

Abordaje de un Caso de Esquizofrenia Paranoide desde el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) “Ciudad Lineal”

Approach to a Case of Paranoid Schizophrenia by the Community and Social Support Group “Ciudad Lineal”

Carmen Acevedo Alameda y Gema de la Hoz Ortego
Equipo de Apoyo Social Comunitario Ciudad Lineal (Madrid), España

Resumen. Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) pertenecen a la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid). Este tipo de recursos se inician en el año 2005 con una orientación claramente comunitaria y que prioritariamente atiende a personas con discapacidades y deterioro de habilidades asociado al trastorno psiquiátrico que les dificulta mantenerse de forma autónoma en su domicilio o domicilio familiar y a personas que no acceden o no se benefician suficientemente de la red de recursos existente, tanto sanitaria como de servicios sociales. Exponemos el caso de una persona diagnosticada de esquizofrenia con escasa vinculación a la red de salud mental, que no ha sido atendido previamente por ningún recurso de rehabilitación, con gran aislamiento social y alta dependencia de su familia para su funcionamiento cotidiano.

Palabras clave: equipos de apoyo social comunitario, esquizofrenia, vinculación, aislamiento social.

Abstract. The Community and Social Support Groups (EASC for its name in Spanish) are part of The Community and Social Support Groups (EASC) are part of the Public Social Network of Assistance for people with serious and persistent mental illness (in the Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid). These groups were established in 2005 with a community scope and the mandate to focus on people with mental illnesses who are either unable to be self-sufficient or who do not have access to enough benefits from the sanitary and social resources they are entitled to. In this case study we present the situation of a person who was diagnosed with schizophrenia, who kept a very weak connection to the mental health services, and had never taken part on rehabilitation programs before. Besides, he was extremely socially isolated, and very dependent from his family for everyday activities.

Keywords: social assistance community groups, schizophrenia, social isolation, social support, rehabilitation.

Las autoras son psicólogas del Equipo de Apoyo Social Comunitario Ciudad Lineal. Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Subdirección general de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental. (Servicio concertado entre la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y la Asociación “Candelita”).

La correspondencia de este artículo debe enviarse a: Gema de la Hoz Ortego. Centro de día de Soporte Social y EASC. C/Sor María de Agreda, 47. Bajo. 28017 Madrid. E-mail: cduciudadlineal@candelita.org

Introducción

La atención comunitaria a personas que sufren enfermedades mentales graves y duraderas no se produce hasta la segunda mitad del siglo XX, anteriormente la atención se realizaba en grandes instituciones u hospitales psiquiátricos ofreciendo en su mayoría una atención asilar y custodial. El cambio de modelo de atención a estas personas está determinado por el contexto social del momento donde las sociedades son más democráticas y se intensifican los movimientos civiles de defensa de los derechos humanos, junto a los avances en la investigación (psicofarmacológica, programas de rehabilitación psicosocial).

Cada vez existe un mayor consenso para identificar las principales características que definen a las personas que sufren enfermedades mentales graves y duraderas (EMGD), una de las definiciones más ampliamente aceptada es la definición basada en la interacción de tres dimensiones: diagnóstico – discapacidad – duración emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), definen a este colectivo como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*. Aportan una visión global de las necesidades y dificultades que afectan a las personas con EMGD, que no se reduce a sintomatología psicopatológica, sino que afecta a su funcionamiento psicosocial y a su participación en la comunidad.

La dimensión discapacidad supone que muchas personas diagnosticadas de trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastornos delirantes, trastornos graves de la personalidad, etc.) presentan dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. Esta dimensión es la que justifica el destacado papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de estas personas. El estigma, rechazo social y la insuficiencia de recursos de atención y soporte social entre otros interactúan con estas discapacidades incrementando el riesgo de desventaja social y marginación de estas personas, (aislamiento social, desempleo, pobreza, carencia de hogar, exclusión social).

De acuerdo con las teorías de la vulnerabilidad, la rehabilitación de los trastornos psicóticos y, en particular, de la esquizofrenia requiere tener en cuenta la interacción del cerebro, la conducta y el ambiente, por tanto una atención integral a las personas que padecen estos trastornos debe incluir intervenciones a nivel biológico, psicológico y social. Zubin y Spring (1977), proponen un modelo de vulnerabilidad integrador, se articula bajo tres tipos de variables: el ambiente externo, la conducta del individuo y el sustrato biológico.

La intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad; y, por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Lieberman, 1988, 1993).

En definitiva todas estas necesidades no se pueden atender solo desde el sistema sanitario sino que se hace necesaria una red mucho más amplia de atención. La Ley General de Sanidad de abril de 1986 en su artículo 20 apartado 3 establece que una adecuada atención comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves y duraderas exige la participación e implicación del Sistema de Servicios Sociales colaborando y complementando el sistema sanitario de salud mental.

Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera: Los equipos de apoyo social comunitario

En la Comunidad de Madrid, la necesaria participación e implicación del Sistema de Servicios Sociales en

la atención a las personas con enfermedad mental grave y duradera se concreta en la actualidad en la **Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera (Subdirección General de Atención a la Discapacidad y la Enfermedad Mental, Dirección General de Servicios Sociales, Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid)**. La tipología de Centros y recursos de atención social a este colectivo son: Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), Centros de Día de soporte social (CD), Miniresidencias (MR), Pisos supervisados (PS), Plazas supervisadas en pensiones (PC), Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) y Servicio de Atención Social y apoyo a la reinserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar.

El buen funcionamiento y máxima efectividad de esta Red implica la coordinación y complementariedad con la Red sanitaria de Servicios de Salud Mental, a través de los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Siendo la única vía de acceso a estos recursos la derivación desde los Servicios de Salud Mental de distrito que atienden a la persona con enfermedad mental.

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) empiezan su funcionamiento en el año 2005, con la puesta en marcha de 5 EASC dentro de las actuaciones del Plan de atención social a personas con enfermedad mental crónica (2003-2007). El crecimiento de este tipo de recursos ha sido muy importante, en la actualidad están en funcionamiento 38 EASC adscritos a los distritos por toda la Comunidad de Madrid, con un total de 1140 plazas, cada EASC tiene una capacidad de atención estimada de 30 plazas. Se componen de un equipo multidisciplinar integrado por: un/a psicólogo/a director/a, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social, dos educadores/as.

Identificación de las necesidades a las que dan respuesta los EASC

Los EASC se crean con el objetivo de dar respuesta a dos tipos de necesidades:

En primer lugar atender a personas con dificultades para mantenerse de forma autónoma en su domicilio o domicilio familiar, favoreciendo a su vez el acceso y mantenimiento en un vivienda digna y adecuada a sus necesidades. Para organizar y definir las intervenciones desde este recurso es necesario evidenciar los diferentes factores que pueden influir en esta circunstancia, basándonos en Carling y Ridgway (1985):

- Las discapacidades y deterioro de habilidades asociado al trastorno psiquiátrico.
- Los insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales.
- La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas.

Dada la complejidad de todos estos factores los EASC necesitan para su efectivo funcionamiento y máxima rentabilidad la integración y coordinación con los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los servicios de salud mental, servicios sociales generales y especializados.

Desde nuestro punto de vista el valor más importante de los Equipos de Apoyo Social Comunitario es que su metodología de trabajo, de acuerdo al modelo del “Supported Housing o Vivienda con Apoyo” (Ridgway y Zipple, 1990) potencia los siguientes aspectos:

- Énfasis en la oportunidad de una casa, vivienda normal.
- Promoción de roles comunitarios en ambientes normales.
- Mayor posibilidad de participación y control por parte de los/as usuarios/as.
- Integración social normalizada.
- Entrenamiento “en vivo” de las habilidades psicosociales necesarias para vivir de forma autónoma en su domicilio.
- Flexibilidad e individualización en el apoyo y los servicios de soporte.
- Complementariedad con los recursos de rehabilitación y residenciales existentes.

En segundo lugar iniciar la atención con aquellas personas con enfermedad mental grave y duradera que no acceden o no se benefician suficientemente por la irregularidad en la asistencia a la red de recursos existente, tanto sanitaria como de servicios sociales. Generalmente estas personas suelen tener severas pérdidas en su calidad de vida, grave aislamiento social, con pérdida de relaciones familiares y personales o disfunción de las mismas.

