sanitarios, recursos intermedios y recursos de inserción y gestión social. Una vez que se explican los principales recursos de la Red de Recursos públicos se realiza un análisis de la situación en la que se encuentra la salud mental en Aragón y para terminar se propone, en un cuarto bloque, una nueva red de recursos para los ocho sectores de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Una vez desarrollado todo el trabajo se termina con una serie de conclusiones que servirán para remarcar los aspectos más relevantes del trabajo.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE

La definición de salud, actualmente tan integrada en los discursos de todas las disciplinas sociales, no solo de la Medicina, sino también de la Sociología, de la Psicología, del Trabajo Social e incluso de la Economía, hizo que se valorase la consideración multifactorial de este concepto en torno a lo psicológico, a lo biológico y a lo social, lo que favoreció a partir de ahí el abordaje del concepto y permitió la multidisciplinariedad.

En la declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000, la salud se convirtió, si no lo era ya, en uno de los ejes que favorecen el desarrollo de la persona y que le sirven para luchar contra la discriminación. A partir de ese momento se potencia la instrumentalización de la salud como una de las armas más efectivas para la erradicación de la desigualdad y la pobreza.

La información en salud, en este caso la salud mental (SM), es un instrumento de utilidad práctica efectiva en la trasmisión de este concepto para poder lograr un estado de sensibilización de la población hacia esta aprehensión conceptual y la estigmatización social asociados al mismo, los cuales se pueden neutralizar con una base firme de información que se trasmite a la sociedad aportando valores positivos sobre las dificultades que conlleva la enfermedad mental, llegando a un camino de entendimiento, como algo que debe y puede estar integrado en lo común de todos los ciudadanos (Galán, Pinilla y Andreu, 2007).

Una de las áreas donde la intervención del trabajador social es fundamental es el área de Salud Mental. Dentro de este ámbito su profesión está sometida a una determinada especificidad, que hace que lo caracterice dentro de su equipo multidisciplinario como aquel profesional que se le encomiendan una serie de funciones, las cuales se ven diferenciadas con las de otros trabajadores sociales de otros ámbitos:

1. **Función de Atención Directa;** prestada a individuos y familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud mental. Se trabajan los propios recursos del paciente y de la familia, lo que supone iniciar un

proceso de diagnóstico y una posterior discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

2. **Función preventiva, de promoción e inserción social;** para conseguir la adecuación profesional al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de recursos normalizados, recursos específicos dirigidos a este colectivo (programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral...) y fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados... etc.
3. **Función de formación, docencia e investigación.**
4. **Función de coordinación;** incorporando el factor social de los problemas de salud mental, aportando su sabiduría de lo social y de las organizaciones y servicios sociales e identificando y evaluando "los riesgos a corto y medio plazo, así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención" (Garcés, 2007, p.315).

La concepción del término enfermedad mental desde la esfera de lo social, fue un avance en el modo de atención a los pacientes porque además de paliar los síntomas derivados de su enfermedad, podían combatir esa exclusión social a la que hasta el momento se veían condenados por la estigmatización de este colectivo en la sociedad.

El ser diagnosticado y padecer una enfermedad mental conllevaba además de padecer la sintomatología propia de cada trastorno, que en la mayoría de los casos suelen ser de carácter crónico, comenzar una lucha por el reconocimiento social de sus derechos.

A pesar de los cambios acontecidos en la legislación de los Derechos Humanos para las personas con trastornos mentales en cuestiones tales como "la desigualdad, las medidas restrictivas del reembolso de tratamientos, la responsabilidad, la autonomía, la pérdida de derechos civiles, etc..." (Guimón, 2007, p.34), un estudio de Angermeyer y Matschinger (1999), realizado en

Alemania, muestra que el rechazo de los enfermos mentales ha permanecido casi sin cambios debido a un umbral de aceptación más bajo por parte de la clase media de conductas socialmente inaceptables, las dificultades a las que se enfrentan los enfermos mentales para encontrar un empleo, la imagen que transmiten de ellos los medios de comunicación y la globalización de las costumbres (lo cual hace la vida más difícil a los que son diferentes), como en el caso de los enfermos mentales, ya que con frecuencia presentan conductas "anormales" fácilmente identificables (Guimón, 2007).

Un estudio realizado en Atención Primaria, con el objetivo de ver la correlación existente entre la prevalencia y la interacción del malestar psíquico y la patología social, demostró entre otras, que sí existe una ligera asociación entre ellos (Arricivita, Saz y Lobo, 1993). Es importante que en este primer nivel de protección de la salud, se lleven a cabo labores de abordaje de la psicopatología, porque muchos malestares psíquicos que presentan los pacientes en atención primaria "se ven enmascarados por sintomatología somática, que es la que motiva la consulta" (Arricivita et al, 1993, p.160).

Este aspecto es especialmente relevante si consideramos que los expertos admiten que un tercio de estos enfermos son técnicamente rehabilitables y que, por el contrario, ante la falta de atención de su malestar, la persona con enfermedad mental grave tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en el primer año, porcentaje que se eleva al 80% a los tres años, con el deterioro paulatino que este tipo de crisis provoca en el curso de la enfermedad (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

2.1. Definición

El término Trastorno Mental Grave procede del anglosajón *Severe Mental Illness*, que está siendo sustituido por el de *Severe and Persistent Mental Illness*, hace referencia a un "constructo teórico que aglutina una serie de condiciones clínicas con una elevada prevalencia y gran repercusión en la

práctica asistencial, y que tendría a coincidir con el de cronicidad, con connotaciones más positivas" (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002, p.22).

Este concepto engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada.

Esta situación implica la necesidad de trabajar diversas áreas de la persona, haciendo preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, además de la farmacológica, lo que genera un considerable consumo de recursos sociosanitarios, ocasionando un importante impacto económico.

La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como *"un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social"* (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002, p.22).

En los años cincuenta se introdujo el tratamiento farmacológico como tratamiento principal de este tipo de trastornos, pero a causa del control parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo, y la pobre adherencia al tratamiento de los pacientes afectados, hizo necesario la utilización de un enfoque más amplio, en "el que el tratamiento farmacológico se complementase con intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales coordinadas para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos" (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002, p.22). Según Guimón (2007, p.22) "actualmente se cuenta con fármacos mucho mejor tolerados que hace unas décadas, pero su eficacia no ha mejorado tanto como se esperaba. Los sujetos han dejado de ser sujetos pasivos, sino que se

han convertido en consumidores bien informados en tratamientos biológicos como en tratamientos psicosociales”.

Existen algunos factores a tener en cuenta en la aparición de un trastorno mental (TM), pues son considerados desencadenantes de mayor morbilidad psiquiátrica en los pacientes (Gómez y Zapata, 2000).

✓ **Edad.** El individuo a lo largo de su vida va pasando por diversos estatus de edad, a los cuales tiene que ir incorporando diversos papeles de cada uno de esos estatus, lo que puede originarle situaciones de estrés que le pueden ser incapaces de superar y desencadenar un TM. En los varones, la edad de los 40 años marca el inicio de un periodo de crisis, en relación con una autoevaluación de propio proyecto vital. En las mujeres se suele producir más tardíamente, en el momento en el que los hijos abandonan el núcleo familiar.

✓ **Estado civil.** Los estudios ofrecen datos contradictorios en este factor. Unos muestran que para ambos sexos el estar soltero presenta una menor morbilidad psiquiátrica, siendo las personas viudas, divorciadas o separadas las que presentan un mayor riesgo de presentar morbilidad psiquiátrica. En cambio, en otros estudios se muestra lo contrario: el estar casado o soltero predispone al individuo a presentar mayor morbilidad psiquiátrica.

Otros estudios confirman la hipótesis de que el estado civil expresa en ocasiones la mayor o menor integración social de los individuos. El matrimonio protege del TM a los varones, mientras que en las mujeres actúa como fuente de estrés.

✓ **Residencia.** La tendencia a abandonar el modo de vida rural en pro del urbano conlleva una serie de cambios que afectan en las relaciones del individuo con el entorno (pérdida del sentido artesanal del trabajo,

ruptura de lazos familiares, incomunicación, masificación, etc.) que propician la desintegración social y el desarrollo de trastornos mentales. En las grandes ciudades la patología mental se distribuye entorno a la ley de las zonas concéntricas, a lo largo de la estructura geográfica urbana. Esquizofrenias, psicosis orgánicas y adicciones presentan cifras más altas en zonas centrales desintegradas, mientras que las psicosis maniacodepresivas predominarían en las áreas de nivel socioeconómico superior. El fenómeno urbano suele ir acompañado de estados psicopatológicos en clases sociales más bajas.

Existe mayor incidencia de esquizofrenia en las áreas más pobres y menor en las de nivel más elevado.

Para explicar la relación entre el lugar de residencia y la enfermedad mental se han plantado dos tipos de teorías. La primera de ellas defiende que el aumento de patología mental en ciertos grupos urbanos, es consecuencia de la situación social estresante y desintegradora que suponen la pobreza y las deprivaciones que supone. La segunda teoría parte del efecto de la enfermedad sobre el estado socioeconómico del paciente; lo que se denomina proceso de selección "deriva social descendiente". Según esta teoría, los más aptos ascienden en la escala social y los más débiles o enfermos no lo hacen e incluso descienden.

- ✓ **Educación.** Existe una asociación entre niveles educacionales bajos y morbilidad psiquiátrica. El nivel educativo expresa la adaptación del individuo a la cultura de su grupo, por lo que una escasa información dificulta la integración de la multiplicidad de estímulos propios de la cultura urbana y merma las posibilidades de comunicación verbal, lo que provoca en niveles culturales más bajos la expresión no verbal de las emociones en forma de sufrimiento psicológico o de síntomas específicos.
- ✓ **Profesión.** La asociación entre actividades laborales y la morbilidad psiquiátrica no está establecida. Hay datos dispersos que no permiten

sacar conclusiones. Parece que los profesiones con un mayor nivel de estrés tienen más riesgo de padecer un trastorno de este tipo, pero va acompañado de los factores de vulnerabilidad de la persona, circunstancias laborales y del contexto psicosocial.

- ✓ **Variables socioculturales.** El sistema cultural va implicado en el concepto salud-enfermedad y en la generación de determinados trastornos mentales. Puede ejercer de factor predisponente, precipitante o perpetuador, además de poder ejercer de forma beneficiosa para el enfermo mental.

También tiene un efecto significativo en la determinación de las categorías diagnósticas. Diferentes culturas pueden estar en desacuerdo con la conducta que entiendan por "normal" y "anormal" (ej., donde termina un duelo y donde empieza una depresión).

- ✓ **Actitudes socioculturales:** la actitud de una sociedad hacia los enfermos con trastornos mentales pueden favorecer o entorpecer la detección precoz de las alteraciones y como consecuencia de ello el tratamiento más adecuado. Condiciona también el éxito de la rehabilitación de muchos enfermos, favorecen o entorpecen según la calidad del medio cultural, la integración social del paciente, especialmente a nivel familiar y laboral.

Podemos encontrar actitudes tolerantes, en las que la anormalidad no impide que el paciente viva de forma integrada en la sociedad y por otro lado, actitudes de rechazo por no ser como los demás. Además, pueden observarse actitudes intermedias tales como la tolerancia, curiosidad, miedo, ansiedad, repulsión, hostilidad abierta, que varían en cuanto al trastorno mental que se trate. En algunas sociedades, el enfermo con un trastorno depresivo, está mejor considerado que un enfermo con un trastorno esquizofrénico.

✓ **Acontecimientos vitales y trastornos de adaptación.**

En los acontecimientos vitales se dan eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo que hacen que sobre una base de predisposición surja la enfermedad psíquica. Ejemplos claros son la muerte de un familiar cercano o la pérdida del trabajo, entre otros.

Dentro de los acontecimientos diarios ocurren sucesos más cotidianos, más próximos al individuo y los cuales tienen menor grado de impacto sobre la persona que los sucesos mayores. Ejemplos de éstos son el estrés diario y las insatisfacciones que caracterizan la vida cotidiana, que poseen tanto significado para la salud como los acontecimientos vitales y que contribuyen de forma interactiva en la respuesta de estrés (Gómez y Zapata, 2000).

Desde las Unidades de Psicopatología y de Enlace "se debe contribuir al conocimiento de la morbilidad psiquiátrica y psicopatológica en los pacientes médico-quirúrgicos, incluyendo el estudio de estos factores psicosociales" (Lobo, 2007, p.47). Una de las figuras importantes que contribuyó a la instauración de la Psiquiatría Psicopatológica en Zaragoza es el Prof. Antonio Seva Díaz, quien mantiene que el bienestar psicológico y social debería acompañar al bienestar físico que el hombre busca desde los comienzos de la historia.

Una información adecuada sobre los problemas psíquicos es la mejor manera de fomentar actitudes positivas hacia el enfermo mental y de borrar las posibles barreras que aún pudieran existir entre la sociedad y el enfermo psíquico.

2.2. Clasificación diagnóstica

En la actualidad, existen dos sistemas diagnósticos en Psiquiatría, la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, (DSM), los cuales utilizan criterios

operativos de diagnóstico y definiciones formales de categorías diagnósticas, con criterios estrictos de inclusión y exclusión. Para codificar una enfermedad específica se utilizan la historia clínica y los síntomas actuales del paciente y se confrontan con los criterios diagnósticos para esa enfermedad.

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Está vigente desde 1993, como resultado de un proyecto conjunto que la OMS y la ADAMHA (Administración para la Salud Mental y Abuso de drogas) de EE.UU. pusieron en marcha en 1971 para mejorar la precisión y fiabilidad diagnóstica en salud mental. Su intención era desarrollar un sistema de diagnóstico oficial que tuviese implantación internacional y elaborar un instrumento de evaluación clínica. Posee varias categorías, abandonando la diferencia entre neurosis y psicosis como principio de organización y utilizando ampliamente el concepto de trastorno.

2. Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR)

El DSM surge en 1952 como sistema alternativo a la sexta revisión de la CIE. Organiza las categorías en torno al concepto de relación de Adolf Meyer (1866-1950) identificando los trastornos mentales como patrones de reacciones y no como enfermedades. Logra una cierta aproximación al carácter individual de los problemas y si hay cierta determinación por factores situacionales o por estresores psicológicos, sociales o físicos.

Es un catalogo extenso con datos epidemiológicos, nociones teóricas relativas a cada síndrome y un glosario de términos, además de los criterios diagnóstico.

Incluye tres ejes categoriales (I, II, III) en donde se engloban los trastornos psiquiátricos, trastornos de desarrollo y problemas físicos, y dos ejes cuantitativos (IV y V) para recoger información sobre la influencia de los

estresores psicosociales y el nivel de adaptación funcional del sujeto en su entorno (Gómez y Zapata, 2000).

2.3. Trastornos psicóticos

Según el manual DSM-IV-TR (APA, 2000), dentro de los trastornos psicóticos (TP) se incluyen la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico compartido, el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el trastorno inducido por sustancias y el trastorno psicótico no especificado.

Estos trastornos han sido agrupados para facilitar el diagnóstico diferencial de cada uno de ellos, los cuales incluyen síntomas psicóticos como un aspecto prominente de su cuadro clínico. El término *psicótico* hace referencia a la presencia de ciertos síntomas, los cuales varían entre las distintas categorías diagnósticas.

Por ello, "en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el término *psicótico* se refiere a ideas delirantes, alucinaciones manifiestas, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico compartido, el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el trastorno inducido por sustancias, *psicótico* se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y el trastorno psicótico no especificado, *psicótico* es equivalente a delirante" (American Psychiatric Association, 2001, p. 334).

2.4. Esquizofrenia

El presente trabajo se centra en uno de los trastornos psicóticos más prevalentes en el momento actual, la esquizofrenia.

