

# Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos

Editores:

JM Caldas de Almeida

Francisco Torres González



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

# Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos

Editores:  
JM Caldas de Almeida  
Francisco Torres González



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la*  
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, DC 20037, EUA  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

2005

*Biblioteca Sede OPS — Catalogación en la fuente*

Organización Panamericana de la Salud

Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington,  
DC: OPS, © 2005.  
(Publicación Científica y Técnica No. 601)

ISBN 92 75 31601 5

I. Título II. Serie

1. TRASTORNOS PSICÓTICOS 2. ENFERMOS MENTALES  
3. SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA 4. SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
5. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS 6. CENTROS DE REHABILITACIÓN

NLM WM200

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

De las opiniones expresadas en esta publicación responden únicamente los autores.

## **CRÉDITOS**

### **Editores**

JM Caldas de Almeida y Francisco Torres González

### **Comité editorial**

Mario Argandoña Yáñez  
JM Caldas de Almeida  
Emiliano Gallende Alonso  
Mario Dinis M.L. Mateus  
Jorge Rodríguez  
Rafael Sepúlveda Jara  
Francisco Torres González

### **Autores**

*Introducción:* Francisco Torres González, Berta Moreno Küstner  
y Carmen Rosales Varo

*Guía operativa 1:* Emiliano Gallende Alonso y Rafael Sepúlveda Jara

*Guía operativa 2:* Mario Argandoña Yáñez

*Guía operativa 3:* Víctor Aparicio Basauri

*Guía operativa 4:* Ana Esther Sánchez

*Guía operativa 5:* Juan F. Jiménez Estévez y Juan C. Maestro Barón

*Guía operativa 6:* Ana M. Pitta

*Guía operativa 7:* Mauricio Gómez

*Guía operativa 8:* Ladislao Lara Palma y Marcelino López Álvarez

*Guía operativa 9:* Marcelino López Álvarez y Ladislao Lara Palma

*Guía operativa 10:* Cecilia Villares y Jorge Rodríguez

*Guía operativa 11:* Jorge Rodríguez

*Guía operativa 12:* Mario Dinis M.L. Mateus y Ellys D. Busnello

*Guía operativa 13:* Robert Kohn y Miguel Xavier

### **Colaboradores**

Claudio Torres de Miranda  
María J. Soto  
Alejandro Toledo  
Javier Vázquez



# CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
Trastornos psicóticos: la carga mundial de morbilidad	1
Las psicosis funcionales no afectivas	4
Estudios epidemiológicos	8
Fundamentos terapéuticos	10
Atención farmacológica	10
Programas terapéuticos individualizados e intervenciones holísticas	16
Programa de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos	19
Objetivos generales	19
Estrategias	20
Objetivos, guías operativas y programas de los PACTP	23
<b>GUÍA OPERATIVA 1. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b>	27
Programas de formación profesional de pre y postgrado	27
Objetivos	27
Requerimientos de los participantes	28
Métodos	30
Evaluación	31
Consideraciones específicas sobre la capacitación del personal paramédico y voluntariado	31
<b>GUÍA OPERATIVA 2. COORDINACIÓN CON EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD</b>	33
La introducción de la salud mental en la atención primaria de salud	34
Descentralización	35
Delegación de funciones mediante capacitación	35
Participación protagónica y responsable de la comunidad	38
Coordinación con otros sectores	39
<b>GUÍA OPERATIVA 3. DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	41
Objetivos	41
Flujos o recorridos de los pacientes con problemas de salud mental	41
La organización de la RED comunitaria	43
Territorialidad	44
Planificación	44
Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC)	45
Funciones del ESMC	47

<b>GUÍA OPERATIVA 4. HABILITACIÓN DE CAMAS PARA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN HOSPITALES GENERALES</b>	49
Objetivos	49
Dotación de camas específicas para la hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales	49
Definir el diseño arquitectónico de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales (USMHG)	49
Equipo de salud	50
Funciones y programas de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales	50
Área geográfica de referencia y estimación del número de camas	50
Estructura de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales	51
Equipo de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales	52
Funciones y programas	52
<b>GUÍA OPERATIVA 5. PROGRAMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN</b>	57
Programa de atención a primeros episodios	57
Objetivos del programa de atención a primeros episodios	57
Guía operativa para un programa de atención a primeros episodios	58
Estrategias para la intervención temprana	60
Programa de seguimiento y mantenimiento de personas con trastorno psicótico (PTP)	60
Guía operativa del programa de seguimiento y mantenimiento de PTP	61
Tratamiento psicosocial	62
Atención a los pacientes con diagnóstico dual	62
Tratamiento comunitario asertivo	64
Programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo y alteración grave del comportamiento	64
Objetivo del programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo y alteración grave del comportamiento	65
Guía operativa para un programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo	65
<b>GUÍA OPERATIVA 6. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL</b>	69
<b>GUÍA OPERATIVA 7. DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PACIENTES</b>	75
Tipo de unidades y servicios	75
Servicios de corta estancia o de “agudos”	75
Servicios de larga estancia o de “crónicos”	76
Servicios de urgencia	76
Hospital de día	76

Componentes del proceso	76
Primer componente: toma de la decisión	76
Segundo componente: evaluación y caracterización de las personas internadas	77
Tercer componente: reorganización funcional del hospital y desinstitucionalización	78
Cuarto componente: desarrollo de una red comunitaria de servicios	79
Quinto componente: cierre de la institución	79
<b>GUÍA OPERATIVA 8. PROGRAMA RESIDENCIAL</b>	<b>83</b>
Bases teóricas	83
Objetivos del programa	85
Estructura	85
Tipología de dispositivos	85
Personal	87
Dependencia y gestión	87
Estimación de necesidades	88
Esquema de funcionamiento	88
Indicación y derivación al programa	88
Recibimiento y programación individualizada de actividades	89
Ejecución de las actividades	89
Seguimiento y evaluación	90
<b>GUÍA OPERATIVA 9. PROGRAMA OCUPACIONAL Y LABORAL</b>	<b>93</b>
Bases teóricas	93
Objetivos del programa	96
Estructura	96
Intervenciones	96
Tipología de dispositivos	97
Personal	98
Dependencia y gestión	98
Estimación de necesidades	98
Esquema de funcionamiento	99
<b>GUÍA OPERATIVA 10. OTROS PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL</b>	<b>101</b>
Bases teóricas	101
Tipología de programas e intervenciones	103
Actividades de ocio y empleo del tiempo libre	103
Actividades educativas	104
Asociacionismo y autoayuda	104
Disponibilidad económica	105
Tutela personal y jurídica	105
<b>GUÍA OPERATIVA 11. REDES DE APOYO SOCIAL Y SOPORTE FAMILIAR</b>	<b>107</b>
Objetivo	107
Antecedentes y consideraciones generales	107
La familia	108
Grupos de usuarios y familiares	110
Redes locales de apoyo	113



<b>GUÍA OPERATIVA 12. REDUCCIÓN DEL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD</b>	115
Consecuencias del estigma de la enfermedad mental	115
Estrategias generales	117
Modificación de las actitudes de la población y en el sistema educativo	118
Contenido de las campañas	118
Población destinataria	119
Modificación de las actitudes de los profesionales de salud	120
Modificación de las actitudes de los medios de comunicación	121
Promoción y defensa de los derechos de las personas con trastornos psicóticos	123
<b>GUÍA OPERATIVA 13. NORMAS PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA EN AMÉRICA LATINA</b>	127
Introducción	127
Principios en la investigación de la esquizofrenia	128
Selección de muestras	128
Establecimiento del diagnóstico de la esquizofrenia	129
Medidas de resultado en la esquizofrenia	130
Medición de la utilización de servicios	133
Evaluación de los servicios	133
Investigación cualitativa	134
Diseño de protocolos	134
Investigación en países de bajos ingresos	135
<b>REFERENCIAS</b>	137
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	147

# Prólogo

La reforma psiquiátrica ha sido y sigue siendo una prioridad en la agenda de salud pública de la Región de las Américas. Para apoyar su implantación y ejecución, durante los últimos 20 años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido innumerables acciones de cooperación técnica destinadas a reforzar las capacidades de los países, en particular los de América Latina y el Caribe, en el desarrollo de políticas y planes nacionales de salud mental.

En seguimiento a la Declaración de Caracas, realizada en 1990, tanto la OPS como el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos de varios países y expertos de diversas partes del mundo llevaron a cabo iniciativas que abrieron el camino a transformaciones importantes en las políticas y en los servicios de muchas naciones de la Región. Sin embargo, como se demostró en la evaluación realizada en 2001 en el ámbito de las iniciativas de la OMS en salud mental, a pesar del progreso realizado, aún quedaba mucho por hacer y había que buscar nuevas estrategias, capaces de responder a los desafíos de la reforma psiquiátrica.

La resolución sobre salud mental del 43.º Consejo Directivo de la OPS y las conclusiones de la conferencia “Salud mental en las Américas: asociándonos para el progreso”, ambos efectuados en 2001, expresaron de forma clara el compromiso de la OPS con una estrategia de cooperación técnica acorde con las principales necesidades de los países para responder a la reforma psiquiátrica. Igualmente, destacaron la importancia de identificar las alianzas necesarias para el logro de ese objetivo. La estrategia integra necesariamente diferentes componentes, a fin de cubrir áreas muy diversas como sistemas de información, políticas y servicios, legislación y derechos humanos, y programas para poblaciones vulnerables. En todas ellas ya se han registrado progresos importantes en corto tiempo.

