



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Contreras, José Antonio; Navarro, Daniel

Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 451-475

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Un pr

RESUMEN: Des
lizada por la FIS
muestra estudiad
gía y desarrollo
PALABRAS CL
enfermedad men

En el año
sos de salud
número de p
Diputaciones
dos en recurs
supervisadas
permanecen e
que son atend
tario (750% m
han constituid
medades men
miento en rec
recursos de at
ron pronto nu
el evidenciar
de cuidados y
crónicos más
der a los recur
desarrollo de
ha sido el reti
gráfico rural o
so uso de rec
etc.). Aunque
servicios para
considerar alg
tros de rehabi
orientaron ini
momento, que

terapeuta de referencia, o que eran dados de alta tras un ingreso breve o de una unidad de larga estancia (en definitiva, los pacientes que ya estaban localizados por el sistema). Para el año 2003 era patente que aún en los lugares en los que los recursos habían servido para cubrir las necesidades de la población un grupo de pacientes muy necesitados de ellos podría no utilizarlos debido tanto a su trastorno, dificultad para hacer explícitas sus demandas (3), como al contexto, que facilitaba la dificultad de acceso en algunos ámbitos rurales y alejados. Se empieza a ver que algunas personas con TMG, especialmente esquizofrenia, carecían de iniciativas para recibir atención en programas de rehabilitación psicosocial, incapaces de gestionarse la «nueva ayuda» o difícil de vincularlos a los nuevos recursos comunitarios del área. Según esto, un porcentaje alto de personas con TMG permanecerían en riesgo de exclusión social, con dificultades de accesibilidad y de abordar la compleja interacción entre el contexto y el diseño de recursos (las estimaciones iniciales estimaban que entre el 30% y el 40% del total de personas TMG estarían en esa situación). Se puso de manifiesto la necesidad de desarrollar programas que resolvieran ese problema. El principal reto era la adaptación de programas de rehabilitación psicosocial tradicionales a la realidad histórica y actual de Castilla-La Mancha (4). Así, se puso en marcha el Programa Regional de Integración Social (PRIS) de personas con enfermedad mental (5), reconociendo la situación de desventaja de ese tipo de paciente y su familia, y asumiendo la responsabilidad de hacer llegar la atención en rehabilitación psicosocial allí donde no llegaba. El programa se extendió desde el año 2002 al 2004. En el año 2005 se convierte en un programa integrado en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL). En este trabajo se describe el desarrollo y las características de este programa.

Programas de seguimiento en la comunidad

Ya desde los años setenta, ha quedado patente que en los lugares donde se han desarrollado recursos puede suceder que una población necesitada de ellos no los utilice debido a su trastorno o a variables relacionadas con la red de atención (6). En respuesta a esas dificultades se han desarrollado distintos modelos con diferentes denominaciones: programas de seguimiento comunitario, de continuidad de cuidados, de atención en el domicilio, etc. La función de estos programas es evaluar las necesidades del paciente, desarrollar un plan de atención individualizado, la coordinación de los servicios y el seguimiento continuo en la red. Estos programas tienen cinco funciones: evaluación, planificación, coordinación, seguimiento y defensa de los intereses de los pacientes (7). Algunos de los principios

esenciales de...
tacamos alg...
psiquiátrico h...
dad (en espac...
ral (adaptados

Existe un...
a cabo en la...
profesional de...
los de segu...
como son las...
La agrupaci...
seguir con ta...
ponen seis m...
management c...
asertivo-comu...
rehabilitador.
lle de cada un...

Son mu...
favor de los...
la intervenció...
yen pacientes...
cional severo,...
lación al trata...
el número de...
como la satis...
programas as...
ca que consist...
do en el hosp...
severidad de l...
social y labo...
hallazgos pos...
esos objetivos

Recomendaciones

La conti...
principales as...
vo de asegur...

terapeuta de referencia, o que eran dados de alta tras un ingreso breve o de una unidad de larga estancia (en definitiva, los pacientes que ya estaban localizados por el sistema). Para el año 2003 era patente que aún en los lugares en los que los recursos habían servido para cubrir las necesidades de la población un grupo de pacientes muy necesitados de ellos podría no utilizarlos debido tanto a su trastorno, dificultad para hacer explícitas sus demandas (3), como al contexto, que facilitaba la dificultad de acceso en algunos ámbitos rurales y alejados. Se empieza a ver que algunas personas con TMG, especialmente esquizofrenia, carecían de iniciativas para recibir atención en programas de rehabilitación psicosocial, incapaces de gestionarse la «nueva ayuda» o difícil de vincularlos a los nuevos recursos comunitarios del área. Según esto, un porcentaje alto de personas con TMG permanecerían en riesgo de exclusión social, con dificultades de accesibilidad y de abordar la compleja interacción entre el contexto y el diseño de recursos (las estimaciones iniciales estimaban que entre el 30% y el 40% del total de personas TMG estarían en esa situación). Se puso de manifiesto la necesidad de desarrollar programas que resolvieran ese problema. El principal reto era la adaptación de programas de rehabilitación psicosocial tradicionales a la realidad histórica y actual de Castilla-La Mancha (4). Así, se puso en marcha el Programa Regional de Integración Social (PRIS) de personas con enfermedad mental (5), reconociendo la situación de desventaja de ese tipo de paciente y su familia, y asumiendo la responsabilidad de hacer llegar la atención en rehabilitación psicosocial allí donde no llegaba. El programa se extendió desde el año 2002 al 2004. En el año 2005 se convierte en un programa integrado en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL). En este trabajo se describe el desarrollo y las características de este programa.

Programas de seguimiento en la comunidad

Ya desde los años setenta, ha quedado patente que en los lugares donde se han desarrollado recursos puede suceder que una población necesitada de ellos no los utilice debido a su trastorno o a variables relacionadas con la red de atención (6). En respuesta a esas dificultades se han desarrollado distintos modelos con diferentes denominaciones: programas de seguimiento comunitario, de continuidad de cuidados, de atención en el domicilio, etc. La función de estos programas es evaluar las necesidades del paciente, desarrollar un plan de atención individualizado, la coordinación de los servicios y el seguimiento continuo en la red. Estos programas tienen cinco funciones: evaluación, planificación, coordinación, seguimiento y defensa de los intereses de los pacientes (7). Algunos de los principios

esenciales de...
tacamos alg...
psiquiátrico h...
dad (en espac...
ral (adaptados

Existe un...
a cabo en la...
profesional de...
los de segu...
como son las...
La agrupaci...
seguir con ta...
ponen seis m...
management c...
asertivo-comu...
rehabilitador.
lle de cada un...

Son mu...
favor de los...
la intervenció...
yen pacientes...
cional severo,...
lación al trata...
el número de...
como la satis...
programas as...
ca que consist...
do en el hosp...
severidad de l...
social y labo...
hallazgos pos...
esos objetivos

Recomendaciones

La conti...
principales as...
vo de asegur...

cómo conseguir un funcionamiento de los servicios que haga esto posible. El tema es objeto de congresos, revisiones sistemáticas y publicaciones periódicas que tratan de definir y evaluar los componentes «ideales» o «facilitadores» que aseguren el desarrollo de programas de seguimiento. En esta línea, y siguiendo el análisis de Maite San Emeterio (18), se podrían enumerar una serie de factores relacionados con la planificación, con los servicios y profesionales, y con los pacientes y las familias. Entre otros incluye: disponer de normas de funcionamiento consensuadas y formas de acceso y alta, reuniones periódicas para evaluar los casos y resolver los problemas, canales ágiles de información entre los servicios, claridad en las figuras de referencia para el paciente, flexibilidad para la atención en el domicilio y énfasis en programas de rehabilitación psicosocial en todos los recursos.

