

# ***La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario***

**Margarita LAVIANA- CUETOS**  
*Servicio Andaluz de Salud*

## *Resumen*

La atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves sigue siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, toda vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad mental mas vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que requieren redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinadas, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención probadamente eficaces. El artículo presenta las características básicas de la atención a personas con esquizofrenia en sistemas comunitarios, teniendo en cuenta tanto las referencias internacionales como la experiencia desarrollada en Andalucía en los últimos veinte años.

*Palabras clave:* esquizofrenia, atención comunitaria, tratamientos eficaces, rehabilitación psicosocial.

## *Abstract*

The care of people with schizophrenia and other severe mental disorders remains an important aim for public mental health services, because this group are one of the most unprotected between of persons with mental illness, due to their risk of uprooting and marginality. They need well coordinated networks of health and social services, and trained and involved professionals, and the implementation of effective interventions. The paper present the basic issues from the care of people with schizophrenia in community mental health systems, included international references and the experience developed in Andalusia in the last twenty years.

*Key words:* Schizophrenia, Community Care, Efficacies Treatments, Psychosocial Rehabilitation.

Parece conveniente situar el contexto desde el que se presta la atención a este colectivo en Andalucía, y en particular desde la perspectiva de atención de un área sanitaria organizada en niveles, con recursos especializados y diversificados para su atención, con complejas conexiones con el resto de estructuras no sanitarias absolutamente imprescindibles para la atención integral a las necesidades de las personas que padecen esquizofrenia. Para ello resulta casi inevitable hacer un pequeño paréntesis introductorio para que comprendan mejor el modelo global de intervención defendido en este artículo.

La descripción de dispositivos y servicios utilizada en cada lugar, la denominación de los recursos, la dotación de los equipos, los criterios de selección de personal, el funcionamiento interno de los dispositivos y de la coordinación con otras redes, así como los criterios y las condiciones de derivación entre dispositivos y redes, la dependencia administrativa de los recursos y las prioridades asistenciales, varían de forma importante en los diferentes países, comunidades, provincias, etc. Es frecuente que dentro de una misma provincia se encuentren dispositivos que se llaman de la misma forma y sus programas, objetivos y organización sean claramente diferentes, y viceversa, espacios donde se realiza un trabajo similar con nombres diferentes.

En 1996, la OMS señaló la importancia de realizar estudios comparativos a niveles nacionales e internacionales para conocer los resultados de los procesos de reforma sanitaria, lo que es casi imposible si no se cuenta con sistemas estandarizados de descripción y clasificación de servicios, y de mayor relevancia aun en el terreno de la salud mental dada la importante (pero aun claramente insuficiente) transformación ocurrida en los últimos 25 años.

En este sentido es necesario avanzar en el desarrollo de un lenguaje común que permita una descripción estandarizada de los recursos y servicios, y que por ello, favorezca el diseño de los planes de actuación, del desarrollo de recursos y la comparación entre los programas de intervención desarrollados.

El Grupo EPCAT (*European Psychiatric Assessment Team*) ha establecido la creación de una batería de instrumentos para la evaluación de servicios de salud mental en áreas pequeñas entre los que se encuentra el *European Service Mapping Schedule (ESMS)*, destinado específicamente a la descripción y clasificación de servicios de salud mental, y que permite, a través de la realización estandarizada de algunas tareas, contar con descriptores homogéneos que faciliten la comparación de recursos y de resultados (OMS, 2005). Se sirve de un sistema de árboles o diagramas, que permiten la clasificación de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada.

Sería interesante realizar la descripción de la realidad asistencial en las diferentes Comunidades Autónomas (algunas ya han hecho estudios sobre algunos territorios, por ejemplo en Burlada, Navarra - Beperet, Martínez, Salvador y Romero, 2000), siguiendo los criterios establecidos en la adaptación para España del ESMS, incluyendo la descripción de servicios y de las pautas de utilización, lo que nos permitiría la comparación entre territorios, y de las que podríamos extraer mejor información.

A modo de ejemplo, el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, en su catálogo de Hospitales (disponible en [www.msc.es](http://www.msc.es)), incorpora bajo el epígrafe de hospital psiquiátrico dispositivos muy dispares en nombre, número de plazas, dependencia funcional, etc., dejando fuera del catálogo algunas

instituciones psiquiátricas (todavía potentes por el número de usuarios que atiende), por estar bajo la dependencia administrativa de Servicios Sociales. De la misma forma, tipifica estructuras de carácter puramente residencial y de escaso número de plazas, como hospitales psiquiátricos.

Realizar una panorámica de la situación en lo referido a la atención a la población usuaria de los servicios públicos afectada por esquizofrenia, resulta bien difícil sin tener en cuenta la realidad de dispositivos de la red, la existencia o no de recursos privados, de su tamaño, funcionalidad y programas, y no digamos, sin tener en cuenta la forma en la que en cada comunidad autónoma aborda la generación de recursos sociales de apoyo, su extensión, los canales de derivación, su accesibilidad, los niveles de gratuidad, etc.

Por otra parte, enfocar adecuadamente la importancia de la atención a las personas con esquizofrenia, supone incorporar también algunos datos y criterios que permitan conocer cual es en realidad el valor que dicha atención ocupa en los servicios públicos de Salud Mental, en España y en Andalucía.

El Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para Europa adoptó en su 48ª sesión –septiembre de 1998– 21 objetivos para promover la salud para todos hasta 2020, siendo el objetivo número 6 *Mejorar la salud mental*:

De aquí al año 2010 habrá que mejorar el bienestar psicosocial de toda la población y ofrecer servicios completos y más eficaces a las personas afectadas de problemas de salud mental. En particular:

*6.1. Será necesario reducir la prevalencia de trastornos mentales y su impacto nefasto sobre la salud, incrementando la capacidad de los individuos para*

*hacer frente a los acontecimientos estresantes de la vida.*

*6.2. Será necesario reducir al menos en un tercio las tasas de suicidio de manera que la reducción sea más importante en los países y en los grupos de población donde las tasas de suicidio son actualmente elevadas.*

*Este objetivo deberá ser alcanzado potenciando la promoción y la prevención de los trastornos de salud mental, especialmente en los grupos de riesgo; mejorando la formación de los profesionales y la calidad de las intervenciones, haciendo especial atención a los derechos humanos y a la calidad de vida de los pacientes mentales graves y en especial de los pacientes mentales crónicos.* ([www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/documentos/salud21/estrategiaOMS/completa.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/documentos/salud21/estrategiaOMS/completa.htm)).

En Andalucía, se recoge de forma expresa la preocupación de la administración sanitaria por defender no solo los mejores niveles de atención posibles a la población andaluza con problemas de salud mental, sino la intención de favorecer su mejor calidad de vida y su integración social.

El *Plan Integral de Salud Mental* incorpora la importancia de satisfacer con adecuados niveles de calidad la respuesta a las diversas necesidades de la población afectada por esquizofrenia (y por extensión, a otros diagnósticos incluidos bajo la denominación de Trastorno Mental Grave), incluyendo las actuaciones clínicas de contenido psicosocial, las de integración comunitaria y las de lucha contra el estigma.

En [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es) se puede consultar el *Tercer Plan de Salud. 2005-2008: Líneas estratégicas*, y el *Plan Integral de Salud Mental*, entre cuyos objetivos se se-

ñalan tres aspectos claves para prestar desde los servicios públicos una atención de calidad a las personas con enfermedad mental:

- Incrementar la capacidad de intervención preventiva.
- Mejora de la formación y de las intervenciones.
- Respeto a los derechos de los usuarios y a su calidad de vida.

Es por ello que, desde el máximo realismo que la inevitable subjetividad permita, se intentará realizar una aproximación a lo que entiendo debe ser la atención a personas con esquizofrenia a partir de la propia experiencia.

### Referencias contextuales sobre el modelo de atención a las personas con esquizofrenia

El tipo de trabajo a desarrollar desde los servicios públicos de salud mental a personas que padecen esquizofrenia, debe enmarcarse, para ser planteado correctamente, al menos, en tres tipos de contextos:

- a) El primero de ellos, de *carácter teórico* y con un elevado nivel de generalidad y abstracción, hace referencia al concepto de *Atención comunitaria en salud mental*, entendida tanto como fundamento de la política sanitaria de la que surgen los dispositivos de atención, cuanto como orientación general del tipo de trabajo a desarrollar desde los mismos.
- b) Un segundo aspecto contextual, y como resultado del proceso de reforma psiquiátrica, se refiere al modelo de servicios inspirado en las orientaciones comunitarias desarrollado en Andalucía, al que es preciso referirse para entender la situación actual de la atención a estas

personas, y por extensión a las personas que padecen un trastorno mental grave, con las que comparte gran parte de necesidades y características.

- c) Un tercer aspecto no menos importante que los anteriores, y entrelazado con ambos de forma importante, se refiere a la *evolución y desarrollo de las competencias técnico-profesionales* que ha impreso en el contexto asistencial una mayor posibilidad de abordaje eficaz de los problemas de estas personas; esto es, *la práctica de la intervención terapéutica basada en la evidencia* (psicología de la evidencia, psiquiatría de evidencia, medicina de la evidencia), el fortalecimiento de nuevos roles profesionales ligados al abordaje integral y desde una perspectiva comunitaria (psicólogos clínicos especialistas, enfermeras especialistas en salud mental, terapeutas ocupacionales).

### La atención comunitaria a personas con trastorno mental grave

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX tienen lugar, en gran parte de los países occidentales desarrollados, importantes cambios, tanto en la consideración social de las personas afectadas por graves problemas de salud mental, como en la manera de organizar y desarrollar su atención desde las distintas administraciones públicas (Breakey, 1996, Desviat, 1994, López, López y Fernández, 1998, Sarraceno, 1995).

Dichos cambios, que se relacionan con distintos factores políticos, sociales y profesionales y tienen diferentes concreciones temporales y geográficas, pueden resumirse en dos grandes transformaciones:

- a) La que afecta a la *imagen social* de las personas con este tipo de problemas y

que va pasando, de modo progresivo y todavía inacabado, desde la imagen del *loco* que hay que recluir, a la del *enfermo* que debe ser atendido sanitariamente, y, más allá de ésta, a la del *ciudadano* con problemas que debe ser apoyado en el ejercicio de sus derechos.