En el área específica de políticas y servicios, dos iniciativas en particular han mostrado un impacto significativo. La primera consiste en la elaboración y utilización del paquete modular sobre desarrollo de políticas y servicios de salud mental, promovido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en colaboración estrecha con la OPS. Los módulos no solo constituyen un instrumento valioso para la capacitación de los involucrados en la reforma psiquiátrica, con base en pruebas científicas disponibles, sino que también proporcionan un marco de referencia común para todas las actividades de cooperación técnica promovidas por la OPS en este campo. La segunda iniciativa promueve la creación de los foros subregionales de salud mental, los cuales estimulan la cooperación entre países con problemas semejantes para la puesta en práctica de la reforma psiquiátrica y permiten encontrar sinergias importantes en proyectos de capacitación, investigación y establecimiento de nuevos servicios.

No obstante, hacía falta una obra de referencia sólida destinada a quienes tienen la responsabilidad de crear nuevos servicios en la comunidad para los enfermos mentales severos. Este libro, *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*, pretende justamente llenar ese vacío. El texto es producto del trabajo de varios expertos que han estado directa o indirectamente involucrados en la reforma psiquiátrica en particular, y en la de los servicios de salud en América Latina en general. El libro contiene un conjunto de orientaciones prácticas que puedan servir como guía para dar respuestas adecuadas a las necesidades de las personas con enfermedades mentales severas; esas respuestas varían desde el tratamiento de las crisis agudas en hospitales generales, hasta el apoyo residencial en la comunidad, pasando por programas de detección y tratamiento precoz, programas de día y programas de rehabilitación profesional, entre otros. El libro incluye igualmente orientaciones sobre aspectos complementarios importantes, como son la formación de profesionales y la coordinación con la atención primaria y la investigación. En todos los capítulos se ha buscado reunir la mejor información actualmente disponible, tanto la basada en pruebas científicas como la derivada de experiencias exitosas de procesos de reforma.

Espero que esta publicación pueda ser un instrumento útil para todos los que trabajan en pro de la mejoría de la atención a las personas con enfermedades mentales severas en América Latina y el Caribe: responsables políticos, profesionales, usuarios, familiares e investigadores.

Mirta Roses Periago  
Directora  
Organización Panamericana de la Salud

# INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud, mediante el Programa de Salud Mental, pretende ofrecer a los países de América Latina y el Caribe un documento marco que permita orientar los programas nacionales de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos.

El documento está estructurado en una introducción y una serie de apartados denominados “guías”. En la primera se justifica la dimensión del problema que se quiere afrontar, mediante bases epidemiológicas y científicas, y se plantean los objetivos generales y las estrategias para lograrlos. Una vez definidas las estrategias, se plantea un conjunto de objetivos operativos, así como las recomendaciones en forma de “guías” sobre los programas y las acciones que pueden desarrollarse para alcanzarlos. Aunque el conjunto es amplio, 13 guías, no pretende ser exhaustivo y la lista podría ser incrementada. Estos objetivos y sus guías operativas han de interpretarse como un menú del que cada país puede tomar lo que más le interese según su realidad y sus prioridades.

## Trastornos psicóticos: la carga mundial de morbilidad

Según el informe del Banco Mundial de 1993, los padecimientos mentales eran responsables en el ámbito mundial de 8,1% de la carga mundial de morbilidad (GBD, por su sigla en inglés: *Global Burden of Disease*), es decir, del costo y del sufrimiento que provocaban todas las enfermedades en conjunto. Una carga que superaba a la que producían la tuberculosis, el cáncer o las enfermedades cardíacas. Aunque la cifra varía según las distintas regiones del mundo, la misma cifra de 8% era aceptada para el conjunto de América Latina y el Caribe (Banco Mundial, 1993). Los cuadros depresivos, el suicidio, las demencias, el alcoholismo, la epilepsia y las psicosis constituían los grupos diagnósticos más frecuentes.

La gran contribución de aquel informe fue el desarrollo operacional realizado en la Escuela de Salud Pública de Harvard del concepto de GBD y la metodología instrumental para medirla, que combina medidas de mortalidad prematura y de discapacidad (así como otros problemas de salud no mortales), bajo el concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), cuya unidad corresponde a un año de vida “sana” perdido.

El *Informe sobre la salud en el mundo*, que publica la OMS cada año, en 2001 tuvo como tema *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (OMS, 2001). Según las estimaciones presentadas en este informe, para el año 2000, la esquizofrenia constituía la séptima causa de los años perdidos por discapacidad (APD), con 2,8% de todas las enfermedades (cuadro 1). Sin embargo, si se considera únicamente la época de la vida de mayor productividad, entre 15 y 44 años (es decir, por encima de la edad mínima de aparición de la enfermedad y por debajo de la edad en que

**Cuadro 1. Causas principales de los años perdidos por discapacidad, en personas de ambos sexos y todas las edades, estimaciones para 2000.**

Causas de discapacidad		%
1	Trastornos depresivos unipolares	11,9
2	Pérdida de audición, aparición en el adulto	4,6
3	Anemia ferropénica	4,5
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,3
5	Trastornos por abuso de alcohol	3,1
6	Osteoartritis	3,0
<b>7</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>2,8</b>
8	Caídas	2,8
9	Trastorno afectivo bipolar	2,5
10	Asma	2,1

Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001.

otras patologías crónicas cobran peso), la esquizofrenia se sitúa en el tercer puesto con 4,9% (cuadro 2).

Otra perspectiva para valorar globalmente el impacto de las enfermedades mentales en general, y de las psicosis en particular, es la económica. Según el informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos sobre la morbilidad psiquiátrica (US Department of Health and Human Services, 1999), uno de cada cinco estadounidenses sufre de alguna forma de enfermedad mental y una cuarta parte de ellos padece una enfermedad grave, afectiva, esquizofrénica u obsesivo-compulsiva. El informe destaca también que en 1996 los costos directos de las enfermedades mentales en ese país alcanzó la cifra de US\$ 69.000 millones, sin incluir los costos atribuibles a la enfermedad de Alzheimer ni al abuso de sustancias. Probablemente una gran parte de ese costo corresponde a la atención hospitalaria y comunitaria de personas con trastornos esquizofrénicos. En 1991 se había estimado el costo directo de la esquizofrenia en los Estados Unidos en US\$ 19.000 millones y otros 46.000 en pérdidas de productividad (OMS, 2001).

El conjunto de las enfermedades esquizofrénicas tiene una tasa de incidencia homogénea para todas las regiones del mundo y se mantiene estable frente a factores dependientes del género, la clase social y el nivel cultural (Jablensky *et al.*, 1992). En el año 2000 se registró una prevalencia puntual de 0,4% (OMS, 2001) y se estima que 1% de todos los individuos padecerá alguna forma de la enfermedad a lo largo

**Cuadro 2. Causas principales de los años perdidos por discapacidad, en personas de ambos sexos, entre 15 y 44 años de edad, estimaciones para 2000.**

Causas de discapacidad		%
1	Trastornos depresivos unipolares	16,4
2	Abuso del alcohol	5,5
<b>3</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>4,9</b>
4	Anemia ferropénica	4,9
5	Trastornos bipolares afectivos	4,7

Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001.

de su vida. Aunque las psicosis esquizofrénicas no representan altas tasas de incidencia, ni de prevalencia puntual dentro de la morbilidad psiquiátrica general, su peso relativo dentro de la carga mundial de la morbilidad (véanse los cuadros 1 y 2) se justifica porque conllevan un importante impacto social.

- El temprano comienzo del trastorno (Desjarlais *et al.*, 1997), especialmente entre los varones (Beitchman, 1985), afecta a jóvenes en etapa formativa, con devastadoras consecuencias sobre su futuro profesional y su adecuada integración social.
- El incremento en la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia, común a toda la población, asociado a la larga duración del trastorno, no solo eleva la prevalencia acumulada de forma importante, sino también en la gran proporción de personas afectadas por la enfermedad que desarrollan discapacidades (Flor-Henry, 1985; Tsuang *et al.*, 1979; Black *et al.*, 1999).
- Las enfermedades esquizofrénicas tienden a recortar la vida de las personas afectadas de manera significativa en comparación con sus pares en condiciones sociales y culturales, en parte debido a que 30% de las personas con esquizofrenia intentan el suicidio (Radomsky *et al.*, 1999) y con ello se reduce la esperanza de vida del individuo en una media de 10 años (OMS, 2001).
- Un tercio de las personas afectadas por esquizofrenia se recuperan por completo clínica y socialmente, pero al menos la mitad de los afectados por la enfermedad tienden a desarrollar trastornos que evolucionan durante largos años (OMS, 2001); por ello, tanto la prevalencia total como la asistida (es decir, de casos registrados por los servicios) pueden llegar a alcanzar tasas importantes.
- A pesar de los esfuerzos terapéuticos, aproximadamente 20% desarrolla serias limitaciones para el desempeño de sus actividades cotidianas (OMS, 2001).
- Las cifras de prevalencia varían mucho entre las regiones del mundo y a veces entre zonas de un mismo país. En un estudio realizado por Regier *et al.* (1998), se concluyó que las discrepancias son debidas más a variaciones atribuibles a los distintos métodos empleados que a una diferencia real entre las tasas. De todas formas llama la atención la diferencia entre los datos comunicados por distintos autores, que conforman un intervalo de valores incompatible con el criterio de igual incidencia universal del trastorno (véanse los cuadros 7 a 10).
- La atención de esos pacientes representa un alto costo, tanto en el sector público como en el privado: en un ámbito asistencial más tradicional, por la prolongada ocupación de camas psiquiátricas; en uno comunitario, por el elevado consumo de los servicios que forman la red de salud mental (Magliano *et al.*, 1998).
- Las familias tienen que soportar una considerable carga objetiva y subjetiva (Winokur *et al.*, 1996).