Dar respuesta a esta necesidad exige la colaboración y coordinación entre el EASC y los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los servicios de salud mental. Concretamente el EASC Ciudad Lineal y el servicio de salud mental al que está adscrito han realizado coordinaciones, reuniones informativas y formativas con profesionales de diversos recursos sanitarios y sociales. Estas actividades apoyan la detección y derivación al EASC Ciudad Lineal de personas con ingresos psiquiátricos repetidos sin acceder a las consultas ambulatorias al alta del hospital, personas atendidas desde los servicios sanitarios de atención primaria sin acceder a la consulta del psiquiatra, así como personas detectadas desde los servicios sociales generales, bien por atención directa desde estos servicios, bien por ponerlo en su conocimiento la familia, vecinos u otros, etc.

Conseguir la vinculación de estas personas a los recursos de atención sanitaria y social implica no solo el trabajo directo con estas personas sino la coordinación y colaboración de los servicios de salud mental así como de los recursos sociales generales y especializados.

Personas destinatarias

El EASC atiende a personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, que presentan enfermedades mentales graves y duraderas, y dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social. Más concretamente podemos definir dos tipos de perfil de derivación:

1. Personas que viven en sus domicilios o en recursos residenciales u hospitalarios con quienes se esté trabajando un futuro alojamiento más autónomo e independiente (domicilio propio o familiar), y que necesitan apoyo y supervisión por problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente las actividades de la vida cotidiana (autocuidados, automedicación, tareas del hogar, manejo del dinero, emergencias en el hogar, ocupación del tiempo, dificultades para las relaciones interpersonales, etc.)

2. Personas con enfermedad mental grave y crónica que se encuentra en situaciones de aislamiento social, con abandonos frecuentes o seguimiento irregular en el Servicio de Salud Mental de referencia, negativa a iniciar su atención en los recursos de rehabilitación, en definitiva resistentes al tratamiento psiquiátrico y/o rehabilitador con escasa vinculación al servicio de salud mental de referencia.

Objetivos del EASC

- Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
- Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los/as usuarios/as en su propio domicilio y en su entorno.
- Evitar situaciones de marginación y abandono.
- Apoyar la utilización de recursos (salud, sociales, culturales, no formales...)
- Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias.
- Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.