- b) Y la que hace referencia a *los sistemas de atención*, con el paso, igualmente progresivo y todavía incompleto, desde sistemas basados en grandes instituciones monográficas (*Hospitales Psiquiátricos*) a redes de servicios inspirados en lo que denominamos *Atención Comunitaria*.

***La atención comunitaria en salud mental: definición, características generales y evolución histórica.***

Hay diferencias importantes entre las distintas orientaciones teóricas y no digamos entre la organización y funcionamiento

real de los distintos sistemas, que intentan concretar los principios de la *Atención Comunitaria* (Breakey, 1996, Desviat, 1994, González de Chávez, 1983). Sin embargo es posible hacer, en el nivel teórico, alguna formulación sintética de los mismos, así como analizar brevemente las consecuencias que se derivan de las más significativas experiencias desarrolladas hasta ahora en distintos lugares del mundo, incluido nuestro país. En este análisis, tomaremos en consideración tanto aspectos positivos como negativos.

Aunque hay múltiples definiciones del concepto de atención comunitaria, la mayoría de ellas incorporan en términos generales los aspectos recogidos en la tabla 1.

En relación a la evolución histórica y sin pretender un análisis exhaustivo de la historia de la atención comunitaria en salud mental, sí cabe hacer una breve reflexión sobre algunas de sus experiencias más destacadas en distintos países (Desviat, 1994, González

*Tabla 1. Elementos definatorios de la Atención Comunitaria.*

- 
1. La inclusión de los *planteamientos característicos de la salud pública*, en sentido amplio, y entre otros, los siguientes:
    - la atención al conjunto de problemas de salud mental,
    - con responsabilidad sobre territorios y poblaciones concretas,
    - y la adecuación a criterios epidemiológicos y de prioridad en la atención.
  2. La adopción de un *enfoque general basado en una filosofía de la rehabilitación*, que implica:
    - la orientación de las intervenciones hacia la autonomía personal y la funcionalidad social de los usuarios,
    - el énfasis en sus capacidades y el respeto a sus intereses y expectativas,
    - y la integralidad de la atención, incluyendo aspectos preventivos, de tratamiento, rehabilitadores (en sentido estricto) y de integración social.
  3. La organización de la atención sobre la base de una *red de dispositivos*, que:
    - incluya tanto servicios sanitarios como sociales en sentido amplio,
    - facilite prestaciones accesibles y adaptables a las necesidades individuales,
    - y que en mayor parte sean extrahospitalarios.
  4. Un funcionamiento que hace *énfasis en el trabajo en equipo y la participación*:
    - dentro de cada red,
    - entre las distintas redes que interactúan,
    - e incluyendo profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.
-

de Chávez, 1983, Laviana, López, Prados y Rodríguez, 1987).

1. La primera experiencia a considerar es la referida al proceso de *desinstitucionalización* (Bachrach, 1976) en *Estados Unidos*, donde desde 1955 se produce una reducción muy importante de residentes en Hospitales Psiquiátricos, con el cierre de la mayor parte de dichas instituciones. Las cifras que resumen la situación son llamativas: se pasa de 560.000 residentes (339 de cada 100.000 habitantes) en 1955, a menos de 80.000 (31 por 100.000 habitantes) en 1995 (Bachrach, 1997).

El proceso se ve impulsado por un complejo conjunto de factores, entre los que se incluyen elevadas dosis de ingenuidad asociadas a veces con motivaciones de ahorro económico, y se desarrolla en un contexto de práctica carencia de recursos sanitarios y sociales públicos, dando lugar a dramáticas situaciones de abandono y falta de atención, de la que la más conocida es la aparición de un gran número de pacientes mentales entre el colectivo de los llamados *sin techo* (*sin hogar, homeless*), en multitud de ciudades de dicho país.

Sin embargo, paradójicamente, esta situación general contrasta con la existencia de importantes experiencias locales, consistentemente evaluadas, que muestran que el proceso de desinstitucionalización y el subsiguiente desarrollo de sistemas comunitarios de atención son perfectamente posibles.

Así procesos de cierre de Hospitales Psiquiátricos como los analizados por Harding en Vermont y Maine, con un seguimiento de más de tres décadas (De Sisto, Harding, McCormick, Ashikaga y Brooks, 1995), permiten comprobar la adaptación a la vida comunitaria de los antiguos residentes y sus

progresos personales y sociales, en estrecha correlación con la existencia de programas de rehabilitación psicosocial y sistemas de apoyo en la comunidad.

Del mismo modo, la evidencia empírica sobre distintos sistemas comunitarios de atención (*Tratamientos asertivos en la comunidad*, hospitalizaciones domiciliarias, programas de rehabilitación psicosocial, redes de apoyo social, empleo con apoyo), muestra su efectividad y eficiencia en distintas condiciones locales (Hernández, 2000, Mayoral, 2000).

2. Otra experiencia nacional interesante y controvertida es la de la *reforma psiquiátrica* italiana de finales de los años 70. Sobre la base de experiencias puntuales como la iniciada por Basaglia en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia, la prohibición por el Parlamento (a través de la famosa Ley 180, de 1978) de los ingresos en los Hospitales Psiquiátricos, y las instrucciones a las administraciones regionales sobre el desarrollo de servicios comunitarios, pone en marcha un proceso territorialmente desigual en el que algunas regiones y servicios locales (Trieste, Arezzo, Regio-Emilia, etc.) han demostrado también que se puede sustituir las viejas instituciones por redes comunitarias de servicios (Labos, 1989).

3. De manera menos radical, pero no menos efectiva, distintos países de cultura anglosajona, como el Reino Unido (que ha cerrado el 70% de sus viejas instituciones), Australia, Nueva Zelanda o Canadá, han venido desarrollando *procesos de cambio en la organización y funcionamiento de sus sistemas de atención en salud mental*.

Basados en la desinstitucionalización y cierre de los Hospitales Psiquiátricos y la construcción de alternativas comunitarias, la extensión de dichos procesos y la evaluación

rigurosa de algunos de ellos muestran también que el cambio es posible, satisfactorio para usuarios, familiares y profesionales, y tiene costes razonables (Leff, 1997).

Del mismo modo, los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia) han ido reduciendo de modo significativo sus camas en Hospitales Psiquiátricos, y desarrollando distintos tipos de servicios comunitarios tanto sanitarios como sociales (Alanen, 1997). Y lo mismo está sucediendo, en menor medida en muchos otros países, bajo la orientación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Levav y González, 1998).

4. En lo que respecta a España y aunque volveremos sobre el tema al referirnos a la Reforma Psiquiátrica andaluza, hay que señalar que la *Ley General de Sanidad de 1985*, siguiendo en esto recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, plantea la sustitución del sistema tradicional por uno de orientación comunitaria e integrado en sus aspectos sanitarios, en las estructuras generales del Sistema Nacional de Salud. Si bien el desarrollo real de la reforma, en manos de las diferentes comunidades autónomas, ha generado evidentes diferencias territoriales en cuanto a la orientación y dotación concreta de recursos (García y Vázquez-Barquero, 1999).

### **Balance actual de la Atención Comunitaria**

Tras más de cuatro décadas de cambios, un balance equilibrado de los distintos procesos se debería basar, al menos, en los siguientes aspectos (Breakey, 1996, García, Espino y Lara, 1998, Leff, 1997, López y cols., 1998):

a) El *aparente triunfo* de las tesis comunitarias que constituyen hoy la referencia obligada a nivel profesional, político y ciudadano sin que nadie se atreva a defender el sistema manicomial, salvo con referencias cada vez más matizadas a las dificultades de los procesos de transformación (incluyendo, como aspecto significativo, las resistencias de alguna parte del personal).

b) La evidencia acumulada sobre la factibilidad y buenos resultados de los sistemas de atención comunitaria en distintos lugares del mundo. Así, parece demostrado que es posible atender a las personas con problemas de salud mental sin recurrir a instituciones *sin propósito*, garantizando mejoras en algunos casos muy sustanciales de su funcionamiento personal y social.

c) La necesidad de actualizar algunos de los planteamientos iniciales de los movimientos comunitarios, fundamentalmente en las siguientes direcciones:

- Tener en cuenta que las personas con graves problemas de salud mental pueden tener dificultades importantes de funcionamiento, que el sistema tradicional agravaba pero no generaba de manera exclusiva.
- La convivencia familiar no es la única alternativa para muchas personas y su peso parece tender a disminuir en el futuro.
- Con ser muy importantes, no basta con buena voluntad y relaciones humanas, sino que hacen falta desarrollos tecnológicos importantes, tanto biológicos como psicosociales.
- El coste de unos servicios comunitarios de calidad no resulta inferior al de unos *buenos* Hospitales, especialmente si queremos atender con garantías a algunos colectivos especialmente difíciles.

d) La necesidad de cumplir determinadas condiciones para asegurar que el sistema funciona, como son:

- La diversidad, dotación y coordinación de recursos tanto en el sector sanitario como en el social.
- La formación inicial y continuada del personal.
- La adecuación de los mecanismos de gestión, que deben garantizar la flexibilidad y adaptabilidad a necesidades individuales de las intervenciones y dispositivos, la motivación del personal y la coordinación del conjunto de la red.

En los últimos años, se ha venido produciendo la *puesta de largo* de la salud mental con la consolidación definitiva de su valor como elemento aglutinador de la política sanitaria. La mayor parte de las Comunidades Autónomas definen en sus modelos de atención, desigualmente desarrollados y con carencias muy significativas, la importancia estratégica de la comunidad como el espacio de destino de las intervenciones con los usuarios de Salud Mental.

Esta *puesta de largo*, cuyo valor debemos saber aprovechar, se contradice con el escaso desarrollo de servicios y equipos cuya efectividad está demostrada, y que son a su vez, demandas ya crónicas de los usuarios y familiares: equipos de intervención en crisis, equipos de intervención domiciliaria, incremento matizado de la dotación de profesionales en los equipos comunitarios (matizado en el sentido de promover un equilibrio entre los existentes, a todas luces disfuncional, consiguiendo el mismo número de psiquiatras que de psicólogos clínicos, de trabajadoras sociales que de enfermeras, incorporar terapeutas ocupacionales en todos los equipos, etc.), lo que permitiría

incrementar la oferta de intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas, sociales y de rehabilitación, frente a la mayoritaria terapéutica farmacológica actual.