Sin embargo, hay aspectos intrínsecos que todavía deben ser estudiados. Conviene recordar los estudios conducidos por la OMS, publicados en 1976 y en 1992 (Jablensky *et al.*, 1992) (cuadro 3), que muestran de forma consistente que el pronóstico o evolución de la enfermedad a largo plazo es más favorable en países con menor nivel de desarrollo económico, entre los que se encuentran algunos de América Latina y el Caribe. Sería deseable poder confirmar tales hallazgos de manera ex-

**Cuadro 3. Estudio de la OMS: pronóstico o evolución a largo plazo de la enfermedad según el nivel de desarrollo.**

Ciudad/País	% de mejor evolución	% de peor evolución
Londres, Reino Unido	5	14
Åarhus, Dinamarca	6	40
Moscú, Rusia	6	21
Praga, República Checa	9	23
Calí, Colombia	11	21
Washington, DC, EUA	17	23
Ibadan, Nigeria	33	10
Agra, India	42	10

*Fuente:* Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, *et al.* Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organizations ten countries study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.

tensiva en distintos lugares de la Región, así como identificar los posibles factores de protección que servirían de base para futuros programas de atención.

Cabe resaltar que, en realidad, sólo una minoría de los afectados por trastornos psicóticos es difícil de ubicar en recursos comunitarios, y precisa alternativas y programas de atención específicos. La existencia de este grupo minoritario no debe invalidar el modelo comunitario del que se puede beneficiar la mayoría, incluidos los psicóticos; sin embargo, con mucha frecuencia se les utiliza como argumento para rechazar la propuesta comunitaria y justificar la necesidad de mantener los hospitales psiquiátricos y de que sean usados por la mayoría. También algunas conductas psicóticas o antisociales alimentan la orientación ideológica conservadora sobre el modelo de servicios, lo que repercute sobre todas las personas que alguna vez padecen algún episodio grave de trastorno mental.

Además, a pesar del cierto aire de pesimismo en lo expuesto hasta aquí, hay modos alternativos para ofrecer los cuidados que estas personas precisan, con los que se pueden obtener buenos resultados. Algunos países cuentan con **redes psicosociales de base comunitaria** (véase el punto 1 de la Declaración de Caracas de 1990 [OPS, 1990]); también se dispone de nuevas tecnologías de base psicológica, entre otras las **intervenciones psicoeducativas**, y se cuenta con nuevos fármacos tales como los **antipsicóticos atípicos**. Todas ellas son nuevas herramientas de utilidad comprobada y respaldada con evidencias acumuladas durante el último cuarto del siglo XX, las cuales permiten encarar el futuro con cierta esperanza.

Quizás, empero, el dato más relevante de la realidad de muchas regiones de América Latina y del Caribe sea que, como en otros países en vías de desarrollo, hay muchos enfermos sin tratamiento (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Cambiar esa situación debe ser el objetivo prioritario de los programas de atención comunitaria de trastornos psicóticos.

### Las psicosis funcionales no afectivas

El grupo de las psicosis funcionales no afectivas está constituido por la esquizofrenia, en todas las variedades clínicas y formas de evolución, y los trastornos esquizotípicos; es decir las enfermedades comprendidas entre la F.20 y la F.29 del Capítulo V de la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (OPS, 2003).

La esquizofrenia es una enfermedad de comienzo temprano en la vida que se caracteriza fundamentalmente por trastornos del pensamiento, la percepción y la emoción. Las alteraciones incluyen la mayoría de las funciones psicológicas que confieren a la persona su sello de individualidad y su capacidad de dirigir su vida de forma autónoma. La conducta puede verse seriamente alterada durante algunos episodios de la enfermedad, con consecuencias sociales adversas. La presencia de delirios es otra característica frecuente del trastorno.

Ante la ausencia de pruebas suficientemente objetivas, el diagnóstico ha de basarse en lo que la comunidad científica ha construido a partir de lo que Bleuler (1950) llamó síntomas fundamentales y sobre los “síntomas de primer rango” que propuso K. Schneider (1970). Así, la *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* establece nueve criterios (cuadro 4) que se basan en la presencia o no de otros tantos grupos de síntomas, a los cuales el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por su sigla en inglés: *American Psychiatric Association*) atribuye distinta ponderación para formular el diagnóstico. Según este sistema, la presencia de un solo síntoma de entre los cuatro primeros grupos, manifestado en forma evidente, bastaría para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. En su defecto, sería necesaria la presencia de al menos dos síntomas de los comprendidos en el resto de los grupos.

---

**Cuadro 4. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según la *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.**

---

1. Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión del mismo.
  2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
  3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
  4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.
  5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando van acompañadas por ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
  6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
  7. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
  8. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
  9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.
-



**Cuadro 5. Formas evolutivas de la esquizofrenia según la CIE-10 *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.***

F20.× 0	Continua
F20.× 1	Episódica con defecto progresivo
F20.× 2	Episódica con defecto estable
F20.× 3	Episódica con remisiones completas
F20.× 4	Episódica con remisión incompleta
F20.× 5	Episodio único con remisión completa
F20.× 8	Otra forma de evolución
F20.× 9	Con período de observación menor de un año

Es conocido el esfuerzo de concordancia y confluencia que, a partir de sus primeras versiones, han ido desarrollando los dos sistemas más importantes de clasificación de trastornos mentales, más notables en las versiones 10 de la CIE (por medio del Capítulo V) y IV del DSM. No obstante, a pesar de las similitudes se mantienen algunas diferencias, tanto en la ponderación de los síntomas como en la temporalidad de los mismos.

El curso de la enfermedad es muy variable y se debe considerar en el diseño de la estrategia terapéutica personalizada. La *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* establece unos subtipos evolutivos que completan el tipo diagnóstico desde la perspectiva diacrónica (cuadro 5). También el DSM-IV establece unas “especificaciones de curso” muy similares.

Con mucha frecuencia el diagnóstico, aun enriquecido por una perspectiva operativa del tipo evolutivo, no es suficiente para plasmar la extraordinaria complejidad y variabilidad de la esquizofrenia, por lo que se hace necesario mirar otras dimensiones de la persona enferma. En el DSM-IV se puede encontrar la llamada evaluación multi-axial, que permite utilizar cinco ejes de información que coadyuvan a definir y contextualizar el diagnóstico principal estrictamente clínico (APA, 1995):

- Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas.
- Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III Enfermedades médicas.
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V Evaluación de la actividad global.

Todos ellos son factores que van a influir de manera poderosa en la comprensión holística de la persona enferma; además, permitirán sugerir la estrategia terapéutica y, tal vez, formular un pronóstico. Los ejes IV y V son de especial interés para el propósito y espectro de este trabajo, ya que son los ejes que permiten enmarcar a la persona enferma en su dimensión familiar y social.

Los problemas psicosociales y ambientales, que conforman el eje IV, son los que interfieren con más frecuencia en la evolución clínica de las personas con esquizofrenia y sobre los que los medicamentos neurolepticos tienen un efecto limitado o nulo (cuadro 6). Estos problemas se han venido también llamando “necesidades” en la literatura reciente.

El Eje V hace otra aportación útil e interesante, ya que es en sí un instrumento de evaluación: *Escala de evaluación de la actividad global* (EEAG) que considera la

**Cuadro 6. Eje IV del DSM-IV. Problemas psicosociales y ambientales.**

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo
  - Problemas relativos al ambiente social
  - Problemas relativos a la enseñanza
  - Problemas laborales
  - Problemas de la vivienda
  - Problemas económicos
  - Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
  - Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
  - Otros problemas psicosociales y ambientales
- 

actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un continuo teórico de *salud-enfermedad*. Su sencillez es su gran fortaleza, pero su debilidad consiste en poder solventar la variabilidad transcultural.

El DSM-IV es sin duda un loable intento de clasificación de ejes difíciles de aprehender, pero que representan un importante avance de la cultura psiquiátrica. Los profesionales cuentan ya con herramientas para llevar al terreno de la clínica todas las dimensiones bio-psico-sociales de la enfermedad, que hasta hace poco solo reinaban en la retórica y que son fundamentales en la comprensión y en el enfoque terapéutico de las psicosis funcionales no afectivas.

En resumen, las últimas décadas han aportado grandes avances en la construcción de una nosología que permite integrar los criterios diagnósticos con las formas evolutivas y las evaluaciones multidimensionales.

No obstante, las personas que padecen psicosis no afectivas, es decir trastornos psiquiátricos graves y, con frecuencia, de larga evolución, siguen constituyendo un reto para su diagnóstico con la suficiente fiabilidad cruzada entre los profesionales. Tampoco ofrecen síntomas o signos patognomónicos que puedan ser objetivados de forma consistente, ni existen todavía exámenes complementarios —bioquímicos o de imagen neurológica— que sustenten el diagnóstico de manera concluyente.