Proceso de atención

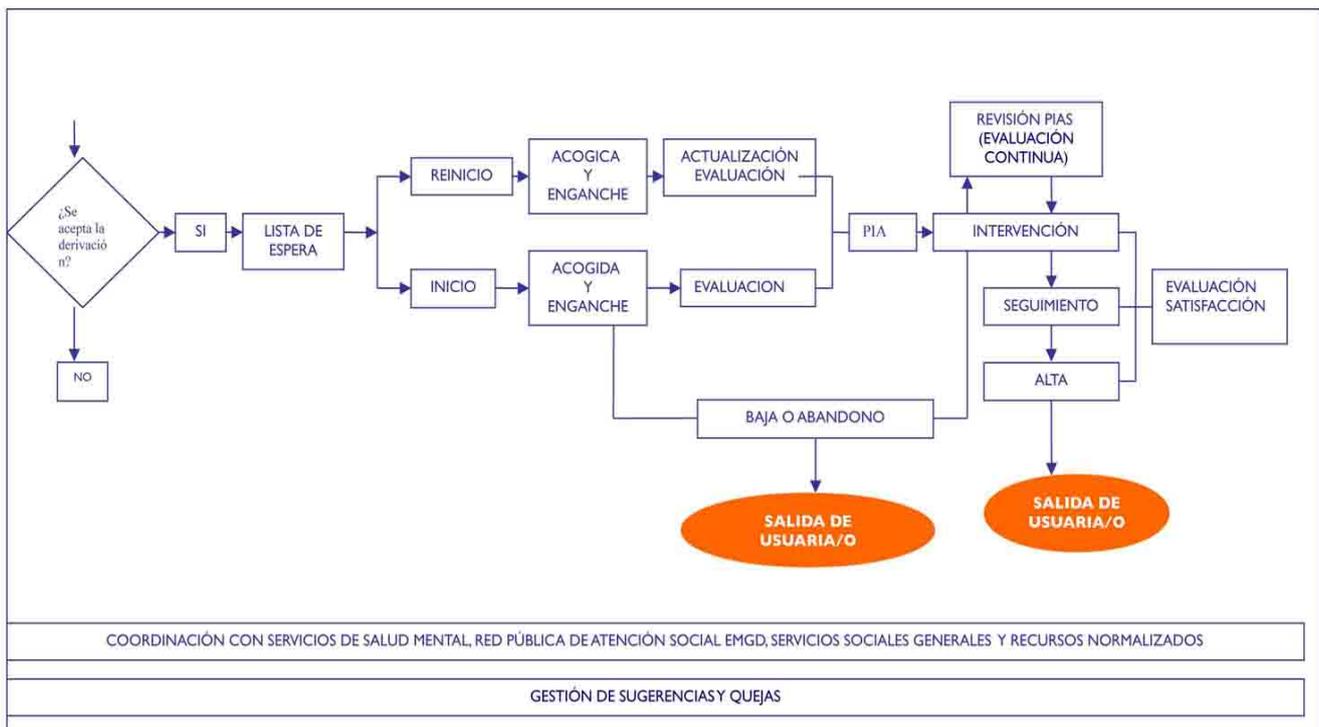
Como se ha comentado anteriormente la única vía de acceso a los EASC es a través de la derivación desde el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los servicios de salud mental a los que esté adscrito cada EASC. Se organiza la presentación del/la usuario/a en función de sus características y necesidades. En el EASC Ciudad Lineal el primer contacto con el/la usuario/a se realiza generalmente en el domicilio, la presentación la realiza el/la responsable de continuidad de cuidados de cada persona. En otras ocasiones la presentación se hace en el servicio de salud mental, Miniresidencia, Centros de Rehabilitación Psicosocial, calle, etc. Aunque generalmente el/la profesional que hace la presentación pertenece al servicio de salud mental, de forma puntual la presentación la han realizado profesionales de otros recursos (CRPS, Miniresidencia, Agencia Madrileña para la Tutela del Adulto).

A continuación se presenta el mapa de procesos del EASC Ciudad Lineal, como puede observarse en este cuadro la atención se inicia con la fase de acogida, vinculación y enganche, seguida de la evaluación inicial (psicológica y social), planificación de la intervención que se concreta en el Plan individualizado de Atención (PIA), intervención en el domicilio y entorno (con el/la usuario/a, familia y recursos comunitario).

Una vez conseguidos los objetivos del Plan Individualizado de Atención (PIA) se organiza con el/la usuario/a un seguimiento para garantizar el mantenimiento de los objetivos conseguidos. Esta fase se coordina y complementa con la atención realizada desde el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del servicio de salud mental, especialmente en aquellos casos que se prevé un seguimiento y soporte continuado, también se implicará a las redes sociales relacionadas con el/la usuario/a en su propio entorno. El trabajo en equipo garantiza la continuidad del proceso de atención. Una vez finalizada la fase de seguimiento se procede al alta.

A lo largo del proceso de atención el/la usuario/a puede abandonar la atención prestada desde este recurso así como causar baja por diversos motivos (traslado de domicilio, decisión de la familia, decisión del servicio de salud mental y EASC por no producirse avances en la consecución de los objetivos y por tanto sin repercusión significativa en la calidad de vida del/la usuario/a, etc.).

Cuadro 1. Procesos clave u operativos del easc ciudad lineal



A continuación se describirá las fases del proceso de atención en el EASC, a través de un caso. La elección de este caso ha sido motivada porque el perfil de derivación cubre los dos objetivos generales del EASC, es decir, la vinculación a los servicios de salud mental y a los recursos de rehabilitación, así como el mantenimiento en el domicilio.

Presentación del caso

A. Z. es derivado en la reunión entre el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados y el EASC Ciudad Lineal de octubre de 2011, la derivación efectiva a estos recursos requiere la presentación del Protocolo de continuidad de cuidados (documento que recoge información relativa a: datos sociodemográficos, datos clínicos, utilización de recursos específicos, necesidades, área familiar, áreas de intervención, plan de contención de crisis).