Suárez, Bravo y Fernández (6), exponiendo los resultados cualitativos del proyecto IPSE en una muestra de pacientes con TMG, incluyen algunas recomendaciones que facilitan la implantación de programas de continuidad de cuidados: equipos pequeños, tener implantados procedimientos de detección, actitud activa del profesional en la fase de enganche, trabajar con los recursos de la comunidad de forma habitual, formación necesaria del profesional para proveer cuidados directamente, contacto continuado con el paciente, reuniones de equipo para discutir casos, incluir el trabajo con la familia, que exista una historia integrada en el servicio de salud mental de referencia y con la documentación de los seguimientos actualizada. El estudio PRISM (19) realizó varias revisiones sobre la eficacia de los servicios comunitarios de salud mental, generando varios artículos y editoriales sobre el tema (20-22). Los resultados muestran datos favorables en todas las formas de tratamiento comunitario en comparación con la atención psiquiátrica tradicional. Entre las recomendaciones que se extraen del grupo de investigación están: atención planificada por sectores o áreas geográficas, visitas frecuentes en el domicilio, el equipo debe ser multidisciplinar, existe una figura profesional de referencia para cada paciente con TMG de la red, atención rápida a las crisis agudas, y distintas fórmulas de equipos especializados en el seguimiento en la comunidad integrados en servicios tradicionales de salud mental.

Por otro lado, y siguiendo algunas recomendaciones para el diseño de programas de seguimiento de salud mental ajustados a contextos rurales y que cobran especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, algunos facilitadores serían (4; 23): contacto simultáneo con el paciente y la familia en el domicilio, utilización de recursos no profesionales, facilidad para saltarse protocolos tradicionales en situaciones de urgencia, intervención con servicios de atención primaria de servicios sociales y de salud.

Dificultades p...

Además de la puesta en marcha de las estrategias comunes, que implican las habilidades y competencias del estudio IPSE, se ha de tener en cuenta que lleva la reducción de la demanda de tiempo para la realización de la intervención (compartir la atención entre el director del servicio y el profesional socio-sanitario, la atención a los pacientes, la evaluación y el seguimiento (exceso de trabajo en la atención del paciente y en la evaluación de los casos). La implementación de los programas, que se realizan en la práctica, es un aspecto que también es importante. También hay que tener en cuenta la parte de los profesionales que se implican en la implementación.

Otro aspecto que es importante tener en cuenta es la necesidad de adaptar los procedimientos y los protocolos específicos a las necesidades de los pacientes (26): los profesionales deben adaptar rápidamente sus procedimientos a la situación, lo que implica que el personal de salud debe estar bien formado y tener acceso a los servicios de salud, que deben ser accesibles y disponibles en la medida en que estén disponibles en el domicilio.

Definición de...

Bajo la definición de Comunitario de salud mental se entiende un programa comunitario que se dirige a un grupo de personas que tienen servicios de salud mental en su entorno y que tienen la inaccesibilidad a los servicios de salud mental.

cómo conseguir un funcionamiento de los servicios que haga esto posible. El tema es objeto de congresos, revisiones sistemáticas y publicaciones periódicas que tratan de definir y evaluar los componentes «ideales» o «facilitadores» que aseguren el desarrollo de programas de seguimiento. En esta línea, y siguiendo el análisis de Maite San Emeterio (18), se podrían enumerar una serie de factores relacionados con la planificación, con los servicios y profesionales, y con los pacientes y las familias. Entre otros incluye: disponer de normas de funcionamiento consensuadas y formas de acceso y alta, reuniones periódicas para evaluar los casos y resolver los problemas, canales ágiles de información entre los servicios, claridad en las figuras de referencia para el paciente, flexibilidad para la atención en el domicilio y énfasis en programas de rehabilitación psicosocial en todos los recursos.

Suárez, Bravo y Fernández (6), exponiendo los resultados cualitativos del proyecto IPSE en una muestra de pacientes con TMG, incluyen algunas recomendaciones que facilitan la implantación de programas de continuidad de cuidados: equipos pequeños, tener implantados procedimientos de detección, actitud activa del profesional en la fase de enganche, trabajar con los recursos de la comunidad de forma habitual, formación necesaria del profesional para proveer cuidados directamente, contacto continuado con el paciente, reuniones de equipo para discutir casos, incluir el trabajo con la familia, que exista una historia integrada en el servicio de salud mental de referencia y con la documentación de los seguimientos actualizada. El estudio PRISM (19) realizó varias revisiones sobre la eficacia de los servicios comunitarios de salud mental, generando varios artículos y editoriales sobre el tema (20-22). Los resultados muestran datos favorables en todas las formas de tratamiento comunitario en comparación con la atención psiquiátrica tradicional. Entre las recomendaciones que se extraen del grupo de investigación están: atención planificada por sectores o áreas geográficas, visitas frecuentes en el domicilio, el equipo debe ser multidisciplinar, existe una figura profesional de referencia para cada paciente con TMG de la red, atención rápida a las crisis agudas, y distintas fórmulas de equipos especializados en el seguimiento en la comunidad integrados en servicios tradicionales de salud mental.

Por otro lado, y siguiendo algunas recomendaciones para el diseño de programas de seguimiento de salud mental ajustados a contextos rurales y que cobran especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, algunos facilitadores serían (4; 23): contacto simultáneo con el paciente y la familia en el domicilio, utilización de recursos no profesionales, facilidad para saltarse protocolos tradicionales en situaciones de urgencia, intervención con servicios de atención primaria de servicios sociales y de salud.

Dificultades p...

Además de la puesta en marcha de las estrategias comunes, que implican las habilidades y competencias del estudio IPSE, se ha de tener en cuenta que lleva la reducción de la demanda de tiempo para la realización de la intervención (compartir la atención entre el director del servicio y el profesional socio-sanitario, la atención a los pacientes, la evaluación y el seguimiento (exceso de trabajo en la atención del paciente y en la evaluación de los casos). La implementación de los programas, que se realizan en la práctica, es un aspecto que también es importante. También hay que tener en cuenta la parte de los profesionales que se implican en la implementación.

Otro aspecto que se ha de tener en cuenta es la necesidad de adaptar los procedimientos y los protocolos específicos a las necesidades de los profesionales (26): los profesionales deben adaptar rápidamente a las demandas de los pacientes al bajo número de profesionales de servicios de salud mental, la escasa disponibilidad de recursos y la empobrecida formación que se imparte en el dominio de la salud mental.

Definición de...

Bajo la denominación de Comunitario o de atención en la comunidad se entiende un programa de atención que se dirige a un grupo de pacientes que no tienen acceso a los servicios de salud mental por razones de distancia, de la inaccesibilidad de los servicios o de la falta de recursos.

No solo por los resultados obtenidos por los programas de seguimiento sino también por el hecho de que constituyen una metodología para organizar la intervención y un vehículo a través del cual se facilitan los tratamientos, nos propusimos la creación de un programa de estas características. Por otro lado, el propio desarrollo de nuestra Comunidad Autónoma apuntaba a la idea de que podría construir un instrumento útil para el correcto aprovechamiento de una recién creada y compleja red de atención y rehabilitación, sobre todo para un tipo de paciente con mayores deterioros. Haciendo una revisión de los distintos modelos de programas parece claro que no hay un modelo igualmente apropiado para cualquier marco de atención. Esto plantea un debate continuo en la investigación en relación a poder demostrar la superioridad de unos modelos de programas de seguimiento frente a otros, o a la dificultad para encontrar los elementos clave o factores responsables del éxito del programa (6; 19). Pese a esto, optamos por un programa que recogiera algunos de los elementos que son propios de este tipo de programas y que se adaptara a las características de nuestros servicios, nuestros equipos y nuestros pacientes, y en el momento de cambio organizacional en nuestra comunidad. Estamos lejos de querer fomentar el debate, y de defender la preferencia por uno u otro modelo. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con un programa de seguimiento, específico y propio de nuestro contexto y posibilidades, eso sí, sin perder de vista los hallazgos de la investigación acerca de los componentes que parecen relacionarse con los mejores resultados. Para poder comprender el diseño del programa también es necesario describir el tipo de servicios en el que se integra, que también condiciona en gran medida las características de la intervención.