Si bien es cierto que el manejo de los sistemas nosológicos modernos ha eliminado gran parte de la incertidumbre que acompañaba al diagnóstico exclusivamente basada en la experiencia y en la intuición clínica, todavía se está lejos del nivel de seguridad diagnóstica alcanzado en otras especialidades médicas o del logro frente a otros trastornos psiquiátricos. Para compensar este margen de incertidumbre se han venido desarrollando formas de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, que impiden, en esencia, que el entrevistador pase por alto detalles e informaciones que pudieran ser útiles —e incluso esenciales— para formular el diagnóstico de la persona entrevistada, de la manera más precisa.

Todas estas consideraciones son del mayor interés cuando se examinan trabajos que aportan nuevos datos epidemiológicos, sobre todo si además ofrecen comparaciones entre escenarios socioeconómicos y culturales distintos.

Como se pondrá de manifiesto en la Guía Operativa 13, futuras investigaciones en la Región deberán ser especialmente sensibles a los riesgos y a las reservas señaladas en este apartado.

## Estudios epidemiológicos

Las cifras de prevalencia varían mucho entre unas y otras regiones del mundo y a veces entre zonas de un mismo país, como ya se mencionó. La Región de América Latina y el Caribe no es un excepción, como se demuestra en los cuadros 7 a 9, los cuales se presentan divididos según el denominador temporal de la tasa, es decir, según sea la tasa de prevalencia de período de vida, anual o puntual. Sería ideal disponer de tasas válidas que permitiesen saber el tamaño de la población que padece psicosis en cada zona de la Región. Lamentablemente no es así y los estudios disponibles ofrecen una gran variabilidad.

Cabría reproducir aquí el debate que hubo a finales de la década de 1980, en la que Jablensky y Sartorius (1988) y Torrey (1987) fueron de los primeros protagonistas. No obstante, aunque el debate no puede darse por concluido, la opinión mayoritaria y la de la OMS (Jablensky *et al.*, 1992) es que la disparidad es atribuible solo a diferencias en el método y, a veces, a errores en el mismo (Regier *et al.*, 1998).

Es sorprendente que la mayoría de los estudios de la Región mencionados en esta introducción son estudios de base censal (*surveys*). Desde el punto de vista metodológico es la forma más impecable de afrontar el problema, pero también, usualmente, la más costosa. También en otros aspectos hay una llamativa concordancia:

1. El diseño ha consistido en un modelo de estudio en dos fases.
2. El instrumento empleado mayoritariamente ha sido la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, por su sigla en inglés: *Composite International Diagnostic Interview*) o su predecesor el Formulario de Entrevista Diagnóstica (DIS, por su sigla en inglés: *Diagnostic Interview Schedule*).
3. La población estudiada en la mayoría de los casos ha sido estratificada y mayor de 15 años.

**CUADRO 7. Tasa de prevalencia de vida de esquizofrenia y de psicosis no afectivas en estudios de base censal en Latinoamérica.**

País	Referencia	Método	Edad	Tasa x 1.000
Brasília, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	3
São Paulo, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	9
Porto Alegre, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	24
São Paulo, Brasil	de Andrade <i>et al.</i> – 1999	CIDI	18+	21
Chile	Rioseco <i>et al.</i> – 1994	CIDI	15+	18
Colombia	Torres de Galvis <i>et al.</i> – 1997	CIDI	15–62	14
Lima, Perú	Minobe <i>et al.</i> – 1990	DIS	18+	6
Puerto Rico	Canino <i>et al.</i> – 1987	DIS	18–64	18

*Referencias:* Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524–529.

de Andrade LH, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatria Clin* 1999;26(5):257–261.

Rioseco P, Escobar B, Vicente B, Vielma M, Saldivia S, Cruzat M, *et al.* Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatria* 1994;11:186–193.

Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1987. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.

Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1990;6:9–20.

Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, *et al.* The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727–735.

**CUADRO 8. Tasa de prevalencia anual de esquizofrenia y de psicosis no afectivas en estudios de base censal en Latinoamérica.**

País	Referencia	Método	Edad	Tasa × 1.000
Brasilia, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	2
Porto Alegre, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	2
São Paulo, Brasil	Almeida-Filho <i>et al.</i> – 1997	QMPA/DSM	15+	6
São Paulo, Brasil	de Andrade <i>et al.</i> – 1999	CIDI	18+	8
Chile	Rioseco <i>et al.</i> – 1994	CIDI	15+	11
Colombia	Torres de Galvis <i>et al.</i> – 1997	CIDI	15-62	6
Lima, Perú*	Perales <i>et al.</i> – 1995	DIS	18+	6
Puerto Rico*	Canino <i>et al.</i> – 1987	DIS	18-64	6

\*6 meses prevalencia

*Referencias:* Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524–529.  
de Andrade LH, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatria Clin* 1999;26(5):257–261.

Rioseco P, Escobar B, Vicente B, Vielma M, Saldívia S, Cruzat M, *et al.* Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatria* 1994;11:186–193.

Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1987. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.

Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995;11:9–29.

Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, *et al.* The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727–735.

**Cuadro 9. Prevalencia puntual (%) de esquizofrenia y de psicosis no afectivas en estudios de base censal en Latinoamérica.**

País	Referencia	Método	Edad	Tasa × 1.000
Buenos Aires, Argentina	Marco – 1982	PSE	17–65	4
México	Caraveo-Anduaga – 1996	PSE	18–64	7

*Referencias:* Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, *et al.* La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment* 1996;19(3):14–21.

Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psychiatr Psicol Am Lat* 1982; 28:93–102.

El cuadro 10, tomado de una revisión (Rosales, 1999), ofrece datos de varios estudios europeos. En el cuadro puede observarse una diferencia fundamental con los precedentes: la mayoría de las tasas (ocho) se refieren a la prevalencia asistida. Además hay dos trabajos de base censal con tasas muy similares entre sí y otros dos basados en el método del “informante clave” (lo más parecido al método censal pero a mucho menor costo) que ofrecen el intervalo de valores más amplio (5,3 a 17,4). Llama la atención que las cifras europeas —incluso las asistidas— se agrupan en el entorno del 5% y que, con una única excepción, todas están comprendidas entre 2,5% y 7,8%; es decir, un intervalo de valores menor que el correspondiente a América Central y del Sur.

No se pueden obtener conclusiones de esta breve mirada porque toda comparación estadística es imposible, pero son disparidades que deben hacer pensar que la tasa de prevalencia en el mundo es todavía una asignatura pendiente para la epidemiología psiquiátrica.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Otros argumentos sobre la necesidad de estos estudios y sobre los aspectos metodológicos implícitos (la escasa fiabilidad comparada de los diagnósticos clínicos y la necesidad del uso de entrevistas estructuradas) pueden encontrarse en la Guía Operativa 13, dedicado a la estrategia de investigación.

**Cuadro 10. Tasas de prevalencia de esquizofrenia en distintos lugares de Europa.**

País	Referencia	Método	Tasa × 1.000
Irlanda	Torrey – 1984	Infor. clave	17,4
Sur de Londres (RU)	Ruggeri – 2000	Asistida	7,8
Salford (RU)	Bramrah – 1991	Asistida	7,5
Salford (RU)	Freeman – 1986	Asistida	6,8
Estocolmo (Suecia)	Halldin – 1984	Censal	6,0
Candem (RU)	Harvey – 1996	Infor. clave	5,3
Hampstead (RU)	Jefferies – 1997	Censal	5,1
Irlanda	Youssef – 1991	Censal	4,6
Camberwell (RU)	Wing – 1967	Asistida	4,4
Verona (Italia)	Ruggeri – 2000	Asistida	3,4
Nithsdale (RU)	Mccreadi – 1997	Asistida	2,8
Granada (España)	Moreno – 1996	Asistida	2,5
Escocia (RU)	Wing – 1967	Asistida	2,5

*Nota:* Las tasas asistidas son anuales; las obtenidas empleando los informantes claves o los censos son puntuales y totales.

*Fuente:* Datos tomados de Rosales C. Estudio geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 1999.

## Fundamentos terapéuticos

Es imprescindible desarrollar y divulgar estrategias terapéuticas para la esquizofrenia y para otras psicosis no afectivas, fundadas en datos científicos que estén acompañados de estudios de costo-efectividad. Estas estrategias de atención deben incluir tanto el acceso a los tratamientos farmacológicos como a los cuidados psicoeducativos y psicosociales (OMS, 2001).

## Atención farmacológica

Se dispone de medio siglo de experiencia en el tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos y mucho se ha aprendido de sus beneficios y de sus limitaciones. Nadie duda hoy de la eficacia y efectividad de los antipsicóticos (o neurolepticos), en el tratamiento de los síntomas psicóticos llamados positivos (como los delirios y las alucinaciones), ni de su probada capacidad para reducir la probabilidad de recaídas. La abundante literatura científica sobre los medicamentos antipsicóticos hace innecesario que en este texto se describan sus indudables bondades. Sin embargo, vale la pena mencionar algunas características de los antipsicóticos atípicos en comparación con los clásicos (cuadro 11).

