



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 c
PALABRAS CL
enfermedad men

En el año
sos de salud
número de p
Diputaciones
dos en recurs
supervisadas
permanecen e
que son atendi
tario (750% m
han constituic
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 retr
gráfico rural c
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
tácamos algun
psiquiátrico h
dad (en espaci
ral (adaptados

Existe un
a cabo en la
profesional de
los de seguir
como son las
La agrupación
seguir con tal
ponen seis m
managment c
asertivo-comu
rehabilitador.
lle de cada un

Son muc
favor de los n
la intervenció
yen pacientes
cional severo,
lación al trata
el número de
como la satis
programas aso
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
tácamos algun
psiquiátrico h
dad (en espaci
ral (adaptados

Existe un
a cabo en la
profesional de
los de seguir
como son las
La agrupación
seguir con tal
ponen seis m
managment c
asertivo-comu
rehabilitador.
lle de cada un

Son muc
favor de los n
la intervenció
yen pacientes
cional severo,
lación al trata
el número de
como la satis
programas aso
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
puesta en ma
comunes, que
habilidades y
estudio IPSE
lleva la reducc
de tiempo par
intervención
(compartir la
director del s
socio-sanitari
pacientes, la e
(exceso de tar
ción del pacie
los casos). La
programas, qu
También hay
parte de los p

Otro asp
táculos espec
26): los profes
der rápido a la
al bajo número
vicios de salud
escasa dispon
empobrecidas
der en el dom

Definición de

Bajo la
Comunitario
programa com
un grupo de p
servicios reha
la inaccesibili

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 puesta en ma
comunes, que
habilidades y
estudio IPSE
lleva la reducc
de tiempo par
intervención
(compartir la
director del s
socio-sanitari
pacientes, la e
(exceso de tar
ción del pacie
los casos). La
programas, qu
También hay
parte de los p

Otro asp
táculos espec
26): los profes
der rápido a la
al bajo número
vicios de salud
escasa dispon
empobrecidas
der en el dom

Definición de

Bajo la
Comunitario
programa com
un grupo de p
servicios reha
la inaccesibili

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 repartid
año, en su ma
viernes entre

Características
Proporción profesional: paciente
Casos compartidos 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; c
ción y apoyo a
una actitud «a
cilio cuando e
nales repartid
año, en su ma
viernes entre

Características
Proporción profesional: paciente
Casos compartidos 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

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 Psicosocial y Laboral	19	1.045
– Programa PRIS	16	240
Programa residencial	26	139
– Viviendas supervisadas	2	68
– Residencias		
Programa de integración laboral	9	213
– Talleres Prelaborales	12	110
– Cursos de formación profesional	6	73 contratos
– Centros especiales de empleo	5	114 contratos
– Programa de empleo con apoyo		
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 esp sus familias. manchego co sus necesida

Objetivos

Con el o muestras reale práctica diaria. Además, de c conocer la ade necesidades d usuarios sobre conocer la inc de los pacient usuarios del p cibido, las nec la calidad de v una comparac del programa, to psicosocial muestra se ob dos los sujeto en la comunio incluye a paci riorio asociado

*Método**Sujetos*

La pobla PRIS en el añ 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 Psicosocial y Laboral	19	1.045
– Programa PRIS	16	240
Programa residencial	26	139
– Viviendas supervisadas	2	68
– Residencias		
Programa de integración laboral	9	213
– Talleres Prelaborales	12	110
– Cursos de formación profesional	6	73 contratos
– Centros especiales de empleo	5	114 contratos
– Programa de empleo con apoyo		
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 esp sus familias. manchego co sus necesida

Objetivos

Con el o muestras reale práctica diaria. Además, de c conocer la ade necesidades d usuarios sobre conocer la inc de los pacient usuarios del p cibido, las nec la calidad de v una comparac del programa, to psicosocial muestra se ob dos los sujeto en la comunio incluye a paci riorio asociado

*Método**Sujetos*

La pobla PRIS en el añ 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
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

Res
Minusv
Si:No (
Media
Cuidad
Situaci
Sin tral
Trabaja
Númer
Media
Deterio
DAS-c
DAS-o
DAS-
DAS-fu
ASP (n
CV (m
Satisfac
Con la
Con la

DAS: Escala breve
DT: desviaci

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

Res	
Minusv	
Si:No (
Media	
Cuidad	
Situaci	
Sin tral	
Trabaja	
Númer	
Media	
Deterio	
DAS-c	
DAS-o	
DAS-	
DAS-fu	
ASP (n	
CV (m	
Satisfac	
Con la	
Con la	

DAS: Escala breve
DT: desviaci

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 transcurso 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 c
Revisión de h
NCA
ECI
Opinión de p
Opinión de p
Opinión de c
Apoyo social
Calidad de Vi
Discapacidad

Para hac
se pidió a cada
los componen
bar tanto aspe

Análisis de lo

Se realiz
análisis fueron
Algunos análi
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
eminente

- 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 transcurso 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 c
Revisión de h
NCA
ECI
Opinión de p
Opinión de p
Opinión de c
Apoyo social
Calidad de Vi
Discapacidad

Para hac
se pidió a cada
los componen
bar tanto aspe

Análisis de lo

Se realiz
análisis fueron
Algunos análi
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
eminente

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 intragrupo

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 2X2: $c^2 = 0.49$, $g.l = 1$, $p = 0.48$), 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 antes, 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 antes) 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%).