### **El concepto de trastorno mental grave**

Una de las características de los sistemas de atención comunitaria es la diversificación de las respuestas, adaptándolas a las necesidades específicas de los distintos grupos y personas con problemas (a diferencia de la uniformidad del sistema manicomial).

Situado el núcleo de los servicios en entornos comunitarios, el abanico de necesidades detectadas se amplía. A su vez, la mayor calidad y la menor carga del estigma social asociado a los servicios de salud mental generan un incremento en el número y en la diversidad de los problemas que llegan, lo que supone que un sistema comunitario aborda una tipología de problemas muy distinta de la de los sistemas tradicionales.

Por todo ello es importante diferenciar grupos de usuarios con problemas más o menos comunes en términos de necesidades de atención, delimitación que va más allá del diagnóstico, pero que de forma evidente incluyen la esquizofrenia, la mayor parte de las psicosis y gran parte de los trastornos de personalidad.

### **Una definición operativa**

En ese sentido, hay un consenso creciente en la definición de un grupo cuyas características lo hacen subsidiario de atención preferente por los servicios de salud mental (Shepherd, 1996). Grupo que cada vez más solemos denominar como *Personas con Trastorno Mental Grave* (desde ahora TMG). Su consideración preferente deriva de tres tipos de valoraciones:



- La multiplicidad y gravedad de sus problemas, que afectan a importantes y variadas áreas de su funcionamiento personal y social, incluyendo su capacidad para solicitar y/o colaborar en su propia atención.
- Su carácter crítico para la atención comunitaria, debido a las repercusiones familiares y sociales que pueden llegar a ser graves en algunos casos, siendo el colectivo que sirve de supuesta justificación para mantener el sistema tradicional.
- La existencia de intervenciones que mejoran considerablemente sus problemas y permiten en muchas ocasiones niveles bastante elevados de ajuste, modificando positivamente la tendencia a la cronificación del proceso.

Hay también un consenso creciente (Ruggeri, Lesse, Thornicroft, Bisoffi, y Tansella, 2000) en las dimensiones a incluir en la definición, aunque siga existiendo bastante diversidad en los criterios concretos que se aplican en cada una de ellas. Ello nos da diferencias sustanciales en las estimaciones de prevalencia. Básicamente se suelen considerar tres dimensiones:

- El diagnóstico, en el que se incluyen fundamentalmente las llamadas *psicosis funcionales* (esquizofrenia y otras psicosis delirantes, psicosis afectivas), y algunos tipos de trastornos graves de la personalidad.
- La duración del proceso y de la utilización de recursos sanitarios y sociales.
- Y las alteraciones en varios aspectos como son la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales o el trabajo, así como la existencia de un medio social próximo poco tolerante y/o agotado.

Más en concreto, y con fines más clínicos que epidemiológicos, utilizamos una propuesta de definición de Shepherd (1996), para referirnos al tipo de usuarios a incluir en los programas más intensivos, y que incluye:

- Diagnóstico de esquizofrenia o psicosis afectiva importante.
- Que ha tenido un mínimo de cinco ingresos o una estancia continuada de seis meses, en los últimos tres años.
- Que presenta problemas significativos de funcionamiento en, al menos, dos de las siguientes áreas:
  - Capacidad de autocuidado.
  - Manejo de su economía, con recursos escasos.
  - Alojamiento (inestable y/o de baja calidad).
  - Apoyos sociales (carencia, fragilidad y/o inadecuación).
  - Ocupación y empleo (desempleo, inactividad, etc.).
  - Relaciones personales (red social pobre o inexistente, dificultades familiares, etc.).
  - Capacidad de leer, escribir y hacer operaciones numéricas.
- Baja adherencia al tratamiento, poca aceptación de la medicación y/o irregularidad en las tomas.
- Dificultades para comprometerse en el seguimiento.
- Frecuentes crisis.
- Policonsumidor de recursos (policía, servicios de urgencia, etc.).

En definitiva, *el enfermo mental que lleva más de dos años en situación más o menos continuada de desprotección personal, que requiere ayuda económica pública, incapaz de mantener una red personal*

de apoyo social, que necesita ayuda para cubrir aspectos básicos cotidianos, que presenta una conducta social inadecuada, que requiere intervención sanitaria frecuente, y a veces, protección jurídica.

En nuestro contexto, estos pacientes se caracterizan, pues, por padecer trastornos de larga evolución, presentar altos niveles de discapacidad social, requerir apoyo durante mucho tiempo, por presentar baja adherencia al tratamiento, y que frecuentemente:

- Abandona y/o desaparece.
- Incumple reiteradamente las citas.
- No supera los requisitos de los programas.
- No cumple ningún *perfil* o los cumple todos.
- Está en la lista de espera de *todos los recursos nuevos*.
- Vive solo y/o con padres muy ancianos.

### Una aproximación cuantitativa

A partir de dichas dimensiones, las cifras manejadas en la literatura profesional varían considerablemente, en función de los criterios concretos adoptados y de las características de los distintos territorios. Así, una revisión reciente (Ruggeri y cols., 2000), daba cifras que oscilaban entre el 4 y el 88 % de los pacientes vistos por los servicios,

y, concretando en un Área italiana y con definiciones más estrictas, entre el 9 y el 16 % de los mismos. Cifras que corresponden a una prevalencia comprendida entre 1.34 y 2.45 de cada 1000 personas mayores de 18 años de la población general.

A modo de ejemplo, se aportan cifras que podrían ser estimativas para la provincia de Sevilla, y en especial para el Área Hospitalaria “Virgen del Rocío”. Se ha utilizado el índice de 2.4 por 1000 en población general de cualquier edad. A efectos de planificación de recursos, puede ser de interés para conocer la magnitud de la red a crear, consolidar y desarrollar (ver tablas 2, 3, 4 y 5).

Según estos datos, y contando con la capacidad real y potencial de los recursos sanitarios de la red de Salud Mental, para desarrollar los programas de apoyo intensivo necesarios, el proceso de atención a personas con TMG (la mayor parte de ellas, con diagnóstico de esquizofrenia) debe comprometer a todos los recursos de la red, y debe asimismo guiar el proceso de desarrollo de los recursos sanitarios y sociales de apoyo, en especial de apoyo residencial, ya sea en la red de residencia alternativa, ya sea en el propio domicilio del usuario.

Si consideramos la capacidad potencial de respuesta de los servicios sanitarios, tanto la atención desde los diferentes equipos

Tabla 2. Estimación de casos de TMG en Sevilla.

<i>Estimación según datos del Censo de 2001</i>	<i>Nº de personas con TMG (0'24% de la Población General)</i>	<i>Nº de TMG con necesidades especiales (40% del total de TGM)</i>
SEVILLA CAPITAL (704.203 hab.)	1.690	676
CORONA METROPOLITANA (400.000 hab.)	960	384
RESTO DE MUNICIPIOS (678.659 hab.)	1.628	651
TOTAL SEVILLA (1.782.862 hab.)	4.278	1.711

Tabla 3. Estimación de casos de TMG en el Área “Virgen del Rocío” de Sevilla.

	<b>TGM</b>	<b>TGM/NE</b>
ÁREA “VIRGEN DEL ROCÍO” (736.321 hab.)	1.767	707
Zona urbana (541.815 hab.)	1.300	520
- Equipo Salud Mental “Guadalquivir” (130.558 hab.)	313	125
- Equipo Salud Mental “Oriente” (112.364 hab.)	270	108
- Equipo Salud Mental “Sur” (125.956 hab.)	302	121
- Equipo Salud Mental “Este” (172.937 hab.)	415	166
Zona rural y metropolitana (194.506 hab.)	467	187
- Equipo Salud Mental “Aljarafe” (84.874 hab.)	204	82
- Equipo Salud Mental “S. Juan de Aznalfarache” (109.632 hab.)	263	105

TGM: Trastorno Mental Grave. TGM/NE: Trastorno Mental Grave con Necesidades Especiales

Tabla 4. Área de Salud Mental “Virgen del Rocío”.

<b>Tipología de servicios</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº de plazas/usuarios</b>
Unidades de Salud Mental en Hospital General	2	55 (más del 50% TGM)
Hospital de día	1	30 (100% TGM)
Unidad de S. M. de Infancia y Adolescencia	1	25 (todo tipo de diagnóstico)
Comunidades Terapéuticas	2	32 TC + 40 TP (100% TGM)
Unidades de Rehabilitación de Área	1	50 por día (100% TGM)
Equipos de Salud Mental de Distrito	6	50 por equipo/día (todo tipo)

TC: horario completo. TP: horario parcial

Tabla 5. Estimación de plazas de apoyo social.

<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>Ratio x 100.000 hab.</b>	<b>Nº de plazas</b>	<b>Nº de recursos</b>
Programas Ocupacionales	30	221	13
Plazas de Inserción Laboral	15	110	110
Centros de Día	15	110	4
Casas Hogar	12	89	5
Pisos Tutelados/Supervisados	12	89	18
<b>TOTAL</b>	<b>84 (x 100.000 hab.)</b>	<b>619</b>	

de Salud Mental como la desarrollada por Atención Primaria, permiten implementar un programa suficientemente potente si se parte de tres premisas fundamentales:

1. La atención estructurada, sobre la base de un programa de Área, sostenido a su vez por las indicaciones derivadas del proceso de TMG.

2. La disponibilidad de los recursos sociales necesarios para atender las necesidades de una población como la nuestra con una cierta seguridad de eficacia.
3. La coordinación obligada entre servicios y redes, y el control sobre el cumplimiento del programa, que no deje al arbitrio de cada cual la oferta terapéutico-asistencial que el usuario requiere.

En este sentido, parece conveniente hablar de la necesidad de sectorización de los recursos sociales, tendiendo hacia redes territoriales comunes donde la coordinación y el trabajo comunitario tengan mayor eficacia cooperativa. Desde esta perspectiva, se potenciarían las intervenciones integradas, y se favorecería la integración del usuario:

1. Se establecerían conjuntamente itinerarios rehabilitadores en la comunidad (bien reconocidos por los usuarios y sus allegados).
2. Ambas redes (la sanitaria y la social) serían, asimismo, recursos comunitarios bien identificados por la colectividad.