**Cuadro 11. Características de los antipsicóticos “atípicos” comparados con los “clásicos”.**

- Son, al menos, tan efectivos como los “clásicos” frente a los síntomas positivos.
- Se consideran más efectivos que los “clásicos” frente a los síntomas negativos primarios.
- Producen menos síntomas secundarios y los que aparecen lo hacen con menor intensidad.
- Son mejor aceptados por los usuarios generalmente y la adherencia al tratamiento suele ser mayor.
- La tasa de recaídas tiende a ser inferior y las oportunidades para el mantenimiento comunitario se incrementan.
- El costo medio del tratamiento es muy superior.

Sin embargo, los antipsicóticos —tanto los “clásicos” como los más nuevos, conocidos como “atípicos”— en general no se han mostrado tan efectivos en la solución de otros problemas que suelen acompañar a las personas con trastornos psicóticos de larga evolución, tales como la falta de conciencia de enfermedad y la consiguiente dificultad para aceptar la necesidad de afrontar un proceso rehabilitador. Esto puede afectar varios dominios psicológicos relacionados con la competencia personal o la competencia para la relación interpersonal y social. De ahí que, como se verá más adelante, el tratamiento farmacológico debe ser complementado con tratamientos de base psicológica y social o, si se prefiere, con intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.

A pesar de las indudables ventajas de los antipsicóticos atípicos en algunos grupos de personas con trastornos psicóticos, no están accesibles para la mayoría de las personas que se beneficiarían de su uso en América Latina y el Caribe.

La escasa disponibilidad de estos fármacos, los antipsicóticos atípicos, no responde a un problema técnico que pudiera ser enfrentado por los profesionales, sino a problemas ligados a las estructuras presupuestarias de los sistemas de salud de la Región. Con frecuencia, son sistemas cuya gestión presupuestaria está muy descentralizada, por lo que la capacidad de decisión recae en la autoridad directiva de un hospital o de una municipalidad. A menudo, un déficit presupuestario estructural impide que estas autoridades acepten el pago oneroso de medicamentos para los grupos poblacionales que se beneficiarían de su uso. En la distribución de los recursos, generalmente escasos, no resulta prioritario el derecho de la persona enferma a recibir el mejor tratamiento que la ciencia pueda ofrecer, y tampoco ayuda recurrir a los análisis que permiten pensar en los beneficios económicos directos e indirectos atribuibles al mantenimiento del enfermo en la comunidad. Así, en muchas ocasiones, sólo programas con carácter nacional y presupuestos específicos pueden asegurar que estos nuevos medicamentos puedan llegar de forma regular a quienes los precisan.

### *Tratamientos psicoterapéuticos*

La atención de base psicológica, desarrollada en los últimos lustros para ofrecer cuidados y rehabilitación a las personas con trastornos psicóticos, ya es parte inherente del modelo comunitario de atención a estos individuos y su entorno. No obstante, la insuficiente diseminación del modelo comunitario en las regiones de América Latina y el Caribe no ha favorecido la penetración de estas técnicas de trabajo, a pesar de que hay abundante literatura científica al respecto. Hay una gran diversidad de tratamientos, según su fundamento teórico y según el objetivo preciso para el que se diseñaron (cuadro 12).

**Psicoeducación familiar.** Cada vez hay mayor consenso en que, para obtener el mejor resultado posible, es necesario establecer una alianza terapéutica con la familia de la persona con esquizofrenia. Dos fuertes corrientes confluyen para que esa alianza sea cada vez más imprescindible: por una parte, la creciente conciencia sobre el derecho a conocer y a participar de aquellos que demandan atención psiquiátrica para sí o para sus familiares más desprotegidos; por otra, la evidencia científica de que trabajar con la familia reduce la tasa de recaída entre los afectados por psicosis, como se verá a lo largo de este apartado, además de otras ventajas relacionadas con la calidad de vida de la persona enferma y de la familia en su conjunto.

Hay experiencia acumulada en esta línea de trabajo desde varios paradigmas y enfoques, pero sin duda el modelo psicoeducativo de intervención es el que más acep-

**Cuadro 12. Resumen de tratamientos psicoterapéuticos.**

Técnicas	Objetivo general	Objetivos específicos
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	Enseñar a la PERSONA ENFERMA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manejar la medicación y autocontrolar los síntomas</li> <li>2. Afrontar la ansiedad y la depresión</li> <li>3. Adquirir habilidades necesarias para la convivencia social</li> <li>4. Adquirir habilidades necesarias para afrontar con éxito la vida diaria</li> <li>5. Adquirir habilidades necesarias para el ocio</li> </ol>
	Instruir a la FAMILIA acerca de la esquizofrenia. Entrenarla en habilidades de comunicación y en la resolución de problemas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducir el estrés, la carga emocional, la expresión de enfado y los sentimientos de culpa</li> <li>2. Fortalecer las habilidades para anticipar y resolver problemas</li> <li>3. Contribuir a tener expectativas razonables acerca del paciente</li> <li>4. Enseñarles a establecer y mantener algún grado de distancia cuando sea necesario</li> <li>5. Lograr cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares</li> </ol>
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	Explorar racionalmente el carácter subjetivo de los síntomas psicóticos, cuestionando su evidencia, y sometiendo tales creencias y experiencias a pruebas de realidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducir la intensidad de los delirios y alucinaciones y el malestar relacionado</li> <li>2. Promover la participación activa del enfermo en la reducción del riesgo de recaída y el nivel de discapacidad social</li> </ol>
APRENDIZAJE DE HABILIDADES SOCIALES	Mejorar el funcionamiento deficiente, el nivel de adaptación y la calidad de vida	
REHABILITACIÓN NEURO-PSICOLÓGICA	Mejorar el funcionamiento cognitivo del paciente en sus habilidades verbales y en su competencia social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protésicos: nuevas habilidades son establecidas para reemplazar o compensar habilidades deterioradas</li> <li>2. De recuperación: los procesos dañados son sometidos a un restablecimiento</li> <li>3. De reorganización: las condiciones ambientales fortalecen la reorganización funcional de los procesos disociados por la psicosis aguda</li> </ol>

tación está teniendo entre los terapeutas. Este tipo de atención tiene su origen conceptual en los años cincuenta, cuando se comenzaron a investigar los factores que podrían influir sobre las recaídas de algunos pacientes que volvían con sus familias. Sin embargo, es a partir de las aportaciones de Vaughn y Leff (1976) cuando se comprobó que la emoción expresada (EE) —insuficiente control de la respuesta emocional por parte de los miembros de la familia—, que empezaba a definirse sobre el comportamiento familiar en la convivencia doméstica, predice la recidiva esquizofrénica. La publicación posterior del modelo de estrés-vulnerabilidad de la esquizo-



frenia (Zubin y Spring, 1977), contribuyó a una mejor comprensión: la EE podría ser entendida como un factor estresante que tendría una función detonante sobre la vulnerabilidad de la persona enferma. Con tales fundamentos comenzaron los diseños de técnicas de intervención familiar orientadas a disminuir la emoción expresada y otras fuentes de estrés dentro de la familia.

Varias han sido las intervenciones psicoeducativas familiares que se han ido desarrollando, fundamentalmente a lo largo de la década de los ochenta: la terapia familiar conductual de Falloon *et al.* (1984), el paquete de intervenciones de Leff (1985), el modelo psicoeducativo de Anderson *et al.* (1986), las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrrier *et al.* (1988), y los grupos multifamiliares de McFarlane *et al.* (1995). A pesar de la heterogeneidad de sus formatos, todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas, con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Este modelo psicoeducativo de intervención familiar ha demostrado ser efectivo para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Pharoah *et al.*, 2000). Tras una revisión de ensayos clínicos controlados, Bustillo *et al.* (2001) señalan la superioridad de la terapia familiar que emplea técnicas conductuales y psicoeducativas, independientemente de su intensidad y formato, para la reducción de las recaídas y reingresos hospitalarios, así como para la reducción de costos.

**Psicoeducación de personas con trastornos psicóticos.** La facultad de las personas que padecen esquizofrenia para comprender y manejar el proceso de su enfermedad ha sido tradicionalmente infravalorada, al considerar que la capacidad de introspección de los que sufren este trastorno está seriamente comprometida por el mismo. Sin embargo, los estudios realizados acerca de la conciencia de la enfermedad —*insight*— en la esquizofrenia han mostrado la complejidad tridimensional de este factor: conciencia de la enfermedad, necesidad de tratamiento y atribución de los síntomas, los cuales fluctúan continuamente en yuxtaposición a lo largo del curso de la enfermedad (David, 1990; Birchwood *et al.*, 1994; Jorgensen, 1995).

Diversos estudios han demostrado que los sujetos que sufren esquizofrenia reconocen los síntomas prodrómicos y que pueden emplear tal conocimiento para emprender acciones personales de afrontamiento o solicitar ayuda para ello, tomando un papel más activo en su tratamiento (McCandless-Glimcher *et al.*, 1986; Birchwood *et al.*, 1989; Jorgensen, 1998). Lee *et al.* (1993) han demostrado cómo los pacientes también desarrollan medios efectivos para manejarse con la enfermedad; consideran que hay que potenciar estas habilidades de afrontamiento y estiman que los propios enfermos pueden ser nuestros compañeros en una rehabilitación eficaz.