SÍNTOMAS
ÁREA
Síntomas y comportamientos
Síntomas psicóticos
Lentitud y baja actividad
Efectos secundarios de la medicación
Síntomas neurovegetativos de ansiedad
Demencia o psicosis
Síntomas físicos
Comportamiento 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 libre
Manejo de transporte
Habilidades de comunicación
Capacidad cognitiva
Resolución de problemas propias
Responsabilidad en el tratamiento
Capacidad laboral
Motivación laboral
Soportes sociales
Redes de apoyo
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 intragrupo

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 2X2: $c^2 = 0.49$, $g.l = 1$, $p = 0.48$), 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 antes, 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 antes) 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%).

SÍNTOMAS
ÁREA
Síntomas y comportamientos
Síntomas psicóticos
Lentitud y baja actividad
Efectos secundarios de la medicación
Síntomas neurovegetativos de ansiedad
Demencia o psicosis
Síntomas físicos
Comportamiento 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 libre
Manejo de transporte
Habilidades de comunicación
Capacidad cognitiva
Resolución de problemas propias
Responsabilidad en el tratamiento
Capacidad laboral
Motivación laboral
Soportes sociales
Redes de apoyo
Apoyo familiar
Soporte residencial

Tabla 8
Distribución de la muestra según estado de las necesidades

SÍNTOMAS	CUBIERTAS		NO CUBIERTAS		SIN POSIBILIDAD DE CUBRIR	
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

ÁREAS

Síntomas (n=2

Habilidades (n

Soportes (n=12

Dentro d
que se encu
mientras que
darios lo est
En el área de
cuencia que e
en el perfil de
con higiene p
tos en compar
son las que e
encuentran lo
nicos y las ha
importancia s
Respecto al e
están cubierto
En el área de
(36%). Pocos
el área de sop
sos disponible

C. Caracteri

La interv
co de referen
equipos), inte
cia de contac
domicilio (50
principales d

Tabla 8
Distribución de la muestra según estado de las necesidades

SÍNTOMAS	CUBIERTAS		NO CUBIERTAS		SIN POSIBILIDAD DE CUBRIR	
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

ÁREAS

Síntomas (n=2

Habilidades (n

Soportes (n=12

Dentro d
que se encu
mientras que
darios lo est
En el área de
cuencia que e
en el perfil de
con higiene p
tos en compar
son las que e
encuentran lo
nicos y las ha
importancia s
Respecto al e
están cubierto
En el área de
(36%). Pocos
el área de sop
sos disponible

C. Caracteri

La interv
co de referen
equipos), inte
cia de contac
domicilio (50
principales d

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 (χ^2 de Pearson = 1.408; $p = 0.7$), ni con la frecuencia de contactos con la familia (χ^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	%				
Ratio profesional /usuarios	<input type="checkbox"/> 10-15			53,8		
	<input type="checkbox"/> 16-20			15,4		
	<input type="checkbox"/> 21-25			7,7		
	<input type="checkbox"/> >25			23,1		
Tipo de intervención realizada:		Nunca	Ocasional	A menudo	Con casi todos	Con todos
	Enganche al CRPSL:	0	0	23,1	69,2	7,7
	Evitar desvinculación de la red socio-sanitaria:	0	7,7	15,4	53,8	23,1
	Apoyo social-afectivo:	0	15,4	23,1	30,8	30,8
	Accesibilidad:	15,4	7,7	38,5	15,4	23,1
	Integración laboral:	23,1	38,5	38,5	0	0
	Acompañamiento a recursos y gestiones:	0	7,7	53,8	23,1	15,4
Intervención con los casos compartida equipo del CRPSL	<input type="checkbox"/> SÍ			84,6		
	<input type="checkbox"/> NO			15,4		
Participación del usuario en la toma de decisiones	• Alta			69,2		
	• Moderada			23,1		
	• Baja			7,7		
	• No			0		
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	• Alta			46,2		
	• Moderada			53,8		
	• Baja			0		
	• No			0		

Resu

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Frecuencia de contactos con el usuario