A. Z. es un hombre de 39 años, soltero, que vive en el domicilio familiar. No trabaja ni realiza ninguna actividad estable ocupacional ni de ocio. Está diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide.

El inicio de la enfermedad se encuentra en la adolescencia, con consumos de tóxicos como precipitante.

Tiene un primer ingreso psiquiátrico en el año 2005 a la edad de 32 años, por episodio de agresividad en el domicilio, motivado por sintomatología psicótica positiva (alucinaciones auditivas e ideación delirante de persecución). Previamente existen varios años de evolución del trastorno durante los cuales ni la familia ni A. Z. solicitan ayuda profesional. El funcionamiento a nivel familiar de A. Z. se caracteriza por conductas agresivas continuas hacia los padres para la consecución de dinero y evitación de responsabilidades laborales, domésticas y familiares; llegando a desaparecer del domicilio durante varios días llevando a cabo conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas sintéticas.

Tras el primer ingreso comienza tratamiento exclusivamente farmacológico, con prescripción de neurolepticos a altas dosis. No se benefician de programas de psicoeducación que permitan una comprensión ajustada de la enfermedad, evolución y manejo de la misma.

En el año 2011 acceden al servicio público en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. El psiquiatra responsable del caso disminuye las dosis de neuroleptico oral, e inicia tratamiento inyectable; detecta la necesidad de modificar la funcionalidad de las relaciones familiares para posibilitar la recuperación de habilidades de funcionamiento personal y social A. Z.. Tras las primeras citas, A. Z. abandona el seguimiento, siendo la madre quien acude a las citas con el psiquiatra. Sí acude a las citas con enfermería para la administración del tratamiento inyectable, siempre acompañado por su padre.

En consecuencia, se decide que el recurso idóneo para atender al usuario y su familia es el EASC de Ciudad Lineal. La presentación a los profesionales del EASC se realiza en el domicilio, lo hace la responsable de continuidad de cuidados y están presentes tanto A. Z. como su familia (padre y madre).

El proceso de atención

Proceso de vinculación y enganche

En la cita de presentación del EASC se aporta información acerca del recurso, se explica del proceso de atención y se recogen expectativas iniciales. Las expectativas de la familia son el aumento de ocupación de A. Z. El usuario, por su parte, no verbaliza ninguna. Esta ausencia de motivación hacia el proceso será una constante en el trabajo con A. Z., y supondrá la priorización de este objetivo sobre otros.

El proceso de enganche ha sido especialmente complicado en este caso, extendiéndose durante todo el proceso de evaluación y los primeros meses de la fase de intervención, siendo uno de los objetivos principales de su Plan Individualizado de Atención.

En la tabla 1 se exponen las dificultades encontradas así como las estrategias que se pusieron en marcha y los resultados de las mismas.

Tabla 1

DIFICULTAD	ESTRATEGIA	RESULTADO
Sobrepotección familiar e interferencias	Citas conjuntas: reforzamiento diferencial Citas con el usuario en el entorno cercano (búsqueda de reforzadores à tiendas de segunda mano, bibliotecas)	Disminuye interferencia familiar
Respuestas monosilábicas	Preguntas abiertas Búsqueda de reforzadores (deportes de contacto, tatuajes, música, cómics)	Aumento de información aportada por el usuario
Ausencia de contacto ocular	Llamadas de atención mediante búsqueda de reforzadores Empleo del humor Empleo de autorrevelaciones	Aumento de la tasa de contacto ocular
Abandono de la sesión	Flexibilidad Previsibilidad y control: pactar previamente el tiempo de duración Dejar siempre establecida la siguiente cita	Aumento progresivo del tiempo de sesión, desde 10 min. en las primeras sesiones hasta la hora actual
Excesiva somnolencia	Flexibilidad horarios: evitar las primeras horas Recordatorio telefónico	Mejora de la puntualidad en las citas con el EASC Mejora del nivel de alerta

Puede observarse como estrategia general que guía todo el proceso la flexibilidad, referida esta tanto al lugar de intervención como a la duración de las citas o el contenido de las mismas. Esta flexibilidad, si bien dificulta el cumplimiento de los plazos temporales para la elaboración del PIA (45 días tras la presentación), se hace imprescindible en casos como el que se expone.