Programa PRIS: definición y objetivos

El programa fue desarrollado en el año 2002, en respuesta las necesidades de las personas con especiales dificultades de llegar a los CRPSL, asumiendo el papel de hacer llegar la atención en rehabilitación psicosocial en aquellos lugares de Castilla-La Mancha donde no llegaba. Aunque ha tenido diversos objetivos durante su implantación (ver tabla 1), el programa buscaba complementar la atención tradicional de los recursos que se iban creando, mediante la creación de un sistema de apoyo que ayudara y acompañara en la solución de los problemas de vida diaria. El programa responde a las necesidades del contexto en el que se mueven los pacientes y sus familias, un contexto caracterizado por la dispersión geográfica y las dificultades de accesibilidad, elementos que facilitan que los pacientes más graves se pierdan en la red o permanezcan «invisibles» para el sistema. Entre las líneas de actuación del PRIS ha estado por tanto la labor de complementar a los CRPSL en la atención a las zonas más rurales y

FASE

Creación del
programa y
detección de
necesidades

Integración del
programa en los
CRPSL

Atención
comunitaria
continuada

No solo por los resultados obtenidos por los programas de seguimiento sino también por el hecho de que constituyen una metodología para organizar la intervención y un vehículo a través del cual se facilitan los tratamientos, nos propusimos la creación de un programa de estas características. Por otro lado, el propio desarrollo de nuestra Comunidad Autónoma apuntaba a la idea de que podría construir un instrumento útil para el correcto aprovechamiento de una recién creada y compleja red de atención y rehabilitación, sobre todo para un tipo de paciente con mayores deterioros. Haciendo una revisión de los distintos modelos de programas parece claro que no hay un modelo igualmente apropiado para cualquier marco de atención. Esto plantea un debate continuo en la investigación en relación a poder demostrar la superioridad de unos modelos de programas de seguimiento frente a otros, o a la dificultad para encontrar los elementos clave o factores responsables del éxito del programa (6; 19). Pese a esto, optamos por un programa que recogiera algunos de los elementos que son propios de este tipo de programas y que se adaptara a las características de nuestros servicios, nuestros equipos y nuestros pacientes, y en el momento de cambio organizacional en nuestra comunidad. Estamos lejos de querer fomentar el debate, y de defender la preferencia por uno u otro modelo. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con un programa de seguimiento, específico y propio de nuestro contexto y posibilidades, eso sí, sin perder de vista los hallazgos de la investigación acerca de los componentes que parecen relacionarse con los mejores resultados. Para poder comprender el diseño del programa también es necesario describir el tipo de servicios en el que se integra, que también condiciona en gran medida las características de la intervención.

Programa PRIS: definición y objetivos

El programa fue desarrollado en el año 2002, en respuesta las necesidades de las personas con especiales dificultades de llegar a los CRPSL, asumiendo el papel de hacer llegar la atención en rehabilitación psicosocial en aquellos lugares de Castilla-La Mancha donde no llegaba. Aunque ha tenido diversos objetivos durante su implantación (ver tabla 1), el programa buscaba complementar la atención tradicional de los recursos que se iban creando, mediante la creación de un sistema de apoyo que ayudara y acompañara en la solución de los problemas de vida diaria. El programa responde a las necesidades del contexto en el que se mueven los pacientes y sus familias, un contexto caracterizado por la dispersión geográfica y las dificultades de accesibilidad, elementos que facilitan que los pacientes más graves se pierdan en la red o permanezcan «invisibles» para el sistema. Entre las líneas de actuación del PRIS ha estado por tanto la labor de complementar a los CRPSL en la atención a las zonas más rurales y

FASE

Creación del
programa y
detección de
necesidades

Integración del
programa en los
CRPSL

Atención
comunitaria
continuada

alejadas de los recursos, para un tipo de paciente en situación de riesgo social, aislamiento, tendencia a la cronificación y a la desvinculación del sistema de atención tradicional de salud mental. Desde el programa se ayuda al paciente en las demandas reales de su vida, se le acompaña en la solución de los problemas prácticos y se le facilita la adquisición de habilidades de autonomía. También se trabaja para ayudar a reforzar las relaciones con su entorno y para facilitar su participación en actividades comunitarias. Asuntos como la organización doméstica, acompañamientos a trámites, apoyo familiar, búsqueda de recursos económicos o servir de enlace con la red de apoyo informal son ejemplos de intervenciones concretas. Los objetivos específicos del programa son: 1) desarrollar un sistema de cuidados y asesoramiento de usuarios y familiares, en colaboración con los dispositivos y recursos de rehabilitación psicosocial y laboral; 2) elaborar programas individuales de seguimiento, apoyo y acompañamiento; 3) proporcionar a los usuarios acceso a los Servicios Sociales y Servicios de Salud Mental así como información sobre los recursos disponibles en su entorno; 4) mantener en la comunidad con criterios de normalización e integración social y laboral; 5) complementar los programas de rehabilitación y apoyo comunitario en aquellos lugares donde no llegan.

Características de la intervención

Por las características del programa, su estilo de intervención comparte algunos de los elementos de los programas denominados como *case-managment*, seguimiento o apoyo comunitario. En la tabla 2 se hace una comparativa del programa PRIS con esos otros programas de seguimiento. De los programas de *case-managment* más tradicionales recoge la tarea de ayudar al paciente a desenvolverse en la red de salud mental comunitaria. Un profesional de referencia es asignado a cada caso para evaluar las necesidades, evitar la desconexión con los servicios de salud mental y mantener un asesoramiento continuado. La intervención la realiza 1 profesional denominado Técnico de Inserción Socio-laboral integrado en el equipo multidisciplinar de un CRPSL (psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y monitor). Aunque el profesional es la referencia para el caso, el resto del equipo participa activamente en la toma de decisiones. El 75% de su trabajo son intervenciones en el domicilio, siendo el 25% restante tiempo para reuniones de coordinación y planificación de actividades. Cada profesional del programa tiene asignados entre 15 y 20 casos. El trabajo que realizan se centra en ayuda práctica de la vida diaria, como parte de un plan individual de rehabilitación y seguimiento coordinado por el CRPSL y la Unidad de Salud Mental

(USM). Las a...
proceso de re...
comunitaria; c...
ción y apoyo a...
una actitud «a...
cilio cuando e...
nales repartida...
año, en su ma...
viernes entre ...

Ca...

Características

Proporción
profesional:
paciente

Casos comparti...
en equipo

Disponibilidad
del equipo

Frecuencia
de contacto

Entrenamiento
en habilidades

Lugar de
tratamiento

Provisión directa
del tratamiento

Población diana

Contacto con
la familia

Uso de recursos
comunitarios

Seguimiento
continuado

EMG: Enfer...
EMGACR: Enfer...
EMGDAV: Enfer...

alejadas de los recursos, para un tipo de paciente en situación de riesgo social, aislamiento, tendencia a la cronificación y a la desvinculación del sistema de atención tradicional de salud mental. Desde el programa se ayuda al paciente en las demandas reales de su vida, se le acompaña en la solución de los problemas prácticos y se le facilita la adquisición de habilidades de autonomía. También se trabaja para ayudar a reforzar las relaciones con su entorno y para facilitar su participación en actividades comunitarias. Asuntos como la organización doméstica, acompañamientos a trámites, apoyo familiar, búsqueda de recursos económicos o servir de enlace con la red de apoyo informal son ejemplos de intervenciones concretas. Los objetivos específicos del programa son: 1) desarrollar un sistema de cuidados y asesoramiento de usuarios y familiares, en colaboración con los dispositivos y recursos de rehabilitación psicosocial y laboral; 2) elaborar programas individuales de seguimiento, apoyo y acompañamiento; 3) proporcionar a los usuarios acceso a los Servicios Sociales y Servicios de Salud Mental así como información sobre los recursos disponibles en su entorno; 4) mantener en la comunidad con criterios de normalización e integración social y laboral; 5) complementar los programas de rehabilitación y apoyo comunitario en aquellos lugares donde no llegan.

