

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



PRINCIPIO DE EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SANITARIA  
EN SALUD MENTAL: ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA,  
ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO

Esmeralda Martín Miguel

Hay hombres que luchan un día y son buenos;

Hay otros que luchan un año y son mejores.

Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos.

Pero hay los que luchan toda la vida:

Esos son los imprescindibles.

Bertolt Brech

A nuestros enfermos, por su lucha diaria y por su infinita paciencia al intentar enseñarnos cada día lo difícil que resulta estar al otro lado de la mesa.

## INDICE

ABREVIATURAS.....	6
RESUMEN .....	7
CAPITULO 1. INTRODUCCION AL ESTUDIO.....	10
1.1. Marco jurídico normativo y conceptual.....	12
1.2. Marco histórico.....	20
1.3. Dispositivos sanitarios de la red asistencial.....	25
1.4. El centro de rehabilitación psicosocial.....	29
1.5. El trastorno mental grave y prolongado.....	40
1.6. Prevalencia del trastorno mental grave y prolongado.....	43
CAPITULO 2. HIPOTESIS .....	46
CAPITULO 3. MATERIAL Y METODO.....	47
3.1. Diseño de investigación .....	48
3.2. Muestra.....	55
3.3. Criterios de inclusión.....	57
3.4. Criterios de exclusión.....	57
3.5. Entorno.....	59
3.6. Personal.....	61
3.7. Variables.....	61
3.8. Cronograma.....	63

CAPITULO 4. PROGRAMAS BASICOS DE INTERVENCION.....	65
4.1. Programa de acogida.....	66
4.2. Programa de educación para la salud y psicoeducación....	69
4.2.1. Información.....	71
4.2.2. Adherencia terapéutica.....	78
4.2.3. Autoadministración de la medicación y sus efectos.....	84
4.2.4. Adquisición y mantenimiento de hábitos.....	86
4.2.5. Toma autónoma de la medicación.....	87
4.2.6. Manejo de recursos sanitarios.....	88
4.3. Programa de autocontrol y manejo del estrés.....	89
4.4. Programa de entrenamiento para la vida diaria.....	93
4.5. Programa de rehabilitación de capacidades cognitivas.....	100
4.6. Programa de habilidades sociales.....	101
4.7. Programa de psicomotricidad.....	103
4.8. Programa de asesoramiento y apoyo familiar.....	104
4.9. Programa de ocio y tiempo libre.....	107
4.10. Programa de rehabilitación laboral.....	109
CAPITULO 5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ETICOS.....	111
CAPITULO 6. RESULTADOS.....	115
CONCLUSIONES.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	121
ANEXO.....	123

## ABREVIATURAS

AVD: Actividades de la vida diaria

CRPS: centro de rehabilitación psicosocial

CC AA: Comunidad Autónoma

CDEE: Código deontológico de la enfermería española

DALY: Disability Adjusted Life Year (Años de vida ajustados por discapacidad)

EE UU: Estados Unidos

EMGP: enfermedad mental grave y prolongada

ESM: equipos de salud mental

FAEMA: Familiares y amigos del enfermo mental

GAF: Global Assessment of functioning

HDP: Hospital de día Psiquiátrico

LAAD: Ley de promoción de autonomía personal y atención al paciente.

LGS: Ley General de Sanidad.

OMS: organización mundial de la salud

P: Programa

PIR: Plan individualizado de Rehabilitación

RPS: rehabilitación psicosocial

TMGP: trastorno mental grave y prolongado

UC: Unidad de convalecencia

UE: Unión Europea

UHP: Unidad de hospitalización Psiquiátrica

URP: Unidad de rehabilitación psiquiátrica

## RESUMEN

Los diversos cambios en el orden político, social y legislativo, la sensibilización pública sobre la salud mental, los avances en la sanidad y la farmacología y la incorporación de un componente social y de bienestar en la definición de salud de la OMS, han hecho posible un cambio en el tratamiento del enfermo mental que ha pasado de ser tratado en grandes instituciones manicomiales a ser atendido en un contexto comunitario.

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de un servicio comunitario como es el centro de rehabilitación psicosocial, a través de la variable de demanda asistencial de Hospitalización psiquiátrica y en el servicio de urgencias.

El método de estudio será observacional, descriptivo; la muestra, pacientes con trastorno mental grave y prolongado atendidos en dicho centro rehabilitador a lo largo del año 2008/2009.

Los resultados encontrados muestran una reducción en las necesidades de prestación sanitaria en estos pacientes, lo cual nos permite concluir que los Centros de Rehabilitación Psicosocial favorecen la normalización de la conducta del paciente, contribuyendo a la eficacia del Sistema Nacional de Salud.

## ABSTARC

The various changes in the political, social, and legislative, public awareness of Mental Health, advances in health, pharmacology and the addition of a social and welfare in the definition of health by WHO have made it possible a change in the treatment of mental illness that has gone from being treated in large institutions manicomiales to be treated in a community setting.

The aim of this study is to assess the effectiveness of one such community services as is the Center for Psychosocial Rehabilitation, through the variable demand for care in the Hospital Psychiatric Unit and the Emergency.

The method of study is observational, descriptive and the sample of patients diagnosed with severe and prolonged trastornomental treated at the center during the year 2008/2009.

The results show a reduction in health service needs in these patients, allowing us to conclude that the Centers for Psychosocial Rehabilitation favorecenla normalization of the patient's behavior, contributing to the effectiveness of the National Healt System.



## 1. INTRODUCCION AL ESTUDIO.

## INTRODUCCION

La transformación de la asistencia psiquiátrica ha supuesto en los últimos años la creación de nuevos dispositivos y recursos que, sin embargo, han tenido un desarrollo irregular y heterogéneo en las distintas comunidades Autónomas. Incluso, y a pesar de existir una normativa que ha tratado de encauzar esta transformación, en la propia Comunidad de Castilla y León se asiste a diferencias estructurales y funcionales entre estos nuevos dispositivos.

A ello han contribuido diversos factores como son, entre otros, la falta de una normativa unificada, a nivel del estado y de la Comunidad Autónoma; la dependencia administrativa diferenciada entre los distintos recursos que ha conducido a intereses distintos en su diseño y configuración, así como en su funcionamiento; esta falta de normativa ha llevado a que las características y prestaciones de estos nuevos dispositivos y recursos se haya realizado por la vía de hecho, es decir, en función de que los servicios sanitarios (y los profesionales) decidan practicar o no determinadas técnicas o crear servicios asistenciales en el ejercicio de su autonomía.

Esta situación ha creado cierta confusión en los profesionales que, en algunos casos, se han enfrentado a tener que poner en marcha un recurso o dispositivo sobre el que apenas tenían referencias más allá de su propio criterio; o incluso otros profesionales pertenecientes a la propia red de salud mental del área apenas han utilizado el recurso por desconocer las prestaciones o cartera de

servicios del mismo y lo que puede esperar de su empleo. Lo mismo ha sucedido con los usuarios, que con frecuencia también desconocían su funcionamiento y por tanto la utilidad que tenía para satisfacer sus necesidades. No ha resultado extraño que en este contexto se hayan reclamado o solicitado recursos para cubrir ciertas necesidades que ya estaban en funcionamiento e incluso en algunos casos, con un rendimiento inferior a su capacidad.<sup>1</sup>

Por este motivo la valoración de variables objetivas en uno de estos centros de rehabilitación psicosocial, como es en concreto el existente en la provincia de Ávila, aportará datos sobre la eficacia de estos servicios.

Las Administraciones Públicas tienen la misión de prestar a los ciudadanos servicios eficaces y eficientes, los poderes públicos deben efectuar los esfuerzos necesarios para aprovechar los recursos que se les encomiendan, encauzándolos hacia el mayor grado de servicio a los intereses ciudadanos. Desde la responsabilidad de la Administración, organizar y gestionar de forma coordinada servicios tan trascendentales como los sociales y los sanitarios constituye una obligación ineludible.<sup>2</sup>

Por todo ello, la valoración de eficacia de uno de estos CRPS como es el CRPS de la provincia de Ávila, ayudará a objetivar y a definir la utilidad de uno de estos dispositivos.

### 1.1. MARCO JURIDICO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

Todos los artículos de la Constitución española amparan a las personas con enfermedad mental, en la misma medida que al resto de los ciudadanos. Sin embargo, algunos artículos de la constitución resultan de especial interés para su adecuada protección:

Art.14 CE: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

Art.15 CE: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

Art. 17.1 CE: “Toda persona tiene derecho a la libertad y seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.

Art.24.1 CE: “Todas las personas tienen derecho a obtener tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión”.

Art. 43.1 CE: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.

Art. 43.2 CE: "competen a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto".

Art.49 CE: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación, e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos".

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) recoge la normativa básica aplicable en todo el estado español en materia de sanidad. Todos los preceptos de la Ley amparan a la persona con enfermedad mental, al establecerse un sistema público de salud que se extiende a toda la población (artículo 3.2).

El catálogo de derechos que establece el artículo 10 de la LGS y su actualización a través de la ley 41/2002, de derechos, deberes y documentación clínica de ámbito nacional y la ley 8/2003, de ámbito autonómico de CyL, es aplicable plenamente a todas las personas con enfermedad mental, sin perjuicio de que el ejercicio de alguno de los derechos contemplados pueda verse imposibilitado, en la práctica, por falta de capacidad.

El artículo 18.8 de la LGS determina que las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso,

“desarrollaran actuaciones dirigidas a la promoción y mejora de la salud mental”.

El artículo 20 de la LGS establece una importante regla general: la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, determinando sobre esta base los principios a los que deben adecuar su actuación las Administraciones Sanitarias.

Art.20 LGS: "Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuaran su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general".<sup>3</sup>

Para llevar a cabo este proyecto, tanto el sistema de acción social como el sistema de salud de Castilla y León comprenden recursos cada vez más variados y complejos que responden a las cambiantes necesidades de la sociedad, siendo preciso establecer mecanismos de coordinación de todos los agentes con el fin de avanzar hacia la integralidad de la atención. Para ello, resulta imprescindible establecer un marco de planificación común para ambos sistemas, desde una perspectiva global.

La importancia de una estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en nuestra Comunidad Autónoma, en desarrollo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de los objetivos del II Plan de Salud, se sustenta en la creciente relevancia que vienen adquiriendo los problemas de salud mental en todas las sociedades desarrolladas, y en la necesidad de establecer medidas preventivas así como prestaciones y servicios adecuados para las personas con enfermedad mental.

Se estima que cerca de uno de cada seis castellanos y leoneses pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, y que más del 1% de la población está afectada de trastornos mentales graves.<sup>4</sup> Además,

estos procesos constituyen una de las primeras causas de discapacidad y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma.

Las actuaciones recogidas en el documento “ Estrategia regional de Salud Mental”, aprobado por acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, comprenden, en primer lugar la mejora del bienestar psíquico de la población y la prevención de la enfermedad mental a través del impulso de medidas preventivas y de promoción de la salud en este ámbito, las dos siguientes líneas estratégicas hacen referencia al ámbito asistencial, afrontando, por una parte, el establecimiento de un modelo de ordenación asistencial integrado y completo y por otra parte, la mejora de la accesibilidad y el desarrollo de programas específicos de asistencia psiquiátrica en determinados colectivos. Las actuaciones encaminadas hacia una integración social y laboral plena de las personas con enfermedad mental, promoviendo el respeto a sus derechos, su inserción laboral y el soporte a las familias constituyen otra de las líneas fundamentales en el desarrollo de dicha estrategia de Salud Mental.

La estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica asume garantizar la continuidad de cuidados de los enfermos mentales. Además establece líneas de actuación en distintos campos relacionados con la Enfermedad Mental, a través de la coordinación de programas ya existentes y del impulso de otros nuevos.



Se define la salud mental como “un estado de adecuado funcionamiento de las capacidades mentales que se pone de manifiesto en la realización de actividades productivas, en las relaciones con los demás y en la capacidad para adaptarse o cambiar e incluso poder afrontar satisfactoriamente la adversidad”. En resumen se trata de algo indispensable para el bienestar personal y familiar, que posibilita además las relaciones con los demás y la contribución a la comunidad.

Los trastornos de salud mental abarcan un gran número de patologías de alta prevalencia, muchas de ellas de curso crónico, que frecuentemente supone una elevada carga para el paciente, la familia, los sistemas de protección y el conjunto de la sociedad. Los trastornos mentales se asocian a grados de discapacidad generalmente mayores que los observados en las enfermedades físicas. Además tienen grandes repercusiones económicas en el conjunto de la sociedad. Por todo ello las enfermedades mentales constituyen una prioridad para todos los sistemas sanitarios.

En la Estrategia Salud 21 de la Oficina Regional Europea de la OMS se incluye como objetivo prioritario la mejora de la salud mental, proponiendo específicamente que de “de aquí al año 2010 habrá que mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos y mas eficaces a las personas con problemas de salud mental”. Incide en que deberán reducirse los problemas de salud mental y las personas deberán estar más capacitadas para hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida.

Las actuaciones propuestas para el logro de este fin incluyen:

1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de salud mental.
2. Configurar los entornos de vida y trabajo para que las personas de todas las edades cuenten con un sentido de coherencia vital, construyan y mantengan relaciones sociales y sean capaces de hacer frente a las situaciones difíciles.
3. Proveer a los profesionales sanitarios para que den una buena formación.
4. Proporcionar una atención sanitaria de buena calidad, con una buena combinación de servicios hospitalarios.
5. Respetar los derechos humanos y promover la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental.

La OMS establece además unas recomendaciones de acción:

1. Impulsar el papel de la atención primaria en la prevención, manejo y tratamiento de la enfermedad mental.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotropos.
3. Optar por la asistencia en la comunidad frente a la institucionalización.
4. Promover la sensibilización pública sobre la salud mental.
5. Establecer política y legislación sobre salud mental.
6. Desarrollar recursos humanos.
7. Establecer vínculos con otros sectores.

8. Apoyar nuevas investigaciones.

Todo lo anterior, se desarrolla bajo la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica que ha venido impulsando un progresivo cambio del proceso de institucionalización a través del cierre de los viejos hospitales psiquiátricos y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios a fin de facilitar la proximidad al domicilio de los enfermo.

Ha transcurrido mas de medio siglo desde la introducción de los neurolépticos en el arsenal terapéutico de la psiquiatría. En este plazo de tiempo se ha asistido a un avance que, sin temor a pecar de sensacionalistas, podríamos calificar de espectacular, y que ha permitido gracias a la ley de Reforma Psiquiátrica ofrecer derechos inexistentes para el enfermo mental.

## 1.2. MARCO HISTORICO

Para comprender las prioridades en materia de tratamiento y asistencia a las personas con enfermedad mental grave y prolongada, es importante tener en cuenta algunos elementos de la perspectiva histórica.

El modo en que las sociedades han comprendido, y consecuentemente tratado, a las personas con enfermedad mental ha variado a lo largo del tiempo. Ellas han compartido con otros colectivos desfavorecidos los avatares de la ignorancia, los prejuicios, la falta de recursos y la insolidaridad. Pero han debido asumir algunas peculiaridades de importancia cuya implicación todavía es visible en la actualidad, estamos en la tarea de consolidar una ruptura con un modelo tradicional que es claramente obsoleto, inadecuado e insuficiente.

Existen referencias a la "locura" en las civilizaciones humanas antiguas de las que tenemos documentación (Grecia, Roma). En ellas la enfermedad se asociaba mediante formas diversas de pensamiento mágico, a lo demoníaco o a lo sobrenatural. Es interesante considerar, que esta manera de pensar, bajo distintos aspectos, todavía persiste y forma parte de la cultura de nuestro tiempo.