Proceso de Evaluación

Aunque exponemos este proceso en un apartado separado, se entiende que la evaluación comienza con la recogida de información en la reunión con el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados y continúa a lo largo de todo el proceso, realizándose una evaluación continua que no termina hasta que el usuario es dado de alta del servicio.

La evaluación inicial se realiza siguiendo las directrices de la *Guía de Evaluación Psicológica* y la *Guía de Evaluación Social*, instrumento elaborado ad hoc para el recurso y que recoge las principales áreas de funcionamiento del usuario.

Los instrumentos de evaluación utilizados han sido:

- Recopilación de información recogida en el Protocolo de Continuidad de Cuidados.
- Informes de otros profesionales (Médico de Atención Primaria, Informes psiquiátricos al alta de la Unidad de Hospitalización Breve).
- Entrevista semiestructurada con la familia.
- Entrevista semiestructurada con el usuario.
- Observación directa en el domicilio.
- Observación directa en el entorno cercano.
- Escala breve de Evaluación de la Discapacidad (DAS-I) (Organización Mundial de la Salud, 1992).
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

Además de los instrumentos expuestos, se solicitó la utilización de registros de conducta y auto-registros, pero ni A. Z. ni su familia llegaron a completarlos.

Nótese que la entrevista semiestructurada fue el instrumento fundamental en la evaluación con la familia, no siendo un instrumento eficaz en la evaluación con el usuario, debido a las resistencias de este a aportar información verbal.

A continuación se exponen los resultados de la evaluación por áreas, destacando las potencialidades del usuario así como sus déficits.

Tabla 2

ÁREA	RESULTADOS
HISTORIA BRIOGRÁFICA-CLÍNICA	– Ver <i>presentación del caso</i> para datos más relevantes.
CONOCIMIENTO DEL A ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO	– Ausencia de conocimientos por parte del usuario. – Ausencia de conocimientos por parte de la familia. – Sentimientos de culpa de la familia. – Estigma y auto-estigma.
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	– Déficit de habilidades de afrontamiento. – Déficit de habilidades sociales. – Estilo comunicativo agresivo. – Abuso de alcohol.
CAPACIDADES BÁSICAS	– Empobrecimiento del lenguaje.
AVDs	Higiene – Hábitos conservados. Hábitos de alimentación – Dependencia respecto a su madre. Consumo de sustancias nocivas – Abuso de alcohol.
AUTONOMÍA BÁSICA	Administración económica – Dependencia respecto a sus padres. Uso del transporte – Autónomo. Tareas domésticas – No participación, sobreprotección familiar. Gestiones – No realiza ninguna gestión, son sus padres quienes se encargan de tramitar todos sus papeles. Sobreprotección.
ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y DE OCIO	– Desestructuración horaria. – Acude a un gimnasio cercano, con instigación. – Aislamiento.
FAMILIA	– Sobreprotección – Ausencia de límites. – Déficits en habilidades de comunicación.

Planificación de la intervención

En la Junta de Evaluación, realizada a los 45 días de la presentación de A. Z., se elaboró el PIA inicial, planteándose como dos únicos objetivos de intervención los siguientes:

1. Conseguir la vinculación de A. Z. con el EASC, de cara a una evaluación más profunda de sus necesidades.

Ver tabla 1 en el proceso de vinculación y enganche para objetivos específicos, metodología y resultados. A los seis meses del inicio de la atención, se consigue la vinculación de A. Z. con el EASC.

2. Conseguir la participación familiar en el proceso de rehabilitación, su implicación y aceptación del plan de intervención.

En esta área nos encontramos con importantes resistencias, principalmente del padre de A. Z., cuyas actitudes de negación y rechazo hacia la enfermedad impedían comenzar un trabajo psicoeducativo estructurado (se trabajó con el material de la *Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas: “Cómo afrontar la esquizofrenia”*, Rebolledo y Lobato, 2005). Tras cuatro sesiones de una hora de duración en la que se aplicaron diálogo socrático, discusión cognitiva, presentación de datos científicos contrastados y negociación, se consiguió la aceptación para comenzar un trabajo estructurado como se expone en la siguiente tabla.