Lugar principal de los contactos

Intervención integrada en Plan del CRPSL

Carga afectiva de los lazos entre el profesional y el usuario

Vinculación con recursos comunitarios

Intervención con familias y otros miembros de la comunidad

Frecuencia de contactos con la familia

Existencia de reuniones con el equipo del CRPSL para revisar los casos

Movilidad del equipo en el último año

Perfil del paciente

Duración de la intervención

Criterios de evaluación de resultados con los usuarios

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 (χ^2 de Pearson = 1.408; $p = 0.7$), ni con la frecuencia de contactos con la familia (χ^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	%				
Ratio profesional /usuarios	<input type="checkbox"/> 10-15			53,8		
	<input type="checkbox"/> 16-20			15,4		
	<input type="checkbox"/> 21-25			7,7		
	<input type="checkbox"/> >25			23,1		
Tipo de intervención realizada:		Nunca	Ocasional	A menudo	Con casi todos	Con todos
	Enganche al CRPSL:	0	0	23,1	69,2	7,7
	Evitar desvinculación de la red socio-sanitaria:	0	7,7	15,4	53,8	23,1
	Apoyo social-afectivo:	0	15,4	23,1	30,8	30,8
	Accesibilidad:	15,4	7,7	38,5	15,4	23,1
	Integración laboral:	23,1	38,5	38,5	0	0
	Acompañamiento a recursos y gestiones:	0	7,7	53,8	23,1	15,4
Intervención con los casos compartida equipo del CRPSL	<input type="checkbox"/> SÍ			84,6		
	<input type="checkbox"/> NO			15,4		
Participación del usuario en la toma de decisiones	• Alta			69,2		
	• Moderada			23,1		
	• Baja			7,7		
	• No			0		
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	• Alta			46,2		
	• Moderada			53,8		
	• Baja			0		
	• No			0		

Resumen

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Frecuencia de contactos con el usuario

Lugar principal de los contactos

Intervención integrada en Plan del CRPSL

Carga afectiva de los lazos entre el profesional y el usuario

Vinculación con recursos comunitarios

Intervención con familias y otros miembros de la comunidad

Frecuencia de contactos con la familia

Existencia de reuniones con el equipo del CRPSL para revisar los casos

Movilidad del equipo en el último año

Perfil del paciente

Duración de la intervención

Criterios de evaluación de resultados con los usuarios

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 ayudarlo 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 intervenci
miento, reduc
una reducció
ne, vestido, h
ocupación del
y una reducci
puntuaciones
moderada-lig

Ca

DAS. Cuidado
DAS Ocupacio
DAS Familia y
DAS Funciona

* Todos los sujetos
en el programa

Conclusiones

Las medi
nistrar y que n
guen a tener u
representativo
sente estudio
práctica diaria
los que atiende
grama que los
atención del P
do en ayudas p
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 ayudarlo 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 intervenci
miento, reduc
una reducció
ne, vestido, h
ocupación del
y una reducci
puntuaciones
moderada-lig

Ca

DAS. Cuidado
DAS Ocupacio
DAS Familia y
DAS Funciona

* Todos los sujetos
en el programa

Conclusiones

Las medi
nistrar y que n
guen a tener u
representativo
sente estudio
práctica diaria
los que atiende
grama que los
atención del P
do en ayudas p
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 I...
- ESCUDEIRO, A., *La...*
- pp. 117-130.
- (19) THOR...
- Services», *British...*
- (20) THOR...
- British Journal of...*
- (21) MAR...
- Conclusions», *Br...*
- (22) THOR...
- Journal of Psych...*
- (23) SANT...
- Mentally Ill Patie...
- (24) GOLD...
- Assertive Commu...
- Bulletin*, 2006, 3...
- (25) SULL...
- Seriously Mental...
- (26) BONY...
- Rural Setting», *C...*
- (27) BREW...
- MRC, 1989.
- (28) MORE...
- pacientes esquizo...
- 31 (6), 2003, pp...
- (29) CUEV...
- de rehabilitación...
- 1996, pp. 71-90.
- (30) GÓME...
- la salud mental...
- Atención comuni...*
- (31) OMS...
- (32) BAKE...
- Systems», 1982,
- J. R Prous editor...
- (33) BELL...
- rio de apoyo soc...
- Andaluz de Salu...
- (2004), Consejer...
- (34) MCD...
- Community Trea...
- 1997, 25 (2), pp...

* Daniel Navar...
LEM; José...
Correspond...
Toledo dnav...
** Fecha de re...

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 I...
- ESCUDEIRO, A., *La...*
- pp. 117-130.
- (19) THOR...
- Services», *British...*
- (20) THOR...
- British Journal of...*
- (21) MAR...
- Conclusions», *Br...*
- (22) THOR...
- Journal of Psych...*
- (23) SANT...
- Mentally Ill Patie...
- (24) GOLD...
- Assertive Commu...
- Bulletin*, 2006, 3...
- (25) SULL...
- Seriously Mental...
- (26) BONY...
- Rural Setting», *C...*
- (27) BREW...
- MRC, 1989.
- (28) MORE...
- pacientes esquizo...
- 31 (6), 2003, pp...
- (29) CUEV...
- de rehabilitación...
- 1996, pp. 71-90.
- (30) GÓME...
- la salud mental...
- Atención comuni...*
- (31) OMS...
- (32) BAKE...
- Systems», 1982,
- J. R Prous editor...
- (33) BELL...
- rio de apoyo soc...
- Andaluz de Salu...
- (2004), Consejer...
- (34) MCD...
- Community Trea...
- 1997, 25 (2), pp...

* Daniel Navar...
LEM; José...
Correspond...
Toledo dnav...
** Fecha de re...