Características de la intervención

Por las características del programa, su estilo de intervención comparte algunos de los elementos de los programas denominados como *case-managment*, seguimiento o apoyo comunitario. En la tabla 2 se hace una comparativa del programa PRIS con esos otros programas de seguimiento. De los programas de *case-managment* más tradicionales recoge la tarea de ayudar al paciente a desenvolverse en la red de salud mental comunitaria. Un profesional de referencia es asignado a cada caso para evaluar las necesidades, evitar la desconexión con los servicios de salud mental y mantener un asesoramiento continuado. La intervención la realiza 1 profesional denominado Técnico de Inserción Socio-laboral integrado en el equipo multidisciplinar de un CRPSL (psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y monitor). Aunque el profesional es la referencia para el caso, el resto del equipo participa activamente en la toma de decisiones. El 75% de su trabajo son intervenciones en el domicilio, siendo el 25% restante tiempo para reuniones de coordinación y planificación de actividades. Cada profesional del programa tiene asignados entre 15 y 20 casos. El trabajo que realizan se centra en ayuda práctica de la vida diaria, como parte de un plan individual de rehabilitación y seguimiento coordinado por el CRPSL y la Unidad de Salud Mental

(USM). Las a proceso de re comunitaria; o ción y apoyo a una actitud «a cilio cuando e nales repartidos año, en su ma viernes entre	
	Características
Proporción profesional: paciente	
Casos comparti en equipo	
Disponibilidad del equipo	
Frecuencia de contacto	
Entrenamiento en habilidades	
Lugar de tratamiento	
Provisión directa del tratamiento	
Población diana	
Contacto con la familia	
Uso de recursos comunitarios	
Seguimiento	

EMG: Enfer

EMGACR: *Enfer*

EMGDAV: *Enfer*

Contexto de la intervención: la Fundación FISLEM

En Castilla-La Mancha se creó en el año 2001 la Fundación Socio-Sanitaria para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) con el objetivo entre otros de poner en marcha, coordinar y gestionar recursos de rehabilitación psicosocial y laboral dentro de la red pública de atención para personas con enfermedad mental. Los ámbitos de actuación de la Fundación son la rehabilitación psicosocial y laboral, los programas de apoyo y socialización, los programas residenciales, las alternativas de integración laboral, la coordinación de distintas iniciativas y programas de ámbito asociativo y el desarrollo de actividades de formación e investigación. Los patronos son las Consejerías de Sanidad, Bienestar Social, Trabajo y Empleo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y la Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Castilla-La Mancha (FEAFES C-LM). En la tabla 3 están los recursos de salud mental de los que dispone en el año 2007.

Tabla 3
Programas para personas con enfermedad mental de la Fundación FISLEM

	N.º de dispositivos	Plazas
Programa de rehabilitación psicosocial y laboral		
– Centros de Rehabilitación	19	1.045
Psicosocial y Laboral	16	240
– Programa PRIS		
Programa residencial		
– Viviendas supervisadas	26	139
– Residencias	2	68
Programa de integración laboral		
– Talleres Prelaborales	9	213
– Cursos de formación profesional	12	110
– Centros especiales de empleo	6	73 contratos
– Programa de empleo con apoyo	5	114 contratos
Programa de ocio y tiempo libre		400

*En previsión de crear 6 residencias con 240 plazas más.
El programa PRIS y de empleo con apoyo son número de profesionales.*

Desde el marco de la Fundación se pretende disponer de un abanico de alternativas que van desde tratamientos rehabilitadores hasta dispositivos de

apoyo social.
recursos socio...
una oferta es...
sus familias.
manchego co...
sus necesidad...

Objetivos

Con el c...
muestras real...
práctica diari...
Además, de c...
conocer la ade...
necesidades d...
usuarios sobr...
conocer la inc...
de los paciente...
usuarios del p...
cibido, las ne...
la calidad de v...
una comparaci...
del programa,...
to psicosocial...
muestra se ob...
dos los sujetos...
en la comunida...
incluye a paci...
rior asociado...

*Método**Sujetos*

La pobla...
PRIS en el a...
2005, durante...

Contexto de la intervención: la Fundación FISLEM

En Castilla-La Mancha se creó en el año 2001 la Fundación Socio-Sanitaria para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) con el objetivo entre otros de poner en marcha, coordinar y gestionar recursos de rehabilitación psicosocial y laboral dentro de la red pública de atención para personas con enfermedad mental. Los ámbitos de actuación de la Fundación son la rehabilitación psicosocial y laboral, los programas de apoyo y socialización, los programas residenciales, las alternativas de integración laboral, la coordinación de distintas iniciativas y programas de ámbito asociativo y el desarrollo de actividades de formación e investigación. Los patronos son las Consejerías de Sanidad, Bienestar Social, Trabajo y Empleo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y la Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Castilla-La Mancha (FEAFES C-LM). En la tabla 3 están los recursos de salud mental de los que dispone en el año 2007.

Tabla 3
Programas para personas con enfermedad mental de la Fundación FISLEM

	N.º de dispositivos	Plazas
Programa de rehabilitación psicosocial y laboral		
– Centros de Rehabilitación	19	1.045
Psicosocial y Laboral	16	240
– Programa PRIS		
Programa residencial		
– Viviendas supervisadas	26	139
– Residencias	2	68
Programa de integración laboral		
– Talleres Prelaborales	9	213
– Cursos de formación profesional	12	110
– Centros especiales de empleo	6	73 contratos
– Programa de empleo con apoyo	5	114 contratos
Programa de ocio y tiempo libre		400

*En previsión de crear 6 residencias con 240 plazas más.
El programa PRIS y de empleo con apoyo son número de profesionales.*

Desde el marco de la Fundación se pretende disponer de un abanico de alternativas que van desde tratamientos rehabilitadores hasta dispositivos de

apoyo social.
recursos socio...
una oferta es...
sus familias.
manchego co...
sus necesidad...

Objetivos

Con el c...
muestras real...
práctica diari...
Además, de c...
conocer la ade...
necesidades d...
usuarios sobr...
conocer la inc...
de los paciente...
usuarios del p...
cibido, las ne...
la calidad de v...
una comparaci...
del programa,...
to psicosocial...
muestra se ob...
dos los sujetos...
en la comunida...
incluye a paci...
rior asociado...

*Método**Sujetos*

La pobla...
PRIS en el a...
2005, durante...

seleccionaron los que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener un diagnóstico de enfermedad mental severa de larga evolución; residir en alguna de las áreas sanitarias de Castilla-La Mancha; tener entre 18 y 65 años; estar en tratamiento por una Unidad de Salud Mental de la región; haber tenido algún contacto con los dispositivos de salud mental de referencia en los dos años escogidos para el estudio; tener diseñado un plan individualizado de atención y seguimiento integrado dentro de un CRPSL; coordinación con los profesionales del CRPSL y la USM para el seguimiento del caso. De enero a mayo de 2006 se seleccionaron 100 sujetos. Sin embargo, de la depuración de la muestra quedaron finalmente 89. Esta modificación viene explicada por una parte de tener en cuenta únicamente los pacientes atendidos entre el año 2004 y 2005, debido a que durante ese periodo se produjo la fase de integración del programa en los CRPSL, especializando sus funciones de rehabilitación psicosocial y asegurando una continuidad en la atención (ver tabla 1). Durante el año 2002 y 2003 la movilidad de pacientes como consecuencia del ajuste de perfiles y del desarrollo del programa impide considerar parte de los sujetos incluidos inicialmente. Por otra parte, la reducción de la muestra también se explica de excluir algunos pacientes que no llegaban a 1 año de intervención. De esta forma la muestra a estudiar aunque se ve reducida presenta menos diferencias de distribución en las variables clínicas, sociales, demográficas y de procedencia o derivación, con relación al total de usuarios atendidos por el programa desde su inicio. En la tabla 4 se muestran los sujetos participantes en el estudio de cada provincia. En la tabla 5 se describen las características generales de la muestra en las variables estudiadas.