Tabla 3

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Aumentar conocimiento de la enfermedad: síntomas, tipos, y pronóstico.	Información relativa a la enfermedad mental, síntomas y pronóstico en base al conocimiento científico actual. Entrega de información por escrito.	Disponen de información acerca de la enfermedad mental, etiología, curso y pronóstico. Disminución de la angustia asociada al desconocimiento.
Disminuir creencias disfuncionales y mitos acerca de la enfermedad mental.	Información respecto a ideas erróneas y estigmatizantes sobre la enfermedad mental. Discusión cognitiva.	Son capaces de refutar con datos los mitos acerca de la enfermedad.
Entender el tratamiento farmacológico para la esquizofrenia, efectos positivos y secundarios, y estrategias para la prevención de recaídas.	Información sobre el funcionamiento de los psicofármacos. Entrega de material escrito. Lectura de prospectos.	Tienen información suficiente acerca del tratamiento farmacológico de A. Z. Son capaces de detectar los efectos secundarios de la medicación.
Disminuir la culpa.	Explicación del modelo etiológico de vulnerabilidad-estrés. Discusión cognitiva.	Pasan de un discurso caracterizado por la culpa por su actuación durante el proceso de la enfermedad a un discurso más esperanzador centrado en las posibilidades de mejora. Comunicación a la familia extensa de la enfermedad de A. Z.

Revisión semestral del PIA

Tras seis meses de trabajo, habiendo conseguido unos resultados satisfactorios en los objetivos anteriormente mencionados, se está en condiciones de ampliar el PIA. Sin la consecución de estos dos objetivos no habrían sido posibles los avances que se detallan a continuación:

1. Disminuir la dependencia respecto a la familia en tareas cotidianas, permitiendo un aumento de autonomía.

Formato de intervención: tutorías y atenciones individuales en el domicilio, de la psicóloga y el trabajador social.

2. Mejorar la convivencia familiar.

Formato de intervención: tutorías familiares de la psicóloga, con frecuencia semanal, en el domicilio.

3. Aumentar el nivel de actividad, facilitando una estructuración del tiempo y disminuyendo el aislamiento social.

Formato de intervención: tutorías con la psicóloga y con el trabajador social, tanto en el domicilio como en el entorno. Coordinación con los profesionales de Salud Mental (psiquiatra, enfermera y continuadora de cuidados).

Tabla 4

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Adquirir el hábito de rellenado semanal del cajetín.	Intervención a nivel familiar: Psicoeducación. Ajuste de expectativas. Intervención individual con A. Z.: Instigación. Entrenamiento en rellenado del cajetín.	El usuario rellena el cajetín de medicación semanal sin apoyo familiar. Aumento del interés de A. Z. sobre el tratamiento (realiza preguntas acerca de los psicofármacos), favoreciendo el inicio del trabajo de psicoeducación con el usuario.
Acudir al tratamiento inyectable sin apoyo familiar ni profesional.	Intervención a nivel familiar: Psicoeducación Ajuste de expectativas. Intervención individual con A. Z.: Instigación. Acompañamiento de los profesionales del EASC para realizar el tratamiento inyectable. Moldeamiento.	A. Z. acude al tratamiento inyectable sin acompañamiento familiar. Respecto al acompañamiento profesional, actualmente AZ acude solo hasta la salida de metro cercana al servicio de salud mental.
Realizar las tres tomas diarias de medicación sin necesidad de recordatorio familiar.	Intervención familiar: entrenamiento en manejo de contingencias. Intervención individual: entrenamiento en técnicas de recordatorio: uso de auto-registros, uso de alarmas. Psicoeducación.	En proceso de consecución. A. Z. realiza la toma del mediodía y de la noche de manera autónoma con una frecuencia del 80%. Este cumplimiento cae hasta el 15% en la toma de la mañana, siendo necesario que su madre le despierte para que la realice. Esto se debe a que A. Z. carece de una ocupación que aporte estructura a su día a día, por lo que suele acostarse de madrugada, y tener dificultades para despertarse por la mañana.
Retomar la asistencia a las citas de seguimiento con su psiquiatra.	Tutorías: psicoeducación. Modelado y ensayo de conducta. Instigación. Utilización de soporte escrito para los temas a tratar en consulta. Apoyo durante la cita, mediante instigación para facilitar la comunicación con el psiquiatra. Refuerzo social.	Retoma el seguimiento de citas con su psiquiatra después de un año sin asistir.