Existen referencias en las cultura clásicas sobre tentativas de remedio o tratamiento para asistir a algunos de los enfermos, (normalmente de clases sociales elevadas), mediante curas de salud y casas de reposo con actividades

lúdicas o culturales, pero lo habitual solía ser permitirles vagar a su antojo mientras no causasen desordenes sociales.

Durante la edad media el pensamiento en Europa estuvo totalmente influido por las ideas religiosas. El tratamiento social de la enfermedad y sus consecuencias se basaba en el remedio de las necesidades más primarias basada en la idea de caridad.

En la Ilustración, comienzan a prepararse las condiciones para el advenimiento de la ciencia y de la industria. Las sociedades se volvieron mas exigentes y complejas y sus ciudadanos necesitaron cada vez mas conocimientos y habilidades para desenvolverse, ese incremento de las exigencias aumento el riesgo de que las personas mas vulnerables fracasasen en su inserción social. Por otra parte, dicha evolución condujo a la aparición de sistemas políticos con mayor sensibilidad hacia lo social y al aumento de bienes disponibles para ser utilizados en beneficio del bienestar y el control social.

Lo que al principio se definía como una masa indiferenciada de “pobres, vagabundos, menesterosos, ciegos, cojos, locos...”, fue definiéndose y diversificándose, según los valores de cada sociedad y cada época.

A medida que la organización de los estados mejoraba, nacían las instituciones, y así surgió el manicomio, como institución especializada. Las condiciones intelectuales que condujeron a su creación y establecimiento respondieron a

una combinación de circunstancias del momento, que consideraba, la idea de incurabilidad de la enfermedad, los miedos ancestrales a la locura y los deseos de mantener a salvo el control social.

La evolución histórica del manicomio condujo a la creación de instituciones muy grandes que con el paso el tiempo llegaron a albergar a miles de enfermos en verdaderas ciudades de la locura. En condiciones precarias cumplían, su función contenedora y custodial, pero no solo resultaban ineficaces para obtener mejoría, sino que debido a la particular micro-sociedad-interior, resultaban deteriorantes y operaban como ciudades de no retorno para los enfermos mentales.

En la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de paradigma en la atención a estos enfermos debido a tres factores importantes

- El movimiento en pro de los derechos humanos
- Los avances en la sanidad y la farmacología
- La incorporación de un componente social y de bienestar en la definición de salud de la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estas condiciones dieron paso al movimiento conocido como la Reforma Psiquiátrica , cuyo elemento central ha supuesto un cambio de perspectiva, sustituyendo la política de institucionalización por un modelo de atención comunitario que tiene por objeto organizar la ayuda y asistencia al enfermo mental sin extraerlo y separarlo de su red social.

En España como en otros países del mundo, estos principios condujeron a la necesidad de emprender una gran reforma que se inició en 1985 con el "informe para la reforma psiquiátrica", que fue el inicio de una serie de reformas legislativas, presupuestarias y de los sistemas de atención social y sanitario que no podemos considerar concluido.

Tras un largo periodo histórico en que la institucionalización de los enfermos mentales era lo habitual, y los manicomios se constituían como el principal recurso asistencial para estos pacientes, nos encontramos en un momento en que existen multitud de recursos diferentes, pero con una distribución muy desigual en las diferentes Comunidades Autónomas.

Desde que en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el ministro Ernest Lluch señalara: "Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad "se han ido desarrollando sistemas comunitarios para traspasar los enfermos de los hospitales a la comunidad.

La ley General de Sanidad de 1986 propone la plena integración de la atención a los problemas de salud mental en el Sistema Sanitario General, trabajando, cuando sea necesario, en coordinación con servicios sociales. Dicha Ley adjudicó la responsabilidad de transformar y organizar la atención a la salud mental a las Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas.

Cada comunidad Autónoma desarrolló el proceso de reforma conforme a su situación previa y a su política sanitaria, lo que ha llevado a que existan grandes desigualdades y disparidades en las prestaciones de los servicios de salud mental.

Actualmente el modelo comunitario de atención a la salud mental se proclama como el más ventajoso para la atención a las personas con enfermedad mental. Este modelo hace hincapié en la “desinstitucionalización”, es decir la disminución del número de pacientes psiquiátricos hospitalizados y la “sectorización” es decir la atribución a unos equipos de las responsabilidades globales de la asistencia psiquiátrica: La prevención, las urgencias, la intervención en crisis, la hospitalización y la rehabilitación.

Respecto a los dispositivos de rehabilitación, que nos conciernen directamente por su relación con el tema de investigación, se han desarrollado sobre todo los centros de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, aunque la Ley General de Sanidad, contempla la rehabilitación como una prestación sanitaria, en algunas comunidades autónomas estos centros no están gestionados directamente por las consejerías de Salud, lo que implica que las prestaciones de este recurso asistencial sean diferentes de unas comunidades a otras.

A continuación se exponen los principales dispositivos de atención a persona con enfermedad mental, sin olvidar que en el momento actual algunos dispositivos aun no se han puesto en marcha en algunas comunidades autónomas.



### 1.3. DISPOSITIVOS SANITARIOS DE LA RED ASISTENCIAL

#### 1.3.1. EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO.

Se constituyen como eje de articulación y prestaciones de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de salud. Tienen carácter multidisciplinar.

Realizan

- Atención ambulatoria
- Diagnostico de los trastornos mentales.
- Tratamiento de los trastornos mentales.
- Seguimiento de los trastornos mentales.
- Asesoría a los equipos de Atención Primaria.

#### 1.3.2. EQUIPOS Y PROGRAMAS DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL.

Ejercen las funciones propias de los Equipos de Salud Mental en el ámbito de la población menor de 18 años.

Realizan

- Atención ambulatoria a menores de 18 años.
- Diagnostico de los trastornos mentales a menores de 18 años.
- Tratamiento de los trastornos mentales a menores de 18 años.
- Seguimiento de los trastornos mentales a menores de 18 años.
- Asesoría a los Equipos de Atención Primaria.

### 1.3.3. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA

Son dispositivos asistenciales integrados en los Hospitales Generales, que están destinados al ingreso de aquellos pacientes en situación de crisis agudas; los tratamientos de estos dispositivos son breves, de 10 a 20 días.

Realizan:

- Atención (diagnostico y tratamiento) en régimen de hospitalización.
- Interconsulta a otras especialidades.
- Atención es urgencias.

### 1.3.4. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIATRICO

Son recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las unidades de hospitalización psiquiátrica de los Hospitales Generales a los que están adscritos.

Tienen dos objetivos

- Son una alternativa a la hospitalización para casos agudos, evitando así la separación de al persona en tratamiento de su medio familiar y social.
- Facilitan el alta de las unidades para tratamiento de crisis de los hospitales generales.

### 1.3.5. UNIDADES DE CONVALECENCIA

Unidades Hospitalarias de media estancia (1 a 3 meses) para el tratamiento de procesos subagudos con la finalidad de reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o recaída. Atienden la fase de convalecencia de

pacientes agudos y a las reagudizaciones de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.

Realizan

- Atención en régimen de hospitalización a pacientes con sintomatología clínica subaguda.

#### 1.3.6. UNIDADES DE REHABILITACION PSIQUIATRIICA

Servicios hospitalarios en los que los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada reciben un tratamiento multidisciplinar, dirigido a su rehabilitación psicosocial. El objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía posible.

Realizan

- Rehabilitación de déficit psicossociales recuperables dirigidos a pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.
- Programas de mejora de la autonomía de estos pacientes.
- Preparación para la reinserción social y laboral.

#### 1.3.7. CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

Son dispositivos que ofrecen en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental grave prolongada (EMGP) que presenten dificultades de integración familiar, social o laboral. Los pacientes han de ser remitidos desde los Equipos de Salud Mental ó excepcionalmente desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

Además de estos recursos generales, en alguna áreas existen otros recursos específicos (Unidades de Trastornos de Alimentación, Unidades de patología Dual, etc.) , sin olvidar tampoco los recursos laborales y de formación, así como los recursos de ocio y tiempo libre, en los cuales no profundizamos ya que no forman parte propiamente de los dispositivos asistenciales de salud mental.

Pero será concretamente, el CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL y los pacientes que acuden a el para tratamiento, pacientes con diagnostico de TMGP, la base de trabajo de este estudio de investigación.

#### 1.4. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSICIAL

1.4.1. DEFINICION: Se define como un conjunto de estrategias no farmacológicas dirigidas a que las personas con enfermedad mental grave y prolongada (EMGP), adquieran y recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora de su calidad de vida, lo cual se debe acompañar de un descenso en la intensidad de los síntomas.

La rehabilitación psicosocial, considera que la intervención en la enfermedad mental va mas allá de la atención sanitaria y de la supresión de la psicopatología, y ha de dirigirse a lograr también el funcionamiento psicosocial autónomo y la integración social ; es mucho mas que un conjunto de técnicas con un determinado fin: es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente con estar enfermo es tan importante como el control de los síntomas.

La rehabilitación psicosocial se ocupa de aquellos factores que tienen que ver con la adaptación social del individuo, además de su propia psicopatología. .Esta distinción entre síntomas o funcionamiento social es central para la comprensión de la naturaleza de la rehabilitación, es decir es posible lograr una mejoría sintomática aunque la persona siga discapacitada socialmente y viceversa. La experiencia clínica nos muestra que la reducción de la

psicopatología en la persona con esquizofrenia no es suficiente para lograr superar o compensar la discapacidad que produce la enfermedad mental.

Por tanto este modelo aporta una nueva visión y posibilidades de intervención respecto al modelo tradicional de “síntoma-tratamiento” que asume que si la patología fundamental se trata eficazmente, tendrá un efecto generalizable al comportamiento. Ciertamente la reducción de la sintomatología positiva es importante en la evolución del paciente y especialmente en la intervención psicosocial, incluso es conveniente que la psicopatología no domine el cuadro clínico para favorecer esta intervención, que en cualquier caso siempre deberá tener en cuenta los síntomas existentes (en un paciente con retraimiento social extremo, la causa puede deberse a una depresión o puede ser un síntoma negativo de la esquizofrenia, la terapia cognitiva puede ser útil para reducir el retraimiento si este es secundario a una depresión, pero no sería así si fuera resultado de una esquizofrenia).

La intervención psicosocial no deberá ser considerada una alternativa al modelo clínico tradicional, dirigido a la supresión del síntoma, sino que debe entenderse como un complemento integrador del citado modelo.

#### 1.4.2. OBJETIVOS

- Promueven la integración de la persona en su entorno natural. Esto implica la utilización de los recursos socio comunitarios a los acceden la

mayoría de las personas para cubrir sus necesidades económicas, lúdicas, residenciales.

- Se apoyan en una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos: derecho al estudio, trabajo, ocio, vivienda, vacaciones, independencia familiar.
- Atienden al principio de la Autonomía e independencia de la persona
- Se orientan hacia el principio de la normalización, desarrollando pautas de vida lo más normales posibles
- Llevan a cabo intervenciones a largo plazo, considerándose la RPS como un proceso, es decir la intervención se desarrollará a través de diferentes fases que discurren de forma no lineal
- Implican una actitud positiva acerca de las posibilidades y potencialidades del individuo
- Dan importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a su implicación activa en el proceso, es decir, se promueve la auto-determinación de la persona
- Tienen en cuenta no solo las habilidades de la persona sino también el medio específico en el que vive.

El amplio uso de este concepto de rehabilitación en los últimos años, especialmente a partir de la reforma psiquiátrica, ha llevado a que en algunas instituciones o centros de trabajo se confundan los objetivos de esta rehabilitación. Así, aparecen algunas concepciones inadecuadas sobre la rehabilitación psicosocial, que entre otras son las siguientes:

- No puede ser entendida como asistencia en el entorno comunitario. La rehabilitación la definen los métodos, no el lugar donde se hace. Hacer intervención en el entorno no garantiza que se este haciendo rehabilitación. En este sentido, no resulta difícil encontrar Centros de Rehabilitación Psicosocial en los que no hay mas objetivo que el entrenamiento y respiro para la familia, como lo prueba el que el objetivo y duración del tratamiento se centra más en términos temporales que en la consecución de unos objetivos terapéuticos e integradores. En este sentido, se plantea que la duración de la estancia en un centro de rehabilitación psicosocial ha de venir marcada por los objetivos alcanzados y no por el tiempo de la misma y la evaluación de su eficacia también venir por la permanencia de esos objetivos en el tiempo.
  
- No se puede tampoco identificar rehabilitación con la eliminación de síntomas o conductas problemáticas. Esto habría que identificarlo con el tratamiento del paciente según el modelo clásico, en el momento de derivar a un paciente a un centro de rehabilitación Psicosocial, el profesional debe tener identificados los objetivos que persigue, que deberán ir también dirigidos a la integración psicosocial.
  
- Finalmente, un error frecuente ha sido no distinguir entre el punto final de una rehabilitación exitosa, que puede ser la reubicación de la persona en la comunidad, y el proceso de rehabilitación, que implica la mejora de los niveles de socialización. Ha existido cierta tendencia a intentar la



rehabilitación solo de aquellos pacientes que pudieran ser reubicados, o bien llevar a cabo dicha reubicación sin rehabilitación previa. No toda intervención de rehabilitación va a logra el éxito esperado, ya que si en todas hay que conservar los objetivos de la integración de la persona, las especiales condiciones de la persona y su enfermedad pueden hacer que este objetivo sea totalmente inalcanzable, lo cual no debe hacer desistir sobre la necesidad de la aplicación de esta terapia.

#### 1.4.3. REFERENCIAS LEGISLATIVAS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Las referencias legislativas en relación con las prácticas de Rehabilitación Psicosocial en el tratamiento de pacientes con EMGP, se encuentran recogidas en la constitución española de 1978 como norma de referencia del ordenamiento jurídico español. En ella no solo se establecen los derechos fundamentales de los ciudadanos, sino también las competencias del estado, las CCAA y las Entidades locales en materia de sanidad, atención social y protección de los derechos de los ciudadanos.

En El texto constitucional se explicitan las bases y la coordinación general de la sanidad (Art. 149.1.16ª), estableciéndose (Art. 148.1.20.y 21ª) que las CC.AA. podrán asumir competencias en servicios sociales, en sanidad e higiene, así como en el desarrollo normativo correspondiente al territorio en el que ejercen sus competencias.

Se establece que los poderes públicos están obligados a organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación, e integración de las personas con discapacidades físicas, psíquicas, y sensoriales a los que prestaran la atención sanitaria que requieran (Art.49) y los ampararan para el disfrute de los derechos que el título I otorga a todos los ciudadanos.

En el ámbito competencial estatal, y en el contexto sanitario, hay que destacar la LGS de 1986 (donde se recogen las Recomendaciones de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica, abril de 1985), donde se delimita la responsabilidad de las administraciones Públicas respecto a la atención y protección de la Salud Mental, especificando la necesidad del desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación de los servicios sociales.