Estos datos han sustentado la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas psicoeducativas (Goldman, 1988; Atkinson *et al.*, 1996; Moller *et al.*, 1997; Halford *et al.*, 1995; Hogarty *et al.*, 1995; Jones, 2000; Beck, 1983) dirigidas a dotar a los pacientes de información, apoyo y estrategias de afrontamiento, dentro del modelo de enfermedad basado en la teoría de la vulnerabilidad. De este modo, se pretende ayudar a que hagan frente de manera más efectiva a sus dificultades y comportamientos desajustados, dotándolos de un marco para comprender los fenómenos que experimentan, en forma conjunta con las diferentes estrategias terapéuticas.



Algunas aproximaciones psicoeducativas se han enmarcado en un contexto rehabilitador integral (*comprehensive* en inglés). Así Halford *et al.* (1995) han desarrollado un programa compuesto por cinco módulos: a) medicación y autocontrol de síntomas; b) afrontamiento de la ansiedad y la depresión; c) habilidades sociales; d) habilidades de la vida diaria; y e) habilidades de ocio. El estudio concluye que la mayoría de los pacientes experimentan una reducción en sus síntomas y un mejoramiento de la calidad de vida y de su funcionamiento en la comunidad. Un enfoque distinto es el aportado por Hogarty *et al.* (1995), quienes crearon un procedimiento de intervención psicoterapéutica individual basado en el modelo psicoeducativo mediante el cual de forma gradual se enseña al paciente acerca de la enfermedad y su manejo. Tras dos años de seguimiento, ha mostrado tener efectos más duraderos que la terapia familiar y de apoyo en el ajuste social de los pacientes —tanto los que viven con sus familias como los que lo hacen de forma independiente (Chadwick *et al.*, 1996)— y en la disminución de recaídas de los pacientes que viven con sus familias (Kingdon *et al.*, 1991). En las revisiones realizadas por el Grupo Cochrane de Esquizofrenia sobre ensayos clínicos controlados acerca de las intervenciones psicoeducativas individuales, han concluido que este tipo de intervenciones disminuye el riesgo de recaídas (Tarrier *et al.*, 1993).

**Terapia cognitivo-conductual (TCC) de los síntomas psicóticos.** El principal objetivo de la TCC en la psicosis, de manera especial en aquella que se muestra resistente a la medicación, es reducir la intensidad de los delirios y alucinaciones (así como el malestar relacionado) y promover una participación activa del paciente en la reducción del riesgo de recaída y del nivel de discapacidad social. Las intervenciones se centran en la exploración racional del carácter subjetivo de los síntomas psicóticos, cuestionando su evidencia y sometiendo tales creencias y experiencias a pruebas de realidad (Penn *et al.*, 1996). También se utilizan técnicas dirigidas a reducir la implicación emocional asociada a la omnipotencia de las creencias delirantes y experiencias alucinatorias mediante explicaciones normalizadoras de los síntomas (Rund *et al.*, 1999) o procedimientos para aumentar las estrategias adaptativas de afrontamiento, que pueden estar siendo ya utilizadas por el paciente (Green, 1996).

Según Bustillo *et al.* (2001), los ensayos aleatorios controlados disponibles proporcionan una evidencia preliminar acerca de la eficacia de la TCC en la reducción de los delirios y las alucinaciones en pacientes resistentes a la medicación, así como del beneficio de su uso como complemento de la farmacoterapia en la psicosis aguda. Perona y Cuevas (1999), que han llevado a cabo una revisión sistemática tanto de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes (Roder *et al.*, 1996) como de los estudios aleatorizados con grupo control (Bellack *et al.*, 1999), llegan a una serie de conclusiones acerca de la efectividad de las terapias cognitivo conductuales para los síntomas psicóticos:

- Pueden reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la ausencia de tratamiento; sin embargo, no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias psicológicas.
- Se ha mostrado más eficaz para los síntomas psicóticos residuales que para los síntomas agudos.
- No produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas.
- Tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social.

- Parece ser más efectiva con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas.
- No hay pruebas hasta el momento de que su efecto sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales.
- No hay pruebas sobre qué estrategia cognitivo conductual puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos.

Si se tienen en cuenta las conclusiones de Perona y Cuevas, esta línea de trabajo, aunque prometedora, debe ser todavía investigada con nuevos ensayos controlados.

**Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria, y en resolución de problemas.** El entrenamiento en habilidades para personas psiquiátricamente discapacitadas es hoy una modalidad terapéutica plenamente establecida en todos los programas de rehabilitación. Se fundamenta en la presencia de déficit en las habilidades sociales y de la vida diaria, que dificultan el mantenimiento en la comunidad de los pacientes con enfermedad mental grave. El tratamiento farmacológico, por sí mismo, no enseña ni fortalece la competencia en las funciones instrumentales, las relaciones sociales o el desempeño laboral. Para ello es necesario el entrenamiento específico de las habilidades implicadas en el funcionamiento personal y social de las personas que manifiesten problemas en estas áreas. El objetivo de la rehabilitación no es curar la enfermedad, sino mejorar el funcionamiento, el nivel de adaptación y la calidad de vida.

Las habilidades sociales han sido descritas por Liberman *et al.* (1986) como conductas interpersonales instrumentales y socioemocionales. Las primeras sirven para mantener y mejorar la independencia y la supervivencia en la comunidad; las segundas, para establecer, mantener e intensificar las relaciones de apoyo personal.

La literatura acerca del entrenamiento en habilidades es muy amplia; los programas en esta materia han sido validados a través de un amplio espectro de lugares de tratamiento, períodos de tiempo y subgrupos de pacientes; se han ido ampliando los objetivos de tratamiento y el tipo de personal utilizado en los entrenamientos; y se han diversificado las técnicas usadas para promover y mantener los cambios conductuales.

Penn y Mueser (1996), en su revisión acerca del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, resumen los resultados de los estudios controlados sobre entrenamiento en habilidades sociales y sugieren las siguientes conclusiones:

- Las personas con esquizofrenia pueden aprender una amplia gama de habilidades sociales, desde las más simples a las más complejas, tales como ser asertivo o tener la habilidad de sostener conversaciones.
- La mejoría en las habilidades sociales después del entrenamiento es evidente con respecto a los patrones de conducta específica, pero los cambios en los síntomas y en el funcionamiento comunitario son menos evidentes.
- El entrenamiento en las habilidades sociales necesita ser proporcionado durante un amplio período de tiempo, un año o más.

Bustillo *et al.* (2001), en una revisión de ensayos clínicos controlados ya mencionada, concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales ha sido ampliamente exitoso para el aprendizaje de conductas específicas; asimismo, consideran que se han demostrado resultados fundamentalmente positivos en los programas de empleo protegido, por lo que recomiendan el uso de este tipo de intervención psicosocial.

**Rehabilitación neuropsicológica.** Diversas investigaciones han documentado que la disfunción cognitiva es también una característica distintiva de la esquizofrenia. Desde las clásicas descripciones psicopatológicas de Kraepelin y Bleuler, que pusieron de manifiesto la relevancia de las alteraciones de los procesos de atención y cognitivos, este aspecto se ha considerado con un interés creciente, acentuado durante la última década.

Addington y Addington (1999) han encontrado que ciertos aspectos del proceso cognitivo como la habilidad verbal, la memoria verbal y el funcionamiento ejecutivo aparecen como predictores de la capacidad de resolución de problemas sociales y podrían considerarse como factores limitantes.

Spaulding *et al.* (1994) han propuesto un modelo trifactorial acerca de las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia, con implicaciones para la evaluación y el tratamiento. El primer factor de disfunción neuropsicológica sería estable, generalizado y ligado a la vulnerabilidad. El segundo factor entorpecería el funcionamiento ejecutivo, la memoria y las habilidades conceptuales, además estaría ligado al episodio y remitiría espontáneamente tras desaparecer este último. El tercer factor sería similar al anterior pero de carácter residual y podría ser objeto de tratamiento psicosocial.

Otros autores han desarrollado modelos explicativos integradores de los hallazgos acerca del curso de la esquizofrenia, donde los factores neuropsicológicos desempeñan un papel mediador central, tanto en la evolución psicopatológica (Nuechterlein *et al.*, 1994) como en el desempeño social y comunitario de los pacientes (Lieberman *et al.*, 1986; Green y Nuechterlein, 1999), por lo que demandan una atención directa sobre ellos, si el objetivo terapéutico es reducir la discapacidad.

A pesar de la heterogeneidad de los procedimientos metodológicos, algunos estudios han apuntado resultados prometedores; otros, por el contrario, consideran que los hallazgos acerca de la eficacia directa de la rehabilitación cognitiva no son concluyentes (Bellack *et al.*, 1999).

La discusión sobre los efectos del tratamiento cognitivo en los pacientes esquizofrénicos sugiere la posibilidad de al menos tres tipos de mecanismos (Spaulding *et al.*, 1999):

1. Protésicos, cuando se establecen nuevas habilidades para reemplazar o compensar las habilidades deterioradas.
2. De recuperación, cuando los procesos dañados se someten a un restablecimiento.
3. Reorganizativos, cuando las condiciones ambientales fortalecen la reorganización funcional de los procesos disociados por la psicosis aguda.