Tabla 4

N.º Total	89
Provincia	
– Albacete	25
– Ciudad Real	18
– Cuenca	10
– Guadalajara	10
– Toledo	26
% mujeres	66%
% hombres	34%
Media de edad	41
Media de años de evolución de la enfermedad	15,7

Medidas

Con el o
mentos, unos
fines en el co
los instrumen
presentan los

- Registro de
Recoge el p
- Escala de m
Recoge la p
yos. En una
utilizado co

seleccionaron los que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener un diagnóstico de enfermedad mental severa de larga evolución; residir en alguna de las áreas sanitarias de Castilla-La Mancha; tener entre 18 y 65 años; estar en tratamiento por una Unidad de Salud Mental de la región; haber tenido algún contacto con los dispositivos de salud mental de referencia en los dos años escogidos para el estudio; tener diseñado un plan individualizado de atención y seguimiento integrado dentro de un CRPSL; coordinación con los profesionales del CRPSL y la USM para el seguimiento del caso. De enero a mayo de 2006 se seleccionaron 100 sujetos. Sin embargo, de la depuración de la muestra quedaron finalmente 89. Esta modificación viene explicada por una parte de tener en cuenta únicamente los pacientes atendidos entre el año 2004 y 2005, debido a que durante ese periodo se produjo la fase de integración del programa en los CRPSL, especializando sus funciones de rehabilitación psicosocial y asegurando una continuidad en la atención (ver tabla 1). Durante el año 2002 y 2003 la movilidad de pacientes como consecuencia del ajuste de perfiles y del desarrollo del programa impide considerar parte de los sujetos incluidos inicialmente. Por otra parte, la reducción de la muestra también se explica de excluir algunos pacientes que no llegaban a 1 año de intervención. De esta forma la muestra a estudiar aunque se ve reducida presenta menos diferencias de distribución en las variables clínicas, sociales, demográficas y de procedencia o derivación, con relación al total de usuarios atendidos por el programa desde su inicio. En la tabla 4 se muestran los sujetos participantes en el estudio de cada provincia. En la tabla 5 se describen las características generales de la muestra en las variables estudiadas.

Tabla 4
Características generales de la muestra que participó en el estudio

N.º Total	89
Provincia	
– Albacete	25
– Ciudad Real	18
– Cuenca	10
– Guadalajara	10
– Toledo	26
% mujeres	66%
% hombres	34%
Media de edad	41
Media de años de evolución de la enfermedad	15,7

Medidas

Con el o
mentos, unos
fines en el co
los instrumen
presentan los

- Registro de
Recoge el p

- Escala de m...
Recoge la p...
yos. En una...
utilizado co...

- Escala de características de la intervención. ECI.
Desarrollo propio. Describe el tipo de intervención que se lleva a cabo con los usuarios del programa.
- Cuestionario de satisfacción de usuarios.
Es una adaptación de la versión publicada por Cuevas y otros (29). Evalúa la opinión del usuario sobre los servicios recibidos en un sentido amplio (eficacia, satisfacción, utilidad, accesibilidad, etc.).
- Cuestionario de satisfacción de familias.
Elaboración propia. Similar al anterior pero adaptado para las familias.
- Cuestionario de opinión de los profesionales.
Elaboración propia y adaptado de Gómez Beneyto y otros (30). Recoge la opinión de otros profesionales en relación al estilo de atención de la intervención (normalización, coordinación, continuidad de cuidados, etc.).
- Escala de funcionamiento psicosocial. DAS (31).
Escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recoge discapacidad asociada al trastorno mental en cuatro áreas: autocuidados, ocupación, familia y red social.
- Cuestionario de calidad de vida. QOL.
Escala de Baker e Itagliata (32). Evalúa la satisfacción de usuario en cuanto a su hogar, salud, vestuario, amigos, ocio y otras áreas vitales.
- Escala de apoyo social percibido. DUKE-UNC.
Validada por Bellón y otros (33). Evalúa la percepción subjetiva del apoyo percibido por el usuario en relación al programa de intervención.

Procedimiento

Los datos se recogieron en el tránscurso de la práctica diaria de los equipos y el procedimiento fue el siguiente: a) se entrenó a los profesionales en el uso de los instrumentos y se acordó la manera de aplicarlos y las fechas de presentación en el departamento de programas de FISLEM; b) se seleccionaron responsables de referencia para resolver dudas de los equipos en la fase de trabajo de campo; c) la recogida de información se realizó teniendo en cuenta los criterios de la tabla 6 durante los meses de febrero a mayo de 2006 y d) una vez recibidos los cuestionarios en los servicios centrales de FISLEM la información de cada uno de ellos fue depurada, verificada y analizada.

Información de
Revisión de h
NCA
ECI
Opinión de p
Opinión de pa
Opinión de cu
Apoyo social
Calidad de Vi
Discapacidad

Para hac
se pidió a cada
los compone
bar tanto aspe

Análisis de lo

Se realizó
análisis fueron
Algunos análisis
perfil clínico y
tribuidas norm
se midieron us
Withney en el
necesarias prue
lizadas usando
los estadísticos
les u ordinales

Los dato
rios, ya que la
niveles de me
tipo determina
eminentemente

- Escala de características de la intervención. ECI.
Desarrollo propio. Describe el tipo de intervención que se lleva a cabo con los usuarios del programa.
- Cuestionario de satisfacción de usuarios.
Es una adaptación de la versión publicada por Cuevas y otros (29). Evalúa la opinión del usuario sobre los servicios recibidos en un sentido amplio (eficacia, satisfacción, utilidad, accesibilidad, etc.).
- Cuestionario de satisfacción de familias.
Elaboración propia. Similar al anterior pero adaptado para las familias.
- Cuestionario de opinión de los profesionales.
Elaboración propia y adaptado de Gómez Beneyto y otros (30). Recoge la opinión de otros profesionales en relación al estilo de atención de la intervención (normalización, coordinación, continuidad de cuidados, etc.).
- Escala de funcionamiento psicosocial. DAS (31).
Escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recoge discapacidad asociada al trastorno mental en cuatro áreas: autocuidados, ocupación, familia y red social.
- Cuestionario de calidad de vida. QOL.
Escala de Baker e Itagliata (32). Evalúa la satisfacción de usuario en cuanto a su hogar, salud, vestuario, amigos, ocio y otras áreas vitales.
- Escala de apoyo social percibido. DUKE-UNC.
Validada por Bellón y otros (33). Evalúa la percepción subjetiva del apoyo percibido por el usuario en relación al programa de intervención.

Procedimiento

Los datos se recogieron en el tránsito de la práctica diaria de los equipos y el procedimiento fue el siguiente: a) se entrenó a los profesionales en el uso de los instrumentos y se acordó la manera de aplicarlos y las fechas de presentación en el departamento de programas de FISLEM; b) se seleccionaron responsables de referencia para resolver dudas de los equipos en la fase de trabajo de campo; c) la recogida de información se realizó teniendo en cuenta los criterios de la tabla 6 durante los meses de febrero a mayo de 2006 y d) una vez recibidos los cuestionarios en los servicios centrales de FISLEM la información de cada uno de ellos fue depurada, verificada y analizada.

Información de
Revisión de h
NCA
ECI
Opinión de p
Opinión de pa
Opinión de cu
Apoyo social
Calidad de Vi
Discapacidad

Para hac
se pidió a cada
los compone
bar tanto aspe

Análisis de lo

Se realizó
análisis fueron
Algunos análisis
perfil clínico y
tribuidas norm
se midieron us
Withney en el
necesarias prue
lizadas usando
los estadísticos
les u ordinales

Los dato
rios, ya que la
niveles de me
tipo determina
eminentemente

Resultados

A continuación se presentan parte de los resultados obtenidos principalmente en relación a las características de la intervención, el perfil de la muestra y la opinión sobre la intervención. Se trata de los resultados preliminares. En series de artículos posteriores se expondrán los resultados de cada variable estudiada en mayor profundidad.

A. Análisis de las variables de la muestra y comparaciones intragrupos

El 71,6% de la muestra tenía un diagnóstico de esquizofrenia, el 11,4% de Trastorno bipolar y el 8% de Trastorno de la Personalidad. El tiempo medio de atención en el programa PRIS fue de 24 meses. No se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en edad ($H = 40$ vs. $M = 42$; $t = 1.17$, $P = 0.24$) ni en años de evolución ($H = 14.6$ vs $M = 17.4$; $t = 1.52$, $P = 0.13$). Tampoco se encontraron relaciones significativas entre la variable sexo y haber tenido ingresos psiquiátricos previos (tabla de contingencia 2×2 : $c^2 = 0.49$, $g.l = 1$, $p = 0.48$), ni en el número total de ingresos psiquiátricos previos a la intervención en el programa ($H = 3.2$ vs. $M = 4.5$; $t = 1.53$, $p = 0.12$). Sin embargo hay una tendencia, aunque no significativa en las mujeres atendidas a tener mayor edad, mayor evolución de la enfermedad y mayor número de ingresos psiquiátricos totales. Se comprobó si existía alguna diferencia entre los años de evolución y el número de ingresos psiquiátricos los dos años anteriores, no encontrando diferencias significativas ($c^2 = 0.76$, $p = 0.9$). Tampoco se encontraron diferencias con los análisis de varianza en esta variable (ingresos 2 años anteriores) en relación a vivir en un contexto rural, urbano o semirural ($F = 0.24$, $P = 0.78$).