2.4.1. Definición y delimitación diagnóstica

El DSM-IV-TR (APA, 2000) habla de la esquizofrenia como un trastorno psicótico de etiología desconocida. Se caracteriza por síntomas psicóticos, que deterioran el funcionamiento social y familiar del paciente. Es una enfermedad crónica, de inicio habitual en la adolescencia o juventud, y suele tener una fase prodrómica, una fase activa con delirios, alucinaciones o con ambas y una fase residual, con posible remisión del trastorno.

En este manual de psiquiatría los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, presentes durante una parte significativa de un periodo de 1 mes, (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes. Basta solamente con este síntoma para diagnosticar la enfermedad, si las ideas delirantes son extrañas o consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos del sujeto, o si dos o más veces conversan entre ellas.
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia o abulia

B. Disfunción social/laboral: desde el inicio de la alteración las áreas más importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o

el cuidado de uno mismo, están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, que debe incluir al menos 1 mes de síntomas del Criterio A y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: son descartados si: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a ninguno de los citados.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito)

2.4.2. Sintomatología

En cuanto a la sintomatología que presentan los pacientes con esquizofrenia se caracteriza por presentar déficits cognitivos, alteraciones del pensamiento, alteraciones sensorio-perceptivas y trastornos de la afectividad. Sus síntomas son subjetivos, dependen de si el paciente los refiere o no, por ello no existe forma alguna de comprobarlos de manera imparcial, son variados pero no son característicos de esta enfermedad, ya que se dan en otras enfermedades mentales.

Desde el punto de vista práctico los síntomas se pueden clasificar en síntomas positivos y negativos, que se comentan a continuación.

2.4.2.1. Síntomas positivos

Son aquellas manifestaciones patológicas que no se experimentan en las personas "sanas", como las alucinaciones y los delirios (Cabrera, Fuertes y Rodríguez, 2000):

- Se producen trastornos en el pensamiento del paciente. Al perder fluidez y coherencia al paciente le resulta casi imposible concentrarse o utilizar su mente incluso para operaciones sencillas. El paciente dice cosas que para los demás no tienen sentido.
- Presenta falsas creencias, ideas absolutamente falsas, lo que se denominan delirios a los cuales el paciente cree ciegamente y persisten a pesar de intentar explicárselo. Ejemplos de delirios serían: "el creer ser perseguido, creer que hablan de él en los medios de comunicación y en los carteles, creer que le miran..." popularmente definidos como paranoias.
- Se dan alucinaciones en el paciente, consisten en percibir sonidos, cosas o sensaciones inexistentes (oír voces que les dan órdenes, les insultan, ver objetos, percibir olores y sabores que no existen, lo que les lleva a pensar que su comida está siendo envenenada, etc.)

2.4.2.2. Síntomas negativos

Son aquellas conductas "normales" que el paciente deja de tener por la presencia de su enfermedad, como el no presentar determinados sentimientos en casos concretos, no tener voluntad para hacer algo concreto y sencillo, no tener pensamientos fluidos y coherentes (Cabrera et al, 2000):

- Al carecer de toda conciencia de que está enfermo, la negación de la enfermedad es uno de los síntomas que más daño hace al enfermo, a los familiares y a los profesionales.
- El enfermo se siente cambiado, no se reconoce ante el espejo, se produce una alteración del sentido del sí mismo que no le permite ver con claridad los límites entre sí mismo y el mundo en el que vive.
- Al principio de la aparición de la enfermedad se producen cambios en las emociones, el afecto hacia sus familiares, amigos y conocidos puede cambiar y llegar casi a la ausencia de sentimientos que se muestran en un rostro inexpresivo y desinterés absoluto por lo que le rodea; además también pueden mostrar emociones que no tengan que ver con los acontecimientos concretos, llorar en una situación feliz o viceversa.
- Pueden aparecer en los comienzos estados de angustia y depresión ante la sensación de que algo grave le está pasando y la incapacidad de no poder hacer nada para evitarlo.
- El paciente se encierra en sí mismo, en su mundo interior, a través del aislamiento, o autismo, rompiendo con el exterior y abandonando todos sus contactos de antaño. No sale de casa, se encierra en su habitación, evita la compañía.
- En el estado de desmotivación que se encuentra para hacer cosas concretas, se manifiesta una pérdida progresiva en el autocuidado, la limpieza y el orden del hogar.

2.4.3. Evolución de la enfermedad

Epidemiológicamente, la esquizofrenia se da con igual prevalencia en varones y mujeres, así como en todos los grupos étnicos y culturas. El 90% de los pacientes suele tener, al empezar la enfermedad, entre 15 y 45 años (en hombres entre 15 y 25 años y en mujeres entre 25 y 35 años de edad).

El curso habitual de la enfermedad es de episodios psicóticos repetidos, con evolución crónica y deteriorante. La mayor parte de los pacientes alternan episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión plena o parcial.

La Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, aprobada por la American Psychiatric Association (2001), indica que el curso de la evolución de esta enfermedad pasa por tres fases, que se fusionan unas con otras sin que existan límites claros y absolutos entre ellas:

- *Fase aguda*: la primera aparición del primer episodio psicótico puede ser brusca, pero la mayor parte de los individuos suelen presentar una fase prodrómica que haga que se manifieste un desarrollo lento y gradual de diversos síntomas y signos, tales como retraimiento social, deterioro de la higiene, episodios bruscos de enfado, etc.

A los familiares les puede resultar difícil interpretar ese comportamiento y pensar que el sujeto puede estar pasando una etapa difícil, hasta que termina apareciendo un síntoma característico de la esquizofrenia. Durante esta fase psicótica florida, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado, y en general no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. A menudo también presentan síntomas negativos de forma intensa.

- *Fase de estabilización*: antes de llegar a un estado estable se produce un periodo prodrómico de varios días e incluso en ocasiones de varios meses. En esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. Su duración suele ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo.

- *Fase estable*: con síntomas estables y con menor gravedad. Unos pacientes pueden estar asintomáticos, otros con síntomas no psicóticos (tensión, depresión...). Cuando persisten los síntomas positivos y negativos, a menudo están presentes en formas disminuidas no psicóticas (ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios...)

El curso de esta enfermedad es variable y algunos pacientes no presentan nuevos episodios, mientras que en la mayoría de ellos se producen exacerbaciones y remisiones y en una pequeña parte persiste un estado psicótico de forma crónica. La remisión completa no es muy frecuente.

Los pacientes que continúan afectados, algunos se encuentran relativamente estables, mientras que otros están sometidos a un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave (APA, 2001).

El pronóstico es mejor si el individuo presenta síntomas del estado de ánimo y un inicio tardío, si está casado o tiene relaciones sociales, antecedentes familiares de trastornos afectivos, ausencia de antecedentes con esquizofrenia, coeficiente intelectual elevado, un inicio agudo con un estrés desencadenante, menor número y duración de los antecedentes previos y una edad avanzada. Cuando se es mujer, el pronóstico es mejor si se tiene antecedentes laborales, si presenta síntomas positivos y si ha recaído poco.

Un estudio realizado por Liberman y Kopelwicz (2004) en Los Ángeles (EE.UU.), sobre la recuperación de los enfermos con esquizofrenia, concluye que a pesar de que desde los tiempos de Kraepelin, la recuperación de la esquizofrenia se ha considerado un fenómeno raro, o incluso imposible, estudios recientes han documentado casos de recuperación sintomática y social en personas que han sufrido su primer episodio de psicosis y en otras después de muchos años de enfermedad. Según los autores "la esquizofrenia sigue una evolución heterogénea que puede llevar a una remisión sostenida de los síntomas y la vuelta a niveles premórbidos de funcionamiento, sobre todo

cuando son accesibles servicios globales, basados en la evidencia, continuos, coordinados y orientados a los usuarios" (Lieberman y Kopelwicz, 2004; p. 24).

2.4.4. Etiología

Las causas de la esquizofrenia suelen agruparse en factores endógenos y exógenos, que se describen a continuación.

- Factores endógenos:

- a) Factores neuropatológicos

El origen de esta enfermedad no está demostrado científicamente. Algunos investigadores en el tema han demostrado que en algunos enfermos con esquizofrenia se ha visto hallazgos de tipo neuroanatómico y funcional, siendo la dilatación de los ventrículos cerebrales el signo más frecuentemente encontrado en algunos sujetos con esquizofrenia, entre otros (Seva, 1996).

- b) Factores bioquímicos

Los sistemas de neurotransmisión entre neuronas se encuentran afectados en este tipo de enfermos, pero a través de las investigaciones centradas en ello, se han conseguido acciones terapéuticas beneficiosas a través de los hallazgos en farmacología, como la existencia de los neurolépticos (Seva, 1996).

- c) La herencia

Según Gómez y Zapata (2000), la herencia juega un papel de primer orden, hasta el punto de que el riesgo de padecer la enfermedad es 1% de la población en general. Las cifras se incrementan hasta un 12% para los familiares de primer grado (hijos y hermanos) de enfermos con esquizofrenia,

y hasta un 40% para los hijos con dos padres esquizofrénicos y un 50% para los gemelos monocigóticos de personas esquizofrénicas.

- Factores exógenos:

- a) Factores psicológicos

Cuando existen en un sujeto alteraciones de índole psicológico que van ligadas a factores biológicos, es posible que aparezca la enfermedad o que se produzca un agravamiento en determinados momentos de su evolución y que aparezca más o menos ligada a algunos acontecimientos vitales o a situaciones de estrés que aumentarían su vulnerabilidad (Seva, 1996).

- b) Factores sociales

Las unidades colectivas (familia, trabajo, ciudad) si se perturban pueden llevar a un desequilibrio psíquico o colaborar a que se produzca una enfermedad mental. El apoyo socio/familiar insuficiente, junto con las limitaciones de autonomía personal, destacan entre las problemáticas sociales, por encima de la problemática laboral y económica, aunque muchas veces están todas ellas interrelacionadas (De la Mata, Ballestín y Cortina, 2007).

Teniendo en cuenta que existen determinados acontecimientos sociales que pueden aparecer y el hombre no tenga más remedio que sobrellevar, al incidir sobre un cierto tipo de personalidad pueden dar lugar a trastornos graves o conductas inadecuadas (ej., cuando los hombres realizaban el servicio militar, en algunos casos conllevan a situaciones de estrés que aumentarían su vulnerabilidad).

2.4.5. Repercusiones de la enfermedad en el paciente esquizofrénico

Gómez y Zapata (2000) hacen referencia a las repercusiones que tienen los síntomas que padecen los pacientes con esquizofrenia, los cuales son los siguientes:

- a) Relaciones interpersonales: Las alucinaciones y las ideas delirantes suelen dar lugar a dificultades de relación y entendimiento con familiares, amigos, a actitudes de incertidumbre, de desconfianza y de marginación. A veces las alucinaciones parecen ser reactivas o secundarias a situaciones externas pero otras surgen sin más del propio trastorno.

La afectación en el núcleo familiar es comprensible si se tiene en cuenta el cambio de capacidades, de actitudes, de conducta y de rendimientos que sufre el enfermo y de la pérdida de autonomía y autosuficiencia y en definitiva de lo que la persona era y prometía antes de la enfermedad. El vaivén de mejoras y empeoramientos causan desconcierto en la familia. Puede dar lugar a sentimientos de pérdida o duelo, a actitudes de sobreprotección o rechazo y crítica, y en general a la lógica dificultad para adaptarse al nivel de atención y cuidados que el enfermo va presentando a lo largo de las fases.

En resumen, las personas que padecen esquizofrenia suelen presentar falta de redes sociales, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficits en habilidades sociales, entre otras carencias interpersonales.

- b) Autonomía: La inactividad y la desgana para iniciar actividades (la abulia), es una de las secuelas sociales más importantes del trastorno esquizofrénico. No se conoce la exactitud de la génesis de dicha inactividad, pero se ha planteado que puede ser debida a una disminución de la energía, a los efectos secundarios de los fármacos, y/o al sentimiento de desinterés e indiferencia general caracterizado por el propio trastorno. Todo ello conlleva un mal desempeño laboral, tener

dependencia económica, un deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, apoyo para el mantenimiento de su casa, su trabajo y tramitaciones administrativas, así como una nula utilización del ocio y tiempo libre (Blanco y Pastor, 1997).

- c) Autocontrol: Las conductas de agitación y agresividad por parte de personas esquizofrénicas son menos frecuentes de lo que se piensa. Pueden estar justificados en las creencias patológicas de prejuicio, persecución o amenaza.

Algunos enfermos en ocasiones pueden presentar comportamientos socialmente inadecuados, que desprestigian al paciente, preocupan a los familiares y promueven actitudes de rechazo y marginación en su grupo social por su incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.

- d) Autocuidados: La falta de aseo personal y la dejadez en la apariencia constituyen otras manifestaciones de la apatía y de la inactividad ya comentadas. El paciente no tiene iniciativa para arreglarse ni suele preocuparse por su aspecto ni por la impresión que causa. Tienden a llevar la misma ropa todos los días, haga el tiempo que haga o vayan donde vayan. A veces es simplemente la tendencia contraria a de su negativismo patológico. Otras veces predominan las vestimentas raras, que suelen tratarse de manifestaciones de su psicopatología delirante.

Asimismo, presentan un deficiente manejo de su entorno, suelen practicar hábitos de vida no saludables (Blanco y Pastor, 1997) y con frecuencia sufren un retraso del ritmo del sueño, debido a que aprovechan la noche para satisfacer el deseo-necesidad de estar solo y aislado y en parte a la falta de estímulo que supone la inexistencia de una actividad laboral reglada.

- e) Ocio y tiempo libre: debido al aislamiento social, estas personas presentan incapacidad para manejar el ocio, imposibilitándoles del

disfrute de éste, conducidos por la falta de motivación e interés (Blanco y Pastor, 1997). El ocio es una variable más en la calidad de vida de las personas y por ello el enfermo mental no debe permanecer aislado de la sociedad en la que vive. A través de los programas de recreo social, el enfermo mental adquirirá y pondrá en marcha habilidades que le permitirán una mayor calidad de vida.

- f) Funcionamiento cognitivo: debido a los síntomas positivos de su enfermedad, las personas con esquizofrenia presentan dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información (Blanco y Pastor, 1997). Una mejora sobre los procesos cognitivos básicos mejora el funcionamiento social y de la autonomía del enfermo mental.

2.4.6. Necesidades de las personas con esquizofrenia

Los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización dieron lugar a una nueva forma de corriente asistencial basada en la integración del enfermo mental grave en el seno de la Comunidad a todos los niveles. Fue gracias a este nuevo enfoque que se consiguió una mayor detección de enfermos mentales graves y un aumento del interés por las necesidades asistenciales para estos pacientes.

Como ya se ha comentado anteriormente, la evolución de los enfermos con esquizofrenia es variable. En ciertos casos, el paciente no vuelve a presentar nuevos episodios psicóticos, mientras que en la mayoría de ellos se producen episodios psicóticos repetidos, con evolución crónica y deteriorante.

Durante el periodo del practicum de intervención, se pudo observar que los pacientes crónicos con esquizofrenia tienen la necesidad de estar vinculados durante largo tiempo a cualquier servicio asistencial de su ámbito, y tienen como característica principal la aparición de pequeños síntomas persistentes e incapacitantes para el desarrollo de su vida cotidiana. Sin el apoyo de este tipo de recursos, un enfermo crónico sería incapaz de

administrar los ejes fundamentales de su vida en el ámbito laboral y social de forma correcta, equilibrada y aportándole felicidad (Blanco y Pastor, 1997).

El enfermo mental presenta unos grandes déficits que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social. Por ello, según Blanco y Pastor (1997) presentan unas determinadas necesidades que el enfermo necesita cubrir para adaptarse con eficacia al medio en el cual va a vivir.

- Necesidades de aprendizaje de habilidades instrumentales.
- Necesidad de ayuda para el mantenimiento de los parámetros sociales normalizadores.
- Necesidad de un apoyo asistencial directo y adaptado a la situación.
- Necesidad de una recuperación efectiva en el desempeño de roles después del aprendizaje instrumental.