Esta ley general de sanidad junto con la constitución, constituye el marco legal que posibilita la creación de estructuras y organizaciones sanitarias para que sean las comunidades autónomas las que, tras el proceso de transferencia de dichas competencias ( finalizado con la aprobación de la ley 21/2001, de medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las CC.AA. de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía) asuman el desarrollo legislativo y ejecutivo de la asistencia sanitaria. Sin embargo, la implicación de

varias instituciones publicas en asumir la asistencia psiquiátrica (Diputaciones Provinciales, Delegaciones territoriales del antiguo Insalud y gobiernos de las comunidades autónomas) junto con el traspaso demorado de competencias en la mayor parte de las CC.AA. ha supuesto un desarrollo desigual de las políticas, actuaciones, recursos y prestaciones relacionados con la atención a las personas con EMGP.

Las administraciones públicas en su tarea de impulsar el cumplimiento de esta legislación, culminan el reconocimiento de la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación como prestaciones de la atención en salud mental dentro de la cartera de servicios del sistema nacional de salud (RD 1030/2006).

En el ámbito de la atención social se abordó de forma progresiva la regulación de apoyos económicos y sociales que cubrieran las necesidades de estas personas con el objetivo de equipararlos al resto de los ciudadanos.

Con la entrada en vigor de la Ley 13/ 1982, de integración social de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales se preveía el desarrollo de apoyos complementarios y servicios especializados que permitieran vivir lo mas normalmente posible en el hogar y en la comunidad.

Pero es en la Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación, y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, donde se establecen nuevas garantías para hacer efectivo este derecho a la igualdad de oportunidades mediante medidas contra la discriminación.

Además debemos citar la Ley de Promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (14 de diciembre de 2006) por la importancia de su relación con los tratamientos de rehabilitación en personas con TMGP. El objetivo de esta ley (LAAD) es “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia”. Utiliza los términos de enfermedad y discapacidad para integrarlos al concepto de dependencia, definiendo la dependencia como: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.” Así como una “dependencia para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.”

Las CC.AA. asumiendo las competencias que les correspondan, deberán planificar, ordenar, y dirigir los servicios de atención a estas personas con TMGP creando un registro de centros y servicios que garanticen los requisitos

de calidad, siendo inspeccionados dichos centros por los órganos competentes de su comunidad con el fin de que se asegure un buen funcionamiento y el cumplimiento de la filosofía de atención a estas personas.

Las personas con enfermedad mental grave y prolongada (EMGP) constituyen un colectivo altamente necesitado de ayuda, comparten las necesidades propias de todo ser humano, y además debido a sus discapacidades, tienen otras necesidades muy variadas y complejas. Aunque son personas que con las ayudas necesarias pueden disfrutar de una vida digna y ser útiles a la sociedad, sus discapacidades les hacen vulnerables y dependientes de su red de apoyo.

Por sus características están adscritos a la tipología del “usuario socio sanitario” por presentar graves problemas de salud o limitaciones funcionales o de riesgo de exclusión social, necesita la atención simultánea y continuada del Sistema Sanitario y del sistema de Servicios Sociales”.

Ha hecho falta mucho tiempo para que la sociedad comprendiera las características de este colectivo, hasta hace poco no se ha sabido entenderles y ofrecerles una ayuda apropiada y efectiva, y durante muchos siglos han sufrido las consecuencias de una falta de conocimiento realista sobre la enfermedad, las principales causas de este olvido han sido principalmente:

-Su condición de colectivo privado de voz y de capacidad de auto representación.

- Los enormes prejuicios sociales y la estigmatización social.
- La ignorancia y el pesimismo sobre sus verdaderas posibilidades.
- La falta de evaluación realista de la efectividad de las prácticas sanitarias y sociales.
- La falta de información sobre la magnitud e importancia del problema y
- La falta de prioridad concedida a este colectivo.

Según datos de la Unión Europea (U.E.) (libro verde), el gasto en salud mental en España esta entre los mas bajos de la Unión. Por ello los países de la U.E. en la reunión de la OMS y los ministros de sanidad en Helsinki (enero de 2005) se comprometieron a potenciar políticas para:

- Promocionar el bienestar en salud mental.
- Luchar contra el estigma, la discriminación y la exclusión social.
- Trabajar sobre la prevención.
- Proporcionar servicios e intervenciones efectivas.

Según datos de la Unión Europea (U.E.), el gasto en salud en España es de los mas bajos de la Unión. Las peculiaridades sociopolíticas de España han hecho que las reformas de estos sistemas de salud se hayan producido con retraso respecto a otros países de la comunidad Europea, pero en poco tiempo se ha creado un sistema de atención muy desarrollado dentro del sistema sanitario de la Administración Publica a través del cual se avanza hacia la homologación con Europa, aunque los indicadores económicos de nuestra posición respecto de otros países de Europa indican que nos encontramos entre los países

Europeos que dedican relativamente menos esfuerzo económico a salud mental.

#### 1.5. EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PROLONGADO – DEFINICION-

El termino paciente mental grave y prolongado es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. Para clasificar a estos pacientes se ha tenido en cuenta unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo este epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes.

Hasta el momento no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMGP y que puedan determinar su morbilidad y su prevalencia, aunque quizá la definición que ha alcanzado mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU en 1987 que incluye tres dimensiones

1. diagnostico
2. duración de la enfermedad y el tratamiento.
3. presencia de discapacidad, medido a través del GAF (Global Assesment of Functioning).

1. El criterio diagnostico incluye principalmente a las personas que padecen trastornos psicóticos graves, trastornos afectivos y trastornos de personalidad (a veces en duda por la variabilidad de curso y pronostico, pero sabemos que en algunos casos, cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta que los hace estar incluidos dentro de este grupo de pacientes. -



2. El criterio de duración intenta discriminar a las personas que presentan trastornos de duración prolongada y descarta los casos que a pesar de los síntomas tengan un tiempo corto de evolución, por ello se ha utilizado un criterio de duración, de dos años.

3. El criterio de discapacidad (funcionamiento global), indica que el funcionamiento social es un importante predictor de la evolución que hay que tener en cuenta, además las personas que sufren TMGP presentan en mayor o menor medida déficit en áreas importantes de la vida.

Auto cuidado: falta de higiene personal, deficiente manejo del entorno, hábitos de vida no saludables.

Autonomía: dependencia económica, mal desempeño laboral, mala utilización del ocio y del tiempo libre.

Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.

Relaciones Interpersonales. Falta de red social y inadecuado manejo de situaciones sociales.

Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad para disfrutar falta de motivación y de interés.

Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de la información.

Todas estas dificultades en su funcionamiento psicosocial generan problemas para el logro de una vida normalizada, aislamiento social, desempleo,

pobreza, rechazo social, estigmatización, insuficiencia de atención y apoyo, crean un riesgo de desventaja social y marginación.

## 1.6. PREVALENCIA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PROLONGADO

Los trastornos psiquiátricos, aunque no constituyen una de las principales causas de muerte, son uno de los grupos de enfermedades más prevalentes ya que, a lo largo de la vida, afectan a un porcentaje de la población estimado entre el 20 y el 30%. Además son uno de los grupos de enfermedades que producen una mayor discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas, por su carácter crónico y recidivante, a la vez que generan un elevado coste sanitario.<sup>5</sup>

En cuanto a la cuantificación del paciente con TMGP, existen importantes problemas metodológicos que dificultan el poder contar con datos fiables que nos indiquen cuantas personas, atendiendo a los criterios de diagnóstico, discapacidad y duración, se podrían englobar bajo esta categoría de trastorno mental grave y prolongado (TMGP). Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia del TMGP se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término (TMGP, trastorno mental grave y prolongado; EMGP, enfermedad mental grave y prolongada; TMS, trastorno mental severo; EMC, enfermo mental crónico) y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño.

Uno de los estudios que actualmente puede considerarse más significativo al respecto, el estudio de Verona (Tansella, 1998) encuentra una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros

estudios realizados previamente en Italia y otros países europeos. El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes.

En resumen y tomando como referencia los estudios mencionados

- El 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMGP
- El 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios.<sup>6</sup>

En resumen se puede tener una primera aproximación a este colectivo, pero no se debe olvidar, que aunque se compartan problemáticas mas o menos comunes, estas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos.

## 2. HIPOTESIS

## HIPOTESIS

La instauración de un programa de (rehabilitación psicosocial) RPS para pacientes con diagnóstico de enfermedad mental grave y prolongada (EMGP) resultara en una mejor evolución de la enfermedad, lo que se expresara en:

- un menor numero de hospitalizaciones en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- Un menor numero de visitas a la Unidad de Urgencias.
- Una disminución en la dosis de fármacos psiquiátricos.
- Una mejora en la redistribución de recursos.
- Una disminución del gasto del sistema de Salud.
- Una mayor satisfacción del paciente.
- Una mejor valoración del sistema.
- Un incremento de la calidad de vida de familiares y acompañantes.
- Resultando por ende, un principio de eficacia positiva del Sistema Nacional de Salud.

### 3. MATERIAL Y METODO

MATERIAL Y METODO

### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACION Y MÉTODO

Para alcanzar los objetivos propuestos, desde la perspectiva cuantitativa, se ha planteado un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, que permitirá una aproximación a las cuestiones planteadas.

Es observacional, en cuanto que estudia el fenómeno en una población sin que exista ninguna intervención por parte del investigador, es decir, no se alteran las condiciones naturales en las que se desarrolla el fenómeno y el investigador actúa como un mero observador que pretende describir la situación y reflejarla lo más fielmente posible a su evolución natural.<sup>7</sup>

Es descriptivo en cuanto que pretende conocer el estado en el que se encuentra la comunidad con respecto a un determinado proceso. El diseño descriptivo incluye la identificación de un fenómeno de interés, la identificación de las variables del fenómeno, su descripción y su medida, la cual nos conducirá a una interpretación de la realidad a través del significado de los hallazgos y al desarrollo de una hipótesis explicativa.<sup>8</sup>

Es longitudinal en cuanto que no describe una situación en el aquí y ahora sino a lo largo de un continuo y a través de un proceso como es cualquier tratamiento rehabilitador.

Es retrospectivo en cuanto que el estudio se realizara con pacientes que han finalizado su tratamiento en el CRPS.



La mayor parte de estos estudios participaran de una óptica cuantitativa, es decir, en ellos los fenómenos son reducidos a categorías y sus magnitudes transformadas en cifras, las cuales son tabuladas y analizadas, a fin de establecer las relaciones entre los fenómenos estudiados y su posible asociación o independencia.

En cuanto al método de obtención de datos, se han llevado a cabo diversos programas de intervención (que se detallarán a continuación) con todos los pacientes que han estado en tratamiento de rehabilitación psicosocial, en CRPS, desde el 1 de enero de 2008 al 1 de enero de 2009.

Estos pacientes serán remitidos a CRPS a través de la derivación realizada por los profesionales de la red de asistencia psiquiátrica:

- Equipos de salud mental de distrito
- Unidad de Rehabilitación hospitalaria
- Unidad de hospitalización psiquiátrica

Existe un protocolo de derivación al centro de Rehabilitación Psicosocial que será cumplimentado por el profesional de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental y será remitido al CRPS. Una vez recibida la hoja de derivación de cualquiera de los servicios mencionados, se procederá a citar al paciente y a su familia para realizar una valoración inicial.

El responsable del centro evaluará, aplicando un protocolo de preevaluación la idoneidad del paciente al perfil de personas beneficiarias del servicio, en este momento se informará al paciente y familiares, sobre las características del recurso en cuanto a forma de trabajo, objetivos generales, personal responsable, sistema de funcionamiento, etc. Es importante adaptar las explicaciones y documentos que recibe el paciente a sus necesidades y circunstancias.

Los pacientes en tratamiento en CRPS, seguirán en contacto con los equipos de salud mental de la zona, para su seguimiento farmacológico con su psiquiatra de referencia y demás profesionales de la red de referencia.

Dadas las características específicas de algunas áreas de salud, donde algunos pacientes residen a más de 70 Km. del centro rehabilitador se dispondrá de pisos tutelados en los que el paciente podría residir durante la duración del tratamiento. Estos pisos además de representar un recurso de accesibilidad, representaran también un recurso de entrenamiento terapéutico.

Hecha la preevaluación al paciente, se pautará un periodo de prueba de dos semanas a través del cual se valorará la adecuación del paciente al tratamiento rehabilitador, y la adaptación del paciente al centro, la observación y la interacción con el paciente será constante y útil para el proceso de evaluación y recogida de datos.

En la historia del CRPS deberán figurar todos los resultados obtenidos en la evaluación inicial que podrán completarse con informes de otros recursos que tengan relevancia en la vida del paciente.

La historia deberá ser una evaluación funcional para el posterior diseño de un plan individualizado de rehabilitación, relacionado con las demandas personales y ambientales y acorde con el principio de la individualización. Este plan individualizado deberá figurar en la historia del paciente y desde el se efectuará un seguimiento del mismo.

El CRPS dispondrá de unos programas o intervenciones vinculados al PIR que será el eje de la rehabilitación psicosocial de cada usuario del CRPS y contendrá información sobre:

- Los objetivos a corto y medio plazo que se esperan de la intervención
- Una evaluación en las áreas cognitivas, de habilidades psicosociales y de habilidades laborales
- Una evaluación de factores de estrés en su entorno social y familiar
- Una definición de los problemas del usuario y modo de abordaje para la consecución de los objetivos
- Una definición de los pasos y metas parciales
- Una lista de programas a aplicar y la secuenciación de los mismos así como la temporalidad en la que se desarrollarán.

- Se establecerán los materiales y recursos de la red de asistencia psiquiátrica de servicios sociales necesarios para alcanzar los objetivos
- Se plantearán los horarios de acceso al centro y la periodicidad de los mismos.

Se razonarán las modificaciones del PIR que se vayan introduciendo.

Al comienzo del tratamiento, es importante crear motivación e implicación de los usuarios en el tratamiento rehabilitador. Será necesaria además una vigilancia permanente sobre las repercusiones de la medicación y su psicopatología de forma que pueda establecerse una pauta psicofarmacológica que sea la mínima eficaz en la que tan importante sea la eficacia clínica como la ausencia de efectos secundarios. Se fomentará el conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento, se favorecerá la conciencia de enfermedad y se tratarán de inculcar hábitos y estilos de vida saludables.

A continuación se elaborarán los objetivos a corto, medio y largo plazo en consonancia con el PIR establecido, teniendo en cuenta que los objetivos sean realistas, alcanzables y evaluables.

Se ha de considerar el proceso de atención como algo continuo, pero con avances y retrocesos, cuyo objetivo general sea alcanzar la autonomía personal y social y el aprendizaje de roles sociales lo más normalizados posible. Se trabajará para lograr el compromiso del paciente y de su familia o grupo social

en todas las fases del proceso, el cual debe ser transparente tanto para el paciente como para la familia.

En relación con las intervenciones y los programas realizados, se tendrán en cuenta determinados puntos:

- Se explicará con frecuencia el porque de las intervenciones, anticipando los beneficios y la conexión con los objetivos a medio y largo plazo.
- Se ubicará constantemente al paciente, definiendo que es lo que hacemos y porque.
- Se valoraran las dificultades que los pacientes encuentran en la realización de los programas, tratando de discutirlo y llegar a acuerdos
- Se valoraran los progresos por pequeños que sean , dando a conocer los beneficios que conllevan
- Se asesorara a las personas mas cercanas al paciente para que le ofrezcan refuerzos adecuados para el mantenimiento de los progresos

Además, se promoverá el uso de todos los recursos normalizados de la comunidad así como la red social en la que el usuario puede encontrar apoyo. Se considerará objetivo de la rehabilitación, no únicamente la integración sino todo lo que permita la adaptación del paciente al medio donde vive y que le posibilite una mejora en la calidad de vida.