### Programas terapéuticos individualizados e intervenciones holísticas

Una de las metas principales del tratamiento de enfermos con psicosis grave es encontrar el equilibrio entre la *sobreestimulación* y la *infraestimulación*. Según el modelo ampliamente aceptado de estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia y de la psicosis, la sobreestimulación conduce a la exacerbación de los síntomas y a la recaída, mientras que la infraestimulación favorece la pasividad excesiva y el aislamiento (como se vio en pacientes institucionalizados durante largo tiempo).

El equilibrio adecuado no solo varía entre individuos, sino que además debe ser diferente para el mismo enfermo en distintos momentos de su evolución. Por lo tanto,

para alcanzar el mejor resultado en términos de adherencia a la medicación y otras facetas de los cuidados que se brinden al paciente, el programa de atención tiene que ser diseñado individualmente y, en consecuencia, ajustado según las circunstancias de cada paciente en cada momento evolutivo. Se debe advertir que todo ello es más difícil de alcanzar en un escenario no institucional, debido a que los pacientes disponen de más libertad y oportunidades para elegir su propia conducta en general. Actualmente no hay suficiente consenso sobre las pautas a seguir entre las variadas posibilidades que requiere un tipo de cuidado tan individualizado y, por ello, la atención comunitaria de enfermos con psicosis severa aún requiere nuevas investigaciones.

Pero no solo el enfoque terapéutico ha de ser personalizado y contextualizado todo el tiempo, sino que las intervenciones terapéuticas han de tener un carácter holístico; es decir, integral, comprensivo. La complejidad de los problemas que afectan al enfermo y su ambiente han de ser afrontadas desde varias perspectivas y con varios recursos terapéuticos combinados. Por ejemplo, hay consenso sobre la conveniencia de ofrecer tratamiento farmacológico y cuidados psicoterapéuticos de forma combinada; incluso pueden asociarse varias de las técnicas de base psicológica, de manera simultánea o escalonada.

La complejidad mencionada ha llevado a algunos autores a sistematizar modelos complejos de intervención que, partiendo del progresivo conocimiento acumulado, integren diversos procedimientos terapéuticos que hayan mostrado validez para abordar aspectos parciales del funcionamiento personal y social de los pacientes. Estas aproximaciones integradoras, sin pretender ser definitivas, representan un intento por superar el reduccionismo y la simplificación que a veces supone la metodología de investigación, más orientada al contraste de modelos que al efecto que su combinación pueda tener en la evaluación de resultados. Sin embargo, la elección de los componentes, el peso relativo de cada uno de ellos en el conjunto, el modo y orden de su presentación, el tiempo de exposición y la eficiencia conjunta frente a otros procedimientos deben ser debidamente acreditados, a pesar de la complejidad que implica.

Roder *et al.* (1996) han desarrollado un programa denominado Terapia Psicológica Integrada (IPT, por su sigla en inglés: *Integrated Psychological Therapy*), para su empleo en grupos, que consta de cinco subprogramas orientados a la terapia de los trastornos cognitivos y de la conducta social típicos de la esquizofrenia:

1. Diferenciación cognitiva
2. Percepción social
3. Comunicación verbal
4. Habilidades sociales
5. Resolución de problemas interpersonales

Partiendo del hecho de que la conducta está jerárquicamente organizada y que en la esquizofrenia se da una alteración de los procesos cognitivos básicos, estos autores llegan a la conclusión de que para que la terapia sea efectiva, primero hay que trabajar con los procesos cognitivos. Habilidades básicas como concentración, formación de conceptos, capacidad de abstracción, capacidad perceptiva y memoria deben ser practicadas en primer lugar para desarrollar luego formas más complejas de conducta social.

De acuerdo con estas premisas, los primeros subprogramas se centran en las funciones cognitivas básicas. Una vez que estas se han desarrollado, el objetivo se dirige a la tarea más compleja de adquisición de habilidades sociales y resolución de problemas. Cada subprograma avanza de manera progresiva, graduando el nivel de las tareas requeridas, tanto en su complejidad como en el grado de posible implicación emocional.

La formación de habilidades para manejar las emociones y los afectos desempeña también un papel particularmente importante dentro de cada subprograma. Puesto que las situaciones potencialmente estresantes tienen un efecto disfuncional en las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, los ejercicios de cada subprograma comienzan centrándose en tareas emocionalmente neutras para ir pasando posteriormente a tareas o contenidos emocionalmente estresantes. En los estadios avanzados de la terapia se hace más énfasis en el afrontamiento del estrés emocional.

Otro ejemplo sería el procedimiento psicoterapéutico individual para la esquizofrenia diseñado por Hogarty *et al.* (1995) al que denominan Terapia Personal (PT, por su sigla en inglés: *Personal Therapy*) y que intenta superar las limitaciones de la psicoterapia tradicional con este tipo de pacientes. Estos autores han modificado el “modelo centrado en la persona” para adaptarse al trastorno neurocognitivo subyacente, minimizar el potencial efecto iatrogénico de la medicación antipsicótica de mantenimiento, controlar las fuentes de sobreestimulación ambiental y llevar a cabo la terapia cuando la gestión de la crisis ha terminado y puede asegurarse la estabilidad. Por medio de estrategias graduales de afrontamiento interno, la PT intenta proporcionar un crecimiento de la conciencia de vulnerabilidad personal, incluyendo “señales internas” de alteración emocional. El objetivo es potenciar la prevención de recaídas y la reintegración social del paciente a través del desarrollo de la conciencia de la enfermedad; la competencia para la vigilancia y el autocontrol de los estados emocionales; la expresión apropiada de emociones y la evaluación de la respuesta provocada en los otros; así como la asunción progresiva de responsabilidades y actividades ocupacionales.

En resumen se puede decir que durante estas últimas décadas se ha acumulado un notable *corpus* de base científica acerca de la efectividad de algunos procedimientos (psicoeducativos) y de resultados prometedores en otras técnicas (terapia cognitiva de los síntomas psicóticos, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva). Todos estos procedimientos, junto con un tratamiento farmacológico adecuado y otros cuidados orientados a la integración social, pueden mejorar los resultados en términos de síntomas psicóticos, reingresos hospitalarios, funcionamiento personal y calidad de vida, permitiendo el tratamiento y mantenimiento del paciente en la comunidad.

Esta base científica, paradójicamente, no siempre es trasladada con eficiencia a la oferta de tratamiento de los servicios de salud mental, sino que su asimilación es arbitraria y desigual a través de los diferentes sistemas de servicios. Los problemas administrativos, organizativos, de capacitación profesional y dotación de recursos no deberían pasar por alto el derecho de los pacientes con esquizofrenia a recibir el tratamiento más efectivo para su trastorno. Los servicios de salud mental deberían incorporar de forma sistemática estos nuevos enfoques a su estructura organizativa y orientar prioritariamente hacia ellos sus recursos, frente a otros procedimientos que han mostrado menor o nula eficacia. Para ello es imprescindible la divulgación de este conocimiento entre administradores y clínicos, así como la formación y el entrenamiento de los profesionales que han de desarrollar los planes de tratamiento.

Las investigaciones continúan su curso abriendo nuevas perspectivas terapéuticas y han de responder a cuestiones como la intervención más adecuada para cada perfil de paciente, la duración del tratamiento o la integración adecuada de las diferentes estrategias terapéuticas que vayan demostrando su efectividad. Una actitud, por parte de los gestores y clínicos, orientada a la actualización y puesta en práctica de este creciente conocimiento de lo que se puede hacer frente a un trastorno tan grave como la esquizofrenia, permitirá un mayor optimismo de aquellos que lo padecen y sus familiares.

### **Programa de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos**

Los datos sobre la atención a personas con problemas de salud mental en América Latina, obtenidos mediante el Proyecto Atlas-América Latina, muestran que, en general, la orientación de los servicios disponibles es inadecuada y la calidad de la atención brindada es deficitaria. Por ello, teniendo en cuenta la relevancia social del sufrimiento que provocan y la repercusión sobre la financiación de los servicios públicos de la Región, pero también los nuevos procedimientos de tratamiento, rehabilitación y cuidados en general, es importante que los países desarrollen programas comunitarios para disminuir la prevalencia no tratada de los trastornos mentales, entre ellos las psicosis.

En 1990, la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Declaración de Caracas, 1990) estableció una serie de ejes prioritarios:

- a) El traslado a la comunidad de los servicios.
- b) El traslado a la comunidad de la enseñanza y de la capacitación de los recursos humanos.
- c) La ampliación de las alternativas de atención a las personas afectadas y a sus familias
- d) El resguardo de los derechos humanos.
- e) La humanización del cuidado, y la inclusión de usuarios y familiares en el proceso de gestión.

Todos los ejes siguen siendo fundamentales para la ejecución del Programa de Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos (PACTP). Por lo tanto, no hay innovación en lo esencial ni nuevos requerimientos a los países. Es claro, sin embargo, que aquellos que más avanzaron en la reordenación de sus servicios mejor posición tendrán ahora para incorporar los nuevos recursos técnicos que la comunidad científica ofrece y la OPS recomienda.