Estas necesidades serán el objetivo diana de los programas individualizados de rehabilitación (PIR).

2.4.7. Tratamiento

En los pacientes con esquizofrenia resultan eficaces diversos tratamientos, entre los que se encuentra el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicosociales, que se suelen abordar desde equipos multidisciplinares.

El psiquiatra junto con otros profesionales de la asistencia en salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) trabajan con el paciente (y su familia si es necesario) durante toda su enfermedad, para desarrollar un plan de tratamiento que puede variar en función de las necesidades clínicas y sociales del paciente a lo largo de su enfermedad.

Este equipo multidisciplinar va a tener que trabajar con el paciente las siguientes áreas. En primer lugar, la potenciación del cumplimiento del plan de

tratamiento, para lo cual deben establecer y mantener un vínculo terapéutico de apoyo con el paciente que sustente la adherencia al tratamiento. Asimismo, es muy importante que se tengan en cuenta los cambios en el estado psiquiátrico del paciente, contando con la colaboración de las personas que constituyan su entorno. En tercer lugar, deben llevar a cabo una continuada educación sanitaria y la retroalimentación respecto a la enfermedad y pronóstico y tratamiento de la misma, pues será una herramienta beneficiosa para los pacientes y sus familias que facilitará la colaboración del enfermo en el tratamiento. En último lugar, y no menos importante, es necesario concienciar al enfermo y sus familiares acerca de la notificación de síntomas por parte de éstos al profesional, lo que ayudará al psiquiatra a intervenir antes de que se produzca una exacerbación florida (APA,2001).

Según el diagnóstico se le determinará la necesidad de medicación y de otros tratamientos específicos y se le desarrollará un plan de tratamiento global, siempre potenciando la participación del enfermo.

El conocer los efectos psicosociales que se están viendo afectados por la enfermedad facilitará al psiquiatra y a su equipo la tarea de ayudar al paciente a hacer frente a su entorno, incluyendo las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y vida y otras necesidades médicas o relacionadas con la salud. Además, esta tarea permitirá a los profesionales la identificación precoz de los episodios y el inicio del tratamiento e identificación de factores que precipiten o perpetúen los episodios psicóticos.

El equipo multidisciplinar tendrá en cuenta las medidas necesarias para aliviar las dificultades sufridas por la familia con el objetivo de mejorar la función del apoyo familiar. Asimismo, facilitará el acceso a los servicios al paciente y coordinarán los recursos del sistema de salud mental, salud general y otros servicios de los cuales los pacientes con esquizofrenia necesitan a menudo, de rehabilitación y sociales (APA, 2001).

En la actualidad, para el abordaje de la esquizofrenia, existen los siguientes tipos de tratamientos:

1) Medicamentoso o biológico: es normalmente ingerido por vía oral, en crisis agudas por vía inyectable y cuando hay riesgo de que el paciente deje de tomar la medicación o no la siga adecuadamente está indicado el tratamiento con neuroléptico depot (de depósito), administración que permite espaciar la dosis inyectándola cada 25-30 días (Gómez y Zapata, 2000).

Respecto a este aspecto, el trabajador social psiquiátrico:

- ✓ Debe informar adecuadamente sobre la utilidad de los métodos biológicos de tratamiento de las enfermedades mentales, corrigiendo los posibles prejuicios y recelos que sobre estas técnicas tuvieran los pacientes y sus familias.
- ✓ Debe apoyar los tratamientos recomendados, fomentando la confianza en ellos ayudando a sobrellevar los efectos secundarios.
- ✓ Debe supervisar la adherencia al tratamiento e instrucciones del médico, sobre dieta, ejercicio, reposos, empleo de fármacos, utilización inadecuada de la medicación, etc. (Gómez y Zapata, 2000).

2) Terapia Electroconvulsiva (TEC): se utiliza con aquellos pacientes esquizofrénicos que no han respondido, tras varios intentos, al tratamiento medicamentoso de antipsicóticos convencionales. En especial, cuando los síntomas afectivos son intensos, se les somete a este tipo de terapias electroconvulsivas para ver si así pueden obtener mejoras en la reducción de sus síntomas.

Los datos existentes demuestran que las medicaciones antipsicóticas deben mantenerse durante y después de la TEC, cuando se utiliza esta técnica en el tratamiento de la esquizofrenia. Se utiliza en la fase aguda de la enfermedad y en la fase estable, para optimizar la función y disminuir al mínimo el riesgo u las consecuencias recidivas (APA, 2001).

3) Intervenciones psicosociales específicas: con la reforma psiquiátrica de la mitad de los años ochenta se rompió con el modelo de atención institucionalizador y manicomial, dando paso a un nuevo modelo de atención integral en la comunidad, cuyo objetivo fundamental para los servicios sanitarios de Salud Mental y los sistemas de Servicios Sociales, era ofrecer tratamientos e intervenciones psicosociales y apoyos vinculados a las necesidades de los pacientes a través de una amplia gama de recursos comunitarios que asegurasen el mayor grado posible de funcionamiento, autonomía e integración social de esta población (Rodríguez, 1997).

Sólo en un modelo de atención comunitario como el que se ha implantado en nuestra sociedad, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de rehabilitación.

La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado e integrador. Es un derecho de las personas afectadas, que no pueden ver reducido, en el ámbito de problema social, las graves alteraciones y discapacidades que acompañan a tales trastornos (Urriate, 2004).

Las intervenciones psicosociales pueden mejorar el curso de la esquizofrenia siempre que se integren con tratamientos farmacológicos en la medida en que:

- 1) Aportan beneficios adicionales en la prevención de recaídas.
- 2) Mejoran de las capacidades de afrontamiento, mejor función social y laboral.
- 3) Suelen alcanzar mayor grado de autonomía personal.
- 4) Sirven como apoyo emocional abordando déficits concretos asociados a la esquizofrenia.

Para ello, a cada paciente se le elabora un Programa Individualizado de Rehabilitación, el llamado PIR de carácter impersonal, el cual le marcará cual va a ser su recorrido de rehabilitación psicosocial.

Este programa de rehabilitación, será elaborado por el equipo multidisciplinar en conjunto, el cual estará coordinado por un psiquiatra, el cual será el terapeuta de referencia y le vendrán exigidos distintos roles (ver Figura 1).

Figura 1. Roles del terapeuta dentro del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).



Fuente: Elaboración propia a partir de APA (2001)

Estos roles y oportunidades terapéuticas se aplicarán en múltiples formas y ámbitos: el individual, el de grupo y el de familia.

Las estrategias psicosociales a seguir por el equipo multidisciplinar en la elaboración del PIR estarán guiadas por las necesidades del paciente en los diferentes estadios de la enfermedad y de su vida.

“Los objetivos y tareas de estos tratamientos son muy diversos, en función del paciente concreto, el trastorno que presente y la situación de vida. En general, los objetivos de un plan terapéutico son los de reducir al mínimo la vulnerabilidad y el estrés y en optimizar las capacidades de adaptación y la función mientras se refuerzan los apoyos sociales” (APA, 2001; p.65).

Los elementos fundamentales que envuelven el concepto de Rehabilitación Psicosocial son los siguientes:

1. Se plantea como un cambio futuro en una persona que padezca una enfermedad mental. Su metodología se basa en determinar unos objetivos y prioridades con una determinada graduación y evaluación periódica, con un énfasis en la evaluación de resultados.
2. Las intervenciones en rehabilitación, deben considerarse como un proceso de larga duración. Incluso el programa más efectivo puede durar al menos dos o tres años, y variará según el momento en el que la persona enferma con incapacidades severas alcance un nivel de relativa autonomía.
3. El objetivo que se plantea es la consecución de un determinado grado de autonomía para la persona enferma respecto a apoyos profesionales, que ésta pueda alcanzar. Para unos, la palabra rehabilitación tendrá un significado relacionado con la reinserción y la plena autonomía y para otros tendrá un significado más modesto.
4. Se interviene no sólo en las habilidades de la persona enferma, sino desde el medio específico en el que vive, de forma paralela.

5. La rehabilitación no solo palía los déficits que presenta la persona, sino que además potencia, orienta y aprovecha las capacidades que aún posee. Por ello, cada programa de rehabilitación es a nivel individual, ya que están contruidos sobre la base de las realidades de los pacientes a los que van dirigidos.

6. Da importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a la implicación activa en el proceso, tanto de ella misma como de las personas de referencia en su entorno. La reciente Ley de Autonomía del Paciente en su Artículo 2.6, indica que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (p. 2).

Las decisiones que tome el paciente en su proceso de rehabilitación deben ser respetadas por los profesionales, y éstos a su vez tienen la obligación de asesorarles a cerca de éstas.

7. La rehabilitación implica una actitud positiva acerca de las posibilidades y potencialidades de desarrollo, lo cual significa que es muy importante la relación cotidiana de los profesionales con la persona con una enfermedad mental (Fernández, González, Fernández y Eizaguirre, 1997).

El equipo multidisciplinar en el proceso de rehabilitación psicosocial distinguirá varias fases, las cuales serán adaptadas a las características individuales de cada persona y al momento particular en el que se encuentre en su proceso de rehabilitación. No existen unas reglas fijas en el devenir del proceso, las fases se solapan unas con otras. A continuación, se comentan brevemente las principales características de estas fases:

1. **Evaluación:** fase de recogida y análisis de datos que permitirían realizar un plan individualizado de inserción (PIR). Para ello se suelen utilizar diversos instrumentos y técnicas: informes, entrevistas, inventarios, ensayos conductuales, escalas de funcionamiento, etc. Dos escalas útiles, fiables y válidas son la escala Rehab (Baker y Hall, 1983, 1988) para usuarios institucionalizados y la escala de Otero y Rebolledo (1990), una adaptación española de la de Platt y colaboradores (1980) para enfermos en la comunidad, y la observación directa como método más recomendable.

Esta evaluación se articula sobre dos ejes: a) habilidades del sujeto en cuanto a déficits y en cuanto a competencias que el sujeto aún conserva y b) en cuanto a ambientes específicos en los que interactúa o se prevé que vaya a actuar a lo largo de su proceso de rehabilitación e integración en la comunidad (Fernández et al., 1997).

2. **Planificación:** una vez recogida la información, se elabora el PIR, el cual va a fundamentar los cambios personales o ambientales para cumplir los objetivos del mismo. Este PIR tiene como principal característica la individualidad, es personal para cada paciente y es consensuado entre el paciente y el profesional. Contiene unos objetivos particulares, a corto, medio o largo plazo y sus estrategias de intervención adaptadas a las características de cada paciente.

3. **Intervención:** consiste en la implementación del PIR, a través de habilidades personales y aportándole los necesarios apoyos en donde va a funcionar la persona.

Liberman (1993) afirma que "es importante establecer un registro regular y continuo del proceso de cambio para ir comprobando los progresos y consecución de objetivos" (Fernández et al., 1997).

Una vez que se cumplen los objetivos del PIR, es necesario llevar un seguimiento de éstos con el fin de comprobar si se mantienen los beneficios alcanzados tras la intervención. La intensidad y duración del seguimiento

estarán condicionadas por las características del paciente y su entorno y cuando haya ausencia de retrocesos en esta fase, habrá que ir disminuyendo progresivamente el seguimiento (Fernández et al., 1997).

2.5. Intervención del trabajador social en el ámbito de la Salud Mental

Las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el centro donde presten sus servicios y sus objetivos variarán en función de la necesidad del paciente y la misión y visión de la institución donde esté interviniendo.

En la intervención del trabajador social en Salud Mental se puede distinguir entre asistencia directa y asistencia indirecta.

a) Asistencia Directa:

Dentro del equipo multidisciplinar de Salud Mental, el trabajador social tiene responsabilidad clínica, al igual que el resto de los compañeros del equipo, aplicando con más frecuencia profundidad y capacidad, medios de ayuda sociales y psicosociales, y trabajando en diferentes niveles de intervención: individual, grupal, familiar y comunitario.

- *Individual/familiar:*
 - Observación y estudio psicosocial, a través de primeras visitas y seguimientos.
 - Diagnóstico social (psicosocial) que se aporta al equipo.
 - Intervención y tratamiento psicosocial.
 - Intervención en crisis.
 - Visitas a domicilio.
 - Valoración de la urgencia.
 - Orientación al paciente y su familia sobre los recursos de la zona.
 - Apoyo al tratamiento promocionando recursos sociales y orientando sobre los mismos.

- Apoyo a las familias.
 - Coordinación con otros Servicios del exterior que garanticen y/o ayuden al tratamiento (centros de salud, redes psiquiátricas, servicios sociales, organizaciones comunitarias...).
 - Realización de programas y protocolos específicos y participación en los programas de equipo.
- *Grupo:* dentro del trabajo social de grupo, podemos hablar de grupos de carácter preventivo, grupos de carácter terapéutico (tanto de adultos como en niños), de autoayuda y grupos de rehabilitación y de reinserción social.
 - *Comunidad:* con la creación de los primeros Centros de Salud Mental se puso de manifiesto el valor del trabajo social comunitario en este campo, iniciándose experiencias de prevención de trastornos mentales y de promoción de la salud mental (Miranda y Garcés, 1998). En la actualidad, constituyen el eje asistencial de la atención a la salud mental de la población general y la articulación de todo el proceso terapéutico y de rehabilitación de los pacientes graves. Se dispondrá, por término medio, de un centro de salud mental por cada 50.000 habitantes, sin superar los 100.000 habitantes (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

b) Asistencia Indirecta:

- *Documentación:* la documentación utilizada es específica de este campo de intervención y responde a los objetivos de la misma. Necesitamos utilizar la historia social que nos sea útil en nuestra práctica diaria, por lo que determinados apartados (antecedentes, diagnóstico y datos psiquiátricos) cobran un especial interés. Igualmente, el informe social debe adecuarse al tipo de intervención

que se ha realizado, así como al objetivo del mismo. Hay que tener en cuenta que la documentación no es algo añadido al trabajo social, sino parte sustancial del mismo. Una buena práctica profesional implica la existencia del rigor en la documentación, que posibilitará, la elaboración de la memoria y la evaluación.

- *Gestiones telefónicas:* para establecer coordinación diariamente con otros profesionales. Se da en todo tipo de instituciones, dentro de las gestiones que realiza están: solicitar antecedentes de una institución otra, tanto personales como familiares, teniendo en cuenta las obligaciones que impone el secreto profesional y la confidencialidad de las Historias (Miranda y Garcés, 1998).
- *Docencia:* debe incluir las prácticas de trabajo social como las de trabajo social especializado, donde existan programas de formación post-graduado. Participar en programas de formación de los estudiantes de otras disciplinas del ámbito de la salud, para dar a conocer y aprender en qué consiste el Trabajo Social en Salud Mental (Miranda y Garcés, 1998).
- *Investigación:* una buena práctica profesional se asienta en una buena asistencia, una buena docencia y una buena investigación. Para esta tarea se requiere una vez más un profesional que esté en “posición de proceso, de aprender, de acumular de modificar e innovar” (Miranda y Garcés, 1998, p.86).

El trabajador social en el área de la rehabilitación, a través de la intervención psicosocial, para facilitar la readaptación social del paciente, rehabilita y resocializa a los enfermos mediante actuaciones que facilitan su integración en el mundo de forma normalizada, propicien sus relaciones,

contrarreste los efectos nocivos de la enfermedad y fomente el desarrollo de las posibilidades no afectadas por el trastorno (Gómez y Zapata, 2000).

Desarrolla un importante trabajo en la atención psiquiátrica, como miembro integrante de los equipos terapéuticos multidisciplinares, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, al atender los aspectos más específicos del entorno sociofamiliar y económico del enfermo mental, tanto a nivel terapéutico y rehabilitador, como a nivel de investigación y prevención.

Desde la perspectiva de lo social, tiene la posibilidad de obtener información anterior a la aparición de la enfermedad, que hacen que se contribuya al diagnóstico de la misma, ofrece apoyo y ayuda al paciente y a sus familiares de cara al tratamiento y la rehabilitación, prepara el regreso al hogar del paciente, atenuando las tensiones y sobrecargas ambientales, supervisando el proceso de reincorporación al hogar y a la sociedad tras el alta.