Se promoverá la evaluación continua de los resultados, como punto de partida para el planteamiento de nuevos objetivos e intervenciones o como punto final

del programa. El objetivo final es que, tras la finalización del programa, el paciente haya logrado un suficiente grado de autonomía personal e instrumental que le permita su autocuidado.

Según las capacidades alcanzadas al final del proceso rehabilitador y las características individuales del paciente, se le encauzará hacia un centro ocupacional, un centro especial de empleo, o una empresa normalizada.

Deberán valorarse las posibilidades de actuación para los casos en que la red básica de apoyo del paciente desaparezca, bien por incapacidad o fallecimiento de los padres.

Se tratará de movilizar todos los recursos para lograr el fin del programa: la integración social y laboral y el mayor grado de autonomía posible, no se tratará de una actuación o programa puntual, sino de un acompañamiento ó tutelaje durante todo este periodo de trabajo rehabilitador, un año aproximadamente, que después seguirá siendo supervisado y controlado por los equipos de salud mental de distrito.

### 3.2. MUESTRA

El tipo de muestra con el cual se va trabajar es probabilística, una muestra de conveniencia ó accidental, pacientes con diagnostico de TMGP remitidos a CRPS, principalmente, por los equipos de salud mental.

El CRPS atenderá a la población conocida como personas con enfermedad mental grave y prolongada. Personas que sufren trastornos psiquiátricos graves: fundamentalmente trastornos psicóticos (esquizofrenias), trastornos afectivos, trastornos de personalidad , trastornos de ansiedad y trastornos obsesivos, que conlleve un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento personal, social y laboral (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.) mantenido en el tiempo y que acarree niveles de minusvalía que le impidan la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma.

Se trata de una población amplia que incluye diferentes procesos o enfermedades pero que establece un cuadro sindrómico que diferencia a esta población de otros usuarios de la red de asistencia psiquiátrica. Habitualmente se trata de pacientes que como hemos dicho con anterioridad, presentan trastornos en la esfera de la esquizofrenia y trastorno bipolar pero también pueden incluirse trastornos no psicóticos; trastornos afectivos, como la depresión mayor, trastornos de personalidad, de ansiedad o obsesivos.

La inclusión de los trastornos de personalidad es objeto de debate. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad del trastorno para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro lado se sabe que cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta y del funcionamiento psicosocial que en muchos casos persisten toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo en muchos casos condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de EMGP.

A diferencia de un “estado” de enfermedad que se desencadena en un momento concreto de la biografía de una persona, discreto y limitado en el tiempo como puede ser un trastorno depresivo, un trastorno de personalidad hace referencia a rasgos que no precisan de un desencadenante concreto, y describe un patrón general de comportamiento y de experiencia interna, que se inicia pronto en la adolescencia o el comienzo de la vida adulta y son persistentes o crónicos a lo largo del tiempo.<sup>9</sup>

A la hora del estudio de investigación y del desarrollo de los programas se tratará especialmente el diagnóstico de psicosis esquizofrénica, por ser este el diagnóstico que presenta una mayor prevalencia.



### 3.3. CRITERIOS DE INCLUSION

- Tener una edad comprendida entre 18 y 60 años
- Persona con enfermedad mental grave y prolongada que dificulta su adaptación social y personal y le impide la participación e integración social plena.
- Será recomendable estar al menos tres meses en situación clínica estabilizada y con un tratamiento bien definido. No obstante para casos especiales se podría hacer una excepción a esta valoración.
- Ser usuario de la red publica de asistencia psiquiatria y estar en la actualidad en seguimiento en la misma.

### 3.4. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Drogodependencia o alcoholismo asociado o dominante que imposibilite el trabajo de rehabilitación
- Presentar en el momento de la derivación conductas disruptivas o excesivamente conflictivas que imposibiliten el trabajo o la convivencia
- no requerir un tratamiento o intervención aguda.
- No presentar retraso mental que impida el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta que para estos casos existen dispositivos específicos.

La muestra estará formada por 19 pacientes que recibirán tratamiento de rehabilitación psicosocial en el CRPS durante algún periodo de tiempo

comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 1 de enero de 2009 acudiendo a dicho centro de lunes a viernes en horario de 9 a.m. A 2 p.m.

### 3.5. ENTORNO

Los programas rehabilitadores se realizarán en el CRPS el cual deberá estar situado en un entorno comunitario, ajeno a la actividad hospitalaria y funcionará como un centro de tratamiento inmerso en la comunidad en el que el acceso sea sencillo y asequible. Estará situado en un entorno normalizado y no marginal dentro de un área urbana y con fácil acceso y en contacto con los recursos comunitarios. Se facilitará la creación de un ambiente terapéutico, es decir aquel que está constituido como un espacio dinámico en el cual se trabaje con los pacientes, ofreciéndoles una oportunidad para el fortalecimiento de su individualidad, un espacio que permita aprender a encontrar alternativas o soluciones a sus problemas.

Que permita a los pacientes compartir sentimientos y experiencias, disfrutar de la interacción social y practicar conductas adaptadas y normalizadas. Se facilitará la comunicación y la participación del personal del centro con los pacientes a fin de crear un grupo terapéutico, continuo y dinámico.

Será un espacio seguro, con un ambiente no punitivo donde la confrontación sea un instrumento terapéutico positivo. El personal del equipo deberá tener conciencia de su propia influencia en este ambiente, tanto como modelo de salud como elemento de interacción, reduciendo las posturas autoritarias y enseñando al paciente a asumir la responsabilidad sobre sus propias conductas.

Unas de las claves del ambiente terapéutico es el establecimiento de una relación de confianza. A través de la cual, no solo el paciente debe confiar en el personal, sino que el personal debe confiar en la motivación del paciente y en sus propias capacidades de rehabilitación.

Las actitudes básicas para una correcta actuación de cara al enfermo son: disponibilidad, aceptación, empatía, escucha activa, respeto, etc. En todo este proceso será de vital importancia el desarrollo del autoconocimiento que nos permitirá reflexionar e iniciar, si es necesario, los cambios adecuados para mejorar la atención.

Para atender la dimensión psicológica de la persona disponemos de las intervenciones psicosociales de enfermería que se han de entender como el conjunto de actividades dirigidas a ayudar a la persona, familia o grupo a afrontar los cambios y las crisis de un modo adaptativo, a potenciar los recursos de la misma persona y a utilizar las experiencias vitales como elementos de crecimiento personal.<sup>10</sup>

De todas estas actitudes importantes en el abordaje del enfermo mental, destaremos la empatía, “si usted desea que alguien se tome en serio su punto de vista, asegúrese antes de que esa persona sabe que usted se ha tomado en serio el punto de vista de el o de ella. Eso significa que usted debe de sentir empatía por todas las razones que el o ella tiene para no aceptar el tratamiento, incluso las que le parezcan descabelladas.”<sup>11</sup>

3.6. PERSONAL DEL CENTRO, concretamente en el CRPS de la provincia de Ávila objeto de este estudio, los programas o intervenciones se realizarán por el personal del centro representado por un psicólogo, un DUE y dos Auxiliares de clínica, que colaboran en las actividades de acuerdo con su cualificación profesional.

### 3.7. VARIABLES

#### INDEPENDIENTES

El seguimiento de los programas de rehabilitación psicosocial favorecerá la mejoría de la enfermedad en pacientes con TMGP.

Para cumplir los objetivos del estudio los pacientes asistirán al centro de rehabilitación psicosocial donde a través de un tratamiento en régimen de día ambulatorio, asistirán a los programas que allí se imparten y que se detallan a continuación.

1. Programa de acogida.
2. Programa de educación para la salud y psicoeducación.
3. Programa de autocontrol y manejo del estrés.
4. Programa de entrenamiento para la vida autónoma.
5. Programa de rehabilitación de capacidades cognitivas.
6. Programa de habilidades sociales.
7. Programa de psicomotricidad.
8. Programa de asesoramiento y apoyo familiar.
9. Programa de ocio y tiempo libre.

#### 10. Programa de rehabilitación laboral.

El seguimiento de los programas de rehabilitación psicosocial favorece la mejoría de la enfermedad en pacientes con trastorno mental TMGP

#### DEPENDIENTES

Se evaluará la eficacia de los tratamientos de rehabilitación en relación a:

1. Número de ingresos del paciente en la unidad de hospitalización psiquiátrica
2. Número de visitas al servicio de urgencias
3. Disminución de la dosis de medicación psiquiátrica.

La medición de las variables se realizara a través de la recogida de datos, en el archivo general del hospital central después de haber solicitado a la dirección del centro el permiso para dicha consulta; en segundo lugar se consultará la historia del centro de rehabilitación psicosocial donde el paciente ha estado en tratamiento durante el año de estudio de estas variables.

### 3.8. CRONOGRAMA

Lunes	9/10	Programa de habilidades sociales
	10/12.30	P. de entrenamiento para la vida autónoma
	12.30/1.30	P. educación sanitaria
	1.30/2	P. de recuperación de actividades cognitivas
Martes	9/10	P. de habilidades sociales
	10/11.30	P. de psicomotricidad
	11.30/12.30	P. de autocontrol emocional-psicoeducación
	12.30/1.30	P. de asesoramiento y apoyo familiar
	1.30/2	P. de recuperación de habilidades cognitivas
Miércoles	9/10	P. de habilidades sociales
	10/12.30	P. de entrenamiento para la vida autónoma
	12.30/1.30	P. de educación sanitaria
	1.30/2	P. de recuperación de habilidades cognitivas
Jueves	9/10	P. de habilidades sociales
	10/11.30	P. de psicomotricidad
	11.30/12.30	P. de autocontrol emocional-psicoeducación
	12.30/1.30	P. de asesoramiento y apoyo familiar
	1.30/2	P. de recuperación de habilidades cognitivas

Viernes	9/10	P. de habilidades cognitivas
	10/12.30	P. de ocio y tiempo libre
	12.30/1.30	P. de rehabilitación laboral
	1.30/2	P. de recuperación de habilidades cognitivas



#### 4. PROGRAMAS BASICOS DE INTERVENCION

#### 4. PROGRAMAS BASICOS DE INTERVENCION

##### 4.1. PROGRAMA DE ACOGIDA

Los programas de acogida para los usuarios y familiares que acuden por primera vez a los centros de Rehabilitación Psicosocial tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo del C.R.P.S, además de tratar de integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros meses de estancia.

Además estos centros rehabilitadores son lugares óptimos para la observación de la conducta de los usuarios, y aportan a los profesionales, en relación al proceso de evaluación, información valiosa para la posterior elaboración del plan individualizado de Rehabilitación.

El objetivo final del programa de acogida es que el usuario se sienta motivado y pueda llevar a cabo actividades de rehabilitación, y así, optimizar su participación en el CRPS, para un mejor aprovechamiento de los programas que se le ofrecen en el centro. En cuanto a las familias, el objetivo es que se sientan protagonistas en el proceso de rehabilitación de su familiar, que son importantes y que tengan presente que cuentan con el apoyo y asesoramiento de los profesionales del centro en le proceso que se acaba de iniciar.<sup>12</sup>

El proceso de acogida se inicia con un primer contacto con el usuario y su familiar a través de la primera entrevista, en la cual se realiza una aproximación

a las características del centro, el plan de trabajo, los profesionales, las instalaciones y la información básica.

En ese retorno a lo cotidiano es esencial la ayuda de un equipo de profesionales que guían los pasos del paciente para que encuentre el camino que ha de tomar tras la crisis. Cuando se han pasado meses sumido en la angustia de las voces y el temor de sentirse perseguido, resulta difícil seguir con lo que se estaba haciendo (un trabajo, os estudios, el trato con los amigos) y la medicación no llega a tanto. La tarea del psicólogo y los rehabilitadores resulta entonces una pieza clave. Ellos animan al paciente a seguir adelante, a retomar lo que había dejado a medias o a empezar el proyecto que no había llegado a emprender. Entrenan al paciente a soportar o evitar esas situaciones que pueden comportarse como desencadenantes de una nueva crisis. Le ofrecen consejos para no desmoralizarse ante esos momentos de vacío que nada puede llenar, e intentan tejer nuevos lazos de amistad cuando se han perdido todos los amigos.<sup>13</sup>

En la sala de buenos días, que es el lugar donde se reúnen todos los usuarios cuando llegan al centro cada mañana, donde se llevan a cabo programas de rehabilitación cognitiva, de habilidades sociales, donde se trabajan determinados programas de educación sanitaria y donde incluso se comparte un grato aperitivo en fiestas y cumpleaños, en este espacio le serán presentados el resto de sus compañeros.

Aquellos pacientes que no conozcan la zona donde está ubicado el centro se les acompañará con el fin de conocer los recursos más cotidianos así como facilitarle o enseñarle su camino o su ruta para el uso del transporte habitual.

La asistencia al centro será de lunes a viernes en horario de 9 a.m. / 2 p.m. pero manteniendo siempre una flexibilidad en relación con las dificultades del transporte y los objetivos del paciente. Si fuera necesario, se instruirá al paciente en el manejo del transporte.

Este programa representa el primer contacto del paciente y su familia en la dinámica del centro y es importante para que se produzca, la creación de una relación terapéutica que haga que el paciente se sienta motivado a colaborar y participar.

#### 4.2. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y PSICOEDUCACIÓN

Aunque todos los programas son importantes en la rehabilitación del paciente con TMGP, a este programa de Educación Sanitaria se le ha dado una dedicación explicativa mayor, por el amplio contenido que representa, por la importancia que supone en la mejoría de las variables de estudio, y por ser un campo de trabajo fundamental en las funciones del personal de enfermería, (la cual representamos).

A mediados del siglo pasado, con la aparición de los fármacos neurolépticos se produce un cambio radical en el abordaje de las enfermedades mentales de larga duración. El uso de estos nuevos fármacos y diversos cambios en el orden político, social y legislativo tendrán como consecuencia una reducción importante de la población hospitalaria.

Al plantearse el cuidado del enfermo mental sin aislarle del núcleo donde vive aparecerán nuevas necesidades, que pondrán el énfasis en la autonomía del paciente. De esta forma, se surgirán nuevos dispositivos de tratamiento como los centros de rehabilitación psicosocial, donde se potenciará que los pacientes vayan retomando progresivamente responsabilidades en distintas áreas de la vida, como el que concierne a su enfermedad y su tratamiento.

En las últimas décadas se han dado pasos importantes en la consideración de las personas que sufren una enfermedad, pasando a ser considerados

elementos activos dentro de los procesos de intervención. Este nuevo papel de protagonista por parte del paciente en el cuidado de su enfermedad, junto con el reconocimiento y protección de nuevos derechos entre ellos el derecho a disponer de información actualizada y comprensible sobre su enfermedad, van a reforzar nuestras intervenciones dentro del campo de la psicoeducación.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril) en su artículo 10, punto 2 dice que todas las personas, tienen derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso (punto 2.4.). En el punto 5 del mismo artículo se reconoce el derecho a que a toda persona se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares, información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

La psicoeducación se puede definir como un conjunto de técnicas y recursos educativos, organizados y destinados a implantar en el repertorio conductual de los usuarios las habilidades necesarias para afrontar los problemas relacionados con su enfermedad de la manera lo más adaptada y normalizada posible.

Este programa parte de la idea en primer lugar; de que el paciente no ha de ser sujeto pasivo del tratamiento sino que puede y debe participar en el mismo, en segundo lugar; en este área se tratará de dotar a los pacientes de la capacidad de conocimiento y reconocimiento de su problema para poder

manejar las fases de su enfermedad, detectar pródromos, prevenir recaídas y manejar los síntomas y el estrés que pueda producir la enfermedad.