El tipo de seguimiento clínico que se hacía desde la USM de referencia era únicamente farmacológico para el 90% de los casos, farmacológico y psicológico para el 9% de los casos y ninguno para el 1%. El tipo de tratamiento rehabilitador que predominaba era el entrenamiento en habilidades de la vida diaria (para un 45.3%), seguido de la integración comunitaria (50%).

B. Perfil de Necesidades

Los problemas clínicos que se presentan más frecuentemente son los síntomas psicóticos negativos (lentitud y baja actividad en el 69% de la muestra), los síntomas psicóticos positivos (40%) y los síntomas asociados de ansiedad (40%). Con muy baja frecuencia se presentan problemas relacionados con el consumo de drogas (6%). En la sección de destrezas y habilidades los problemas alcanzan una frecuencia más alta que en la sección de síntomas y comportamiento. Los problemas más frecuentes son los relacionados con el ocio (87.5%), mantenimiento del hogar (69%), resolución de gestiones propias (63%), y capacidades laborales (capacidad 79% y motivación 71%). El problema más frecuente en relación con el área de soportes es la ausencia de redes de apoyo social (80%).

SÍNTOC

ÁREAS

Síntomas y comportamiento

Síntomas psicóticos

Lentitud y baja actividad

Efectos secundarios de la medicación

Síntomas neurológicos y de ansiedad

Demencia o psicosis

Síntomas físicos

Comportamiento o destructivo

Comportamiento inadecuado

Uso de alcohol y drogas

Uso de drogas

Destrezas y habilidades

Higiene personal

Vestido

Cuidados de la salud

Alimentación

Estructuración

Tareas domésticas

Manejo del dinero

Uso del tiempo

Manejo de tiempo

Habilidades de vida

Capacidad cognitiva

Resolución de problemas propias

Responsabilidad en el tratamiento

Capacidad laboral

Motivación laboral

Soportes sociales

Redes de apoyo social

Apoyo familiar

Soporte residencial

Resultados

A continuación se presentan parte de los resultados obtenidos principalmente en relación a las características de la intervención, el perfil de la muestra y la opinión sobre la intervención. Se trata de los resultados preliminares. En series de artículos posteriores se expondrán los resultados de cada variable estudiada en mayor profundidad.

A. Análisis de las variables de la muestra y comparaciones intragrupos

El 71,6% de la muestra tenía un diagnóstico de esquizofrenia, el 11,4% de Trastorno bipolar y el 8% de Trastorno de la Personalidad. El tiempo medio de atención en el programa PRIS fue de 24 meses. No se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en edad ($H = 40$ vs. $M = 42$; $t = 1.17$, $P = 0.24$) ni en años de evolución ($H = 14.6$ vs $M = 17.4$; $t = 1.52$, $P = 0.13$). Tampoco se encontraron relaciones significativas entre la variable sexo y haber tenido ingresos psiquiátricos previos (tabla de contingencia 2×2 : $c^2 = 0.49$, $g.l = 1$, $p = 0.48$), ni en el número total de ingresos psiquiátricos previos a la intervención en el programa ($H = 3.2$ vs. $M = 4.5$; $t = 1.53$, $p = 0.12$). Sin embargo hay una tendencia, aunque no significativa en las mujeres atendidas a tener mayor edad, mayor evolución de la enfermedad y mayor número de ingresos psiquiátricos totales. Se comprobó si existía alguna diferencia entre los años de evolución y el número de ingresos psiquiátricos los dos años anteriores, no encontrando diferencias significativas ($c^2 = 0.76$, $p = 0.9$). Tampoco se encontraron diferencias con los análisis de varianza en esta variable (ingresos 2 años anteriores) en relación a vivir en un contexto rural, urbano o semirural ($F = 0.24$, $P = 0.78$).

El tipo de seguimiento clínico que se hacía desde la USM de referencia era únicamente farmacológico para el 90% de los casos, farmacológico y psicológico para el 9% de los casos y ninguno para el 1%. El tipo de tratamiento rehabilitador que predominaba era el entrenamiento en habilidades de la vida diaria (para un 45.3%), seguido de la integración comunitaria (50%).

B. Perfil de Necesidades

Los problemas clínicos que se presentan más frecuentemente son los síntomas psicóticos negativos (lentitud y baja actividad en el 69% de la muestra), los síntomas psicóticos positivos (40%) y los síntomas asociados de ansiedad (40%). Con muy baja frecuencia se presentan problemas relacionados con el consumo de drogas (6%). En la sección de destrezas y habilidades los problemas alcanzan una frecuencia más alta que en la sección de síntomas y comportamiento. Los problemas más frecuentes son los relacionados con el ocio (87.5%), mantenimiento del hogar (69%), resolución de gestiones propias (63%), y capacidades laborales (capacidad 79% y motivación 71%). El problema más frecuente en relación con el área de soportes es la ausencia de redes de apoyo social (80%).

SÍNTOC

ÁREAS

Síntomas y comportamiento

Síntomas psicóticos

Lentitud y baja actividad

Efectos secundarios de la medicación

Síntomas neurológicos y de ansiedad

Demencia o psicosis

Síntomas físicos

Comportamiento o destructivo

Comportamiento inadecuado

Uso de alcohol y drogas

Uso de drogas

Destrezas y habilidades

Higiene personal

Vestido

Cuidados de la salud

Alimentación

Estructuración

Tareas domésticas

Manejo del dinero

Uso del tiempo

Manejo de tiempo

Habilidades de vida

Capacidad cognitiva

Resolución de problemas propias

Responsabilidad en el tratamiento

Capacidad laboral

Motivación laboral

Soportes sociales

Redes de apoyo social

Apoyo familiar

Soporte residencial

Tabla 8
Distribución de la muestra según estado de las necesidades

SÍNTOMAS	CUBIERTAS		NO CUBIERTAS		SIN POSIBILIDAD DE CUBRIR		ÁREAS	
	ÁREAS	N	%	N	%	N	%	
<i>Síntomas y comportamientos</i>								
Síntomas psicóticos positivos		31	86	3	8	2	6	
Lentitud y baja actividad		36	61	19	32	4	7	
Efectos secundarios de la medicación		13	68	5	26	1	5	
Síntomas neuróticos/ de ansiedad		27	73	7	19	3	8	
Demencia o psicosis orgánica		1	100	-	-	-	-	
Síntomas físicos o enfermedades		14	70	5	25	1	5	
Comportamiento peligroso o destructivo		11	79	2	14	1	7	
Comportamiento socialmente inadecuado		14	70	4	20	2	10	
Uso de alcohol		6	60	4	40	-	0	
Uso de drogas		5	100	-	-	-	-	
<i>Destrezas y habilidades sociales</i>								
Higiene personal		35	81	5	12	3	7	
Vestido		33	90	2	5	2	5	
Cuidados de la salud general		37	86	3	7	3	7	
Alimentación		24	80	7	16	2	4	
Estructuración del sueño		33	75	8	18	3	7	
Tareas domésticas		42	76	12	19	3	5	
Manejo del dinero		40	78	10	20	1	2	
Uso del tiempo de ocio		36	50.5	29	41	6	8.5	
Manejo de transportes		18	68	9	33	-	-	
Habilidades de comunicación		41	82	7	14	2	4	
Capacidad cognitiva (atención)		32	74	8	19	3	7	
Resolución de gestiones propias		47	89	3	6	3	6	
Responsabilidad ante su tratamiento		40	83	3	6	5	10	
Capacidad laboral		27	40	31	46	9	13	
Motivación laboral		26	42	25	40	11	18	
<i>Soportes sociales</i>								
Redes de apoyo social		26	41	29	45	9	14	
Apoyo familiar		27	62	11	26	5	12	
Soporte residencial		6	37.5	6	37.5	4	25	

Dentro de las necesidades que se encuentran cubiertas, mientras que las necesidades secundarias lo están parcialmente. En el área de habilidades se observa una menor cuencia que en el resto, en el perfil de las necesidades con higiene personal y las tareas en comparación con las que se encuentran los demás necesarios y las habilidades de comunicación son de menor importancia que las otras. Respecto al uso de drogas, están cubiertos casi todos (36%). Pocos están cubiertos en el área de soportes, ya que los disponibles son escasos.