Las funciones asignadas al trabajo social que han contribuido al proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica son:

- 1) el profesional vela por los intereses del enfermo mental.
- 2) conoce su medio familiar, social y su medio de vida.
- 3) colabora con el tratamiento favoreciendo el proceso de integración social.

Tal y como indica Agüero (2000), intervendrá en momentos de crisis y participará en procesos rehabilitadores de enfermos mentales crónicos, que en ocasiones, según la complejidad de los casos, actuará como un dispensador de recursos y en otras como un terapeuta más del equipo.

3. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMO TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que tiene diversos tipos de evolución y resultados. No todos los pacientes responden igual al tratamiento. Sin embargo, a menudo es una enfermedad crónica e incapacitante, con muchos efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente (APA, 2000).

La asistencia a este tipo de pacientes, implica múltiples esfuerzos y un enfoque multidisciplinario en equipo, para reducir la frecuencia, la duración y gravedad de los episodios, reducir la morbilidad y mortalidad del trastorno y mejorar la función psicosocial, independencia y calidad de vida de los enfermos (APA, 2001).

3.1. Áreas de intervención en Rehabilitación Psicosocial

En el marco de la rehabilitación psicosocial se trabaja en base a las áreas en las que el paciente pueda tener déficits o dificultades con el objetivo de recuperarlas en la medida de lo posible, o de mantener las habilidades que aún le quedan.

Las principales áreas de intervención que se trabajan en la Red de recursos públicos para enfermos con trastorno mental grave desde la rehabilitación psicosocial son las siguientes:

1. Mejora del funcionamiento psicosocial y desenvolvimiento autónomo en la comunidad.

Para ello se llevan a cabo programas de:

- o *Actividades de la vida diaria*, con los objetivos de aumentar la calidad de vida, la autonomía y la capacidad de manejo en su entorno y mejora de autocuidado del paciente (Vena, Viedma y Cañamares, 1997).
- o *Psicomotricidad*, con el fin de que el paciente tenga un mejor conocimiento y vivencia de si mismo, a través de una actividad

que pone en juego lo afectivo, lo cognitivo y lo motor (Alonso, De Viedma, Blanco y Cañamares, 1997).

- *Rehabilitación de déficits cognitivos*, para poder valorar el deterioro cognitivo y las alteraciones relacionadas por él, idear experiencias de tratamiento diseñadas para remediar estos deterioros, aliviar los déficits cognitivos mediante el aprendizaje de estrategias compensatorias y de la estructuración del entorno y por último despertar en el paciente la necesidad del uso de su memoria como recurso para el desarrollo de su autonomía (Cerviño y Blanco, 1997).

- *Psicoeducación* para el paciente y la familia acerca de lo que es la enfermedad, sus síntomas, su evolución..., *administración de la medicación* con el objetivo de conseguir continuidad y la adherencia al tratamiento farmacológico y *prevención de recaídas* a través de un seguimiento de toma de medicación y del PIR (Granado y Hernández, 1997).

- *Habilidades de autocontrol y manejo del estrés*, tanto a nivel de grupo como de forma individualizada para fomentar en los usuarios una sensación de competencia personal que redunde en una motivación para el afrontamiento del estrés producido por situaciones de la vida diaria (Alonso, García y Salamero 1997).

- *Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos*, a través de las técnicas de dar instrucciones, un role-playing, modelado, feedback, refuerzo social, asignación de tareas (Ortiz y Fernández, 1997).

- *Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios*, con el fin de fomentar actitudes favorables hacia el ocio, disipando temores, rebatiendo prejuicios y haciendo ver sus ventajas, además de incrementar la autonomía y la ocupación del tiempo libre en relación con recursos comunitarios y por último fomentar actitudes favorables de los miembros que componen su entorno inmediato (Cendoya, Del Campo y Ruiz-Ortega, 1997).

2. La familia como recurso y apoyo en rehabilitación psicosocial.

- *La familia como recurso en rehabilitación psicosocial*, a través de modelos basados en el entrenamiento (terapia familiar orientada a la crisis, intervención familiar conductual), modelos basados en la información (psicoeducación familiar), modelos basados en el apoyo (intervención familiar de la *National Alliance for Mental Illness*), modelos extensos (intervención familiar para reducir la emoción expresada y terapia multifamiliar) (De la Hoz, Nespral, Jurado, Salamero, Cañamares y Terrón, 1997).

3. Red social, apoyo mutuo y asociacionismo.

- *Redes sociales e integración social*, con la finalidad de aumentar o complementar los recursos de apoyo existentes en las redes de salud mental, crear recursos sustitutos en sus redes, favorecer su estabilidad y la reciprocidad, mediar en las interacciones conflictivas de las redes y aumentar la capacidad de autocuidado de la persona central de la red y sus cuidadores principales (Villalba, 1997).
- *Autoayuda, apoyo mutuo y asociacionismo*. Las asociaciones y los grupos de ayuda mutua son una forma de apoyo social

informal que desempeñan una función emocional, informativa, socializadora e instrumental (López y Jurado, 1997).

4. Rehabilitación laboral e integración en el mercado.

- o *Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos.* La rehabilitación laboral se entiende como un proceso, una estructura y unas fases marcadas por el dinamismo y la flexibilidad de cada paciente, al cual le dotará de un sentido dinámico y progresivo de la vida, de un proyecto vital que abra su perspectiva de futuro.

Las alternativas orientadas a alcanzar el objetivo de la rehabilitación laboral (acceso y mantenimiento de un empleo) son:

- Inserción en el mercado laboral ordinario.
- Empleo con apoyo como fórmula de inserción en el mercado laboral ordinario.
- Empleo protegido: los centros especiales de empleo.
 - Creación de empleo: desarrollo de iniciativas empresariales de economía social (Rodríguez, Sobrino Galilea, Colis, González y Orviz, 1997).

5. Vivienda, servicios residenciales comunitarios y rehabilitación.

- o *Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas.* El disponer de una vivienda digna y estable constituye una necesidad básica y esencial de cualquier ciudadano, por ello para este tipo de enfermos es necesario disponer de una red de servicios residenciales con alojamientos con diferentes características las cuales puedan cubrir las necesidades de alojamiento de los pacientes:

- Miniresidencias
- Pisos supervisados

- Pensiones concertadas supervisadas (Sobrino, Rodríguez y Fernández, 1997).

3.2 Elección del contexto del tratamiento rehabilitador

Las áreas citadas anteriormente en las que se centra la rehabilitación psicosocial, pueden trabajarse en varios contextos, de los cuales, los pacientes diagnosticados con esquizofrenia deberán ser tratados en el contexto menos restrictivo posible, con una medicación segura y eficaz.

El equipo multidisciplinar debe tomar las decisiones en torno al lugar donde tiene que ser asistido el enfermo basándose en las siguientes condiciones (APA, 2001, p. 86):

- Evitar que el paciente cause daño a sí mismo o a otros.
- Necesidad de apoyo y estructura externa del paciente.
- Capacidad del paciente de colaborar en el tratamiento.
- Necesidad del paciente de un tratamiento particular o de una intensidad de tratamiento particular que pueda estar disponible tan solo en determinados ámbitos.
- Necesidad del paciente de un tratamiento específico para un trastorno psiquiátrico o médico asociado.
- Disponibilidad de apoyos psicosociales para facilitar que el paciente reciba el tratamiento y para proporcionar al psiquiatra una información esencial acerca del estado clínico y la respuesta al tratamiento.
- Preferencias del paciente y de la familia.

Los pacientes deben pasar de un nivel asistencial a otro en función de estos factores, con una evaluación continuada de su disposición y capacidad de aprovechar un nivel diferente de asistencia (APA, 2001, p. 86).

Una intervención biopsicosocial temprana y de alta calidad puede reducir al mínimo la morbilidad y permitir que los pacientes alcancen una función más normal en la sociedad, con un tratamiento mucho menos intensivo en una fase posterior de la vida.

Los diferentes contextos en los que se puede dar asistencia al enfermo mental grave, están diseñados para poder una cobertura óptima al enfermo dependiendo en el estadio de la enfermedad se encuentre.

En la fase aguda de la enfermedad, el psiquiatra con su equipo debe ponderar los riesgos y beneficios de distintos ámbitos de tratamiento, en función de (APA, 2001):

- 1) Una evaluación del estado del paciente.
- 2) La necesidad de tratamientos concretos.
- 3) La función familiar del paciente.
- 4) Ver los apoyos sociales del paciente.
- 5) Tener en cuenta las preferencias del paciente y su familia.
- 6) Por último, ver que recursos terapéuticos hay disponibles en la comunidad en función de los ítems citados anteriormente.

3.3. Recursos terapéuticos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón

En cuanto a los recursos terapéuticos existentes en la red pública de servicios sanitarios para pacientes con trastornos mentales crónicos, se puede hacer una clara división entre servicios sanitarios, intermedios (de apoyo y rehabilitadores) y de inserción y gestión social. "En todos ellos se desarrollarán además de las actividades asistenciales, otras de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad psíquica, docencia e investigación, así como asesoramiento a otros profesionales del sistema sanitario" (Departamento de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, 2002, p. 41):

3.3.1. Servicios sanitarios

3.3.1.1. Centros de Salud Mental (CSM)

Son el dispositivo básico de actuación en este ámbito del sistema sanitario, donde se centraliza la asistencia ambulatoria especializada y se coordina el trabajo con los dispositivos primarios y hospitalarios.

Los pacientes vendrán derivados de Atención Primaria y eventualmente de Atención especializada, del sistema educativo, la Administración de Justicia o de los servicios sociales.

a) Profesionales

El trabajo se desarrolla en equipo, el cual estará integrado por los siguientes profesionales (psiquiatra, psicólogo, enfermeros especializados (ATS, DUE), trabajador social, persona de administración y auxiliar psiquiátrico (sólo cuando sea necesario tutelar pisos o desarrollar una importante actividad domiciliaria).

b) Población diana

La población diana de este recurso terapéutico será la población adulta del sector de salud mental que le corresponda, así como a la población menor de 18 años, cuyo proceso no precise la atención en una unidad de salud mental infanto-juvenil, o la accesibilidad a la misma esté limitada. Atenderán preferentemente los problemas psiquiátricos graves y complejos derivados desde la Atención Primaria, una vez establecidas y desarrolladas las pautas de derivación y coordinación, así como los necesarios apoyos y programas formativos.

c) Prestaciones básicas

En el Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la comunidad Autónoma de Aragón se establecen las siguientes prestaciones básicas:

- Atención integral a los pacientes: psicofarmacológica, psicoterapéutica individual, de grupo o familiar, y actividades encaminadas al desarrollo de habilidades sociales.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve.

- Desarrollo de programas individualizados de rehabilitación en colaboración, cuando sea preciso, con los dispositivos específicos de rehabilitación.
- Prestación de asistencia domiciliaria.
- Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias en colaboración con los servicios sociales de base.
- Apoyo y asesoramiento al equipo de Atención Primaria y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación y participación en los programas "de enlace".
- Atención a las urgencias en el horario de funcionamiento del centro de salud mental.
- Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a las unidades de hospitalización breve o al resto de los dispositivos de la red de salud mental.
- Interconsulta psiquiátrica en los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- Docencia e investigación.

Los Programas de Rehabilitación en el Centro de Salud Mental (CSM) son un conjunto de intervenciones destinadas a mantener a los pacientes con TMG en la comunidad, con intervenciones que van más allá de lo estrictamente terapéutico y que se articulan en actuaciones sobre el paciente y sobre su entorno.

Las áreas abordables desde el CSM, a nivel individual, son: habilidades sociales, actividades básicas de la vida diaria, déficits cognitivos y psicoeducación.

Las intervenciones sobre el medio exigen la actuación multidisciplinar sobre áreas como familia, trabajo y orientación vocacional y laboral, residencia e integración comunitaria (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

Cada CSM, tendrá su Programa de Atención al TMG específico en base a unos criterios comunes al resto de CSM, en el que se englobarán las tareas

rehabilitadoras, los profesionales que van a intervenir, los tiempos y espacios asignados de forma específica al programa.

Al paciente junto con su programa de atención se le asignará un responsable que dependerá de la coordinación del CSM y que será quien represente al centro en Comisiones y grupos de trabajo relacionados con la rehabilitación. La inclusión de pacientes en el programa seguirá criterios elaborados por el propio CSM siguiendo las directrices de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

Los pacientes con TMG deben ser valorados desde el propio CSM para establecer sus necesidades de rehabilitación y atención clínica. En función de la disponibilidad del propio CSM y de las necesidades detectadas, se ha de establecer si el paciente utilizará los programas desde la propia unidad o si será derivado a un recurso especializado más apropiado.

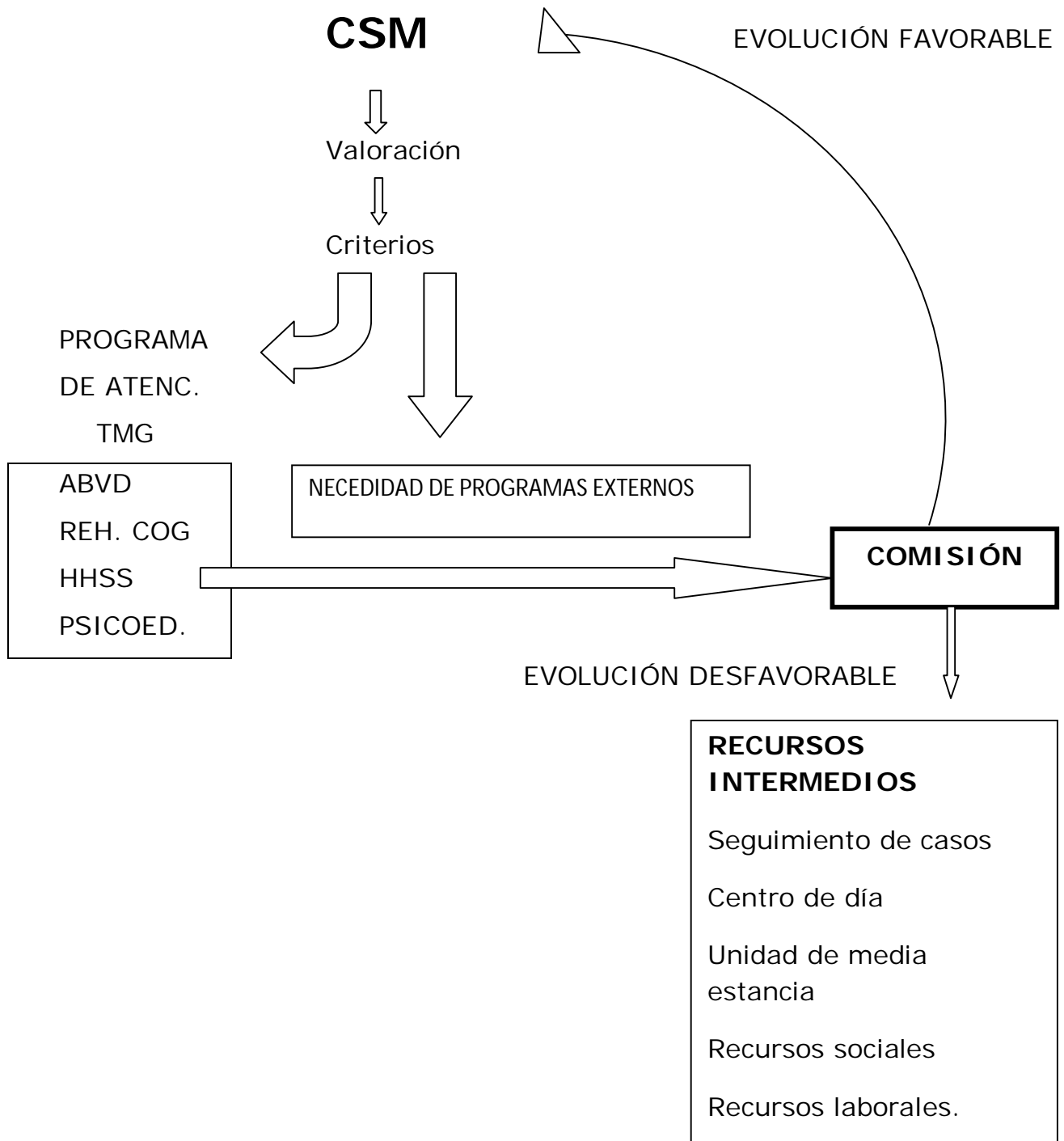
En este caso, si la evolución es favorable se debe establecer el plazo en que el paciente será derivado de nuevo al CSM. Si la evolución no es favorable por razones relativas a la enfermedad o por la inadaptación al recurso asignado, la coordinación entre recursos será la encargada de resolver la situación.