El programa psicoeducativo, se distribuye en seis apartados, cuyos contenidos no son estancos, sino que por el contrario se complementan y apoyan mutuamente:

4.2.1. INFORMACIÓN: su objetivo será que el paciente tenga información sobre la enfermedad que padece con el fin de que pueda manejarla mejor, recibirá información sobre:

a) Su diagnóstico: nos centraremos especialmente en el diagnóstico del trastorno psicótico (esquizofrenia principalmente) puesto que es la patología con mayor prevalencia en los centros de Rehabilitación Psicosocial.

La esquizofrenia es una enfermedad mental, y puesto que el cerebro es el órgano con el que pensamos, sentimos, interpretamos nuestras percepciones y controlamos nuestras acciones esta enfermedad afecta al pensamiento, los sentimientos y las emociones así como a la percepción y al comportamiento. Aunque no siempre todas esas funciones están alteradas al mismo tiempo y en la misma medida.

Tiene una prevalencia del 1% de la población, sin diferencia de raza ni cultura, afecta por igual a hombres y a mujeres aunque la aparición de la enfermedad es más temprana en el sexo masculino.

En general la inteligencia de la persona no se ve afectada.

b) Las causas de la enfermedad: aunque existen numerosos indicios de varios factores que desempeñan un papel en su etiología, no se ha establecido cual es la causa de esta patología. Puede haber una predisposición o vulnerabilidad hereditaria a esta enfermedad, pero es posible que otros factores como infecciones virales en la madre gestante, o anoxia cerebral en el momento del parto pueden ser también causa de esta patología.

Cuando a esta vulnerabilidad o predisposición se suman otros factores de riesgo (como acontecimientos vitales importantes, situaciones de estrés extremo y continuado ó consumo abusivo de sustancias tóxicas) aumentan las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica cuyo pronóstico mejora sustancialmente con medicación antipsicótica, sin tratamiento el 60-80% presentaran otro episodio en el curso del primer o segundo año siguiente al comienzo de la enfermedad. Con tratamiento a largo plazo esta cifra puede reducirse hasta el 15-20%. Después de haber sufrido más de un episodio el riesgo de recaída es mayor. Las recaídas frecuentes acarrear sufrimiento personal, deterioro de la función psicosocial y una enorme carga familiar.

c) Los síntomas: los síntomas de la esquizofrenia suelen ser de dos tipos

a. Los denominados síntomas positivos que se manifiestan como una expresión alterada del funcionamiento cerebral.

b. Los síntomas negativos que representan una deficiencia dentro de lo que representarían las funciones normales de la persona.



a. Los síntomas positivos más frecuentes son las alucinaciones o percepciones falsas de la realidad que pueden ser muy preocupantes y perturbadoras para el paciente y que desencadenan un comportamiento difícil de entender para los demás y en segundo lugar los delirios o creencias erróneas que la persona afectada no es capaz de reconocer como tales.

b. Los síntomas negativos que se manifestarían principalmente con.

- Falta de energía, lo cual les dificulta cumplir con sus responsabilidades.
- Monotonía emocional, pierden la capacidad para expresar sus sentimientos.
- Retraimiento, evitan los contactos sociales.
- Anhedonia o incapaz para disfrutar de esas actividades que antes les resultaban agradables.
- Abulia, o falta de voluntad para enfrentarse a sus responsabilidades
- Apatía o falta de ganas para realizar cualquier actividad.

El abordaje más adecuado sería la combinación del tratamiento farmacológico (antipsicóticos) y el tratamiento psicosocial. La medicación está diseñada para corregir un desequilibrio químico cerebral que parece implicar a la dopamina y posiblemente, a otros neurotransmisores, como la serotonina y la norepinefrina. En la mayoría de los pacientes estos medicamentos reducen o eliminan por completo los síntomas positivos de la esquizofrenia en el plazo de varias semanas. Además, si los está tomando durante varios años reducen de forma sustancial el riesgo de una recaída. Sin la instauración de un tratamiento con antipsicóticos, el 60-80 % de todos los pacientes esquizofrénicos experimenta recaídas en el primer o segundo año después de haber remitido el primer

episodio de la enfermedad; con el tratamiento antipsicótico a largo plazo esta cifra puede reducirse hasta tan solo un 15-20%.<sup>14</sup>

d) Falta de conciencia de enfermedad: la escasa conciencia de enfermedad es un síntoma mas del propio trastorno y uno de los mas difíciles de tratar. El paciente sufre lo que se denomina –anosognosia- o incapacidad para percibir su estado patológico a pesar de persistir relativa integridad de sus funciones intelectuales (irónicamente, muchos pacientes con poca conciencia de enfermedad diagnostican maravillosamente bien la misma enfermedad en los demás). Esto hace que el paciente se muestre reticente a cualquier tratamiento, si el paciente no cree estar enfermo porque va a necesitar tomar una medicación que además en algunos casos provoca molestos efectos secundarios. La falta de conciencia de enfermedad es uno de los motivos por los que el 50% de los pacientes con enfermedad mental abandona el tratamiento durante el primer año, y el 75% durante el segundo año, de ellos el 80% de los que abandonan recaen antes de un año.

e) Los síntomas secundarios de la medicación: los antipsicóticos producen algunos efectos indeseables o adversos, algunos se reducen o eliminan fácilmente mediante un cambio de dosis, o un cambio de antipsicótico o en otros casos con la administración de fármacos antiparkinsonianos que atenúan

estos efectos secundarios. La aparición de estos efectos no debe inducir automáticamente a la interrupción del tratamiento farmacológico, puesto que los beneficios de este tratamiento superan generalmente a los molestos efectos colaterales.

f) Las fases de la enfermedad: la forma de progresión de la esquizofrenia puede variar considerablemente dependiendo de las personas. Destacamos tres fases posibles en la enfermedad:

Fase prodrómica: antes de que la enfermedad se manifieste, el paciente puede notar un cambio gradual en el estado de ánimo y la conducta. Puede empezar a apartarse del contacto con la gente, actuar de forma extraña, sentirse cansado y decaído y descuidar su aspecto e higiene personal. Puede parecerle que el mundo esta cambiando. Puede no sentirse feliz ni especialmente triste, solo emocionalmente aplanado. Muchas personas con esquizofrenia aprenden a reconocer estos primeros síntomas como un aviso de que pueden tener una recaída a la fase activa de la enfermedad. Una revisión de su tratamiento en este primer estadio puede prevenir la aparición de una recaída.

Fase aguda o activa: en este punto la enfermedad se hace imposible e ignorar síntomas como delirios, alucinaciones, y desorden del pensamiento llaman la atención y se puede alcanzar un estado de crisis, el hospital puede ser el sitio mas seguro porque en el se evaluara la enfermedad y recibirás el tratamiento efectivo.

Fase residual: cuando el tratamiento hace efecto, la mayoría de las personas notan que su estado se estabiliza y que los síntomas agudos empiezan a desaparecer. Algunos síntomas pueden persistir durante un periodo de tiempo variable, en algunos pueden desaparecer bastante rápidamente mientras que en otros pueden no desaparecer. Esta fase puede durar muchos años, con frecuencia interrumpida por recaídas. Sin embargo, con una medicación y apoyos regulares, muchas personas pueden reducir al mínimo estas recaídas<sup>15</sup>.

g) Los signos o síntomas prodrómicos o señales de alarma: puede ser útil que el paciente sea capaz de reconocer las señales de alarma o signos prodrómicos que le pueden conducir a una recaída y sea capaz de acudir a pedir ayuda a su Servicio de Salud mental. Este plan de control de la crisis se debe trabajar con el paciente durante sus etapas de estabilidad, si el paciente no está en una situación adecuada para darse cuenta de lo que le pasa y tomar las medidas precisas, la familia o las personas que le rodean deberán decidir por él.

Principales signos prodrómicos ó primeros signos de alerta.

- Tensión y nerviosismo
- Depresión
- Insomnio
- Inquietud
- Falta de concentración
- Deterioro de la memoria
- Sentimiento de persecución
- Aislamiento social

- Sobreexcitación
- Comportamiento extraño
- Sentimientos auto referenciales

Estos síntomas difieren de un paciente a otro por ello es importante elaborar una lista de signos de alerta individuales en función de las experiencias previas. Un signo de alerta no significa siempre una recaída pero es mejor ponerse en contacto con los servicios de salud mental antes de arriesgarse a un empeoramiento posterior.

h) Los factores de protección y riesgo: el consumo de drogas o alcohol pueden influir en el riesgo de recaídas ya que estas drogas pueden alterar aun más el desequilibrio químico del cerebro y dificultar la acción de los fármacos. Muchas personas con síntomas psicóticos se refugian en el alcohol y en las drogas para tratar de aliviar los síntomas o ayudarles a afrontar los sentimientos de miedo, aislamiento o depresión. El consumo de cannabis, anfetaminas y otras sustancias como la cocaína, es especialmente frecuente entre las personas jóvenes con esquizofrenia.

Aunque algunos pacientes afirman que consumir drogas ilegales les proporciona alivio temporal o amortigua sus síntomas, a largo plazo puede hacer que los síntomas empeoren, pudiendo desencadenar un episodio psicótico, inclusive en personas que no lo habían padecido con anterioridad pero que posean una cierta vulnerabilidad.

El consumo de estas sustancias, retrasa además la acción de la medicación antipsicótica y cuanto mayor sea el retraso mas se reducirán las posibilidades de control y mejoría de la enfermedad.

En relación con este programa ver anexos I, II, III, IV, V, VI.

#### 4.2.2. LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.

A pesar del amplio consenso sobre el papel fundamental de la medicación antipsicótica como papel protector frente a la prevención de recaídas, la observación diaria nos hablan de tasas de abandono del tratamiento muy elevadas. Todo esto nos confirma la importancia y la necesidad de los programas de psicoeducación y educación sanitaria para fomentar la adherencia y mejorar esos aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

El problema de la adherencia no es nuevo ni tampoco exclusivo de los pacientes psicóticos ya que aparece en prácticamente todo tipo de enfermedades crónicas y de etiología multifactorial: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, tuberculosis, infección por VIH, etc.

No tomar la medicación o tomarla de manera inadecuada (a dosis diferentes a las prescritas) es una de las conductas más frecuentes de incumplimiento terapéutico (se producen en el 20-60% de los pacientes), y la falta de seguimiento de las instrucciones es la conducta más frecuentemente incumplida (en el 19-74% de los casos).<sup>16</sup>

El término adherencia hace relación a un compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado. Las personas que se adhieren son consideradas como parte activa de un plan consensuado de mutuo acuerdo en el que los pacientes tienen un papel al aceptar la importancia de llevar a cabo determinadas acciones.

El concepto de adherencia a prescripciones de salud hace referencia a un conjunto diverso de conductas entre las que se encuentran, por un lado,

- todas aquellas que se sitúan alrededor de un concepto de salud, es decir aquellas cuya finalidad es eliminar comportamientos de riesgo de la persona y poner en marcha recomendaciones de salud general, tales como, no beber alcohol, hacer ejercicio, no fumar, comer de manera equilibrada, etc., y por otro lado
- todas aquellas que hacen referencia al concepto de conducta de enfermedad es decir recomendaciones cuyo objetivo es el de reducir sintomatología, situando aquí el seguimiento de prescripciones terapéuticas.

El incumplimiento de las prescripciones terapéuticas resulta un tema de gran relevancia dada su gran frecuencia de presentación. Los estudios epidemiológicos actuales revelan la existencia de un elevado porcentaje de pacientes que incumplen dichas prescripciones, bien por olvido, error, falta de comprensión, o falta de acuerdo con los mensajes recibidos. Tras analizar la

importancia de la adherencia a las prescripciones, que justifica la necesidad de tener presente y tratar este tema, vamos a revisar brevemente cuales son los factores que determinan la adherencia a las prescripciones. Resulta importante señalar que, a pesar de que el tema ha sido objeto de numerosas investigaciones durante las últimas décadas e incluso de importantes revisiones en la literatura, todavía no se ha llegado a conclusiones definitivas acerca de los factores que la predicen.<sup>17</sup>

a). características en relación con la falta de adherencia terapéutica: existen una serie de factores ligados a la enfermedad y a los síntomas que la acompañan que han demostrado estar relacionado con la adherencia.

Si un paciente obtiene alivio a sus síntomas de forma inmediata a la toma de medicación, es más probable que cumpla las prescripciones que un paciente con una enfermedad asintomática al que la toma de medicamentos no alivia los síntomas a corto plazo.

La presencia de determinados síntomas como dolor ó un proceso inflamatorio externo, ayudan a poner en practica una determinada prescripción terapéutica, es decir, cuando una persona sufre síntomas perturbadores que mejoran de inmediato al adherirse a las pautas del tratamiento tiene mayores probabilidades de desarrollar un buen grado de adherencia.

Por el contrario, cuando el paciente presenta una enfermedad asintomática, como es en muchos casos la enfermedad mental, cuando además el paciente no presenta con ciencia de enfermedad; no solo no dispone de claves internas



para la acción, sino que además su conducta de seguimiento no recibe refuerzo (o si lo recibe no es inmediato) con lo cual, su probabilidad de adherencia disminuye.

La percepción subjetiva que tiene el paciente de la gravedad de su problema se relaciona con el grado de adherencia a las prescripciones de salud. En cambio el diagnóstico, la gravedad, la duración de la enfermedad o la existencia de hospitalizaciones previas no parecen consistentemente relacionadas con el cumplimiento de dichas prescripciones.

b) características de los regímenes terapéuticos: en las características del tratamiento es necesario distinguir algunos aspectos importantes como la complejidad, la duración, y el tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo ó rehabilitador. Respecto a la complejidad del régimen terapéutico, cuanto mas cambio comportamental exija, mas complejo sea y mas fármacos se incluyan en el, mas probabilidades habrá de que el paciente lo incumpla.

Cuando las prescripciones terapéuticas implican un cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana, cuanto mas incompatibles sean esas actividades o hábitos de la persona con las respuestas de adherencia, más probabilidad de incumplimiento terapéutico existirá.

En cuanto a la dosificación del tratamiento, a menos dosis diaria mas probabilidades de cumplimiento, a mas duración del tratamiento menos cumplimiento especialmente si se trata de enfermedades asintomáticas que dificultan aun mas esta variable.

Otra característica importante es el potencial malestar que se deriva de los efectos secundarios del fármaco, los fármacos con escasos o nulos efectos secundarios favorecerán la adherencia, por el contrario existen pocos resultados que indiquen una relación importante entre efectos secundarios y cumplimiento.

c) relación profesional paciente: La interacción entre el profesional de la salud y el paciente resulta importante con relación a dos aspectos:

- La existencia de una comunicación eficaz entre el personal sanitario y el paciente influye en recordar las prescripciones recibidas, una comunicación que permita al paciente recordar la información, supone el primer paso para aceptar y cumplir el tratamiento.

- Los aspectos afectivos de la relación y la satisfacción del paciente con dicha relación, aumentan la probabilidad de cumplimiento: un tono afectivo positivo, una actitud de confianza y de interés por los problemas del paciente, una capacidad de empatizar con el interlocutor haciendo le entender que sus problemas y preocupaciones nos importan y nos interesan.

d). características del paciente:

- Características sociodemográficas: variables como la edad, el sexo, el grado socio económico, el estado civil, la religión ó la raza no han sido asociadas a la adherencia de forma consistente.