La complejidad de los programas y la constatación de la diversidad de ritmos en su desarrollo, exigen una individualización en las intervenciones sanitarias y sociales que no son fáciles de conseguir si no existe una corresponsabilidad en el diseño y planificación de recursos en un territorio dado.

### **La atención a personas con trastornos mentales severos y persistentes en sistemas comunitarios**

La atención de estas personas ha experimentado también importantes avances en las últimas décadas, estableciéndose progresivamente un elevado grado de con-

senso con respecto a tipos de intervenciones efectivas, y la estructura y organización de los recursos sanitarios y sociales que permiten facilitárselas.

El consenso profesional actual incluye la disponibilidad de las intervenciones señaladas en la tabla 6.

### ***Algunas dificultades para la oferta del plan de tratamiento adecuado para la atención a personas con trastornos mentales graves***

Con demasiada frecuencia, sin embargo, la oferta terapéutica a estas personas viene condicionada por factores de diversa índole, que a efectos operativos intentaré separar aunque en la práctica asistencial están estrechamente entrelazados:

- Aspectos vinculados a la gestión de los equipos.
- Aspectos vinculados al funcionamiento interno del equipo.
- Aspectos vinculados a la formación de los profesionales.
- Aspectos vinculados a la dotación de los equipos.

Es evidente que el último aspecto es el más citado por todos a la hora de justificar el tipo y calidad de la atención prestada a la población usuaria de los servicios, y en especial, a los que padecen esquizofrenia u otro trastorno mental grave.

Son sin embargo los tres primeros, a mi juicio, los que más condicionan el tipo de relación que cada equipo establece con la población de la que es referente, y de cuya atención es responsable. Son, a su vez, los más modificables por estrategias propias, y que dependen en menor medida de decisiones externas a los equipos (ello, evidentemente, con la lógica relatividad y entendiendo que

se realiza, de forma consciente, una cierta simplificación de los problemas).

Si los diferentes responsables de Área, de Equipo, y de Programas, no asumen de forma explícita, y con el grado de prioridad que el problema supone, su responsabilidad en la orientación, intensidad, continuidad y evaluación práctica de los resultados de la atención concreta ofertada y recibida, será imposible hablar de continuidad de atención y de atención efectiva, ya que cada dispositivo funcionará a su manera, y cada profesional tendrá su particular consulta *privada* en el dispositivo.

No es suficiente con que funcionen uno o dos ejes del circuito: es preciso establecer una línea de base de continuidad asistencial, sustentada en la buena práctica profesional y en la evidencia suficiente de la mejor oferta terapéutica disponible.

La gestión de los equipos debe incorporar, junto con la gestión administrativa de la asistencia, la gestión de contenidos profesionales, compatibles con la necesaria y adecuada libertad de los profesionales a la hora de establecer sus planes de atención.

No siempre es fácil unir al necesario cumplimiento de indicadores asistenciales,

Tabla 6. Intervenciones en la atención a personas con trastornos mentales severos y persistentes en sistemas comunitarios.

#### 1. Sobre la persona con trastorno mental grave:

- Fármacos (fundamentalmente neurolépticos tradicionales y atípicos).
- Apoyo personal continuado (de manera individual y/o en grupo, incluyendo formas más estructuradas de psicoterapias y las dinámicas interpersonales en distintos dispositivos de estancia prolongada).
- Recuperación y/o desarrollo de habilidades personales:
  - Autocuidados.
  - Vida cotidiana.
  - Relaciones sociales.
  - Educación básica.
  - Orientación y Formación laboral.
- Psicoeducación (información sobre la enfermedad, sus dificultades y necesidad de atención).
- Rehabilitación cognitiva.
- Terapia cognitiva para síntomas positivos resistentes a la medicación.

#### 2. Sobre la familia:

- Psicoeducación (información y apoyo personal para reducir los niveles de emoción expresada en la interacción con el paciente).

#### 3. Recursos instrumentales:

- Recursos residenciales con distinto grado de supervisión y apoyo.
- Recursos ocupacionales, laborales y lugares de interacción social.
- Dinero.
- Recursos tutelares.
- Intervenciones generales que contribuyan a la reducción del estigma y de las actitudes sociales de rechazo al enfermo mental.

que observan a cuantos y a quienes se ven en los servicios, el qué y el cómo se les atiende.

Es obvio, y se señalaba mas arriba, que la atención integral a las personas que padecen una enfermedad mental grave, como es la esquizofrenia, supone incorporar integradamente diferentes abordajes, simultáneos y/o sucesivos, en uno o varios recursos del sistema, y que van a requerir la intervención de otros sistemas sociales. Ofertar solo atención psicofarmacológica, y dejar *para cuando ya no se pueda hacer nada* la derivación hacia recursos y /o programas de rehabilitación, además de una muestra de la ignorancia mas absoluta, es un ejemplo de negligencia profesional, de la que sería corresponsable la administración sanitaria si no pone en marcha mecanismos de corrección.

Por otra parte, en una red como la nuestra, y desde los principios de salud pública y de atención comunitaria, el funcionamiento en equipo es la base para un trabajo eficiente, y garantía de continuidad asistencial.

El trabajo multiprofesional de funcionamiento interdisciplinar, sigue siendo una asignatura pendiente en la mayoría de los equipos, confundiéndose los funcionamientos *light*, en los que los profesionales se sienten cómodos con el trabajo en equipo que supone compartir información, trabajo, decisiones, responsabilidad y respeto.

El éxito del programa de trabajo para nuestros usuarios, es el establecimiento de un programa de trabajo bien ajustado a la realidad de cada uno de ellos, y detrás de él, un profesional referente absolutamente empeñado en lograr su cumplimiento y en servir de apoyo en cada uno de los momentos de evolución del proceso; referente que debe apoyar el trabajo de los demás implicados, y que deberá ser aquel que mejor pueda realizar esa función con ese usuario dado

(mas allá de las categorías profesionales de cada cual).

Dos palabras para hablar de la formación de los profesionales: la mayor parte de la propuesta psicosocial, tratamiento de primera línea para esta población, no forman parte de la oferta generalizada porque o bien es desconocida por una gran mayoría de los clínicos, o es desvalorizada por su consideración de terapia psicológica.

Considero de primera necesidad incorporar estrategias organizativas, formativas y de coordinación que superen estos problemas, y permitan incrementar la oferta desde los equipos comunitarios, para lo cual es necesario a su vez, incrementar el número de profesionales y de los horarios de atención.

El modelo comunitario, pese a su filosofía centrada en la comunidad, todavía se sustenta bajo una concepción hospitalocéntrica de la prioridad asistencial: la distribución de usuarios por profesional, con independencia del tipo de intervención realizada, presenta una fotografía en la que los psiquiatras *atienden* a más pacientes que los psicólogos. Está claro que la revisión farmacológica ocupa menos tiempo de atención que la psicoterapia, tanto individual como grupal y familiar. Los indicadores de resultado, enfocados al *cuanto*, dificultan aún mas la pervivencia de determinados enfoques basados en abordajes mas comprensivos.

Si en algo hay unanimidad en las consideraciones sobre la efectividad de las intervenciones comunitarias sobre personas con trastorno mental severo, sin duda alguna es con referencia a la importancia del personal, del equipo humano, *tecnología* básica en este sistema de atención.

Es evidente la necesidad de un número importante de personas, con profesiones y dependencias administrativas diversas, para hacerse cargo del conjunto de prestaciones

anteriormente enumeradas. También lo es la necesidad de una buena formación, al nivel que en cada caso corresponda, en personas que tienen a su cargo intervenciones a veces complejas con personas habitualmente difíciles.

Pero sobre todo parece necesario insistir en otras características personales, que tienen que ver con actitudes y capacidades relacionales difíciles de aprender como tales (flexibilidad, respeto, confianza, *tacto*) y que sólo pueden mejorarse con el trabajo cotidiano, contando con adecuados mecanismos de selección, motivación e incentivación continuadas (ver tabla 7). Estos aspectos, no suelen ser los habituales en el terreno de la gestión de personal en organizaciones complejas como la sanitaria, a menudo incompatibles con los *criterios* emanados de los sindicatos en los procesos de selección y con la fre-

cuenta negativa a incorporar la valoración de estos aspectos.

### **Red de servicios: el modelo de Atención Comunitaria en Andalucía**

La mayor parte de las personas que padecen esquizofrenia u otra enfermedad mental con necesidades de apoyo sanitario y social similares, van a circular durante casi toda su vida por la red asistencial completa, requiriendo la intervención de múltiples servicios y profesionales en las diferentes etapas de su enfermedad.

Por ello, la facilitación personalizada y continuada en el tiempo de distintas agrupaciones de este conjunto de intervenciones, exige redes complejas y bien coordinadas de dispositivos y equipos profesionales. Básicamente todo ello implica:

*Tabla 7.* Características de la personalidad deseables e indeseables para los profesionales de salud mental comunitaria (Moosher y Burti, 1994).

---

#### **Características deseables**

1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre.
2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga.
3. Paciencia, sin intromisiones.
4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas.
5. Flexibilidad.
6. Empatía.
7. Optimismo y apoyo.
8. Firmeza respetuosa.
9. Humor.
10. Modestia.
11. Razonamiento tomando en consideración el contexto.