C. Características

La intervención se realiza en el entorno de referencia (familia, amigos, equipos), interviene en la familia y en la red de contactos, y se realiza en domicilio (50%) y en el centro (49%). Los principales datos son los siguientes:

Tabla 8
Distribución de la muestra según estado de las necesidades

SÍNTOMAS	CUBIERTAS		NO CUBIERTAS		SIN POSIBILIDAD DE CUBRIR		ÁREAS	
	ÁREAS	N	%	N	%	N	%	
<i>Síntomas y comportamientos</i>								
Síntomas psicóticos positivos		31	86	3	8	2	6	
Lentitud y baja actividad		36	61	19	32	4	7	
Efectos secundarios de la medicación		13	68	5	26	1	5	
Síntomas neuróticos/ de ansiedad		27	73	7	19	3	8	
Demencia o psicosis orgánica		1	100	-	-	-	-	
Síntomas físicos o enfermedades		14	70	5	25	1	5	
Comportamiento peligroso o destructivo		11	79	2	14	1	7	
Comportamiento socialmente inadecuado		14	70	4	20	2	10	
Uso de alcohol		6	60	4	40	-	0	
Uso de drogas		5	100	-	-	-	-	
<i>Destrezas y habilidades sociales</i>								
Higiene personal		35	81	5	12	3	7	
Vestido		33	90	2	5	2	5	
Cuidados de la salud general		37	86	3	7	3	7	
Alimentación		24	80	7	16	2	4	
Estructuración del sueño		33	75	8	18	3	7	
Tareas domésticas		42	76	12	19	3	5	
Manejo del dinero		40	78	10	20	1	2	
Uso del tiempo de ocio		36	50.5	29	41	6	8.5	
Manejo de transportes		18	68	9	33	-	-	
Habilidades de comunicación		41	82	7	14	2	4	
Capacidad cognitiva (atención)		32	74	8	19	3	7	
Resolución de gestiones propias		47	89	3	6	3	6	
Responsabilidad ante su tratamiento		40	83	3	6	5	10	
Capacidad laboral		27	40	31	46	9	13	
Motivación laboral		26	42	25	40	11	18	
<i>Soportes sociales</i>								
Redes de apoyo social		26	41	29	45	9	14	
Apoyo familiar		27	62	11	26	5	12	
Soporte residencial		6	37.5	6	37.5	4	25	

Dentro de las necesidades que se encuentran cubiertas, mientras que las necesidades secundarias lo están parcialmente. En el área de habilidades se observa una menor cuencia que en el resto, en el perfil de las necesidades con higiene personal y las tareas en comparación con las que se encuentran los demás necesarios y las habilidades de comunicación son de menor importancia que las otras. Respecto al uso de drogas, están cubiertas en un 80% En el área de habilidades sociales (36%). Pocos están cubiertos en el área de soportes sociales disponibles.

C. Características

La intervención se realiza en el entorno de referencia (familia, amigos, equipos), interviene en la familia y en la red de contactos. La intervención en domicilio (50%) es la más importante de las principales demandas.

importancia son: el enganche al CRPSL, evitar la desvinculación de la red, acompañamientos y apoyo social-afectivo. Un apartado importante es la movilidad de los profesionales en el último año (54,5%), aspecto que se ha relacionado con malos resultados para este tipo de programas en algunas investigaciones (34). No se encontraron relaciones significativas entre el número de pacientes asignados a cada profesional y la frecuencia de contactos con el usuario (c^2 de Pearson = 1.408; $p = 0.7$), ni con la frecuencia de contactos con la familia (c^2 de Pearson = 2.94; $p = 0.4$). Tampoco se encontró relación entre la frecuencia de contacto con el usuario y con la familia ($P = 0.47$).

Tabla 10
Resumen de la escala de características de la intervención

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	OPCIONES	%			
		Nunca	Ocasional	A menudo	Con casi todos
Ratio profesional /usuarios	<input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 16-20 <input type="checkbox"/> 21-25 <input type="checkbox"/> >25			53,8 15,4 7,7 23,1	
Tipo de intervención realizada:	Enganche al CRPSL: Evitar desvinculación de la red socio-sanitaria: Apoyo social-afectivo: Accesibilidad: Integración laboral: Acompañamiento a recursos y gestiones: Orientación:	0 0 0 15,4 23,1 0 0	0 7,7 15,4 7,7 38,5 53,8 7,7	23,1 15,4 23,1 38,5 38,5 23,1 30,8	69,2 53,8 30,8 15,4 0 15,4 7,7
Intervención con los casos compartida equipo del CRPSL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			84,6 15,4	
Participación del usuario en la toma de decisiones	• Alta • Moderada • Baja • No			69,2 23,1 7,7 0	
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	• Alta • Moderada • Baja • No			46,2 53,8 0 0	

importancia son: el enganche al CRPSL, evitar la desvinculación de la red, acompañamientos y apoyo social-afectivo. Un apartado importante es la movilidad de los profesionales en el último año (54,5%), aspecto que se ha relacionado con malos resultados para este tipo de programas en algunas investigaciones (34). No se encontraron relaciones significativas entre el número de pacientes asignados a cada profesional y la frecuencia de contactos con el usuario (c^2 de Pearson = 1.408; $p = 0.7$), ni con la frecuencia de contactos con la familia (c^2 de Pearson = 2.94; $p = 0.4$). Tampoco se encontró relación entre la frecuencia de contacto con el usuario y con la familia ($P = 0.47$).

Tabla 10
Resumen de la escala de características de la intervención

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	OPCIONES	%			
		Nunca	Ocasional	A menudo	Con casi todos
Ratio profesional /usuarios	<input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 16-20 <input type="checkbox"/> 21-25 <input type="checkbox"/> >25			53,8 15,4 7,7 23,1	
Tipo de intervención realizada:	Enganche al CRPSL: Evitar desvinculación de la red socio-sanitaria: Apoyo social-afectivo: Accesibilidad: Integración laboral: Acompañamiento a recursos y gestiones: Orientación:	0 0 0 15,4 23,1 0 0	0 7,7 15,4 7,7 38,5 53,8 7,7	23,1 15,4 23,1 38,5 38,5 23,1 30,8	69,2 53,8 30,8 15,4 0 15,4 7,7
Intervención con los casos compartida equipo del CRPSL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			84,6 15,4	
Participación del usuario en la toma de decisiones	• Alta • Moderada • Baja • No			69,2 23,1 7,7 0	
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	• Alta • Moderada • Baja • No			46,2 53,8 0 0	

D. Opinión de los pacientes sobre la intervención

El 50% de los casos opinaba que la eficacia de la intervención para resolver sus problemas personales había sido satisfactoria o excelente, y nadie opinaba que había sido insatisfactoria. Un 83% opinaba que la intervención había servido para ayudar a sus familiares más cercanos a conocer y comprender mejor sus problemas. El 93% opinaba que la intervención había servido para ayudarle a mejorar el conocimiento y comprensión de sus problemas y dificultades. Destacable es también la opinión en relación a la eficacia de la ayuda recibida para entrar en contacto con los servicios normalizados de su comunidad, el 88% de los casos afirmaba que le habían ayudado en este aspecto.

E. Opinión de los cuidadores

El 60% de los familiares afirmaba que desde que el PRIS está interviniendo con su familiar sus salidas a la calle son más frecuentes que antes. En cuanto al nivel de actividad del paciente a lo largo del día, el 71% de los cuidadores opina que la actividad diaria ha aumentado desde que recibe las visitas del profesional. En relación a la capacidad de escucha de los profesionales, el 97% de las familias entrevistadas opinaba que cuando hablan con el profesional del PRIS pueden hablar sin prisas y que le escuchan con atención. El 100% opina que la actitud del profesional es de amabilidad y calidez. También en relación a la utilidad de la intervención para mejorar la convivencia ha sido valorada positivamente por el 93% de los cuidadores. Ninguna familia opinó que la intervención hubiera servido para empeorar la convivencia y las relaciones con los pacientes.