Con relación al genero, parece claro que hombres y mujeres no difieren a la hora de seguir recomendaciones médicas sin embargo en caso de medidas preventivas las mujeres muestran mayor grado de adherencia.

La edad no parece ser un factor relacionado con el cumplimiento pero los adultos de mayor edad parecen mostrar adherencia en mayor medida.

En relación al tipo de estudios, ocupación laboral o ingresos, parece que grados mas elevados predicen mayor adherencia sin embargo cuando se refiere a regimenes terapéuticos como acudir a revisiones, regimenes terapéuticos etc. los resultados son dispares.

- Características de la personalidad: Parece existir acuerdo en que la idea de paciente incumplidor es un mito, pero si existen determinados rasgos de personalidad asociados a una probabilidad de adherirse a una recomendación de salud. Desde un punto de vista psicopatológico las variables mas estudiadas hacen referencia a la esfera emocional, incluyendo principalmente la medida de la ansiedad y la depresión.

e) características psicológicas: el concepto de locus de control hace referencia a la relación entre la conducta y sus consecuencias.

Las personas con locus de control interno perciben las situaciones vividas como una consecuencia de sus acciones, creen que su conducta puede influir en el mantenimiento de su salud y cambiar el curso de la enfermedad y por lo tanto pueden ser controlables por ellos mismos, se sienten parte activa del

problema, por lo que pueden actuar para mejorar o cambiar el curso de la enfermedad.

Las personas con locus de control externo consideran, que tales eventos no están relacionados con su conducta y que su salud depende de factores externos, tales como otras personas, el propio sistema sanitario, el azar ó el destino.

f) características sociales: en términos de recomendaciones de salud aceptar y poner en practica un tratamiento médico, supone un cambio de hábitos y el desarrollo de nuevos patrones de conducta, que a menudo requieren de ayuda, refuerzo y asistencia de las redes sociales próximas al sujeto. Un apoyo social del grupo de referencia del paciente, puede influir en el abandono de conductas de riesgo, en el mantenimiento del régimen terapéutico y en cambios en el estilo de vida.

#### 4.2.3. LA AUTOADMINISTRACION DE LA MEDICACION Y SUS EFECTOS

Este Modulo se inicia con el apoyo de las ideas sobre los factores neurofisiológicos implicados en el mantenimiento de la enfermedad mental, con un nivel de comprensión acorde a nuestro interlocutor.

Cada paciente confeccionara un cuadro anotando la medicación prescrita junto al efecto positivo que produce. Esta información sobre los efectos positivos del

fármaco puede ser completada a través del prospecto del fármaco con la ayuda del personal sanitario.

Una vez realizada esta tarea se desarrollara la idea de que existen distintos grupos de fármacos relacionados con distintos efectos, dando especial relevancia al grupo de los neurolépticos como fármacos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades psicóticas, no como tratamiento curativo, sino como tratamiento regulador, apoyándonos en el paralelismo con otros fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades somáticas de curso crónico como puede ser la insulina .

Se aportara información, adaptada al nivel de comprensión del paciente o del grupo sobre diferentes propiedades farmacológicas como

- la tolerancia
- el tiempo medio de acción
- la posible dependencia del fármaco.
- la permanencia de los efectos tras su retirada, abordando de esta forma problemas que en ocasiones sufren en cuanto a demandas de cambios de medicación continuos sin haberse dado el tiempo suficiente para que el fármaco surta efecto, o la cuestión en relación a la percepción inmediata de mejoría tras el abandono del medicamento asociado a la retirada de efectos secundarios.

Se elaborará de forma individual una tabla en la que se registrara

- el nombre de la medicación,
- el efecto positivo y el negativo de cada fármaco en su caso
- Se hará especial énfasis en la identificación de los efectos secundarios, discriminándolos del efecto de otros factores.
- Se buscaran soluciones para afrontar estos síntomas secundarios, proporcionándoles una lista en la que figuren efectos secundarios ligeros junto con la forma de abordarlos.
- se hará especial hincapié en las incompatibilidad con otras sustancias (alcohol, drogas...) y los efectos perjudiciales que producen.
- Como forma de globalizar la información, puede ser útil elaborar una tabla individual indicando las razones para tomar y abandonar la medicación que pueda ser discutida posteriormente.

#### 4.2.4. LA ADQUISICION Y MANTENIMIENTO DE HABITOS RELACIONADOS CON LA TOMA ADECUADA DE LA MEDICACION

Se intentara que el paciente se administre la medicación ajustándose a las dosis prescritas. Se hablara de la importancia de la toma ajustada a las pautas marcadas, el paciente anotará en la hoja de medicación la dosis en función de la hora del día.

Se hará referencia a estrategias relacionadas con el olvido, a través de la puesta en común de las estrategias utilizados por cada paciente para recordar su toma de medicación, se reforzaran aquellas estrategias mas útiles y en los casos que esto no sea así se proporcionarán otras nuevas, como asociar la toma de medicación a una actividad concreta que realicen diariamente a la misma hora, o realizar un registro para saber si tomaron o no la medicación, en estos casos es útil el uso de un pastillero que les permita visualizar fácilmente el olvido de alguna toma de medicación, el uso de este pastillero se iniciara con ayuda del personal sanitario, el cual irá delegando responsabilidad en el paciente a medida que vaya aumentando la implicación, la adherencia y la autonomía del paciente.

Se plantearán distintas situaciones de ensayo, -estoy fuera de casa y he olvidado traerme la medicación, ¿donde puedo adquirirla...?

#### 4.2.5. TOMA AUTONOMA DE LA MEDICACION

Siendo la rehabilitación psicosocial en el CRPS un tratamiento ambulatorio, será en muchos casos la familia, quien colaborará en la administración y supervisión de la toma de medicación, este comportamiento se mantiene por el miedo a que se repitan situaciones negativas y conflictivas aparecidas con anterioridad o por la percepción de que el paciente sea incapaz de hacerlo de forma autónoma y adecuada.

Dependiendo del estado del paciente y de sus capacidades en ese momento, se aumentara el nivel de autonomía en cuanto a la toma de medicación, para ello es importante considerar a la familia como parte fundamental en la adquisición y consolidación de estos hábitos.

#### 4.2.6. MANEJO DE RECURSOS SANITARIOS

Se intentara conseguir que en la medida de sus capacidades el paciente haga un uso adecuado y autónomo de los distintos recursos sanitarios implicados en su tratamiento, especialmente: servicio de urgencias, servicio de salud mental, farmacia, servicio de atención primaria, a la vez que se tratara de desarrollar las habilidades básicas para mantener una comunicación efectiva con el personal de los servicios de salud.

En relación con este módulo ver anexos I, II, III, IV, V, VI.



#### 4.3. PROGRAMA DE AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS

Tradicionalmente la intervención en el ámbito de la salud mental ha encasillado a la persona con enfermedad mental crónica en una actitud pasiva ante las dificultades de la vida diaria, siendo el profesional el encargado de facilitarle estrategias para solucionar sus problemas. Ante usuarios con una baja implicación personal ante los problemas de su enfermedad y de su vida diaria (característica generalizada entre las personas con enfermedad mental crónica), se manifiesta una clara atribución externa a cualquier cambio o modificación en su medio.

Es fundamental desarrollar una actitud participativa en la intervención por parte del usuario, intentar “que el individuo asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando poco a poco en su conducta todo eso que va aprendiendo, de manera que sea capaz de ponerlo en practica de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario”.

El autocontrol y el manejo del estrés son habilidades entrenables, dentro de los planes de rehabilitación psicosocial, y se definen como una habilidad que puede aprenderse y que englobaría cualquier conducta auto generada por la propia persona que trate de modificar la incidencia de aparición de otras conductas cuyas consecuencias podrían resultar negativas para esa misma persona.

La intervención pasa por un entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante los distintos estresares a los que pueda estar sometido. Incluye el entrenamiento en estrategias de relajación (reduce la ansiedad, al menos en los

fisiológicos y cognitivos), la modulación emocional con esta y otras técnicas, la detección de las emociones, identificación de las mismas y aplicación de resolución de problemas a las situaciones que producen estrés, incluidas las interpersonales, y las derivadas de la vida cotidiana, así como un trabajo sobre la autoestima del sujeto.<sup>18</sup>

## DESARROLLO DE LA INTERVENCION

### 1. AUTOCONTROL GENERAL

Representaría el control del malestar producido bien sea por la enfermedad, y en concreto por su sintomatología, bien por pensamientos o situaciones que producen ansiedad, depresión o miedo y que en algunos casos pueden producir agresividad.

1. Primero debe darse cuenta de que se encuentra en una situación en la que no sabe que hacer y tendrá que pararse unos instantes a pensar
2. Tendrá que plantearse cual es el problema.
3. Deberá hacer una lista de cada posible solución.
4. Evaluara las alternativas, escribiendo las ventajas y desventajas de las posibles soluciones.
5. Escogerá y planeará llevar a cabo una o más alternativas.
6. Una vez realizada, se autoevaluara.
7. Si fuera necesario se corregirá para próximas ocasiones.

## 2. AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal, cuya función es activadora, y por tanto facilita la capacidad de responder al ambiente. Cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración y produce alteraciones en el funcionamiento personal, pasa a ser considerada patológica. Es una emoción compleja difusa y desagradable, que se caracteriza por sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación en la que pueden estar presentes síntomas

- Fisiológicos: inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, aumento del ritmo cardíaco, sensación de ahogo...
- Cognitivos: falta de concentración y de atención.
- Motores: escape o evitación de la situación molesta o desagradable.

Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que por su facilidad de aplicación y efectividad destacan:

- respiración

pueden ser considerados un antídoto contra el estrés, favorecen el control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga y la ansiedad, ayudando a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar.

- imaginación

Es otra de las armas poderosas para afrontar la tensión, consiste en la evocación de un pensamiento o una imagen mental. Su poder se basa en la idea de que el estado en que una persona se encuentra está relacionado con los pensamientos que desarrolla.

- ejercicio

Una de las formas más sencillas y efectivas de reducir el estrés, representa una descarga natural para el organismo cuando este se encuentra en un estado de excitación.

- relajación muscular progresiva

Su objetivo es aprender a diferenciar entre un estado de relajación y tensión para saber reducir un estado de tensión en un momento puntual.

3. AUTOCONTROL DE LA DEPRESION Consiste básicamente en analizar la forma en que el usuario piensa, hacerle consciente de esos pensamientos y el efectos que estos producen en el estado de animo, para hacerlos mas adaptativos y que de este modo le ayuden a enfrentarse con mayor confianza y seguridad a la vida diaria.

#### 4. AUTOCONTROL DE IDEAS DELIRANTES Y ALUCIONACIONES

El objetivo sería cambiar de forma persistente y voluntaria el foco de atención de los pensamientos y percepciones molestos a otros campos más constructivos.

#### 4.4. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA LA VIDA AUTONOMA

##### 4.4.1. AUTOCIDADADOS Y ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

Se definen las actividades básicas de la vida diaria (AVD) como “todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria encaminadas a favorecer la salud física, psíquica, y social y que realizamos de forma lo mas autónoma posible”.

En principio, estas actividades se centraban únicamente en el área de Auto cuidado, pero con la inclusión del paciente en la sociedad se han ido diversificando. Para la ejecución de cualquiera de ellas el objetivo que se persigue es la autonomía. Entendiéndose como autonomía personal, cuando el paciente es capaz de realizar las actividades de la vida diaria (AVD), basadas en sus propias capacidades, habilidades e intereses sin depender de nadie.

Dentro de esto se podría hablar de diferentes grados de autonomía, ya que por ejemplo una persona con discapacidad física puede ser autónoma a pesar de requerir ayuda técnica y una persona con enfermedad mental puede no ser capaz de desempeñar sus actividades básicas de cuidado, a pesar de no tener ningún tipo de dificultad física.

Desde un enfoque holístico es decir tratando al paciente como un ser global y no fragmentado, las dificultades para la ejecución de cualquier tarea no siempre estará relacionada con un solo aspecto. Es decir existen diversos factores que van a condicionar el desempeño de estas actividades:

A. Factores propios de la enfermedad

-síntomas positivos o productivos como alucinaciones, delirios trastornos del curso del pensamiento

-síntomas negativos como anhedonia, abulia, apatía, aplanamiento afectivo, falta de motivación.

-tiempo de evolución de la enfermedad, si se trata de una fase inmediata a la crisis o si es un paciente con un largo periodo de evolución de la enfermedad.

B. Otros factores

-perdida de hábitos como consecuencia de la enfermedad que le hace abandonar poco a poco tareas que hacia anteriormente

-Aparición de nuevos hábitos que antes no existían y que surgen a raíz de la enfermedad, como el consumo exagerado de bebidas excitantes y tabaco.

Tipo de personalidad y costumbres, ya que la personalidad condiciona el comportamiento, la cual unida a una determinada educación o costumbres de vida, capacita al individuo para la ejecución de una determinada tarea. Se puede decir que la existencia de hábitos desajustados previos a la enfermedad, suponen un agravamiento en el desempeño de estas actividades básicas.

De la misma manera que unos hábitos ajustados previos a la enfermedad suponen un mejor pronóstico, si una persona antes de la aparición de la enfermedad, daba importancia a su aspecto personal, tendrá más

posibilidades de recuperar esos hábitos que aquella que anteriormente no los tenía.

- Modelos familiares y psicosociales, es decir determinados estilos de vida que van a condicionar y explicar en gran medida la conducta que tenemos (tipo de estimulación con que se crece, condiciones económicas, habitabilidad etc.

- -Desempeño de tareas, la enfermedad mental conlleva una pérdida de destrezas o habilidades necesarias para ser eficaz, teniendo en cuenta las unidades conductuales que integran una actividad, es posible que exista un desorden en los pasos a seguir.

-Falta de autonomía, a causa de modelos de sobreprotección familiar que merman o impiden la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de la actividad.

-Falta de motivación, puesto que la enfermedad conlleva en muchos casos una pérdida de la iniciativa necesaria para disfrutar de actividades lúdicas y gratificantes es fácil encontrar una falta de motivación para esas tareas que simplemente cubren necesidades básicas de las mismas.

Si el objetivo de la rehabilitación es conseguir que la persona con TMGP adquieran, recuperen o mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y autonomía, cualquier intervención en este sentido esta justificada.

El grado de independencia para la ejecución de las Actividades de la vida diaria, representan un buen predictor del curso y pronóstico de la enfermedad. La mejora de estas habilidades no solo mejora aspectos relacionados con ella, sino que también repercute en el nivel de autoestima del paciente. Se obtendrá también una mayor competencia personal y social mejorando unos hábitos de vida adecuados y desarrollando conductas más ajustadas en cuanto al sueño, alimentación, reducción del estilo de vida sedentario, mejora de la educación sexual, etc.

En general el establecimiento de hábitos de vida adecuados aportará sin lugar a dudas una mejor calidad de vida; una mejora de las relaciones familiares, evitándose posibles problemas de convivencia y una mejora de las relaciones sociales con la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa. La ejecución de estas tareas le facilitará la organización del tiempo, lo cual da un sentido de unidad a los días. Es frecuente que la persona con TMGP viva todos los días como iguales, sin tarea concreta alguna, lo cual conlleva una pérdida de todo rol tanto personal, familiar como social.

#### 4.4.2. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

En un principio estas actividades perseguían un adecuado nivel de supervivencia (AVD), pero la evolución del ser humano en la sociedad, ha hecho que se amplíen en cantidad y en algunos casos en complejidad.