#### **Características indeseables**

1. Fantasía de salvador.
  2. Distorsión consistente de la información.
  3. Visión pesimista.
  4. Abuso de los clientes en función de sus propias necesidades.
  5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás.
  6. Desconfianza y culpabilización de los demás.
-

1. El acceso a los cuidados generales de salud, básicos y especializados en otros aspectos distintos de los mentales, para cuya utilización suelen encontrar más dificultades que otro tipo de pacientes.
2. Un equipo multiprofesional especializado en salud mental, referencia general y garantía de la continuidad de cuidados en el conjunto del sistema. Se encarga de la mayor parte de su atención ambulatoria y domiciliaria, de la relación con la familia y su entorno próximo. Esa es (o debe ser) la función de los Centros o Equipos Comunitarios de Salud Mental.
3. Uno o varios espacios que permitan la hospitalización o tratamiento intensivo de 24 horas, cuando se requiera su alejamiento temporal del medio habitual. Es claramente más positivo que dichas unidades se ubiquen en Hospitales Generales, y parece conveniente diferenciar al menos las Unidades de corta estancia (erróneamente llamadas *de agudos*) en Hospitales Generales, y las Unidades de media y larga estancia de carácter activo (no lugares masificados y *de depósito*), como la Comunidades Terapéuticas en nuestro medio.
4. Espacios (complementarios y/o alternativos a las estancias de 24 horas) para la atención continuada en régimen de hospitalización parcial. Pueden funcionar como dispositivos diferenciados (Hospitales de Día) o como Programas específicos dentro de las Unidades de Hospitalización, y/o de las Comunidades Terapéuticas.
5. Espacios de atención continuada para el desarrollo de programas específicos de Rehabilitación, como las Unidades de Rehabilitación de Área.
6. Espacios de atención a urgencias (funcionamiento de 24 horas), con la posibilidad de que permitan atenciones en crisis fuera del centro en que se ubican (los largamente demandados y aun no conseguidos Equipos de Intervención en Crisis).
7. Programas de gestión de casos, que ayudan a garantizar la variedad y coordinación de la atención necesaria en cada caso individual. En algunos modelos (los basados en el llamado *Tratamiento Asertivo Comunitario* o enfoques similares) se trata de Equipos específicos que se encargan directamente de la atención del grupo más grave de pacientes.
8. Y la disponibilidad de lo que en el apartado anterior hemos denominado *Recursos instrumentales*, en definitiva recursos de apoyo social en sentido amplio. En Andalucía, por ejemplo, la mayor parte de estos recursos se prestan a través de la *Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental* (FAISEM), cuya dirección en la web es: [www.faisem.es](http://www.faisem.es).

### **El modelo de Atención Comunitaria en Andalucía: la coordinación intersectorial**

La coordinación entre los diferentes dispositivos de la red y entre las diferentes redes de atención, es el elemento clave para ofrecer una atención adecuada a las necesidades de los usuarios afectados por enfermedades graves.

En el Área Hospitalaria “Virgen del Rocío” de Sevilla, se viene desarrollando por parte de algunos dispositivos un intenso esfuerzo para establecer la centralidad del programa de rehabilitación y de continuidad de cuidados para personas con TMG, cuya coordinación general se resume en el esquema reflejado en la figura 1, y que *pretende situar la centralidad de la intervención no en el dispositivo sino en el programa*.



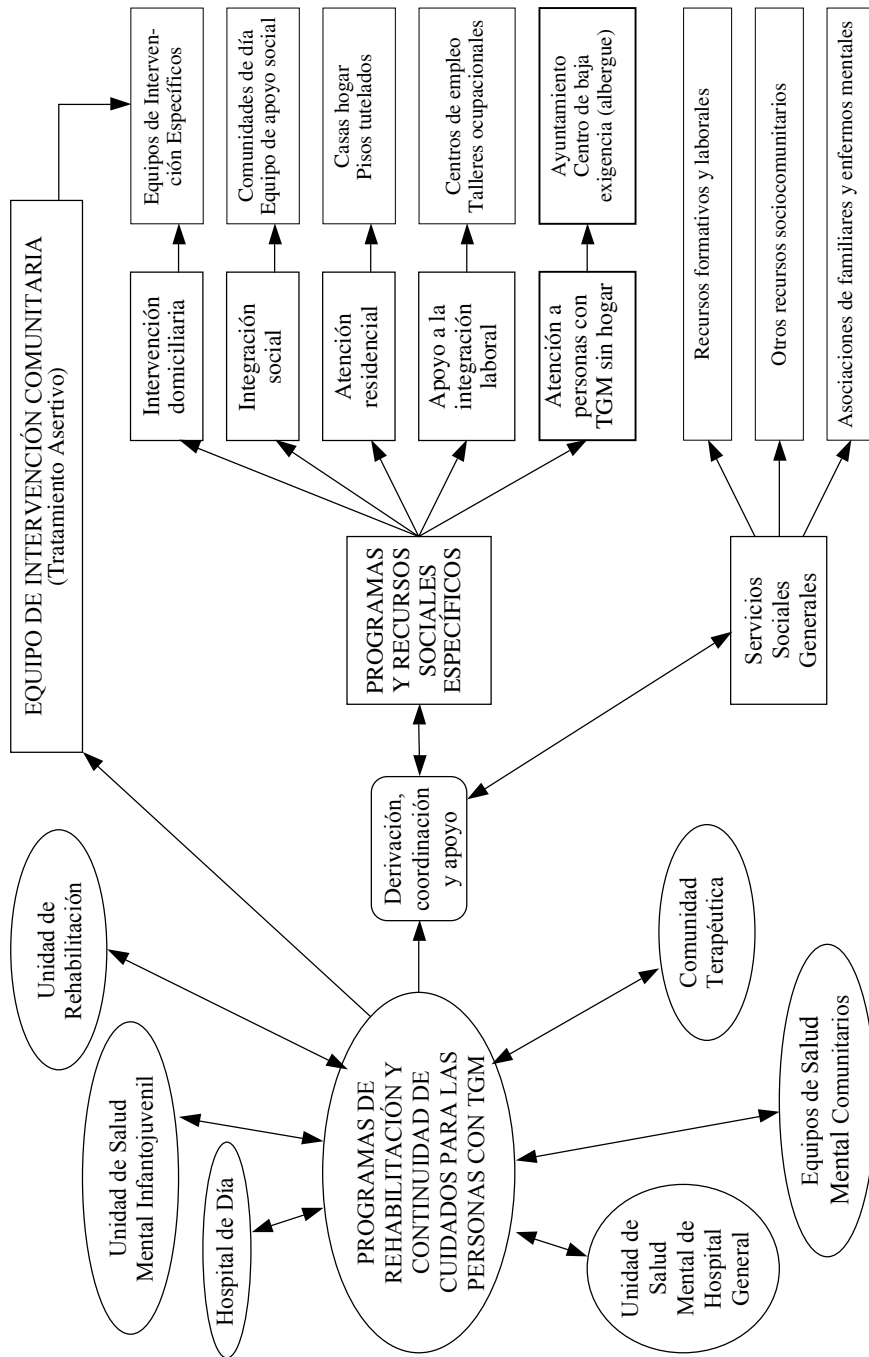


Figura 1. Esquema funcional de la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales para el desarrollo del programa de atención a personas con Trastorno Mental Grave.

Desde este esquema, la determinación del dispositivo a intervenir de forma preferente vendrá marcada por las necesidades del paciente y por las tramas de coordinación intersectorial a establecer, lográndose a su vez la elección de la intervención más eficaz para el usuario y más eficiente para el sistema.

Para el Subsistema de Salud Mental, es impensable en la actualidad, desarrollar un adecuado trabajo de integración social sin contar con la coordinación, implicación y colaboración de la red de social comunitaria y especializada, y en especial de aquellas plataformas, estructuras y recursos expresamente creados para el desarrollo armónico de la red de apoyo necesaria (como es el caso de FAISEM en Andalucía).

Desde las diferentes Áreas de Salud Mental deberían desarrollarse espacios de trabajo conjunto, protocolizados y convenientemente supervisados, para evitar que quede a la consideración de los profesionales de cada dispositivo definir si tal coordinación es necesaria o no, y definir de forma homogénea los criterios de creación de nuevos recursos, las necesidades, el apoyo mutuo y las estrategias concretas de colaboración en los casos individualizados que lo requieran.

El *olvido* de la red social de apoyo, y considerar los lugares residenciales alternativos como lugares de *depósito* y/o de *ingreso encubierto*, supone olvidar las necesidades de apoyo de los pacientes más necesitados, ya que ocupan los espacios más especializados y específicos del sistema social; por ello, debe potenciarse por parte de los responsables de las diferentes redes, una estrategia de trabajo compartido que favorezca la aparición de un compromiso de colaboración entre los dispositivos sanitarios y sociales, basado en una corresponsabilización mutua en el desarrollo del programa comprensivo de

trabajo diseñado con los diferentes usuarios, en especial con aquellos cuya integración social es más dificultosa.

De la misma forma, es preciso generar líneas de confianza mutua entre ambas redes, y apoyarse en el trabajo comunitario para el sostenimiento de casos muy complicados desde intervenciones realistas y prácticas, bajo el principio de que el paciente sólo debe salir definitivamente de su medio si es para mejorar su calidad de vida.

Es responsabilidad de los profesionales de salud mental evitar propuestas paternalistas, bajo la fórmula de buscar lo mejor para el paciente en contra de su voluntad. Es frecuente encontrar que para muchos de nuestros usuarios, que han tenido un recorrido comunitario difícil y, por lo general, han requerido una importante implicación de los equipos de intervención social, la oferta de alternativas de vida que se le realizan no pasa por dejar su espacio, su *casa*, por muy bonitos que le resulten los nuevos recursos residenciales.

La presión social pretende funcionar en estos casos como criterio de *decisión técnica*, y responsabilizar a los procesos de reforma de la cantidad de enfermos mentales que viven en las calles y/o en pésimas condiciones sociales.

Es necesario un importante trabajo de clarificación de expectativas, reducción de temores ante la vuelta del paciente a su domicilio; comprometer los apoyos necesarios, conociendo profundamente el medio en el que reside, ha residido, o va a residir el paciente, como principales factores de sostenimiento razonablemente compensado en su entorno.

El trabajo en el domicilio permite que usuarios muy resistentes al tratamiento y con escasa o nula conciencia de enfermedad, puedan desarrollar, sin embargo, una alta

adherencia al dispositivo y/o al profesional referente de su caso, lo que posibilita estructurar respuestas asistenciales más eficaces.

Es evidente la existencia de fracasos ya sea por decisión familiar y/o del usuario, que de forma reiterada rechaza activamente nuestra intervención, y no es posible convencerle de la necesidad del tratamiento, cuando se requiere una alta participación del usuario en las decisiones, y un nivel de seguimiento bastante estrecho por parte del equipo. La presencia de factores como el consumo activo y adictivo de tóxicos, la *patología* manipuladora de algunas familias, reclamantes de un lugar de depósito, mas que de tratamiento, son algunos elementos que cada vez mas, afectan la asistencia de estas personas, incorporando además aspectos éticos en la insistencia profesional y la negativa activa del usuario.