En la Figura 2 se describe la posible evolución en un programa de rehabilitación de un paciente con TMG desde la toma de contacto con el CSM.

Este sistema precisa un sistema fluido de comunicación con las unidades de corta estancia (UCE) y las unidades de urgencias que permita garantizar la visita post-alta, el mantenimiento en la hospitalización de las estrategias adoptadas en el CSM y la designación de un referente para el paciente a lo largo del circuito asistencial.

Los estándares profesionales y la organización de estos dispositivos deben asegurar tiempos de demora para consulta inferior a un mes para los casos no urgentes, menores de una semana para los preferentes y, en el caso de los urgentes, la asistencia deberá atenderse en el día (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

Figura 2. Evolución de un PIR de un paciente con TMG.



Fuente: Servicio Aragonés de Salud (2003).

3.3.1.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

En el Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental de Aragón se definen como un servicio para la atención a la salud mental y la asistencia psicológica de la población menor de 18 años de edad con TMG.

a) Equipo profesional

Es de carácter multidisciplinar, su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo. El equipo, con formación específica en la infancia y adolescencia, contará como mínimo con los siguientes profesionales; psiquiatra, psicólogo clínico, ATS/DUE, trabajador social y auxiliar administrativo.

La labor del trabajador social será esencial en esta unidad por su papel de enlace con diferentes instituciones educativas y sociales.

b) Población diana

En estas unidades se prestará asistencia a la población menor de 18 años remitida desde otras unidades de salud mental del Área de Salud, por el equipo de Atención Primaria, unidades de hospitalización en pediatría, servicios sociales, instituciones educativas o instituciones judiciales (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002, p. 44).

c) Prestaciones básicas

El Plan Estratégico establece para este recurso terapéutico las siguientes prestaciones básicas:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve infanto-juvenil.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran.

- Apoyar y asesorar al equipo de Atención Primaria, al equipo de salud mental y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación.
- Atender las consultas urgentes en el horario de funcionamiento de la unidad de salud mental.
- Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.
- Interconsulta psiquiátrica en los servicios de pediatría de los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- Apoyo a los centros educativos y de servicios sociales.
- Docencia e investigación.

3.3.1.3. Unidades Psiquiátricas de Corta Estancia (UCE)

Se encuentran ubicadas en los hospitales generales de referencia. El traslado progresivo desde el centro de atención desde los manicomios hacia el hospital psiquiátrico ha favorecido la desaparición del estigma que pesaba sobre la enfermedad mental y la psiquiatría. Además permite un estudio integral del paciente, atendiendo simultáneamente a las enfermedades orgánicas y los trastornos psíquicos, lo que favorece que tanto la familia como el paciente acepten mejor el ingreso (Agüero, 2000).

Las UCEs proporcionan al enfermo un entorno seguro, estructurado y supervisado, lo que hace que éste y su familia reduzcan su nivel de estrés.

En los últimos años se ha producido un gran aumento de ingresos en estas unidades de pacientes inmigrantes, debido a que es una decisión vital que tiene importantes consecuencias psicológicas y sociales para el individuo y el grupo familiar. Un estudio realizado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel (Plaza, Moles y Vázquez, 2007) indicó que en el año 2006 se atendieron 233 pacientes, de los cuales el 7% eran inmigrantes. El 58,8% de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta estancia tuvieron que ser atendidos por la Unidad de Trabajo Social (realizaron intervención Social

con la totalidad de pacientes africanos y portugueses, siendo sólo necesaria este tipo de intervención en la mitad de los casos de países del Este y de América Latina). Las principales intervenciones fueron: información para la gestión de recursos (tarjeta sanitaria para personas sin recursos, alojamientos alternativos, recursos para toxicómanos...) en un (47,1%), la coordinación institucional (47,1%) y coordinación profesional con otros profesionales dentro del propio hospital, en un 36,4% de los casos se realizó la gestión directa de recursos y solo en un 11,8% se realizó intervención familiar y apoyo social

a) Población diana

Atienden aquellos casos remitidos desde las USM o atendidos en las urgencias hospitalarias, que por la gravedad de su sintomatología aguda, no pueden permanecer en su medio habitual hasta la remisión del episodio y posteriormente desarrollan psiquiatría de enlace con el resto de servicios. Este dispositivo estará especialmente coordinado con los centros de salud mental, a donde se derivarán los pacientes dados de alta, y con el hospital de día para mantener la continuidad de los cuidados.

b) Prestaciones

Presta atención continuada durante periodos de tiempo cortos, entre 10-21 días en régimen cerrado y presenta, como característica fundamental, unos cuidados de Enfermería continuados.

En el Plan Estratégico de 2002-2010 se detallan las siguientes prestaciones básicas:

- Tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico).
- Psiquiatría de enlace en el hospital y con los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental.
- Atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- Docencia e investigación.

Por otro lado, los Hospitales Miguel Servet y Clínico Universitario de Zaragoza dispondrán de unidades específicas de Psicósomática y Psiquiatría de enlace las cuales podrán requerir del apoyo del psicólogo clínico de la unidad de hospitalización breve, así como la del trabajador social de esta última o del propio hospital.

3.3.1.4. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil

Está destinada exclusivamente a pacientes menores de 18 años, evitando así el contacto con otros pacientes adultos, y será atendida por personal especializado al objeto de mejorar el resultado de las intervenciones. La unidad estará dotada con infraestructuras necesarias para el desarrollo de funciones complementarias de hospital de día. Los menores de 15 años serán ingresados en las unidades de pediatría.

a) Equipo profesional

El equipo de profesionales será el mismo que en el resto de las unidades de hospitalización breve con la característica de que el personal de este dispositivo estará especializado en la atención de la salud mental de los niños y jóvenes.

El personal administrativo y el trabajador social podrá estar compartido con el de la unidad de hospitalización breve para adultos.

b) Prestaciones básicas

- Tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico).
- Hospitalización parcial.
- Atención psiquiátrica de interconsultas de pediatría.
- Apoyo a los profesionales del equipo de salud mental tanto general como infanto-juvenil.
- Docencia e investigación.

3.3.1.5. Hospital de Día

Es una unidad de hospitalización parcial con horario diurno, el cual constituye una alternativa al internamiento psiquiátrico y evita la separación del paciente con su familia y la sociedad.

En este tipo de dispositivos se llevan a cabo abordajes terapéuticos más intensos y continuados que los que realizan el equipo de salud mental ambulatorio y está destinado a pacientes graves. Es un recurso necesario para el tratamiento específico de aquellos pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve que requieren un período de adaptación al medio externo. Son dispositivos con finalidad esencialmente terapéutica.

Los usuarios solo podrán acceder mediante la derivación de las unidades de salud mental o de las unidades de hospitalización breve, tras la correspondiente valoración médica y social de cada paciente; por tanto, existe la necesidad de una coordinación de los profesionales de los hospitales de día con el resto de profesionales de la red.

a) Equipo profesional

Deberá disponer de un equipo de profesionales que trabajen orientados a la atención de patologías prevalentes, constituido por: psiquiatra, psicólogo clínico, ATS/DUE, trabajador social (parcial), auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo y apoyo de terapeuta ocupacional desde otros recursos de la Red de Salud Mental.

Las funciones del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar en este dispositivo son (Blasco, 2007):

- Evaluación social del paciente y su núcleo familiar y social.
- Objetivos psicosociales de la intervención del Plan Terapéutico Individual.
- Entrevistas familiares, controles al paciente y visitas domiciliarias.
- Es responsable de la detección e intervención de las disfunciones familiares que inciden en la patología; integrar a la familia en los planes de tratamiento; psicoeducación familiar; comunicar la evolución de la familia o entorno social; buscar otros recursos que faciliten la integración

social del paciente; coordinar el centro con otros servicios sociales y comunitarios.

b) Población diana

Este dispositivo está destinado a pacientes graves que hayan perdido temporalmente la capacidad de desarrollar vida autónoma, con la consiguiente tendencia hacia una situación de cronicidad definitiva. El periodo terapéutico finalizará al restaurar las posibilidades de una vida aceptable dentro de la comunidad, continuando su proceso de recuperación en la unidad de salud mental. Las estancias pueden alcanzar 60 días.

c) Prestaciones básicas

- Tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico y de psicoeducación familiar).
- Programas y actividades de rehabilitación individualizadas.
- Docencia e investigación.

3.3.1.6. Unidades Especiales

Son unidades que pueden o no requerir infraestructuras propias dedicadas a la gerontopsiquiatría, psicosis refractarias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de personalidad, etc.

3.3.2. Recursos intermedios (de apoyo y rehabilitadores)

3.3.2.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial

También conocidos como Centros de Día. Es un recurso ambulatorio cuya función es la rehabilitación activa y reinserción social y tienen orientación claramente comunitaria. Son recursos básicos orientados a promover la contención, la rehabilitación y la reinserción sociocomunitaria de personas adultas que padecen un TMG, teniendo en cuenta su situación psicosocial.

Son una estructura intermedia entre el paciente y la comunidad, ligada a la consecución de los objetivos, lo cual implica una limitación del tiempo de estancia, con el objetivo de alcanzar el mayor grado posible de la inserción del paciente en su comunidad.

Este dispositivo debe estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, ya que se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación.

a) Equipo profesional

El equipo multidisciplinar estará formado por: psiquiatra, psicólogo clínico, ATS/DUE, trabajador social, terapeuta ocupacional, monitores de educación especial y auxiliar administrativo.

b) Población diana

Destinado a pacientes graves entre 18 y 65 años con importante deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, estabilizados y con un cierto grado de autonomía.

Los pacientes sólo podrán ser remitidos desde las unidades de salud mental o desde las unidades de media estancia.

c) Prestaciones básicas

- Tratamientos psicoterapéuticos intensivos.
- Programas individualizados de rehabilitación.
- Terapia ocupacional.
- Psicoeducación.
- Actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- Apoyo a las familias.
- Programas de Intervención Comunitaria
- Programas de soporte a pacientes en las alternativas residenciales
- Docencia e investigación.

Cada persona atendida en un centro de día seguirá un PIR. Al margen de las actividades ocupacionales o de preparación al mundo laboral, la reinserción laboral no es una competencia estricta de los centros de día ya que, en general, se lleva a cabo en otros dispositivos específicos como los Centros Especiales de Empleo (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

3.3.2.2. Unidades de Rehabilitación de Media Estancia (UME)

Se trata de centros de internamiento hospitalario dotados de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinados a la rehabilitación del paciente, con una estancia máxima por paciente de 6 a 12 meses. Realizan el proceso de rehabilitación en la medida de lo posible en el marco de la comunidad de referencia para evitar el alejamiento del paciente de su entorno sociofamiliar.

Lo ideal para una buena rotación de pacientes, es contar con una red de pisos tutelados anexa con la que mantengan una vinculación con las unidades de salud mental, cuyos profesionales realizarán el seguimiento de estos pacientes tras el alta, con los centros de día y con los recursos sociosanitarios de su Área de Salud (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

a) Equipo profesional

El equipo multidisciplinar estará compuesto de: psiquiatras (uno de ellos con funciones de coordinador), psicólogo clínico, ATS/DUE, trabajador social parcial, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería, auxiliar administrativo y otros (monitores, personal de oficios y mantenimiento, etc.).

b) Población diana

Destinadas a la atención de pacientes con trastornos mentales graves que no responden al tratamiento ambulatorio y con problemática psicosocial

que requieren una hospitalización psiquiátrica que no puede realizarse en las unidades de hospitalización breve bien por motivos estructurales o por la necesidad de un abordaje de rehabilitación intensivo.

c) Prestaciones básicas

- Intervención terapéutica integral e intensiva.
- Programas individualizados de rehabilitación.
- Apoyo a las familias.
- Terapia ocupacional.
- Docencia e investigación.

Los objetivos de la rehabilitación en una Unidad de Media Estancia son:

1. Conseguir el desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos.
2. Desarrollar habilidades instrumentales y de afrontamiento social.
3. Disminuir la vulnerabilidad a la recaída actuando sobre los factores de riesgo bio-psico-sociales.
4. Habilitar soportes sociales y afectivos comunitarios.

Un estudio realizado sobre las personas ingresadas en la UME Residencia Profesor Rey Ardid de Zaragoza, desde su apertura el 15 de octubre de 1991 hasta el 15 de marzo de 2007 (378 pacientes), en su análisis establece que los pacientes de estos dispositivos son una población joven, sin alternativas laborales, con falta de soporte familiar y pensionistas. Mantienen que la figura del trabajador social es fundamental dentro del equipo interdisciplinar, para realizar una correcta valoración y diagnóstico de la situación psicosocial, aportando objetivos encaminados a mejorar el ajuste social del paciente, disminuir su malestar y el de su medio familiar y social y proporcionar soportes sociales necesarios para favorecer su integración en la comunidad (Giménez, Borobio y Pinilla, 2007).

3.3.2.3. *Unidades Residenciales Específicas*

Son una alternativa a la institucionalización psiquiátrica tradicional adecuadas al grado de autonomía de los usuarios y cuya función predominante será la prestación de un servicio social básico como es el residencial.

Cuando un paciente tenga la capacidad de llevar a cabo una convivencia normalizada, podrá ser candidato a las prestaciones y plazas residenciales de la red del Instituto Aragonés Servicios Sociales; cuando las necesidades de supervisión psiquiátrica son altas o los trastornos de conducta impiden la convivencia, serán tributarios de la red de salud mental. Se dispondrá de las siguientes alternativas:

a) Mini-residencias o "Casas-Hogar"

Se trata de un servicio residencial abierto y flexible que recibe el apoyo y supervisión de la unidad de salud mental. La estancia en este dispositivo podrá ser temporal o definitiva. Está destinado fundamentalmente a nuevos enfermos mentales graves que presentan una autonomía reducida, que precisan atención prolongada y continuada y que tienen una edad inferior a 65 años.

b) Viviendas o pisos tutelados

Destinados a usuarios dotados de alguna autonomía personal y con ciertas habilidades sociales en régimen de convivencia grupal, reducida a 3 ó 4 personas y no más de 6, que requieren una supervisión externa por parte del equipo de salud mental, fundamentalmente a través de personal ATS/DUE o auxiliares de clínica. Este dispositivo es uno de los mejores medios para integrar en la comunidad a pacientes sin familia o cuando ésta no resulta apta. Por otra parte, es un dispositivo muchas veces imprescindible tras el alta en las unidades rehabilitadoras de media estancia, para dar continuidad a los programas intensivos antes de la integración comunitaria definitiva y cuando, por la situación psicosocial del enfermo, aquélla no es posible a corto plazo.

c) Pisos sociales protegidos

Dispositivo puramente social, que facilita la incorporación a la sociedad de las personas con problemas de salud mental plenamente capacitadas para llevar una vida independiente, si se les proporcionan los recursos necesarios. Estos pacientes son derivados desde las unidades de salud mental en colaboración con los servicios sociales, cuidadosamente seleccionados habiendo tenido una preparación adecuada con programas específicos.

d) Pisos propios

Pacientes que poseen vivienda propia, bien porque han formado su propia familia o porque han fallecido sus cuidadores habituales, generalmente los padres. Este tipo de recurso va acompañado de programas sociales de atención domiciliaria y de ayudas económicas.

e) Otras opciones

Dependiendo de las características de los pacientes se podrá optar por pensiones concertadas supervisadas, alojamiento incentivado en familias, etc.