La doctrina viene estableciendo la siguiente clasificación:

-Habilidades de limpieza y organización domestica: elaboración de comidas, compras, utilización de electrodomésticos.

-Manejo social: manejo de dinero, conocimiento de los medios de los medios de transporte, realización de llamadas telefónicas, uso de las guías de teléfono, utilización de recursos comunitarios como bibliotecas, centros culturales, etc.

-Conocimientos básicos: lectura y escritura para estar informados de lo que sucede cada día a su alrededor y poder realizar tramites, utilización de planos y callejeros, cálculos sencillos ó solución de problemas básicos y estimulación en intereses formativos.

Las dificultades en este área pueden repercutir en otras áreas de la vida, como el ocio, la faceta laboral o familiar.

A la llegada del paciente se registraran sus habilidades en dichas actividades con el fin de ajustar mejor sus necesidades, a partir de aquí, se establecerán los objetivos terapéuticos, tratando de conseguir un aprendizaje y una generalización de lo aprendido, para lograr establecer el rol que se desea implantar o recuperar. Se establecerán objetivos consensuados, en tiempo y grado de dificultad y fundamentalmente motivantes.

Se deberán tener en cuenta las condiciones en que se desarrolla el sujeto ya que no será lo mismo establecer unos objetivos para el desempeño de tareas domesticas para una persona que viva sola y tenga que hacerlo de manera autónoma e independiente, que para aquella que vive con su familia y donde los roles en su casa no recaen mas que en la figura materna del ama de casa.

La motivación será fundamental para conseguir el aprendizaje para el desempeño del rol, no podemos olvidar que además de las consecuencias de la enfermedad en si, van a incidir también, la personalidad previa del paciente, la ejecución de tareas que antes realizaba, las características de la familia, y las circunstancias económicas.

El acuerdo con las familias o personas que conviven con el paciente es importante, de nada serviría implantar un habito si este no se generaliza de manera cotidiana en casa, esta falta de generalización puede ser debida a una falta de refuerzos o apoyos en casa o bien a un exceso de protección, será necesario hacer llegar a las familias la necesidad de implantar otra forma de conducta, y exigir una cooperación para facilitar la convivencia como cualquier otro miembro de la familia.

El ritmo de intervención vendrá dado por el paciente y sus circunstancias, habrá usuarios que tras dos meses de intervención hayan conseguido parte de los objetivos y otros en que después de un año se estén iniciando en la tarea.

Tras el proceso de intervención y conseguidos los objetivos terapéuticos se pasaría a un proceso de seguimiento, consistente en crear un tiempo y un espacio dedicado a la supervisión de objetivos alcanzados para verificar su cumplimiento.

#### 4.5. REHABILITACION DE CAPACIDADES COGNITIVAS

Puesto que el déficit cognitivo en la psicosis esta evidenciado, el objetivo será entrenar al paciente para que recupere o al menos no se deterioren sus capacidades cognitivas (atención, memoria, concentración, percepción, orientación temporo-espacial...) ya que estas alteraciones, principalmente los problemas de atención, llevan asociados una importante pérdida de autonomía personal y social y un aumento de la vulnerabilidad a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes.

Estos programas parten del principio de que una persona con deterioro cognitivo, posee cierto grado de plasticidad y es modificable si se utilizan las técnicas y los reforzadores necesarios.

Los fallos de atención y concentración son muy comunes. La persona afectada por trastornos esquizofrénicos puede tener dificultades para mantener el foco de la atención sobre una tarea, una conversación o una lectura. Los fallos de atención continuada pueden perjudicar gravemente en las tareas ocupacionales o de estudios, por ello es conveniente ejercitar la atención de forma consciente en tareas o ejercicios tratando de incrementar el tiempo de concentración conseguido.

#### 4.6. PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES

Constituye un aspecto clave en la rehabilitación psicosocial ya que uno de los problemas principales de las personas con EMGP es la alteración en el funcionamiento social: escasas relaciones interpersonales, bajo desempeño del rol social y escasa participación en actividades de ocio

Se ha observado además, que la frecuencia de contactos sociales es un buen indicador de recaídas y rehospitalizaciones, incluso una de las dimensiones más importantes en la medición de la calidad de vida, es la capacidad de participación en actividades sociales y de ocio junto con la capacidad de disfrutar de ellas.

El objetivo será entrenar al paciente en la adquisición y/o recuperación de repertorios conductuales (expresión facial, contacto visual...), verbales (contenido de lo que se dice), para verbales (afecto, volumen de voz) y cognitivos (pensamiento, tiempo de respuesta, cantidad de tiempo hablado), que les proporcionen los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado. Con ello se consigue que la persona sea más capaz de enfrentarse a situaciones problema, disminuyendo el nivel de estrés que estas situaciones provocan.

Se entrenarán:

- Habilidades de comunicación verbal y no verbal
- Asertividad.
- Expresión y discriminación de emociones.
- Ensayo conductual de situaciones.

- Todo este tipo de intervenciones les permitirá alcanzar habilidades específicas permitiéndoles desarrollar nuevas habilidades sociales en entornos nuevos.

#### 4.7. PSICOMOTRICIDAD

Se intervendrá sobre la psicomotricidad del paciente a través de programas de ejercicio físico, deporte y gimnasia de mantenimiento.

Nuestro cuerpo esta diseñado para el esfuerzo físico. Mantenerse sano pasa necesariamente por tener actividad física. La tasa de enfermedades y de mortalidad es claramente menor en las personas que mantienen un mayor gasto calórico y una mejor forma física. Las personas que gastan mas calorías en su trabajo, en su ocio o tiempo libre tienen una incidencia de enfermedades cardiovasculares menor.<sup>19</sup>

La práctica deportiva es la expresión mayor de la actividad física, esta puede realizarse adaptándola a las posibilidades y preparación de cada paciente, desde ejercicios como el paseo o deportes individuales o colectivos según la situación o necesidades de cada momento.

#### 4.8. PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y APOYO FAMILIAR

La desinstitutionalización psiquiátrica y el objetivo de mantener a la persona con enfermedad mental en la comunidad ha llevado a que las familias tengan un papel importante en los cuidados y apoyo de la persona con enfermedad mental. Además la evidencia muestra que un nivel de estrés y baja capacidad de afrontamiento en la familia incrementa el riesgo de recaídas.

Con la intervención en esta área se pretende que los familiares de las personas enfermas, sean capaces de afrontar el problema con el que concilien a través de los siguientes medios:

- Ofrecerles información sobre la enfermedad: pródromos, síntomas, curso, fases, medicación. Ello debe facilitar el cumplimiento del tratamiento y que la familia participe en ese objetivo.
- Asesoramiento en el manejo de la sintomatología psiquiátrica.
- Dotarles de estrategias para el manejo de los problemas de conducta asociados a la enfermedad, que disminuya la tensión y el estrés que generan los comportamientos disruptivos.
- Dotarles de estrategias de reducción de las situaciones generadoras de estrés.
- Ofrecerles información de todos los recursos y prestaciones de los que beneficiarse.
- Apoyo emocional.
- Grupo de autoayuda de usuarios: El objetivo es lograr que la familia participe de forma activa en el proceso rehabilitador y evitar las



consecuencias propias de la carga que supone convivir con una persona con enfermedad mental. Se ha visto que la intervención a través de programas familiares es eficaz sobre la disminución de recaídas y rehospitalización, lo cual justifica incluso económicamente la intervención. Además se ha asociado la intervención familiar con la mejor adaptación social de la persona con TMGP.

Para el desarrollo de esta actividad se establecerán:

Reuniones periódicas con familiares en las que se informará de aspectos específicos sobre los que se está trabajando, objetivos y dificultades de la terapia. También se abordarán aspectos específicos que ayuden a los familiares a abordar problemas que aparezcan en el medio familiar y se les motivará para que sean una parte activa de la terapia.

Igualmente, se tratará de apoyar y efectuar el seguimiento de todo proceso integrador y normalizador iniciado por cualquiera de los pacientes del CRPS, facilitando recursos socio-sanitarios accesibles a los familiares y usuarios.

Puesto que el diagnóstico de esquizofrenia es muy difícil de aceptar, una vez asumido se ha ganado la primera gran batalla, hay que entender que las cosas ya no van a ser las de antes y hay que reorganizar las actividades alrededor de esta nueva incidencia.

El asumir un familiar con esquizofrenia es aceptar un reto ante lo impredecible y lo misterioso, es encajar una enfermedad de la que se sabe poco y que altera tantota conducta de todos que es fácil llegar a perder los papeles. Es por ello

que llegar a convivir con este trastorno exige un conocimiento preciso y unas actitudes entrenadas.

En primer lugar es necesario entender que “nadie tiene la culpa” de esta enfermedad, que no hay que sentirse avergonzado por la misma y que los demás (familiares, allegados, amigos y compañeros de trabajo) deben aprender a aceptar con nosotros esta carga.<sup>20</sup>

#### 4.9. PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Las actividades de ocio constituyen un elemento clave para el establecimiento de la estabilidad mental. En el caso de las personas afectadas por las discapacidades propias de la enfermedad mental, este aspecto toma aun mas relevancia debido a que estas personas suelen disponer de mucho tiempo libre. A pesar de esta disponibilidad, apenas lo ocupan en actividades gratificantes y autónomas, ni acceden a los recursos de ocio existentes en la comunidad. Todo esto es debido a:

- Su limitada capacidad económica
- Sus dificultades de integración social
- La sintomatología propia de la enfermedad mental crónica que impide el disfrute en condiciones de normalidad (la anhedonia, la apatía, la abulia, el aplanamiento emocional, los déficit cognitivos...)

El área esta orientada a presentar y hacer participe a los usuarios de la mayor pluralidad de ofertas de ocio, para que a través del conocimiento y la práctica de ellas, se inculque y se propicie el aprender a disfrutar del tiempo libre.

Por otra parte, y tras el alta del paciente en el CRPS, precisará de apoyos y soportes que estimulen el mantenimiento y la participación comunitaria. Resulta tremendamente útil en el caso de pacientes que no tengan su tiempo ocupado en actividades laborales, de estudio o cuidado del hogar, la asociación de familiares y amigos del enfermo mental, FAEMA que les permitirá tener ciertas relaciones sociales con personas con quien comparten diagnósticos similares,

acudir a actividades deportivas y lúdicas e incluso formarse en posibles empleos de trabajo protegido.

En ocasiones las relaciones sociales se ven dificultadas por la estigmatización que acompaña a la enfermedad mental. El termino estigma ya se utilizo en la antigua Grecia cuando se marcaba a los “seres inferiores y de menor nivel que el resto de los ciudadanos” con alguna señal visible. Las enfermedades mentales son actualmente una de esas “marcas” estigmatizantes siendo la esquizofrenia una de las mas afectadas. Actualmente la palabra estigma se emplea para explicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas así diagnosticadas. El prejuicio es una actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma positiva o negativa hacia el objeto del prejuicio, sin analizar si existe alguna justificación para dicho comportamiento. La discriminación es una consecuencia particularmente negativa de la estigmatización y del prejuicio, por la cual los individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios.<sup>21</sup>

#### 4.10. PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL

Hasta hace poco la valoración mas frecuente del estado de salud era la tasa de mortalidad por 1.000 individuos en una población definida. No obstante, cada vez se fue haciendo más obvio que esta no era la medida más eficaz de la carga de la enfermedad de una población, por lo que la OMS y el Banco Mundial pusieron en marcha conjuntamente “El estudio de carga global de enfermedad”.

El objetivo de este proyecto era hacer una valoración más fiable y valida de la carga asociada a los problemas de salud físicos y mentales de los individuos y la sociedad.

Posteriormente se creó una nueva medida del estado de salud, llamada “años de vida ajustados por la discapacidad” (Disability Adjusted Life Year o DALY), que cuantificaba la discapacidad, numero de muertes e impacto de las muertes prematuras asociadas a una determinada enfermedad, en una población concreta.

El estudio resulto ser muy significativo en cuanto a salud mental, ya que demostraba que las principales causas de discapacidad suelen ser sustancialmente diferentes a las principales causas de muerte.

En todas las regiones del mundo, la salud mental y los problemas neurológicos suponen el 10,6% del total de la carga de enfermedad y el 28% de todos los DALY, en comparación con el 1,4% de las muertes y el 1,1% de los años de vida perdidos.<sup>22</sup>

En relación con este tema, decir que algunos pacientes serán capaces de retomar su anterior faceta laboral, otros asumirán nuevos empleos en relación con su formación y sus capacidades, otros retomarán o comenzarán la formación académica o profesional y algunos asumirán tareas o responsabilidades familiares imprescindibles, dado el cambio generacional que los años van provocando.

Lograr que un paciente que durante años ha sido atendido y cuidado por sus padres, sea capaz a medida que sus padres envejecen de ir asumiendo responsabilidades en las tareas de la vida diaria, supondría devolver a sus padres los cuidados prestados y además representaría un magnifico objetivo rehabilitador, ya que a larga permitiría el logro de una autonomía que con apoyo de un familiar o una institución, si fuera necesario, permitiría al paciente seguir viviendo en su medio comunitario, tanto tiempo como fuera posible.

En los peores casos el paciente con TMGP convivirá con continuas recaídas ó con una biografía desadaptada que le impedirá hacer una vida medianamente normalizada.

## 5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ETICOS

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ETICOS

Dada la inocuidad de las prácticas de rehabilitación psicosocial, se considera un estudio de mínimo riesgo.

Como estudio observacional, se valorará dicho proceso sin que exista ninguna intervención por parte del investigador, es decir, no se alteran las condiciones naturales en las que se desarrolla el proceso siendo el investigador un mero observador que pretende describir la situación y reflejarla lo más fielmente posible.

Art.73: “la enfermera debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”.

Art.74: “es obligación de la enfermera que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestos a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones<sup>23</sup>”

En relación con la consulta de datos se gestionará la petición de permisos y autorizaciones necesarias a la dirección del centro hospitalario.

Se ha considerado también el cumplimiento de la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal, (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y su desarrollo reglamentario del R.D. 1720/2007



El estudio investigador cumple además con los principios de Bioética, observando un mayor detenimiento en el principio de Autonomía, puesto que en salud mental existen situaciones delicadas ó difíciles en relación con este tema, decir que el tratamiento de RPS es un tratamiento ambulatorio al que el paciente debe acudir de forma voluntaria.

Existen situaciones en que la enfermedad mental, tiene que ver con las leyes, ya sea por una crisis y su necesidad de ingreso involuntario, o porque el paciente no reconoce su patología y de esta forma puede tener limitada la capacidad para decidir y dirigir su propia vida.

Ninguna persona puede ser internada en un centro sanitario en contra de su voluntad y de ser necesaria esta medida, se debe requerir la autorización judicial previa para ello. Si el paciente tiene una crisis, en primer lugar se le remitirá al servicio de urgencias del hospital donde se valorará la necesidad del ingreso y si fuera necesario, el propio hospital pedirá la autorización judicial, para realizar un ingreso involuntario y evitar consecuencias negativas para el paciente o para la sociedad, teniendo en cuenta, que cualquier internamiento es un acto medico y su motivación es siempre terapéutica y no represiva.

El paciente saldrá del hospital o centro sanitario cuando el médico especialista considere que la enfermedad ha remitido o esta estabilizada, para lo cual deberá extender un alta medica y comunicárselo al juzgado que autorizó el ingreso, si procediera por tratarse de un ingreso judicial.