Por otra parte, un importante número de pacientes de la red (aquellos en los que la desprotección personal es casi absoluta por ausencia de familiares o por un trato de éstos claramente inadecuado) van a requerir, en algún momento del proceso, la generación de algún mecanismo de protección jurídica que minimice el impacto de su soledad y de su incapacidad funcional. En estos casos, contar con la colaboración de una Fundación Tutelar es una buena oportunidad para favorecer la continuidad del programa terapéutico, por lo que desde los servicios de salud mental se deberían generar mecanismos estables de coordinación con dichas entidades, que revierta en la mejora de la calidad del cuidado de los pacientes más desprotegidos.

### **Coordinación asistencial**

En un modelo como el descrito, estructurado en niveles y con un enfoque comunitario de la atención, es evidente que

la Coordinación se convierte en el principal instrumento de trabajo, no solo en sus vertientes organizativas, sino sobre todo, en su vertiente asistencial: es la única fórmula para garantizar la continuidad terapéutica de los usuarios en todas sus facetas.

Es evidente que esta coordinación debe potenciar la responsabilidad compartida sobre el usuario, independientemente de los dispositivos implicados en su atención, bajo el principio básico de la función de referente estable del equipo comunitario y el carácter de apoyo de los dispositivos de tercer nivel de especialización.

El mejor elemento para la coordinación asistencial, es el diseño e implantación de Programas Individualizados, cuyo cumplimiento compromete a todos los dispositivos del circuito asistencial por el que pueda pasar el paciente, programa en el que estén adecuadamente definidos todos sus componentes, y suficientemente operativizados sus objetivos, desde la fórmula del consenso suficiente entre el conjunto de profesionales de la Red.

Ya se han señalado con anterioridad las dificultades de coordinación, que, mas allá de las derivadas de la situación concreta de los diferentes dispositivos (demanda, escasez de personal, de recursos, etc.), se relacionan también con algunas actitudes profesionales de reticencia, exclusividad e individualismo en la práctica asistencial, ausencia de espacios de debate clínico, temor a las descalificaciones, y en muchas ocasiones, el deseo de librarse de los casos de mayor dificultad, que son, por otra parte, los mas necesitados de espacios de coordinación entre profesionales, dispositivos y sistemas.

Por ello, es necesaria la existencia de una *Comisión de Seguimiento del Programa de atención a TMG*, que facilite la generación de espacios de discusión de casos, donde compartir las limitaciones de cada cual frente

a los casos de mayor dificultad, y compartir también respuestas profesionales más efectivas y gratificantes.

Es absolutamente fundamental, por el valor de confluencia de muchos de sus programas e intervenciones en usuarios compartidos, la necesidad de coordinación entre los recursos específicos de atención a los pacientes con patologías más graves, y ello no sólo como metodología de funcionamiento lógico, sino sobre todo, desde la defensa de una filosofía asistencial basada en la integralidad de la Rehabilitación en toda la atención en Salud Mental.

Esta necesidad está en relación con las dificultades derivadas de la atención de casos muy complejos, para los que se han probado múltiples estrategias y para los que previsiblemente, no se esperan *éxitos espectaculares* ni soluciones mágicas. La coordinación entre dispositivos dedicados a la atención preferente de usuarios muy graves, puede facilitar la generación de espacios conjuntos de análisis y discusión de casos, y desarrollar mecanismos conjuntos de supervisión y apoyo en situaciones especialmente complejas.

La coordinación entre dispositivos que trabajan con un sector de usuarios cuyo perfil es muy complejo y que a su vez pueden requerir el concurso, ya sea simultáneo, ya sea sucesivo de varios de ellos, permite además, la clarificación necesaria del papel de cada uno en los diferentes programas, qué niveles deben desarrollarse más en uno u otro, qué usuarios deben acudir a cada uno, etc., evitando así duplicar programas y generar confusiones sobre la funcionalidad de cada dispositivo.

El diseño de un Programa de Atención a personas con Esquizofrenia, y por extensión, con otro trastorno mental grave, debe ser amplio en actividades, subprogramas y niveles, y debe ser elaborado a nivel de Área, con la

definición clara de las ofertas básicas de cada dispositivo.

Cada vez resulta más evidente la necesidad de incrementar la capacidad general del sistema sanitario para la identificación precoz de la Psicosis. Los trabajos realizados por multitud de equipos en diferentes lugares del mundo (Melbourne, Reino Unido, Francia, Canadá, etc.), aleccionan a los profesionales sobre la importancia de atender antes y mejor a la población a partir de hacer un estrecho seguimiento de la población de riesgo.

La aparición de la Psicosis, por regla general, se produce en la adolescencia, y en muchos casos, sus primeros síntomas se confunden con los propios del desarrollo de esta etapa evolutiva (tanto en la identificación de falsos positivos, como de falsos negativos).

Por otra parte, aunque afortunadamente en menor medida que en otras épocas, todavía funciona el estigma social asociado con la enfermedad mental, lo que influye en la tardanza en acudir a los Servicios de Salud Mental (según los autores señalados, en torno a dos años después de la aparición de los primeros síntomas).

Por ello, en muchas ocasiones, el primer contacto de los adolescentes que necesitarían un abordaje diferencial, intenso y especializado, al que no siempre pueden acceder en el equipos comunitarios de salud mental, se produce asimismo en la edad límite para ser atendido en las unidades de atención a infancia y adolescencia, lo que de forma evidente, dificulta su abordaje, realizándose una *rederivación* al equipo cuando aún no se ha producido una relación terapéutica suficientemente sólida.

De ahí que muchos jóvenes psicóticos, que han sido atendidos por servicios de atención a la infancia y adolescencia, que tienen un serio riesgo de desarrollar un recorrido asistencial poco eficaz, debido a los factores

personales, familiares, y sociales añadidos, desaparecen y aparecen de forma discontinua por los equipos, y en poco tiempo, pasan a *engrosar las filas* de los casos difíciles.

El programa de atención a estas patologías debe garantizar la generación de mecanismos de coordinación entre los profesionales, que contribuyan a reducir al mínimo el riesgo de que estas situaciones se produzcan, estableciendo en proceso interno que comprometa en el abordaje compartido e intensivo de estas situaciones, tendentes a conseguir:

- Mejorar la comprensión del surgimiento de la enfermedad.
- Mejorar su aceptación, y de ahí la adherencia al tratamiento.
- Mejorar pautas de convivencia y relación social.
- Prevenir la aparición y mejorar el control de conductas disruptivas.

En demasiadas ocasiones los equipos comunitarios olvidan, o aplican con baja intensidad, su función de gestores de casos y planificadores de programas comprensivos de intervención terapéutica dirigidos a personas con especiales dificultades, ya sea por la gravedad de la patología que presentan, ya por la carencia o fragilidad de los apoyos personales, familiares y sociales con los que cuenta. Esta situación es especialmente preocupante cuando en la aplicación de dicho programa se debe implicar a un dispositivo de Tercer Nivel (Unidad de Rehabilitación, Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, etc.). En estos casos, desarrollan más una función de equipo *derivante*, que de equipo referente, que debe mantener su responsabilidad sobre el caso, y que debería estar más presente en programas que tienen como objetivo último, resituar al usuario, de nuevo, en su campo de atención.

No es raro observar que los criterios de derivación a estos dispositivos se basen en la constatación, de que *ya no se puede hacer nada con este paciente*, y los pacientes deben esperar, en una lógica perversa, a ir empeorando para recibir algún programa intensivo de Rehabilitación. La mayor parte de las veces, estas derivaciones se realizan bajo una óptica uniprofesional, por lo general del psiquiatra o del psicólogo clínico, sin que exista una propuesta razonada del equipo y una valoración ponderada de sus diferentes integrantes. En mi opinión, la incorporación de usuarios a programas intensivos de Rehabilitación debe ser una propuesta razonada en el equipo, y su referente comunitario debe mantener una vinculación suficiente que garantice la continuidad del proceso histórico del paciente, cooperando en la planificación conjunta de objetivos, y sirviendo de referencia de apoyo a los familiares.

El incremento progresivo de la demanda, junto con la superación (en cierta medida, al menos) de los prejuicios sociales frente a la salud mental que potencia la consulta de casos de enfermedad mental diferentes a las psicosis, ha creado un mapa de usuarios de los servicios claramente diferenciado de aquel que subyacía en el momento de creación de los primeros Equipos de Salud Mental Comunitarios: en estos mas de veinte años, el incremento de la demanda, el número real de pacientes y familias que precisan una atención continuada e intensa, no se ha visto correspondido con un incremento en los recursos, tanto humanos como materiales de los equipos de intervención comunitaria.

Ello potencia (y a la vez sirve de excusa para defender posturas cómodas e inmovilistas) la sensación percibida de carencia de recursos (en especial de *camas para ingresos de larga duración*), en lugar de incrementar la

implantación de programas de intervención de duración prolongada, para cuyo desarrollo es preciso:

- Incrementar la dotación de personal de los dispositivos comunitarios.
- Desarrollar programas de apoyo domiciliario.
- Incorporar los programas de rehabilitación en la práctica cotidiana de la atención a psicóticos en todos los dispositivos de salud mental.
- Ampliación de la cobertura horaria del conjunto de dispositivos.
- Reforzar el trabajo con atención primaria.

Sin estos cambios, la vuelta al equipo de atención comunitaria de muchos pacientes que han pasado por programas intensivos en dispositivos de mayor especialización, es casi imposible dada la necesidad de garantizar que van a recibir el apoyo suficiente para su sostenimiento comunitario, en coordinación con los servicios requeridos en cada caso.

La gestión de las actividades vinculadas al cuidado general de la salud de los pacientes ingresados, es uno de los contenidos básicos de los programas de atención. Nuestros usuarios presentan problemas somáticos de carácter diverso, que no siempre han estado adecuadamente tratados, debido, en parte, a la dificultad de contacto y sus problemas de conducta. Los tratamientos psicofarmacológicos de larga duración, los malos hábitos alimenticios, el consumo excesivo de tabaco, el abuso de sustancias tóxicas (otras drogas, incluido el alcohol), la falta de cuidados continuados, las conductas autolíticas, etc., han ido dejando en ellos diversas secuelas, algunas graves, que requieren una atención continua, tanto de los Médicos de Familia, como de diferentes especialistas. Para ello, la coordinación con

el Centro de Salud correspondiente a la zona, y la gestión centralizada de las necesidades de atención especializada, son dos aspectos complementarios de gran importancia.