La atención psiquiátrica de las personas usuarias de estos recursos asistenciales se hará en la red general de asistencia sanitaria con la intervención de las unidades de salud mental y centros de día.

La valoración que dieron un grupo de profesionales de la Fundación Rey Ardid por su implicación en el Programa de alternativas residenciales llevada a cabo por dicha entidad, acerca de los primeros pisos que se pusieron en marcha en Zaragoza, fue muy positiva y los consideraban necesarios desde la perspectiva de la atención integral al paciente con TMG, dada la cronicidad del estigma asociado a la enfermedad mental y la desigualdad de oportunidades en la que se encuentra el colectivo como consecuencia de su discapacidad para acceder a una vivienda digna (Pinilla, Galán y Dargallo, 2007),

3.3.2.4. Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia

Son los dispositivos resultantes de la transformación de las antiguas estructuras manicomiales de los hospitales psiquiátricos. Están dotados de los recursos necesarios para llevar a cabo programas terapéuticos y rehabilitadores en régimen de larga estancia, evitar situaciones de abandono y/o marginación y mejorar o mantener las capacidades de los residentes, en consonancia con la condición de centros sociosanitarios de estos dispositivos.

Algunos de ellos disponen de unidades de atención a colectivos específicos: gerontopsiquiatría, dementes con trastorno de conducta grave, psicosis refractarias, pacientes judiciales, etc., es decir, adaptados a las necesidades de la población ingresada.

a) Equipo profesional

El equipo multidisciplinar estará formado por (psiquiatra, psicólogo clínico, ATS/DUE, trabajador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería y otros (auxiliar administrativo, monitores, personal de oficios y mantenimiento, etc.).

b) Población diana

Este dispositivo atiende a enfermos mentales graves en régimen de larga estancia que presentan grandes dificultades de adaptación a su entorno, en concreto para pacientes que tras años de estancia en un hospital psiquiátrico resulta difícil su inserción en la comunidad, con edades, en general, inferiores a los 65 años. La derivación a esta unidad responderá a un criterio clínico apoyado en un adecuado informe psicosocial y previa aprobación de la Comisión correspondiente.

c) Prestaciones básicas

- Actividades médicas y psiquiátricas de apoyo.
- Terapia ocupacional.
- Actividades básicas de rehabilitación.

- Actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.

Para que los programas de rehabilitación llevados a cabo en los hospitales psiquiátricos sean eficaces, tiene que haber unas condiciones que aseguren su rentabilidad en el contexto hospitalario (Fernández, Reyes y Rama, 1997):

- a) Favorecer la formación de pequeños grupos homogéneos de residentes que puedan compartir programas de rehabilitación, basados en el nivel competencial de cada paciente.
- b) Las estrategias de desmasificación, donde se trabaja en pequeños grupos, con objetivos comunes añadidos a los individuales, en contextos acotados, individualizados y personalizados son los que están dando mejores resultados.
- c) La rehabilitación de manera heterogénea dando respuesta a la problemática compleja de cada paciente.
- d) Para un tratamiento personalizado es necesario el reforzamiento del papel profesional tutor, en el que todos los pacientes del HP, tendrán un profesional de referencia.
- e) Transformación progresiva de todo el personal del HP en agentes rehabilitadores que actuarán en base a unos mismos objetivos y con un gran esfuerzo en formación y reciclaje continuo.
- f) Extender el trabajo en autonomía de grupos pequeños con objetivos afines en contextos personalizados a todos los residentes, intentando que los pacientes adquieran habilidades para ser autosuficientes en el mayor número de ámbitos.
- g) Programas de habilidades sociales con el objetivo de que la comunicación sea un algo estereotipado.
- h) Intervención familiar individual y programas de escuela de familias dirigidos al tipo de familiares que visita mensualmente a internados.

- i) La rehabilitación formativo/laboral debe estar presente en con talleres de evaluación y rehabilitación de capacidades laborales, sin que suponga descartar otro tipo de programas para las personas más discapacitadas.

En el Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba, centro en el cual realicé mis prácticas, se trabajaba de acuerdo a lo expuesto anteriormente. Un auxiliar psiquiátrico ejercía de tutor de referencia de un grupo reducido de pacientes, el cual era encargado de aportar en las reuniones multidisciplinarias la información relevante acerca de estos al resto de profesionales.

Además, se realizaban talleres de rehabilitación con aquellos grupos de pacientes que más o menos tenían la misma capacidad y grado de desempeño, (habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, animación a la lectura, talleres de piezas, elaboración de jabones, etc.).

Todo el equipo multidisciplinar asistía a las reuniones de cambio de turno y estaba al día en cuanto a los cambios realizados en el itinerario de rehabilitación de los pacientes.

3.3.2.5. Equipos de gestión y Seguimiento de casos

Los equipos de gestión y seguimiento de casos garantizan un control continuado y a largo plazo de la evolución de los enfermos mentales graves que presentan dificultades para ser atendidos mediante el seguimiento convencional en los centros de salud mental. Gracias a este tipo de dispositivo han reducido el número hospitalizaciones y su duración, así como en la mejora de la calidad de vida y satisfacción de los enfermos mentales graves y sus familias (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

Está vinculado al apoyo del enfermo y la familia en su entorno domiciliario, e incluye aspectos como el apoyo domiciliario, el abordaje de los problemas sociales y familiares derivados de la enfermedad, seguimiento de tutelas e información sobre situaciones personales y tratamientos, automedicación y autocuidado, alimentación, habilidades domésticas, seguridad, manejo de dinero o utilización de servicios. Además, pueden

desarrollar algunas funciones asistenciales, de defensa del enfermo y de enlace entre recursos.

Este tipo de recursos evitarán los fenómenos de puerta "giratoria" y de "ping-pong" (pasan rebotados de un servicio a otro) a través de una buena coordinación entre los dispositivos los enfermos recibirán una atención en su medio, de forma continuada y evitarán un alto consumo de recursos y reagudizaciones e ingresos (López, 2006).

Se localizan en los centros asistenciales comunitarios y estarán representados por un coordinador que será el que represente el recurso en la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de cada área. Debe funcionar de forma coordinada sobre un grupo de enfermos graves para los que serán referentes estables y continuados.

Las funciones del trabajador social son las de coordinación, trabajo en red con distintos profesionales, con otros programas complementarios, con los Servicios Sociales Generales, con los recursos específicos de la zona...; evaluación inicial y continuada en coordinación con el resto del equipo y con la unidad de salud mental en la elaboración del plan individualizado de seguimiento y apoyo comunitario; y la intervención social que le es propia (apoyo a paciente y familiares en el domicilio, colaboración y coordinación en los procesos de seguimiento y apoyo comunitario, asesoramiento sobre recursos y prestaciones en colaboración con los Servicios Sociales generales, servicio de información, orientación y valoración...) (Círez, 2007).

3.3.3. Recursos de inserción y gestión social

3.3.3.1. Dispositivos ocupacionales, de inserción socio-laboral y empleo protegido

a) Dispositivos de Inserción socio-Laboral

Con la integración laboral se incrementa la autonomía y autoestima del paciente, su independencia y, en definitiva, su integración en la sociedad.

Las actividades de reinserción laboral iniciadas en los centros de rehabilitación psicosocial y unidades rehabilitadoras de media estancia deberán continuarse con una formación ocupacional específica y con el acceso al empleo en empresas en las que se puedan integrar los enfermos mentales. Las asociaciones de familiares deberán tener el protagonismo adecuado en los dispositivos que fomenten la reinserción social y laboral del enfermo mental (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

b) Clubes sociales

Se habilitan dentro de los programas y servicios del Centro de rehabilitación psicosocial o independientemente de los mismos, atendiendo las necesidades de ocio y convivencia de los enfermos y las familias.

Desarrollan programas que tienen como misión fomentar la integración social del enfermo mental, a través de la utilización del ocio y tiempo libre y establecer una serie de actividades de orden recreativo, cultural y deportivo. De esta manera se pretende recuperar hábitos sociales perdidos fomentando las relaciones personales y la autoestima a través del estímulo a la expresión y creatividad (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

Son gestionados frecuentemente por asociaciones de enfermos y familiares.

c) Centros ocupacionales

Son espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o para-laborales. Los objetivos básicos

son la recuperación o el mantenimiento de habilidades y normas de convivencia y comunicación en grupo.

El equipo técnico está formado por trabajador social a tiempo parcial, psicólogo-psicoterapeuta, terapeuta ocupacional y monitor.

d) Taller-escuela o pre-laboral

Es un espacio de formación que sirve de puente entre el Centro Ocupacional y el Centro Especial de Empleo. Su función es el aprendizaje o recuperación de una actividad laboral dirigida hacia la futura autonomía profesional. En este sentido, dentro de las experiencias prácticas y eficaces conocidas destacan la encuadernación, artes gráficas, costura, peluquería y jardinería, entre otros. Estos talleres que cuentan con maquinaria más o menos compleja, deberán estar dirigidos por profesionales especializados bajo la supervisión del equipo asistencial.

Estos dispositivos pueden desarrollar su actividad como estructuras separadas o integradas en los programas de otros dispositivos de rehabilitación: Centros de rehabilitación psicosocial, Unidades rehabilitadoras de media estancia, Unidades residenciales-rehabilitadoras de larga estancia, etc.

e) Centros Especiales de Empleo

Está dirigido hacia aquellos pacientes que han conseguido una rehabilitación y un aprendizaje suficientes para facilitarle la integración laboral. Funcionan bajo criterios de producción y rentabilidad empresarial y deben tender a la autofinanciación a través de los apoyos y recursos de la comunidad en que se instalan y la colaboración de diversas empresas públicas o privadas. Las empresas de trabajo protegido constituyen el último eslabón en la reinserción laboral y, en ellas, la supervisión del equipo terapéutico es mucho menos intensa y directa (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

La elaboración de un posible itinerario individualizado de inserción laboral podría ser el siguiente (Caballero, Chávez y Ferrer, 2007):

- *1ª fase de acogida:* en la que se empatiza con el paciente y se obtiene información a través de varias entrevistas para posteriormente elaborar el plan individualizado, teniendo en cuenta la vida laboral de la persona, dificultades, puntos fuertes...
- *2ª fase, capacitación laboral:* entrenar una serie de habilidades del paciente, a través de talleres pre-laborales, ocupacionales y de formación que les aportarán una pequeña remuneración económica en función de su producción (sin contrato laboral) que contribuirá a aumentar la motivación de su trabajo.
- *3ª fase, empleo protegido:* una vez adquiridas las habilidades y competencias necesarias entrarán en esta fase en la que el apoyo del equipo terapéutico es menor, ya que el paciente ha adquirido ya una mayor autonomía profesional. El paciente firma un contrato, percibiendo como trabajador el salario mínimo interprofesional, ya sea en empresas de inserción o en centros especiales de empleo.
- *4ª fase:* después de un periodo de tiempo si el trabajador demuestra que tiene capacidades para poder insertarse en el mercado laboral ordinario, se le ayudará a entrenar una serie de técnicas para encontrar un empleo (elaboración de currículum vitae, entrenamiento para primeras entrevistas, búsqueda activa de empleo...).
- *5ª fase:* una vez adquiridas las habilidades necesarias se produce la inserción en el mercado laboral ordinario en la que los apoyos recibidos por parte del equipo terapéutico son menores pero siempre seguirá existiendo la figura mediadora entre el trabajador y la empresa a lo largo de esta última fase, realizando un seguimiento.

3.3.3.2. Clubes de ocio y tiempo libre, Asociaciones de enfermos y familiares

El enfoque del ocio dentro de los dispositivos de trabajo con el enfermo con TMG responde a la función rehabilitadora, y a la función preventiva y

compensadora del deterioro del paciente, como herramienta que ayuda a paliar los efectos de la hospitalización prolongada o como alternativa ocupacional para los pacientes. Además, se considera el marco idóneo para la rehabilitación ya que posibilita el establecimiento de redes sociales.

Mejora la competencia psicosocial, fomenta la comunicación y las relaciones interpersonales, también es una importante herramienta para propiciar el contacto con la comunidad y la integración.

Las necesidades de ocio de cada paciente deben ser evaluadas individualmente e integradas en el tratamiento global del enfermo, para evitar caer en el grave problema del ocio forzado u ocio dirigido, ya que éste tiene consecuencias nulas o incluso negativas en el proceso de la rehabilitación. Por ello se deben abordar, evaluar y trabajar todos los aspectos de la persona de manera individualizada pero dentro de un proceso global de tratamiento (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

Las asociaciones de enfermos y familiares son una forma de apoyo social informal que ejercen una función emocional sobre los pacientes, les ayuda a ser valorados y aceptados, comprendidos y escuchados por los demás, además de una función informacional, pues les ayuda a orientarse y aproximarse a otros recursos sociales, a recibir información acerca de la enfermedad y les sirve como instrumento para resolver problemas, sirviendo como modelo a otras personas en situaciones similares (López y Jurado, 1997).

3.4. Contexto de la Salud Mental en Aragón

Tras la reforma psiquiátrica llevada a cabo en todo el territorio español en 1985, el modelo de atención a la salud mental que se instauró fue el comunitario. A partir de entonces, la Ley de General de Sanidad de 1986, en su artículo 20 asentaba las bases del nuevo modelo de atención comunitario:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a

nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, con el fin de reducir la necesidad de hospitalización.

2. La hospitalización de los pacientes por crisis agudas se realizará en Unidades psiquiátricas de los Hospitales generales.

3. Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social para una atención integral de los problemas del enfermo mental, en coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, en coordinación de los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general.

En la Comunidad de Aragón, aparece la Ley 2/1989, de 21 de abril del Servicio Aragonés de Salud, con la que se equiparó la asistencia psiquiátrica con otras especialidades médicas. Se pusieron en funcionamiento los Centros de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales y además se crearon estructuras intermedias de atención con servicio de rehabilitación (Seva, 1996).

La experiencia de muchos años de reforma psiquiátrica en Aragón, hizo que hospitales psiquiátricos cerraran sus puertas o se transformaran abandonando su tradicional y excluyente función de custodia. Se fueron creando estructuras alternativas que atienden los problemas de salud mental en la comunidad, y los programas de rehabilitación y soporte social han hecho posible hacer frente a los trastornos mentales graves. Esto permitió mejorar la calidad de la atención, la efectividad y eficiencia de las intervenciones, humanizar el trato recibido por los enfermos y facilitar su integración social, favoreciendo, además, la coordinación y cooperación con el resto de los recursos y servicios del sistema sanitario y de la red social (Servicio Aragonés de Salud, 2002).

La Comunidad Autónoma asumió los recursos sanitarios procedentes de las Diputaciones Provinciales y las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud de Aragón (INSALUD), lo que hizo necesario reflexionar acerca de los recursos existentes destinados a la salud mental, así como de las necesidades presentes y futuras en función las características demográficas, sociales y económicas de la población aragonesa, y de un esfuerzo de planificación para la coordinación e integración administrativa y funcional de todos los dispositivos (Seva, 1996).

Una vez identificados los déficits en la red de salud mental y sus costes, en el año 2001, se elaboró un Plan de Salud Mental de Aragón 2002-2010, que llevaba implícito un servicio regional de salud mental de cobertura universal, equitativo y basado en la participación, con asistencia integral, coordinada y centrada en el enfermo y en la continuidad de sus cuidados, tal como se contemplaba en la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Aragón.