Tabla 5

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Disminuir expresión de crítica.	Psicoeducación: Entrenamiento en técnicas de comunicación. Entrenamiento en técnicas de desactivación fisiológica.	Cambio de verbalizaciones críticas hostiles por empleo de un lenguaje operativo para referirse a la conducta de A. Z.
Aprender a hacer y rechazar peticiones, expresar desacuerdo, expresar agrado, pedir cambios de conducta.	Entrenamiento en técnicas de comunicación: Asertividad.	En proceso de consecución. Mejora de la satisfacción respecto a la comunicación familiar.
Adquirir estrategias de manejo de conflictos.	Conocimiento básico de modificación de conducta. Entrenamiento en manejo de contingencias.	En proceso de consecución. Comprenden el funcionamiento de la conducta, y conocen técnicas de modificación de conducta, pero no las llevan a cabo de manera consistente.
Aumentar las interacciones reforzantes en la familia.	Planificación de actividades reforzantes conjuntas.	En proceso de consecución, hasta el momento no se ha conseguido la realización de las actividades programadas.

Tabla 6

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Aceptar la derivación a un CRPS, así como la posterior vinculación al mismo.	Psicoeducación familiar. Psicoeducación con A. Z. Acercamiento a recursos de la red: se utilizaron los espacios del Centro de Día de Ciudad Lineal como primer acercamiento, aportando información acerca de los recursos de la red. Concretamente, se hizo uso de la sala de informática con acceso a Internet. Coordinación con los profesionales de Salud Mental.	La familia acepta la inclusión de A. Z. en un recurso de rehabilitación. A. Z. verbaliza acuerdo con la participación en un recurso de la red. Una vez que se disponga de plaza se diseñará de manera concreta el plan de vinculación con el recurso, teniendo en cuenta las características del mismo.
Realizar actividades gratificantes en el entorno sociocomunitario con una frecuencia al menos semanal.	Búsqueda de reforzadores. Instigación. Acompañamiento a recursos dispensadores de dichos refuerzos (biblioteca, comercios de la zona).	A. Z. realiza semanalmente actividades gratificantes fuera del domicilio familiar con el EASC. Puntualmente ha realizado alguna de estas actividades de manera autónoma.

Conclusiones del caso

- La atención intensiva en el domicilio así como los apoyos en el medio comunitario posibilitan la atención a personas como A. Z. con grave aislamiento social y deterioro de su funcionamiento psicosocial.
- El EASC favorece el inicio de procesos activos de rehabilitación para personas sin vinculación suficiente a los servicios de salud mental y a los diversos recursos de rehabilitación.
- Recursos como el EASC donde son los profesionales quienes se acercan al domicilio y entorno de los/as usuarios/as facilita el acceso de estas personas a una atención psicosocial rehabilitadora.
- Los/as profesionales del EASC no tiene que esperar a que el/la usuario/a y su familia demanden ayuda sino ofrecer el apoyo profesional, respetando los tiempos y consensuando el tipo e inicio de las intervenciones.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A., Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Carling, P. I. y Ridway, P. (1985). *Community residential Rehabilitation: an emerging approach to meeting housing needs*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Fernández, J., Rodríguez, L.: Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC); *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 21, 39-42.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Liberman, R. P. (1988/1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmos, A. B. y Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model comprehensive community based mental health system*. Washington DC.: NIMH.
- Pérez M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Ed.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid. Pirámide.

- Rebolledo, S. y Lobato, M. J., (2005). *Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas: "Cómo afrontar la esquizofrenia"*. Madrid: Aula Médica.
- Ridgway, P. y Zipple, A. (1990). The Paradigm Shift in Residential Services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation*, 13 (4), I. 31.
- Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*; 86, 103-126.
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado nº 102 (29-04-1986).
- Consejería de Servicios Sociales (2003). *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Manuscrito recibido: 07/02/2013

Revisión recibida: 14/02/2013

Manuscrito aceptado: 15/02/2013