### **La intervención**

Tanto la coordinación con atención primaria (puerta de entrada al sistema) como con otros recursos que pueden ayudar en la detección del trastorno mental grave (servicios de urgencia, por ejemplo), debe estructurarse de forma sólida, priorizando la discusión de casos y la formación sobre los aspectos prácticos que ayuden a los profesionales en la toma de decisiones, con la mayor seguridad posible y a su vez, con la máxima disponibilidad de los profesionales de salud mental.

Cuanto más clara sea la coordinación, y cuanto más consensuados y explícitos los criterios y los procedimientos, más eficaz será la intervención y menor el sufrimiento de los usuarios afectados, al ofrecerse una respuesta rápida y clara, que facilite la derivación de un servicio a otro y su comprensión sobre el proceso que se inicia; saber si se sufre una enfermedad mental o no, cual es su gravedad y que puede esperar de los servicios que le pueden atender.

La entrada del usuario en el protocolo de tratamiento de personas con esquizofrenia, debe venir de la mano de una evaluación multidisciplinar e integral de la persona, de su familia y de su entorno más cercano (ver figura 2).

Respetar los criterios diagnósticos y apoyarse en instrumentos objetivos y validados (como las escalas SANS, BPRS, PANSS, CAMCOG, SFS, BELLS, HONOS, y otras) serán dos elementos de primer orden para evitar esos diagnósticos múltiples, diferentes según sea el dispositivo, a veces con descripciones de sintomatología incompatible, etc.

Los profesionales no debemos olvidar que para las enfermedades mentales graves, el momento del diagnóstico supone para la persona que consulta y para su familia, el inicio de *una larga amistad* con los servicios de salud mental, y para muchos de ellos, será imprescindible establecer una importante alianza para conseguir mantener una calidad de vida razonable.

Es destacable el escaso cuidado sobre este momento, comparable por su gravedad (y por lo que supone de ruptura con el proyecto vital en curso de la persona y de su núcleo de allegados más íntimo) con un diagnóstico

de enfermedad grave y/o incapacitante en la esfera somática.

La evaluación del funcionamiento psicosocial, incluyendo la evaluación de intereses y motivaciones, de sus redes personales de apoyo, de la red familiar cercana y extensa, de su vida educativa y laboral, de sus sueños de futuro, de las expectativas, etc., son elementos indispensables en la programación individualizada de su plan terapéutico, con la implicación activa del usuario y de su familia.

Es frecuente observar en los pacientes con esquizofrenia, la falta de conocimiento objetivo de cual era la situación funcional

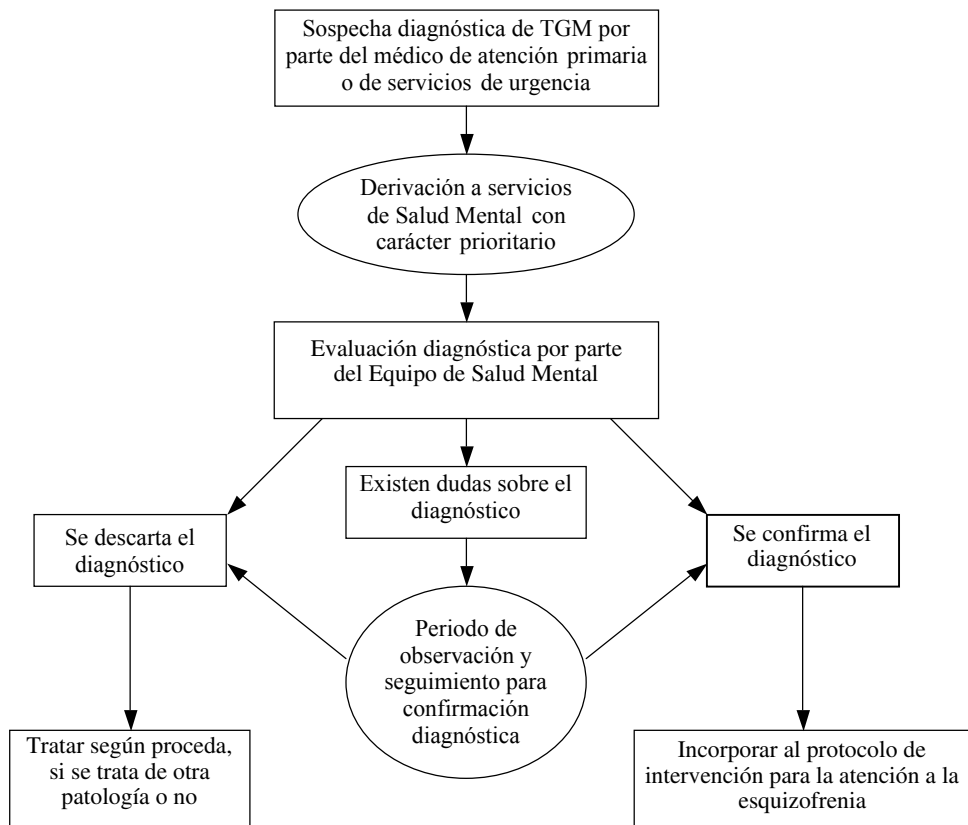


Figura 2. Algoritmo de decisión frente a sospecha de TGM.

en el inicio de su enfermedad, y alguna evaluación *base* que permita objetivar, con la repetición periódica de dicha evaluación, de forma mas o menos precisa el impacto de los tratamientos aplicados, y reorientar los cambios necesarios.

La elaboración del plan individualizado de intervención debe ser consensuado con el usuario y con su familia, comprometiéndolos en su proceso de recuperación, y desarrollando desde el primer contacto una relación de respeto, confianza realista y profesionalidad (lo que implica ofertarle la mejor propuesta terapéutica disponible en los servicios de salud mental de su ámbito territorial).

La mayor parte de las guías de atención a personas con esquizofrenia establecen la necesidad de incorporar estrategias integradoras en la intervención terapéutica desde el inicio del contacto con los servicios de salud.

En las distintas fases del tratamiento, el usuario debe tener asignado un profesional referente, que debe acompañarle directa e indirectamente durante todo su proceso terapéutico, debe coordinar las intervenciones a desarrollar por profesionales diferentes, a su vez integrados, en equipos y redes distintas.

La atención a las personas con esquizofrenia (y por extensión, a otros trastornos mentales graves), recae en multitud de profesionales, tantos que a veces para el paciente es una verdadera hazaña saber quien es cada cual, dónde trabaja cada uno y qué tiene que tratar en cada sitio y con cada profesional.

No está de más, por tanto, que se dedique el tiempo suficiente a la información, explicación y presentación del plan de trabajo, de su importancia y de la absoluta indispensabilidad de su participación. Trabajar esta primera adherencia permitirá de forma indudable una participación más comprometida y con menor nivel de angustia por parte del paciente y de sus allegados.

En la figura 3 se reflejan los mecanismos de coordinación interna, para la atención a pacientes con escasa respuesta al tratamiento, después de ser tratados en su equipo comunitario y para los que se plantea una derivación a dispositivos de tercer nivel del área según su patología y situación específica requiera.

Se parte de la base de la corresponsabilidad en la atención a los usuarios más resistentes, con la existencia de una Comisión de Seguimiento que debe procurar la respuesta mas adecuada a cada caso, por muy difícil que sea, con la implicación de los agentes sociales necesarios.

Ello supone que cuando un equipo no dispone de la posibilidad (ya sea circunstancial o no) de dar respuesta con sus medios, debe procurar la derivación a otro dispositivo que sí disponga de dicha posibilidad.

Muchos profesionales se resisten a realizar una propuesta razonada, sustentada en informes completos sobre la situación del usuario propuesto (situación clínica, social, funcional, somática), con un relato suficiente de las causas y objetivos de la derivación a veces con la excusa de la falta de tiempo, pero subyaciendo en el fondo una falta de aceptación del modelo psicosocial y del compromiso con la atención integral.

Por su parte, los profesionales de los servicios específicos esperan que la coordinación surja por generación espontánea, sumidos en la desesperanza de la incompreensión *del otro*. Ambas posturas producen un vacío que repercute en el paciente. Reforzar la coordinación, generar espacios de trabajo conjunto donde los diferentes dispositivos funcionen como aliados en la misma tarea, y establecer espacios de intervención en la comunidad que faciliten e incrementen el impacto de las intervenciones realizadas, se convierten en objetivos primordiales a alcanzar: la propuesta de desarrollar equipos



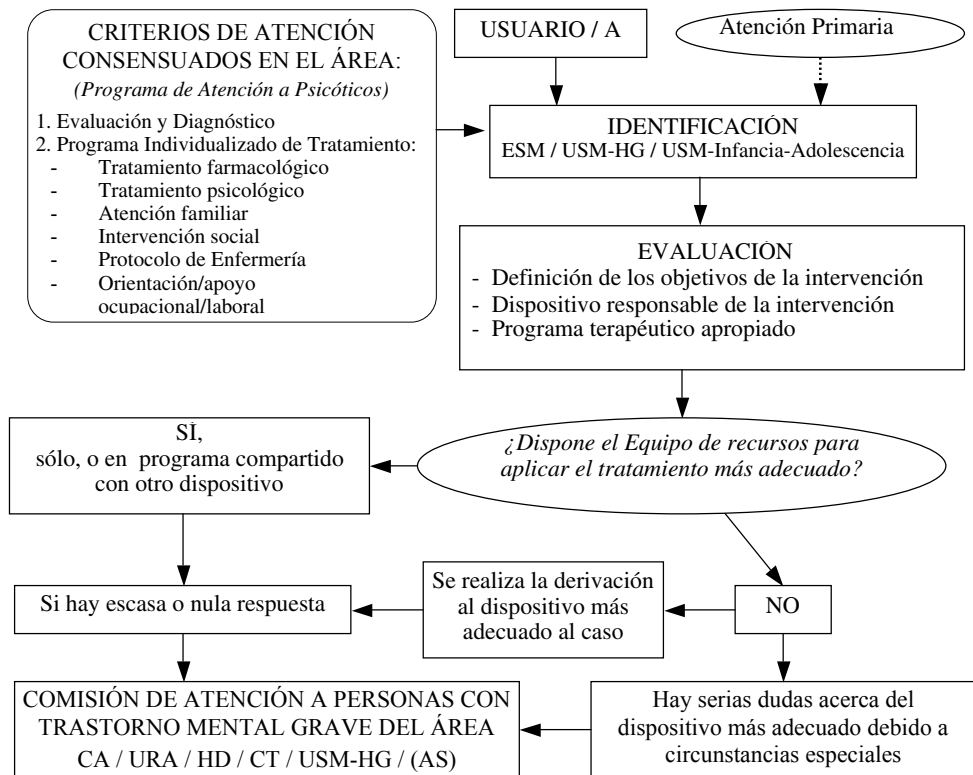
de intervención comunitaria con la participación de profesionales de diferentes dispositivos es una realidad en muchos lugares y a la vez una posibilidad esperanzadora en nuestro Área.