La vigente Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón y el decreto 2007/2003, de 22 de julio por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón, estructuró la atención sanitaria en torno a ocho sectores. En cada uno de ellos se integran los diferentes dispositivos asistenciales de Atención primaria, Atención especializada, Salud Mental y Sociosanitario (<http://www.areasres.org/Gerencia/Recursos/mapas.htm>)

Territorialmente, en la provincia de Huesca se distinguen el Sector de Huesca y el Sector de Barbastro. En la provincia de Teruel existen el Sector de Teruel y el Sector de Alcañiz. Ya por último, en la provincia de Zaragoza existen cuatro sectores: el Sector de Calatayud, el Sector Zaragoza I, el Sector Zaragoza II y el Sector Zaragoza III.

Esta división territorial sustituye a la existente antes de las transferencias en cinco Áreas de Salud, en las cuales estaba basado el Plan de Salud Mental de Aragón 2002-2010, lo que supone que haya sectores de salud que no cuenten con los recursos de salud mental básicos y se produzca una centralización de recursos en algunos sectores, como pueden ser los de Zaragoza I, II y III.

A continuación se muestra una tabla comparativa en la que se recogen los recursos que proponía el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y los recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón. Esta tabla ha sido elaborada con los datos recogidos del Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 de Aragón, los datos del estudio de Jiménez (2011) y de los datos recabados en las entrevistas realizadas a los profesionales del ámbito de Salud Mental en Aragón (ver Tabla 1).

Tabla 1. Recursos recogidos en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón.

CENTROS DE SALUD MENTAL	
PLAN 2002-2010	1 centro de salud mental por cada 50.000 habitantes, sin superar los 100.000 habitantes
AÑO 2012	<p><u>S. Huesca</u>: 4 C.S.M. (Pirineos, Jaca, Huesca Rural, Perpetuo Socorro).</p> <p><u>S.Barbastro</u>: 2 C.S.M. (Barbastro, Monzón)</p> <p><u>S.Zaragoza I</u>: 3 C.S.M. (Hospital Nuestra Señora de Gracia, Actur Sur, Hospital Royo Villanova)</p> <p><u>S.Zaragoza II</u>: 7 C.S.M. (Romareda, Rebojería, Torrero, Madre Verduna, Sagasta, Las Fuentes, San José Norte)</p> <p><u>S.Zaragoza III</u>: 3 C.S.M. (Cinco Villas, Hospital Clinico Lozano Blesa, Delicias)</p> <p><u>S.Calatayud</u>: C.S.M Calatayud.</p> <p><u>S. Teruel</u>: C.S.M. Teruel</p> <p><u>S. Alcañiz</u>: C.S.M. Alcañiz</p>
UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	
PLAN 2002-2010	Una unidad de salud mental infanto-juvenil por cada Área de Salud.
AÑO 2012	<p>En la actualidad el territorio de Aragón está dividido en ocho sectores de salud cada uno con respectivas Unidades de Salud Mental infanto-juvenil, a excepción del Sector de Calatayud y el Sector de Alcañiz, que no disponen de este recurso.</p> <p><u>S. Huesca</u>: U.S.M.I.J Huesca</p> <p><u>S.Barbastro</u>: U.S.M.I.J. Barbastro</p> <p><u>S.Zaragoza I</u>: 2 U.S.M.I.J. (Actur, Centro de Promoción de la Salud)</p> <p><u>S.Zaragoza II</u>: U.S.M.I.J. Muñoz Fernández</p> <p><u>S.Zaragoza III</u>: U.S.M.I.J. Hospital Clínico Lozano Blesa.</p> <p><u>S. Teruel</u>: U.S.M.I.J. Teruel</p>

Tabla 1. Recursos recogidos en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón (continuación).

UNIDADES DE CORTA ESTANCIA	
PLAN 2002-2010	Se localizan en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales públicos, excepto la de Teruel, provisionalmente ubicada en el Hospital Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios, hasta su próximo traslado al Hospital General Obispo Polanco.
AÑO 2012	Se cumple lo propuesto por el Plan: S. Huesca: UCE Hospital San Jorge. S. Zaragoza I: 2 UCE (Hospital Royo Villanova y Nuestra Señora de Gracia) S. Zaragoza II: UCE Hospital Miguel Servet S. Zaragoza III: UCE Hospital S. Teruel: UCE Hospital Obispo Polanco El sector Calatayud y Alcañiz son derivados a Zaragoza y a Teruel respectivamente.
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO JUVENIL	
PLAN 2010-2002	Se establecerá una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil para la comunidad autónoma de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza
AÑO 2012	Se cumple lo propuesto por el Plan.
HOSPITAL DE DIA	
PLAN 2002-2010	Se dispondrá de un hospital de día por cada Área de Salud dotado de 8-10 plazas por cada 100.000.
AÑO 2012	En la actualidad Aragón dispone de 2,6 plazas por 100.000 habitantes.
CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	
PLAN 2010-2012	Se dispondrá de 50 plazas por cada 150.000 habitantes.
AÑO 2012	Según la AEN, Aragón dispone 42,2 plazas por 100.000 habitantes. En este caso dobla el número establecido por la AEN, (20x1000.000), pero es insuficiente según lo que propone el Plan de SM de Aragón.

Tabla 1. Recursos recogidos en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón (continuación).

UNIDADES REHABILITADORAS DE MEDIA ESTANCIA	
PLAN 2002-2010	Establecía un dispositivo de este tipo en cada área de Salud. Se dispondrá de 12 camas por cada 100.000 habitantes
AÑO 2012	La AEN propone 8 plazas por 100.000, Aragón dispone de 14.1 plazas por 100.000 hab.
UNIDADES RESIDENCIALES ESPECÍFICAS	
PLAN 2002-2010	Establecía un dispositivo de este tipo en cada área de Salud. Se dispondrá de 12 camas por cada 100.000 habitantes
AÑO 2012	La AEN propone 8 plazas por 100.000, Aragón dispone de 14.1 plazas por 100.000 hab.
UNIDADES RESIDENCIALES REHABILITADORAS DE LARGA ESTANCIA	
PLAN 2002-2010	Se dispondrá de una unidad residencial rehabilitadora en Huesca y Teruel y 2 en Zaragoza
AÑO 2012	Se cumple lo propuesto por el plan: Huesca: Hospital Santo Cristo de los Milagros Teruel: Hospital Obispo Polanco Zaragoza: Hospital Clínico Lozano Blesa Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba.
EQUIPOS DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS	
PLAN 2002-2010	Se propuso 1 equipo de gestión y seguimiento de casos por cada Área de Salud o Gerencia de Sector, con una plantilla básica adaptable: (ATS-DUE, trabajador social, auxiliar de enfermería).
AÑO 2012	Existen equipos de gestión y seguimiento de casos que dependen de los Centros de Salud Mental.
DISPOSITIVOS OCUPACIONALES, DE INSERCIÓN SOCIO LABORAL Y EMPLEO PROTEGIDO.	
PLAN 2002-2010	<i>Clubes sociales:</i> al menos 1 por área. <i>Centros ocupacionales:</i> <i>Taller escuela o pre-laboral:</i> 40 plazas por cada 100.000 habitantes. <i>Centros especiales de empleo:</i> 10 y 20 plazas por 100.000 habitantes y una rotación de hasta 50 enfermos anuales.

Tabla 1. Recursos recogidos en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón (continuación).

DISPOSITIVOS OCUPACIONALES, DE INSERCIÓN SOCIO LABORAL Y EMPLEO PROTEGIDO.	
AÑO 2012	En Zaragoza existen varias entidades que ofrecen talleres ocupacionales y centros especiales de empleo, tales como Rey Ardid, F. Cairós, Inserta, Omnium, Sifu, el Cierzo. En el resto de sectores donde no hay este tipo de dispositivos, se encuentran los Centros de Rehabilitación Psicosocial donde se imparten talleres ocupacionales a los enfermos.
CLUBES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE, ASOCIACIONES DE ENFERMOS Y FAMILIARES.	
PLAN 2002-2010	A través de conciertos y convenios con fundaciones, instituciones privadas y asociaciones desarrollaran dispositivos sociales tales como clubes de ocio y tiempo libre.
AÑO 2012	En los Centros Psicosociales es donde se desarrollan programas de ocio y tiempo libre.

La colaboración entre niveles asistenciales se potenciará a través del desarrollo conjunto de programas y guías de práctica clínica y de actuación (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

Para el desarrollo de un servicio sociosanitario de atención a la salud mental, con una red diversificada de recursos de diversa titularidad que asuma la continuidad de cuidados del enfermo y una amplia plantilla multidisciplinar de profesionales, era necesario la implantación de estructuras sólidas de coordinación que asegurasen la prestación de los servicios y la efectividad global del sistema, abarcando las dimensiones técnicas y profesionales, de gestión de servicios y estratégicas (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

Para llevar a cabo la coordinación de salud mental se establecieron las siguientes estructuras:

1. Dirección de Salud Mental y Drogodependencias

Encargada del desarrollo estratégico del Servicio y asesora a la Dirección de coordinación Asistencial y al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud en lo tocante a la implementación del Plan de Salud Mental y a los modelos de organización necesarios en su desarrollo (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

2. Gerencias de Sector del Servicio Aragonés de Salud

Responsables directas de la gestión de servicios y prestaciones en cada sector establecido (para las Direcciones de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Sociosanitaria) en las que habrá de garantizar la atención a la salud mental, la continuidad de cuidados y los programas de integración social de los enfermos, así como la coordinación interinstitucional en su ámbito territorial (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

3. Coordinador de Salud Mental

Cada Área de Salud dispondrá de un técnico superior cualificado responsable del desarrollo de los programas y de la coordinación asistencial de los dispositivos de salud mental, así como con el resto de servicios necesarios para una atención integral del enfermo mental.

Será responsable, asimismo, de tramitar el acceso de usuarios a los centros y servicios fuera del sector cuando la asistencia así lo precise. En estrecha relación funcional con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias, se apoyará para su misión en las comisiones técnicas formadas por los directivos o responsables de los dispositivos asistenciales que de cada programa prioritario pudieran establecerse y que incluirán, progresivamente, las Comisiones de Rehabilitación Psicosocial, Atención Infanto-juvenil, Atención Psicogeriátrica, etc. (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

4. Comisiones Técnicas

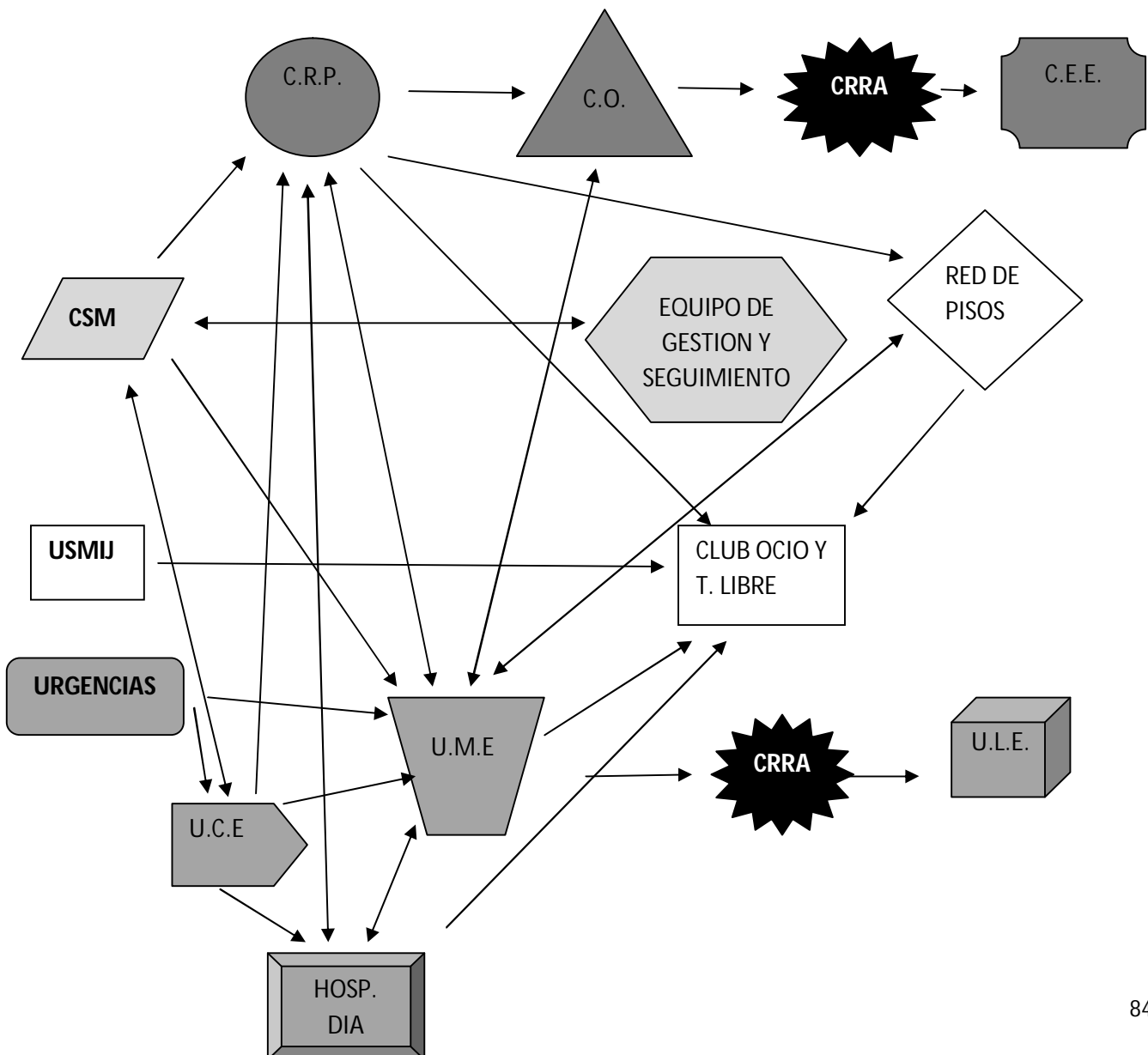
Son órganos técnicos de apoyo a los Gerentes y responsables de salud mental de cada sector y de coordinación entre centros de salud mental, recursos específicos de rehabilitación y dispositivos de reinserción laboral y comunitaria en el Área. Integradas por responsables de los diversos dispositivos implicados, gestores de caso y coordinadores de salud mental y garantizarán que las derivaciones entre dispositivos y los ingresos y listas de espera de los mismos, se realicen de acuerdo a las directrices y protocolos establecidas desde la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias; servirá, asimismo, de foro de evaluación y seguimiento de los programas.

Para el internamiento y derivación a dispositivos de referencia de Área de Salud o autonómica, se mantendrá una **Comisión de Ingresos Psiquiátricos** que decidirá, tras la valoración individualizada de los casos, qué pacientes son susceptibles de ingreso en dichos dispositivos de internamiento o residenciales, sus condiciones y prioridad. La Comisión estará presidida por el Director de Salud Mental y Drogodependencias. En todo caso, es previsible que, en la medida que se vaya ampliando y completando la red de dispositivos y la protocolización de las derivaciones, la Comisión de Ingresos vaya perdiendo contenido y utilidad (Departamento de Salud, Consumo y Salud, 2002).

4. PROPUESTA DE MEJORA A TRAVÉS DE LA PLANIFICACIÓN DE UNA RED DE RECURSOS

Como se ha mostrado anteriormente, la red pública de recursos de salud mental presenta algunos déficits de dispositivos en algunas zonas de la comunidad autónoma. Uno de los objetivos de este trabajo era elaborar una reestructuración de la red de recursos existentes en el caso de que fuese necesario. Con lo cual, a continuación se expone una propuesta de mejora en función de la nueva reestructuración del mapa sanitario, que dejaría cubierta la necesidad de atención de la salud mental de calidad en algunas zonas un poco olvidadas de nuestro territorio.

En primer lugar, se dotaría al Sector Huesca, Teruel y Zaragoza I, II y III con los siguientes recursos básicos:



La puerta de entrada a la red de recursos de cada sector de salud sería:

- Centro de Salud Mental (CSM)
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)
- Servicio de Urgencias psiquiátricas en los hospitales generales (URGENCIAS).