F. Opinión de los profesionales de los equipos donde el programa se integró

Todos los profesionales de los centros donde el programa PRIS se integró piensan que el PRIS facilita el seguimiento de los casos y la valoración de sus necesidades en cada momento. El 85% afirmó que el profesional facilitó o mejoró la relación del centro con los servicios sociales. El 100% de los centros opinaba que el programa posibilitaba ampliar la atención tradicional que se daba a los pacientes crónicos en el área con otras intervenciones (apoyo social, apoyo familiar, orientación cotidiana, acompañamiento para el ocio y la ocupación). En todos los centros entrevistados contestaron que se había incrementado su satisfacción profesional con la atención prestada a los pacientes.

G. Resultad

Los resu
la intervenció
miento, reduc
una reducció
ne, vestido, ha
ocupación del
y una reducc
puntuaciones
moderada-lige

- DAS. Cuidados
- DAS Ocupación
- DAS Familia y
- DAS Funcional

- * Todos los sujetos en el programa

Conclusiones

Las medi-
nistrar y que no
guen a tener un
representativo
sente estudio
práctica diaria
los que atiende
grama que los
atención del P
do en ayudas
sonas que care-

D. Opinión de los pacientes sobre la intervención

El 50% de los casos opinaba que la eficacia de la intervención para resolver sus problemas personales había sido satisfactoria o excelente, y nadie opinaba que había sido insatisfactoria. Un 83% opinaba que la intervención había servido para ayudar a sus familiares más cercanos a conocer y comprender mejor sus problemas. El 93% opinaba que la intervención había servido para ayudarle a mejorar el conocimiento y comprensión de sus problemas y dificultades. Destacable es también la opinión en relación a la eficacia de la ayuda recibida para entrar en contacto con los servicios normalizados de su comunidad, el 88% de los casos afirmaba que le habían ayudado en este aspecto.

E. Opinión de los cuidadores

El 60% de los familiares afirmaba que desde que el PRIS está interviniendo con su familiar sus salidas a la calle son más frecuentes que antes. En cuanto al nivel de actividad del paciente a lo largo del día, el 71% de los cuidadores opina que la actividad diaria ha aumentado desde que recibe las visitas del profesional. En relación a la capacidad de escucha de los profesionales, el 97% de las familias entrevistadas opinaba que cuando hablan con el profesional del PRIS pueden hablar sin prisas y que le escuchan con atención. El 100% opina que la actitud del profesional es de amabilidad y calidez. También en relación a la utilidad de la intervención para mejorar la convivencia ha sido valorada positivamente por el 93% de los cuidadores. Ninguna familia opinó que la intervención hubiera servido para empeorar la convivencia y las relaciones con los pacientes.

F. Opinión de los profesionales de los equipos donde el programa se integró

Todos los profesionales de los centros donde el programa PRIS se integró piensan que el PRIS facilita el seguimiento de los casos y la valoración de sus necesidades en cada momento. El 85% afirmó que el profesional facilitó o mejoró la relación del centro con los servicios sociales. El 100% de los centros opinaba que el programa posibilitaba ampliar la atención tradicional que se daba a los pacientes crónicos en el área con otras intervenciones (apoyo social, apoyo familiar, orientación cotidiana, acompañamiento para el ocio y la ocupación). En todos los centros entrevistados contestaron que se había incrementado su satisfacción profesional con la atención prestada a los pacientes.

G. Resultad

Los resu
la intervenció
miento, reduc
una reducció
ne, vestido, ha
ocupación del
y una reducc
puntuaciones
moderada-lige

- DAS. Cuidados
- DAS Ocupación
- DAS Familia y
- DAS Funcional

- * Todos los sujetos en el programa

Conclusiones

Las medi-
nistrar y que no
guen a tener un
representativo
sente estudio
práctica diaria
los que atiende
grama que los
atención del P
do en ayudas
sonas que care-

significativos entre el antes y el después de la intervención en la reducción de las discapacidades asociadas al trastorno, que junto a las opiniones de los usuarios y cuidadores reflejan el éxito de este tipo de programas comunitarios. El estilo y características de la intervención demuestran no solo la utilidad del programa PRIS para la población de personas con enfermedad mental en estos contextos rurales, sino la adecuación del programa a los objetivos por los que se puso en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha*, 2002-2004, Toledo, 2002.
- (2) Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad, *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha*, 2005-2010, Toledo, 2006.
- (3) MARIANO, H. M., «Los programas de seguimiento intensivo en la Comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?», en RIVAS GUERRERO, F. (comp), *La Psicosis en la Comunidad*, AEN Estudios, 2002, pp.131-189.
- (4) NAVARRO, B. D., «Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales», *Revista de la AEN*, 2003, 86, pp. 105-122.
- (5) Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Bienestar Social, *II Plan de Integración Social de Castilla-La Mancha*, 2002-2005.
- (6) ALONSO, M.; BRAVO, M. F.; y LIRIA, A., «Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad», *Revista de la AEN*, 2004, 92, pp. 25-51.
- (7) GONZÁLEZ, A., «Programas de seguimiento o continuidad de cuidados en la comunidad», *Revista de la AEN*, 2001, pp. 4-16.
- (8) BACHRACH, L. L., «Continuity of Care and Approaches to Case Management for Long Term Mentally Ill Patients», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (5), pp. 465-468.
- (9) MUESER, K. T., y otros, «Models of Community Care for Severe Mental Illness: a Review of Research on Case Management», *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24, pp. 37-74.
- (10) UK 700 GROUP, «Comparison of Intensive and Standard Case Management for Patients with Psychosis», *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174, pp. 74-78.
- (11) HOLLOWAY, F.; CARSON, J., «Intensive Case Management for the Severely Mentally Ill», *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, pp. 19-22.
- (12) BORLAND, G. R., «Assertive Community Treatment for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City: a Controlled Study», *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18, pp. 865-891.
- (13) MARSHALL, M.; LOCKWOOD, A., Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2000.
- (14) MARSHALL, M., «Case Management for People with Severe Mental Disorders», *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2000.
- (15) WYKES, T., «Effects of Community Services on Disability and Symptoms. PriSM Psychosis Study 4», *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173, pp. 385-3902.
- (16) LATIMER, E. A., «Economic Impacts of Assertive Community Treatment: a Review of the Literature», *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44, pp. 443-454.
- (17) MUESER, K., y otros, «El tratamiento comunitario de la esquizofrenia y otros trastornos mentales severos: resultados», en LARA, L.; LÓPEZ, M., *Integración laboral de personas con trastorno mental severo*, 2003, pp. 26-64.

(18) SAN H
ESCUDERO, A., L
pp. 117-130.

(19) THOR
Services», *Britis
pp. 117-130.*

(20) THOR
*British Journal o
pp. 117-130.*

(21) MAR
Conclusions», *Br
pp. 117-130.*

(22) THOR
*Journal of Psych
pp. 117-130.*

(23) SANT
Mentally Ill Pati
pp. 117-130.

(24) GOLD
Assertive Comm
Bulletin, 2006, 3
pp. 117-130.

(25) SULL
Seriously Mental
pp. 117-130.

(26) BONY
Rural Setting», *C
pp. 117-130.*

(27) BREW
MRC, 1989.

(28) MORE
pacientes esquizo
31 (6), 2003, pp.
pp. 117-130.

(29) CUEV
de rehabilitación
1996, pp. 71-90.

(30) GÓME
la salud mental
Atención comuni
pp. 117-130.

(31) OMS

(32) BAKER
Systems», 1982,
J. R. Prouse editor.

(33) BELLO
rio de apoyo soci
Andaluz de Salud
(2004), Consejería

(34) MCD
Community Tre
1997, 25 (2), pp.
pp. 117-130.

* Daniel Nav
LEM; José
Correspond
Toledo dnava
pp. 117-130.

** Fecha de re