**Intervenciones psicosociales en la atención a la esquizofrenia**

No es posible hablar de tratamiento de las personas con esquizofrenia sin hablar de la Intervención Psicosocial. Y ello, mas allá

de hablar de las técnicas de intervención: parto de la premisa de la absoluta necesidad de que el modelo de intervención psicosocial impregne la intervención del conjunto de los profesionales y de los dispositivos de la red, en tanto que su objetivo fundamental es facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural.

Su primer objetivo *básico es impedir la desvinculación social* de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno, ecológico en su planteamiento, y que favorez-



CA: Coordinación del Área, URA: Unidad de Rehabilitación del Área, CT: Comunidad Terapéutica, USM-HG: Unidad de Salud Mental Hospital General: HD: Hospital de Día, AS: Agentes Sociales.

Figura 3. Esquema de toma de decisiones para la atención apacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis del Área “Virgen del Rocío”.

ca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el usuario ejercía antes del *debut* de su enfermedad. Evitando, además, la pronta sustitución de todos ellos por el único *rol* de enfermo, y en lo posible, el progresivo deterioro de sus habilidades y reduciendo la discapacidad y el estigma.

El profesional debe conocer la comunidad de donde procede su paciente; debe ser capaz de identificar los elementos de protección y de riesgo que en ella coexisten, a la hora de realizar una adecuada planificación de las intervenciones, y para establecer la adecuada supervisión de su ejecución. El plan de tratamiento debe incorporar, por un lado, las redes existentes en la comunidad que están más cerca y tienen algún significado en la vida de la persona (amigos, vecinos, trabajo, iglesias, asociaciones, etc.) y, por otro, de los recursos sociales públicos y privados que puedan colaborar y contribuir a su recuperación.

En el caso de atención de las personas con enfermedad mental grave, los criterios consensuados de atención se derivan del siguiente proceso de *manejo del caso*:

#### A. *Objetivos generales*

1. *Conseguir la reducción* de la frecuencia, de la gravedad y de las consecuencias negativas de los episodios.
2. Conseguir la *optimización* de la función psicosocial entre los episodios.
3. Conseguir *incrementar* los factores de protección identificados en el caso.

#### B. *Objetivos específicos*

Dependerán de la fase de la enfermedad, de su concomitancia con otras patologías y o situaciones especiales, de otras características personales del paciente (historia fun-

cional previa: experiencia educativa/laboral, amorosa, etc.) y de las características de su entorno familiar y social.

En cualquier caso, asumir la atención de un paciente gravemente afectado, desde la perspectiva de la atención integral de un sistema de Salud Mental estructurado en niveles de atención con dispositivos diferentes, necesariamente debe contemplar:

1. La necesidad de lograr un conocimiento global del paciente,
  - de sus necesidades y objetivos,
  - de sus conflictos internos,
  - de sus estilos de afrontamiento,
  - de sus capacidades personales,
  - de los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales específicos que pueden afectar (positiva y/o negativamente) a su adaptación.
2. La elaboración del *Programa de Tratamiento Individualizado*, que debe contemplar de forma inequívoca el plan de coordinación entre los dispositivos y entre los profesionales que participan en el mismo.
3. El respeto a los elementos constitutivos del tratamiento psicosocial, a saber:
  - Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.
  - Mantener un cuidado adecuado al estado mental del paciente.
  - Aportar al paciente y a la familia información y educación sobre la enfermedad, sobre los diferentes tipos de tratamiento, y sobre el tratamiento concreto que se le propone.
  - Facilitación de la comprensión y cumplimiento del plan de tratamiento, con las adaptaciones que el caso y la evolución requieran.
  - Incremento de la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.

- Identificación de los factores de riesgo específicos al paciente, que pueden precipitar o exacerbar las crisis.
- Establecer intervenciones precoces para prevenir recaídas.
- Incorporar a la familia en programas de Psicoeducación que les permitan afrontar mejor las dificultades y mejorar su función de apoyo afectivo.
- Ofrecer accesibilidad en la atención, y facilitar el acceso a los demás servicios que sean necesarios.
- Mantener una adecuada coordinación con los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.

Como premisa general, los pacientes han de ser atendidos en el contexto asistencial menos restrictivo posible, adecuado a las necesidades derivadas de su situación clínica, donde se pueda aplicar un tratamiento eficaz al cuadro clínico que presenta, a los objetivos diseñados, y a la protección personal frente a riesgos de auto y heteroagresión.

El dispositivo de elección preferente será siempre su Equipo de Salud Mental Comunitario, garantizando la cobertura de las necesidades antes señaladas para el abordaje integral desde una perspectiva psicosocial, y haciendo intervenir a los demás dispositivos según el desarrollo del programa y la evolución del paciente así lo requieran.

Es preciso, por último, hacer alguna referencia a los tratamientos psicológicos de demostrada eficacia en el tratamiento de personas con esquizofrenia, tratamientos que será obligado ofertar a los ciudadanos que la padecen como evidencia de buenas prácticas. Junto con las estrategias farmacológicas, son necesarias las intervenciones psicoeducativas, a familiares y a usuarios, el entrenamiento en habilidades sociales,

los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes, y los paquetes integrados multimodales (Vallina y Lemos, 2001).

Los tratamientos psicológicos tienen como objetivo central favorecer en la persona con esquizofrenia la identificación y aceptación mas o menos adaptada de las experiencias psicóticas, en conseguir reducir el impacto emocional de la enfermedad en sí mismo y en su entorno mas cercano, en conseguir acercar lo mas posible sus capacidades y habilidades al manejo de los propios síntomas de su enfermedad (procurando la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, la adherencia suficiente al tratamiento), con el fin de reducir la interferencia de la enfermedad en las relaciones interpersonales y en la posibilidad de desarrollar y mantener una vida independiente.

El tratamiento integrado es, además de la mejor terapéutica posible, la única posibilidad para muchas personas con esquizofrenia para vivir una vida digna y con una calidad suficiente que les permita, también, contribuir al mejor desarrollo de la sociedad.

A modo de resumen final

*...Las cuestiones que tendrán relevancia en relación con los servicios de salud mental serán de dos tipos: ¿Cuáles son los principales ingredientes activos de los tratamientos efectivos? Y, en términos de sustitución, ¿en qué medida pueden utilizarse estos tratamientos eficaces tanto en el hospital, para reducir la duración de los episodios de atención, como en el medio comunitario? Esto implica que la etapa de salud mental comunitaria ingenua, en la que fue*

posible argumentar que los servicios comunitarios podrían reemplazar a todos los servicios hospitalarios, ha pasado, y que en el paradigma emergente en la actualidad deberemos reconocer el valor de los dispositivos hospitalarios y comunitarios como partes de un sistema de atención a la salud mental bien integrado. Dado que el futuro a largo plazo es casi imposible de predecir, ¡no lo haremos! (Thornicroft y Tansella, 2005, pág. 322).

## Referencias

- Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Londres: Karnac Books.
- Bachrach, L. (1976). *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. Rockville: NIMH.
- Bachrach, L. (1997). Lessons from the American experience in providing community-based services. En J. Leff (Ed.), *Care in the community. Illusion or reality?* Londres: Wiley and Sons.
- Beperet, M., Martínez, A., Salvador, L. y Romero, C. (2000). Diagrama europeo de servicios de salud mental y su aplicación al sector IB (Burlada). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (1), 63-72.
- Breakey, W.R. (1996). *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. Nueva York: Oxford University Press.
- De Sisto, M.J., Harding, C.M., McCormick, R.V., Ashikaga, T. y Brooks, G.W. (1995). The Maine and Vermont three decade studies of serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331-342.
- Desviat, M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998) *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- García, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (1999). Desinstitucionalización y Reforma psiquiátrica en España. *Actas Española de Psiquiatría*, 27 (5), 281-291.
- González de Chávez, M. (1983). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría.
- Hernández, M. (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?. En F. Rivas (Coord.), *La psicosis en la comunidad*. Madrid: AEN.
- Labos (1989). *Il dopo 180: primo bilancio di una riforma*. Roma: Edizioni TER.
- Laviana, M., López, M., Prados, S. y Rodríguez, M.J. (1987). *La población psiquiátrica hospitalizada en Andalucía. Resultados del Censo de 1985*. Sevilla: IASAM.
- Leff, J. (1997). *Care in the community. Illusion or reality?* Londres: Wiley and Sons.
- Levav, I. y González, R. (1998). Dos movimientos paralelos: las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y España. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo* (págs. 389-397). Madrid: Díaz de Santos.
- López, M., López A y Fernández G (1998). La Organización de servicios para la atención comunitaria al paciente mental crónico. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mayoral, F. (2000). Rehabilitación psicossocial. Hacia una práctica basada en la evidencia. En F. Rivas (Coord.), *La psicosis en la comunidad*. Madrid: AEN.
- Moosher, L. y Burti, L. (1994). *Community mental health. Principles and practice*. (2ª Ed.). Nueva York: Norton.

- Organización Mundial para la Salud (2005). *Assessment Instrument for Mental Health Systems. (WHO-AIMS). Versión 2.2.* Ginebra: WHO.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G, Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry, 177*, 149-155.
- Sarraceno, B. (1995). *La fine dell'Intrattamento.* Milano: Etas Libri.
- Shepherd, G. (1996). Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.* Madrid: Siglo XXI.
- Thornicroft, G. y Tansella, M. (2005). *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios.* Madrid: Editorial Triacastela.
- Vallina O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema, 13*, 345-364.