Desde el Centro de Salud Mental, según las necesidades del paciente el equipo multidisciplinar a través de la realización de un PIR, incluirá en su tratamiento unos recursos u otros (Centro de Rehabilitación Psicosocial o CRP, Unidades de Media Estancia o UME, Unidades de Corta estancia o UCE).

Una vez en derivados a cualquiera de estos dispositivos, se podrá acceder a otra serie de dispositivos para cubrir las necesidades que presente el paciente tales como (Centro Ocupacional o CO, Centro Especial de Empleo o CEE, Club de ocio y tiempo libre, Red de pisos protegidos).

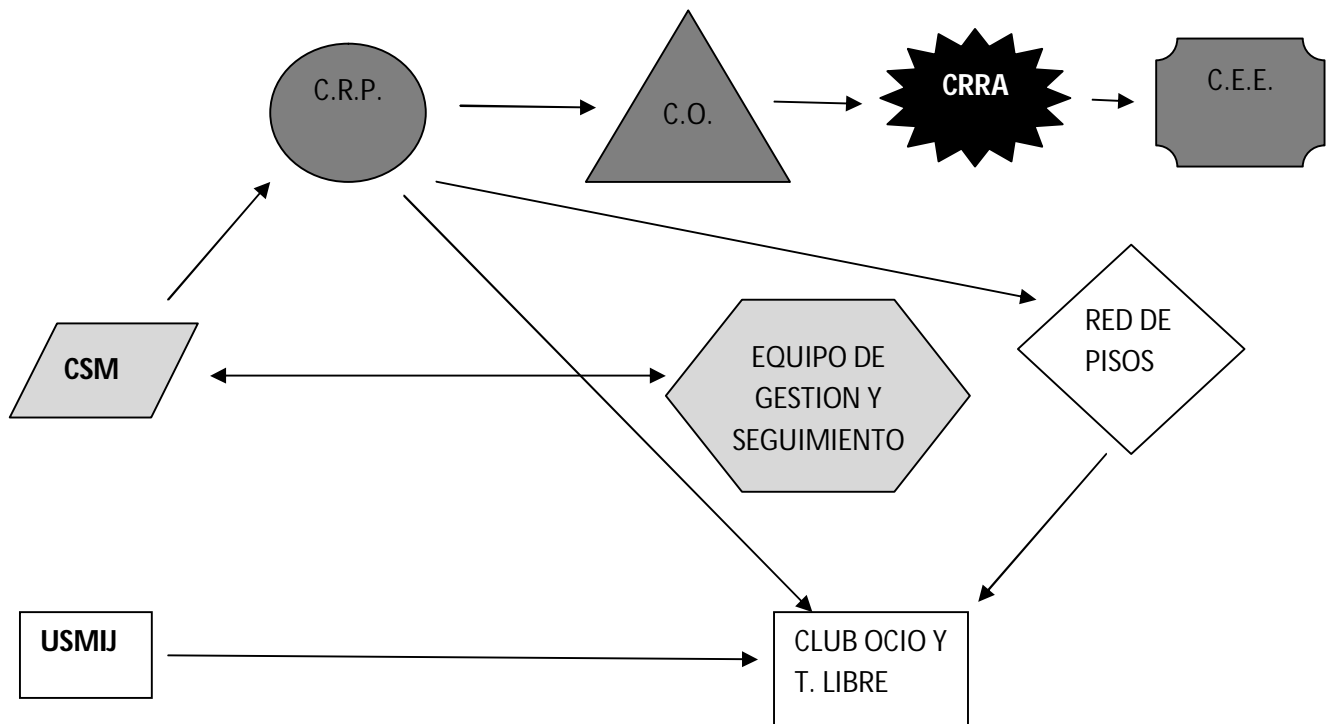
Existirá un Equipo de gestión y seguimiento de casos que dependerá del Centro de salud Mental del sector.

Si el paciente es menor de edad, será atendido en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) y podrá ser derivado a Centros de Ocio y Tiempo Libre para este tipo de enfermos. En el sector Zaragoza II, se establecerá una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil para la comunidad autónoma de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Si el paciente presenta por primera vez una crisis psicótica, será atendido en las unidades de Urgencias Psiquiátricas de los Hospitales generales y este podrá ser derivado a otros recursos en función de sus necesidades terapéuticas.

El paso a Centros Especiales de Empleo y a plazas de Larga Estancia precisará del criterio de la comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (CRRA) (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

Para el resto de sectores, el sector de Barbastro, Calatayud y Alcañiz, se propone la siguiente red de recursos básicos:



La puerta de entrada a la red de recursos de cada sector de salud sería:

- Centro de Salud Mental
- Unidad de salud Mental Infanto-Juvenil
- Servicio de Urgencias psiquiátricas en los hospitales generales (cada sector a su hospital de referencia correspondiente).

Desde el Centro de Salud Mental, según las necesidades del paciente el equipo multidisciplinar a través de la realización de un PIR, incluirá en su tratamiento unos recursos u otros (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Media Estancia, Unidades de Corta estancia).

- El Sector de Barbastro, tendrá ubicadas las unidades de media y larga estancia en el Hospital Psiquiátrico Santo Cristo de los Milagros de

Huesca y la unidad de corta estancia en el Hospital de San Jorge de Huesca.

- El Sector de Calatayud tendrá ubicadas las unidades de media, larga estancia y corta estancia en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
- El Sector de Alcañiz tendrá ubicadas las unidades de media y larga estancia en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Teruel y la unidad de corta estancia en el Hospital Obispo Polanco.

Una vez en derivados a cualquier de estos dispositivos, se podrá acceder a otra serie de dispositivos para cubrir las necesidades que presente el paciente tales como (Centro Ocupacional, Centro Especial de Empleo, Club de ocio y tiempo libre, Red de pisos protegidos).

Existirá un Equipo de gestión y seguimiento de casos que dependerá del Centro de salud Mental del sector.

Si el paciente es menor de edad, será atendido en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y podrá ser derivado a Centros de Ocio y Tiempo Libre para este tipo de enfermos. En el sector Zaragoza II, se establecerá una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil para la comunidad autónoma de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Si el paciente presenta por primera vez una crisis psicótica, será atendido en las unidades de Urgencias Psiquiátricas de los Hospitales generales y este podrá ser derivado a otros recursos en función de sus necesidades terapéuticas.

El paso a Centros Especiales de Empleo y a plazas de Larga Estancia precisará del criterio de la comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (CRRRA). Con el mismo color se contemplan recursos que deberían estar coordinados por un mismo equipo (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, 2002).

5. CONCLUSIONES

- A. Aunque el origen de la esquizofrenia está lejos de ser conocido definitivamente, actualmente sabemos que las situaciones de estrés social al que estamos sometidos constituyen uno de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad de los individuos a padecer esta enfermedad. Los síntomas que ocasionan llevan al paciente a tener una serie de repercusiones a nivel personal y social en las cuales es necesario intervenir. Es más, los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización dieron lugar a una nueva corriente asistencial basada en la integración del enfermo mental en el seno de la comunidad a todos los niveles, ya que sin el apoyo de este tipo de recursos un enfermo con trastorno mental grave (TMG) sería incapaz de administrar los ejes fundamentales de su vida laboral y social de forma correcta.
- B. Por ello, el abordaje del TMG desde una perspectiva psicosocial hace que los pacientes posean mayores posibilidades de poseer un nivel de vida óptimo. Una intervención psicosocial de calidad es primordial para que los pacientes puedan alcanzar una función más normalizada dentro de la sociedad.
- C. A mejorar la calidad de vida puede contribuir el trabajador social. De hecho, el Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental está sometido a una especificidad que lleva consigo unas funciones y tareas que lo diferencian del resto de profesionales que forman el equipo multidisciplinar.
- D. Es necesario dejar claro que un tercio de los enfermos con TMG son rehabilitables, tal y como concluyen estudios recientes que han documentado casos de recuperación sintomática y social. Aunque dependiendo de cuál sea el diagnóstico, se ha de determinar un tratamiento farmacológico y otros específicos, el plan de intervención ha de ser individualizado y la rehabilitación psicosocial es el elemento clave de cualquier modelo asistencial comunitario, normalizado e integrador.

- E. Para el desarrollo de un servicio sociosanitario de atención a la Salud Mental con una red de recursos como la existente es necesario la existencia de estructuras que se encarguen de la coordinación entre estos para asegurar la prestación de los servicios y la efectividad global del sistema.
- F. Además, la red de recursos públicos debe abarcar todas la áreas de la rehabilitación psicosocial para que posteriormente el equipo multidisciplinar pueda escoger en qué contexto el paciente va a recibir el tratamiento, el cual ha de ser siempre en el contexto menos restrictivo posible y con medicación segura y eficaz.
- G. Se han elaborado planes y guías de recursos, programas, guías clínicas de intervención, pero esto no sirve de nada si no se ponen en marcha a través de la dotación de recursos mínimos ya que de esa manera no se alcanzan los principales objetivos de éstos.
- H. Aragón posee un servicio regional de Salud Mental de carácter universal, equitativo y basado en la participación que ofrece asistencia integral, coordinada y centrada en el enfermo y en la continuidad de sus cuidados. En concreto, el mapa sanitario de Aragón está dividido en 8 sectores de salud, de los cuales los Sectores Huesca, Zaragoza I, Zaragoza II, Zaragoza III y Teruel cuentan con todos los recursos básicos necesarios y los Sectores de Calatayud, Alcañiz y Barbastro tienen adjudicadas plazas de los recursos de los que no disponen en Zaragoza, Teruel y Huesca respectivamente. Sin embargo, actualmente en Aragón no existe un Plan estratégico de atención a la salud mental vigente, por lo que se sigue trabajando con el establecido para el periodo 2002-2010.
- I. El presente trabajo propone una red de recursos de Salud Mental con el fin de mejorar la atención a estos pacientes que, en función de una nueva reestructuración del mapa sanitario, dejaría cubiertas las necesidades de los usuarios de Salud Mental en algunas zonas un poco olvidadas de nuestro territorio.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, J. A. (2000). Ámbitos de atención y tratamiento. En C. Gómez y R. Zapata, *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social* (pp. 313-326). España: Ediciones Eunate.
- Alonso, V., De Viedma, M. J., Blanco, M. y Cañamares, J. M. (1997). Psicomotricidad. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 159-171). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 210-228). Madrid: Ediciones Pirámide.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (2001). *Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. Barcelona: Psiquiatría editores.
- Arricivita, A. L., Saz, P. y Lobo A. (1993). Malestar psíquico y problemática social en pacientes de Atención Primaria. Detección e interacciones. *Trabajo Social y Salud*, 15, 157-178.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 85-96). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Blasco, C. (2007). Hospital de día Psiquiátrico. Funciones del trabajador social en un equipo multidisciplinar. *Trabajo Social y Salud*, 56, 355-368.
- Caballero, M. E., Chávez, A. y Ferrer, I. (2007) Importancia del empleo en la integración social de las personas con trastorno mental. *Trabajo Social y Salud*, 57, 159-177.
- Cabrera, J., Fuertes, J. C. y Rodríguez, J. (2000). *La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza: La esquizofrenia en la familia*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
- Cendoya, M., Del Campo, M. S. y Ruiz-Ortega, M. (1997). Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 248-267). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cerviño, M. J. y Blanco, M. (1997). Rehabilitación de déficits cognitivos. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 172-190). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Círez, A. (2007) Equipo de apoyo social comunitario: La intervención en el entorno Comunitario de la Persona. *Trabajo Social y Salud*, 57, 123-136.
- De la Hoz, M. A., Nespral, C., Jurado, C., Salamero, C., Cañamares, J. M. y Terrón, Y. (1997). La familia como recurso en rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 271-296). Madrid: Ediciones Pirámide.
- De la Mata, B., Ballestín, M. J. y Cortina M. T. (2007). Patología Psiquiátrica en pacientes con problemática social atendidos en el Servicio de

Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el año 2006. *Trabajo Social y Salud*, 57, 149-158.

Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. (2002). *Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Recuperado de [http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/9eb3055418d8fa6bc125751300442e28/\\$FILE/SALUD_MENTAL-paginas.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/9eb3055418d8fa6bc125751300442e28/$FILE/SALUD_MENTAL-paginas.pdf)

Fernández J. A., Reyes M. y Ramal, J. (1997). La rehabilitación psicosocial en hospitales psiquiátricos. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 413-434). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández, M. V., González, J., Fernández, J. M. y Eizaguirre, I. (1997). El campo de la rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 85-96). Madrid: Ediciones Pirámide.

Galán, F. J., Pinilla, M. A. y Andreu, N. (2007). Sensibles a una vida mentalmente sana. La promoción y sensibilización social como proceso y función del T.S. Psiquiátrico. Una pequeña experiencia de 10 años. *Trabajo Social y Salud*, 56, 255-274.

Garcés, E. M. (2007). La especificidad del Trabajador Social en Salud Mental ¿Un rol desconocido? *Trabajo Social y Salud*, 56, 309-322.

Giménez, S., Borobio, A. y Pinilla, M. A. (2007). El papel del Trabajador Social en una unidad de media estancia para personas con TMG y aproximación a factores sociodemográficos de la población atendida desde estos centros. *Trabajo Social y Salud*, 57, 63-84.

- Gómez, C. y Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. España: Ediciones Eunate.
- Granado, M. A. y Hernández, M. (1997). Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 190-209). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Guimón, J. (2007). Cuarenta años de crisis en la Psiquiatría. *Trabajo Social y Salud*, 56, 17-30.
- Jiménez, J. F. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 735-751.
- Liberman, R. P. y Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1, 12-29.
- Lobo, A. (2007). Factores psicosociales y enfermedades somáticas corporales: Perspectivas desde una psiquiatría psicosomática. *Trabajo Social y Salud*, 56, 31-48.
- López, C. y Jurado, C. (1997). Autoayuda, apoyo mutuo y asociacionismo. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 317-325). Madrid: Ediciones Pirámide.

- López, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación Psicosocial*, 3, 17-25.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Miranda, M. y Garcés E. M. (1998). Trabajo Social en Salud Mental. En D. Colom y M. Miranda (Eds.) *Organizaciones de Bienestar* (pp. 67-87). Zaragoza: Mira Editores.
- Ortiz, S. y Fernández, J. A. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 227-247). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pinilla, M. A., Galán, F. y Dargallo, R. (2007) Los programas alternativas residenciales: una aportación desde el trabajo social especializado a la integración del TMG. *Trabajo Social y Salud*, 57, 137-148.
- Plaza, B., Moles, B. y Vázquez, M. D. (2007). Intervención social con pacientes inmigrantes en una unidad psiquiátrica de corta estancia. *Trabajo Social y Salud*, 57, 9-19.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J. y Orviz, S. (1997). Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 329-361). Madrid: Ediciones Pirámide.

Seva, A. (Dir.) (1996). *La esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada.

Servicio Aragonés de Salud (2003). *Programa de Rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental*. Gobierno de Aragón. Recuperado de http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PROGRAMA_REHABILITACION_REINSERCIÓN_PSICOSOCIAL_SALUD_MENTAL_2003.pdf

Sobrino, T., Rodríguez, A. y Fernández, J. M. (1997). Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 299-316). Madrid: Ediciones Pirámide.

Urriate, J. J. (2004). Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas Sanitarios. *Rehabilitación Psicosocial*, 2, 45-46.

Vena, J., Viedma, M. J. y Cañamares, J. M. (1997). Actividades de la vida diaria. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 147-158). Madrid: Ediciones Pirámide.

Villalba, C. (1997). Redes sociales e integración. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 299-316). Madrid: Ediciones Pirámide.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Roles del terapeuta dentro del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).....	37
Figura 2. Evolución de un PIR de un paciente con TMG.....	54
Tabla 1. Recursos recogidos en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental 2002-2010 y recursos existentes en el año 2012 que conforman la Red de Recursos Públicos de Salud Mental de Aragón...	77