En relación con los tratamientos en los CRPS, la voluntariedad del paciente es imprescindible, ya que los cambios en la conducta y los aprendizajes no son posibles sin la colaboración del paciente.

## 6. RESULTADOS

## RESULTADOS

Se ha encontrado que la aplicación de un tratamiento de rehabilitación psicosocial en pacientes con TMGP disminuye el número de ingresos en la unidad de hospitalización psiquiátrica así como el número de visitas al servicio de urgencias.

De los 19 pacientes que han recibido tratamiento en el CRPS de Ávila durante el año 2008/2009 y dividiendo dichos pacientes en dos grupos:

GRUPO A: Pacientes con trastorno psicótico.

GRUPO B: Pacientes con trastorno no psicótico.

Los resultados son los siguientes:

GRUPO A			
	2007/2008	2008/2009	2009/30.11.2010
Ingresos	2	2	2
Urgencias	2	1	1

GRUPO B			
	2007/2008	2008/2009	2009/30.11.2010
Ingresos	5	4	1
Urgencias	23	6	6

En relación con la pauta de fármacos psiquiátricos, solo desciende el uso ó la dosis de fármacos ansiolíticos o hipnóticos en un porcentaje del 37%. El resto de fármacos (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo...) se mantiene prácticamente igual con pequeños cambios de marcas comerciales que buscan la idoneidad al perfil de cada usuario.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

1. El tratamiento de rehabilitación psicosocial mejora la eficacia y eficiencia de la Administración Pública Sanitaria en cuanto que se produce un descenso en el número de pacientes ingresados en la unidad de hospitalización psiquiátrica y en el número de visitas al servicio de urgencias.

2. A través del estudio se objetiva que si los centros de rehabilitación psicosocial dirigen sus programas fundamentalmente a pacientes con trastorno psicótico, la presencia de pacientes con trastornos no psicóticos, en este caso de estudio, es prácticamente del 50%.

3. El estudio demuestra que aunque el trastorno psicótico es considerado el más grave de los trastornos en salud mental, no son estos pacientes del grupo A, es decir, pacientes con trastorno psicótico, los que más demanda asistencial requieren. Quizá el uso de los nuevos antipsicóticos y el posible aumento de la adherencia terapéutica logrado a través de los programas rehabilitadores atenúa los síntomas positivos, manteniendo al paciente en su núcleo social o familiar aparentemente sin grandes problemas, al menos problemas disruptivos graves, aunque presente una conducta más o menos disfuncional y un posible deterioro que le impida hacer una vida normalizada.

La eficacia del tratamiento no puede basarse solamente en variables asistenciales, sino que debe tener en cuenta la funcionalidad y el ajuste social de estos pacientes, como un objetivo importante del tratamiento rehabilitador.

Esta premisa abre la puerta a estudios posteriores donde se tengan en cuenta nuevas variables importantes también en relación con lo que representan los objetivos de un centro rehabilitador, como nivel de autonomía, desarrollo de relaciones sociales y afectivas sanas o incorporación a actividades ocupacionales, lúdicas o laborales.

4. En relación con los pacientes del grupo B, grupo de pacientes no psicóticos, se objetiva una considerable reducción en relación con la demanda de atención en el servicio de urgencias. La cual se objetiva poniendo en relación los datos del año previo y posterior al estudio, con el año del estudio investigador.

5. La tercera variable hace relación a la posible reducción de la pauta de fármacos psiquiátricos, poniéndose en relación la pauta farmacológica del paciente en el inicio del tratamiento rehabilitador con el tratamiento farmacológico en el momento del alta, a través del cual se objetiva una disminución en el consumo de fármacos ansiolíticos o hipnóticos en un porcentaje del 37%.

6. Del estudio cuantitativo anterior y en base a los resultados obtenidos, detectamos desde un punto de vista cualitativo una mejora en la redistribución de los recursos, una reducción del gasto del sistema de salud, una mayor satisfacción del paciente, una mejor valoración del sistema y un incremento en la calidad de vida de familiares y acompañantes.



## BIBLIOGRAFIA

---

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Aznarez Sanz A, Casas García O, Crespo Herrero T, Chico del Río M, et al. Centro de Rehabilitación Psicosocial, Guía Básica de Funcionamiento. Sacyl. 2005. P. 1.
- <sup>2</sup> II Plan Socio sanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León. 2003. p.15,
- <sup>3</sup> Gordo Seco R, Moreno Maldonado AL., Sánchez Liqueste E, Conde del Teso E, Lozano Rueda P. Deshaciendo nudos. Manual didáctico de enfermedad mental. Caja España. 2007. p. 99,100,101.
- <sup>4</sup> Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. 2003. p.3,9,10,12.
- <sup>5</sup> García Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Grupo Ars XXI de comunicación. 2006. p.3.
- <sup>6</sup> Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo, situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatria. Madrid. 2002. p.9.
- <sup>7</sup> Metodología de la investigación. Fundación para el desarrollo de la enfermería, (FUDEN). P.39.
- <sup>8</sup> Metodología básica en la investigación enfermera. Organización colegial de enfermería de Castilla y León. (Fecyl). Metis enfermería. Tema, tipos de estudio e investigación.
- <sup>9</sup> Azcarate JC, Bayón Pérez C, Casas Ribera R, Costi Goyeneche C, Melendo Granados J.J, et al. Recorriendo los límites. EdikaMed S.L. 2005. p.13.
- <sup>10</sup> Los cuidados de salud en el laberinto de las emociones. XXIII Congreso Nacional de enfermería en salud mental. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. 2006. P.215.
- <sup>11</sup> Amador X."No estoy enfermo, no necesito ayuda". Como ayudar a un enfermo mental a aceptar el tratamiento. Ediciones Mayo. 2008. p.47.
- <sup>12</sup> Abad Fernández A, Arroyo Cifuentes JL, Blanco Hernández M, Cabanillas Cabanillas MC, Carretero Delgado G, et al. Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con EMGP. Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.2002.p.95.
- <sup>13</sup> Alfonso Rodríguez. Un camino de vuelta, el tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento. Editorial Glosa. 2004. p.35.
- <sup>14</sup> Kissling, Kane John M, Schoder Nina R, Et al. Mejorando la calidad de vida en esquizofrenia. Prevención de recaídas. Lundbeck, programa internacional. P.10.
- <sup>15</sup> Elgie R, Van Ameron A, Byrne P, D'Arienzo S, Hickey C, et al. Descubre un nuevo camino. Bristol –Myers- Squibb Company y Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd. 2004. P.23.
- <sup>16</sup> Bobes García J, Bousoño García M, Saíz Matéiz PA, González Portilla MP. Enfermería psiquiátrica III, Metodología terapéutica. Doyma1999. P.2.
- <sup>17</sup> Cañas de Paz F, Roca Benasar M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. Ars Médica. 2007. P.5.
- <sup>18</sup> Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2007. P.88.
- <sup>19</sup> Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez MJ. Como afrontar la esquizofrenia. Aula Medica Ediciones. P.79.
- <sup>20</sup> Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañin C, Rodríguez Martínez A. La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza, la esquizofrenia en la familia. FEAFES. 2002. P.35.
- <sup>21</sup> Elementos terapéuticos de los cuidados de enfermería de Salud Mental. XXII congreso nacional de enfermería de Salud Mental. 2005.p.617
- <sup>22</sup> Tacchi MJ, scout J. Mejora de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. John Wiley & Sons, Ltd. 2006.p.5.
- <sup>23</sup> Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/1989. Google.

---

ANEXO

---

**CUADERNO DE TRABAJO EN HABILIDADES SOCIALES PARA VIVIR DE FORMA INDEPENDIENTE.**

**MODULO DE LA MEDICACIÓN Y SU CONTROL. 1986**

**ANEXO I (Introducción a las áreas de habilidades en educación sanitaria)**

Marque con un círculo de VERDADERO o FALSO cada una de las siguientes afirmaciones

1. Debe leer siempre la etiqueta del envase de la medicación cada vez que la tome. **Verdadero Falso**
2. Si me olvido tomar una dosis de la medicación debo tomar el doble cuando me toque la dosis siguiente.  
**Verdadero Falso**
3. Si un amigo se queda sin pastillas no pasa nada, puede prestárselas porque los dos tomamos pastillas del mismo color. **Verdadero Falso**
4. La medicación para los efectos secundarios ayuda a controlar los síntomas de la enfermedad.  
**Verdadero Falso**
5. Si tomo la medicación todos los días durante un periodo de 3 a 6 meses estaré curado. **Verdadero Falso**
6. No debería nunca cuestionar las órdenes de mi médico **Verdadero Falso**
7. Mientras tome la medicación no importa la hora del día en que la tome **Verdadero Falso**
8. Ciertos efectos secundarios son más importantes que otros. **Verdadero Falso**
9. Aunque se me seca la boca y a veces tengo sueño debo seguir tomando la medicación **Verdadero Falso**
- 10- La diferencia entre un síntoma y un efecto secundario es que un síntoma está causado por la medicación mientras que un efecto secundario está causado por la enfermedad **Verdadero Falso**
11. Los días que me despierto sintiéndome bien debo tomar la medicación igualmente **Verdadero Falso**
12. Tengo derecho a pedir que mi médico me explique el objeto de mi medicación y cualquier efecto secundario que me pueda ocasionar tomármela **Verdadero falso**
13. Si sigo tomando la medicación se convertirá en una adicción **Verdadero Falso**
14. Debo hablar regularmente con el médico de cómo me siento al tomar la medicación **Verdadero Falso**
15. El efecto secundario *disquinesia tardía* no puede ser controlado **Verdadero Falso**
16. La dosis quiere decir el número de veces que tomo la medicación cada día, mientras que la frecuencia se refiere a la cantidad total de medicación que tomo **Verdadero Falso**
17. Si sigo tomando la medicación no tendré que ser hospitalizado jamás **Verdadero Falso**

---

## **ANEXO II (Información sobre los beneficios de tomar la medicación)**

Los beneficios de tomar una medicación adecuada en su correcta dosis son:

- a. Ayuda a eliminar las voces, visiones y el hablar consigo mismo
- b. Reduce las creencias extrañas o falsas, como ideas que no comparten los demás.
- c. Disminuye la tensión, agitación, le hace estar más tranquilo y relajado.
- d. Ayuda a pensar con claridad y concentrarse mejor. Los pensamientos hostiles, extraños o agresivos, no ocurren tan a menudo
- e. Reduce los miedos, la confusión y el insomnio
- f. Ayuda a hablar de forma coherente. Uno se puede expresar mejor y los demás pueden entender lo que intenta decir.
- g. Ayuda a sentirse más feliz, más espabilado y más sano
- h. Ayuda a actuar de forma más apropiada: no se tienen ganas de reír, llorar o sonreír, sin ninguna razón.
- i. Impide o retrasa las recaídas y la necesidad de ser hospitalizado

---

## ANEXO III

### EFFECTOS SECUNDARIOS A LA TOMA DE FÁRMACOS ANTIPSICOTICOS (SÍNTOMAS MENOS GRAVES)

SÍNTOMA	ACCIÓN A TOMAR
Los ojos sensibles al sol fuerte o la luz	Lleve gafas de sol, sombrero o visera, evite la exposición prolongada.
Sequedad de labios y/o boca	Aumente la cantidad de fluidos tomada: enjuagase la boca con agua a menudo; tenga caramelos duros a mano o chicle sin azúcar
Molestias ocasionales de estómago	Beba cantidades pequeñas de agua con gas, coma galletas secas o tostadas. No tome antiácidos sin el permiso de su médico.
Estreñimiento de vez en cuando	Aumente los fluidos que tome, incremente el ejercicio físico, coma verduras frescas; cereales de salvado etc., beba zumo de limón con agua caliente de vez en cuando, tome magnesio u otro suave laxante si lo sugiere su médico o farmacéutico.
Mareos de vez en cuando	Levántese lentamente de la silla o la cama
Cansancio	Tome un breve periodo de descanso durante el día consulte a su médico si es posible tomarla dosis completa por la noche a la hora de dormir.
Sequedad en la piel	Utilice un champú suave y jabón neutro, utilice loción para las manos y el cuerpo después de cada baño o ducha, lleve ropa adecuada según la temporada.
Sentirse ligeramente inquieto	Ejercicios; haga paseos cortos, estire los músculos; relájese con la música.
agarrotamiento de los músculos o sentir que se mueve más despacio.	Aumente el ejercicio; vigile la dieta y no coma demasiado.
Ganar peso.	

**ANEXO IV**

**OTROS EFECTOS SECUNDARIOS A LA TOMA DE FARMACOS ANTIPS.**

<b>SINTOMA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
Visión borrosa	Dificultad en enfocar los ojos
Babear o dificultad al tragar	Contracciones en los músculos al tragar
Temblores corporales o espasmos	Temblores involuntarios o tensión de los músculos
Diarrea	Deyecciones líquidas (durante más de dos días)
Rigidez en los músculos	Dificultad en moverse (por ejemplo: la cara parece una máscara)
Nerviosismo, incapacidad de permanecer quieto, tumbado o sentado	Tensión muscular en el cuerpo, brazos o piernas
Erupción	Erupciones de la piel; granos en el cuerpo
Decoloración de la piel	Pigmentación excesiva
Dificultades sexuales o menstruación irregular	Eyaculación retrasada; impotencia; cambios en el pecho, cambios en la regla.
Quemaduras del sol	Sensibilidad a los rayos solares
Disquinesia tardía	Movimientos lentos, involuntarios de la boca, lengua, manos u otras partes del cuerpo
Somnolencia durante el día	Sedación excesiva
Dificultad extrema para orinar	Tono relajado de la vejiga

---

## **ANEXO V**

### **COMO TRATAR LOS TEMAS DE LA MEDICACIÓN**

Este es un ejercicio para practicar las habilidades de una buena comunicación mientras trata temas de la medicación.

Puntos a recordar:

1. ¿Qué tipo de síntoma está experimentando? Explíquelo ampliamente
2. ¿Cuánto tiempo lleva experimentando este síntoma?
3. ¿En qué medida el síntoma es grave o menos grave? ¿Interfiere con alguna de sus habilidades de la vida cotidiana?
4. Las señales de aviso usuales o síntomas que ha experimentado antes de sufrir una recaída (por ejemplo insomnio o pensamientos extraños)
5. Si en el pasado estos síntomas han sido relacionados con las medicinas que tomaba y como se logró aliviarlos entonces (por ejemplo bajando la dosis o cambiando la medicación).



---

## ANEXO VI ( Guía sobre como solucionar los problemas)

**Paso A** Pare y piense: ¿Cómo se solucionan los problemas?

Primero debe darse cuenta de que se encuentra en una situación en la que no sabe usted que hacer y tendrá que pararse a pensar unos instantes para solucionar algunos problemas. Entonces decídase a emplear el método de solucionar los problemas.

**Paso B** ¿Cuál es el problema?

Decídase a plantear el problema.

.....  
.....

**Paso C** ¿Se puede solucionar el problema de varias maneras distintas?

Haga una lista de cada posible solución. Apunte todas las ideas incluyendo las malas. No intente evaluar ninguna solución todavía.

.....  
.....

**Paso D** Evalúe las alternativas.

Escriba todas las ventajas y desventajas de las posibles soluciones incluidas en la lista del Paso C.

Ventajas	Desventajas
----------	-------------

.....  
.....

**Paso E** Escoja y planee llevar a cabo una o más alternativas

.....  
.....

**Paso F** ¿Qué recursos va a necesitar?

Haga una lista de recursos que harán falta para solucionar el problema.