### **Objetivos generales**

Los programas de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos han de ser capaces, por su trascendencia social, de influir de manera relevante en las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe. Las guías que a continuación se presentan tienen como objetivo principal el desarrollo de programas de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos que se puedan integrar a los planes nacionales de salud mental que la mayoría de los países ya han puesto en marcha, contribuyendo a la consolidación de los mismos y al desarrollo de iniciativas orientadas a los siguientes objetivos específicos:

1. Disminuir la prevalencia no tratada.
2. Detectar tempranamente los primeros episodios e intervenir de forma oportuna sobre los mismos.
3. Proporcionar los cuidados más adecuados durante los episodios y las crisis, incluyendo las terapéuticas más efectivas.
4. Realizar un seguimiento óptimo durante los períodos entre las crisis.
5. Reducir el efecto negativo de institucionalizaciones prolongadas.
6. Aplicar intervenciones efectivas para prevenir el desarrollo de discapacidades en poblaciones en riesgo y, cuando sea posible, evitar el desarrollo de la enfermedad misma.
7. Apoyar a las familias y a las personas afectadas.
8. Disponer de información epidemiológica en la Región.

## Estrategias

1. Formar y capacitar a los recursos humanos necesarios para poner en práctica el resto de las estrategias, así como los programas de ellas derivados.
2. Promover la estrecha cooperación y coordinación entre el nivel de atención primaria de salud y el nivel especializado de atención a la salud mental. El nivel primario es un marco indispensable para el despliegue de los programas orientados a estimular las redes locales de apoyo para las personas con trastornos mentales de larga evolución.
3. Mejorar la **estructura de los servicios**, es decir, el desarrollo o la consolidación de las redes de servicios de salud mental basados en la comunidad, tal como se propugnó en la Declaración de Caracas.
  - 3.1. Establecimiento de equipos interdisciplinarios que operen en y desde la comunidad en clínicas ambulatorias, centros de día y atención domiciliaria, denominados **Equipos de Salud Mental Comunitaria (ESMC)**.
  - 3.2. Habilitación de camas para la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, denominadas **Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales (USMHG)**.
  - 3.3. Dependiendo del sistema judicial y penitenciario de cada país, en algunos casos será necesario completar las redes de servicios con unidades forenses de referencia, a las que se pueda derivar a aquellas personas con trastornos psicóticos que precisen una evaluación especializada, o que requieran tratamiento en condiciones intermedias entre las USMHG y un centro penitenciario.
4. Mejorar la **dinámica funcional de los servicios**, para lo cual los equipos y las unidades deberán disponer de programas y protocolos que favorezcan la mejor atención posible a personas que:
  - 4.1. Sufren de un primer episodio.
  - 4.2. Mantienen los llamados síntomas productivos de forma continuada, con frecuencia refractarios a los tratamientos habituales.



- 4.3. Deben estar sujetas a un plan individualizado de seguimiento y mantenimiento justificado por el desarrollo de alguna incapacidad, ya sea que muestren cierto grado de deterioro, o simplemente para prevenir las recaídas.
- 4.4. Padecen la enfermedad, o están en riesgo de padecerla,<sup>2</sup> pero no están sometidas a los cuidados adecuados. Entre estas cabe destacar a las personas que:
  - 4.4.1. Son habituales de comedores, hogares de transeúntes (“sin techo”) y otros centros de acogida, sean públicos, de caridad, o administrados por organizaciones no gubernamentales.
  - 4.4.2. Fueron atendidas por los servicios de salud con probables psicosis funcionales de carácter reactivo, pero sin un diagnóstico preciso confirmado.
  - 4.4.3. Presentaron una buena evolución tras un episodio esquizofrénico, pero que tienden a descuidar la vigilancia para prevenir eventuales recaídas.
  - 4.4.4. No se adhirieron al tratamiento, que mantienen activo su cuadro psicopatológico y que suelen estar abocados a graves deterioros clínicos y sociales, si no se les busca activamente para ofrecerles tratamiento.
  - 4.4.5. Tienen madre o padre esquizofrénicos, sin que ello implique generalizaciones injustificadas ni intervenciones extemporáneas.
- 4.5. Las personas con pérdida de habilidades que precisan de técnicas específicas de entrenamiento o reeducación (en suma, de rehabilitación), deberán contar con un programa psicosocial que incluya intervenciones en aquellas áreas de discapacidad que dificulten o impidan el desempeño autónomo de cualquiera de las actividades de la vida diaria, tales como:
  - 4.5.1. El cuidado e higiene personal.
  - 4.5.2. El cuidado diario del hogar: limpieza y otras tareas domésticas.
  - 4.5.3. La alimentación: compra de alimentos y preparación de comidas.
  - 4.5.4. La administración (uso) del dinero: realización de compras y la gestión de asuntos de índole personal (vg. obligaciones fiscales).
  - 4.5.5. Habilidades sociales y de relaciones interpersonales.
  - 4.5.6. Habilidades básicas comunes a cualquier actividad laboral.
5. Desarrollar una red psicosocial, que sea complementaria a los servicios más tradicionales dentro de los departamentos de salud. Esta red puede, idealmente, ser formada por los propios servicios sanitarios, pero también por otros departamentos gubernamentales que se ocupan del bienestar general de las personas, de

---

<sup>2</sup> No se incluyen estrategias de prevención primaria por carecer del necesario conocimiento sobre las causas de aparición de la enfermedad; pero sí es posible que pronto puedan definirse los síntomas prodrómicos en adolescentes y jóvenes adultos, sobre los que sería aconsejable intervenir para evitar el desarrollo de la enfermedad.



la promoción de empleo, etcétera. En determinados países pueden constituir actividades prestadoras de servicios auspiciadas desde los gobiernos, pero ejecutadas de manera concertada por agencias no gubernamentales, instituciones privadas, o por las asociaciones de autocuidado constituidas por las personas afectadas y sus familias. Esta puede ser la única alternativa en países con menor nivel de desarrollo, pero en todo caso el Estado es el responsable subsidiario de la misma.<sup>3</sup> Esta estrategia puede inspirarse en el Documento de Consenso Internacional de la Red Maristán (1999) y, de acuerdo con dicha orientación, puede resumirse su diversificación en las siguientes ramas:

- 5.1. Programas orientados a asegurar un alojamiento adecuado.
- 5.2. Programas orientados a conseguir la autonomía económica y la integración laboral de las personas objeto de este documento, mediante:
  - 5.2.1. Formación laboral y profesional.
  - 5.2.2. Espacios para desarrollar programas que permitan la ocupación y la promoción de empleo.
  - 5.2.3. Programa alternativo de subsidios que posibilite la autonomía económica de las personas afectadas, cuando el programa ocupacional no es suficiente.
- 5.3. Tiempo libre: la vivienda adecuada, la actividad ocupacional y la autonomía económica, en ocasiones, no bastan para la integración social de estas personas. La red de apoyo psicosocial deberá ofrecer actividades de tiempo libre para aquellas personas que tienen dificultades en el desarrollo de relaciones interpersonales o que carecen de iniciativa para ocupar adecuadamente su tiempo libre.
- 5.4. Movilidad y comunicaciones: las oportunidades de integración deben asegurar que las personas afectadas por un trastorno psicótico puedan tener acceso real a los medios de transporte y comunicación actuales. Esto es: tener la oportunidad de acceder a ellos, de poderlos financiar y además saberlos usar (en cuyo defecto deberán ser entrenados en su manejo).
6. Reducir el estigma.
  - 6.1. Desarrollo sostenido de intervenciones de educación para la salud mental en los ambientes educativos.
  - 6.2. Ejecución de programas dirigidos a la modificación de actitudes dentro de los medios de comunicación social. Deben realizarse de forma periódica, teniendo en cuenta la movilidad de los profesionales.
7. Ofrecer apoyo a las familias, y a las redes naturales de apoyo, en tres vertientes: atención psicológica y moral; capacitación para que puedan prestar cuidados a la persona afectada con quien conviven, y oportunidades reales de participar en el diseño y seguimiento de los programas de cuidado.

---

<sup>3</sup> No puede ocultarse que aquí queda abierto un amplio debate sobre el modelo de “estado de bienestar” que por el que cada país opte. Parte substancial de ese modelo será la forma de provisión de los servicios: ¿deben ser prestados por funcionarios públicos o por la iniciativa privada, con ánimo de lucro o sin él, bajo la tutela del Estado?

8. Promover la investigación que permita aportar nuevos datos epidemiológicos en la Región respecto a las psicosis funcionales, exceptuadas las de naturaleza afectiva. Entre ellos destacan por su interés estratégico:
  - 8.1. La tasa de prevalencia no tratada y la caracterización de las personas con psicosis que forman los grupos poblacionales que no reciben tratamiento.
  - 8.2. La tasa de prevalencia tratada, que debería incluir la proporción de los distintos subtipos diagnósticos incluidos en los apartados F20-F29 de la CIE-10, y los subtipos según la “clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia” del DSM-IV.
  - 8.3. Las instituciones públicas o privadas que intervienen en la atención, el consumo de servicios que originan y, como consecuencia, el costo estimado de la enfermedad, según los subtipos de la misma.
  - 8.4. El desarrollo de tecnologías de evaluación de servicios que permitan identificar los modelos de trabajo más eficientes y más satisfactorios, para que sirvan de base como centros de demostración y para la capacitación de gestores y de recursos humanos en general.
9. Contribuir a la movilización institucional dirigida a lograr el consenso nacional sobre programas de atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos (PACTP), así como la cooperación efectiva entre los distintos poderes del Estado —parlamentario, judicial y ejecutivo—, y entre los distintos niveles de las administraciones públicas: gubernamental, provinciales y locales.

### **Objetivos, guías operativas y programas de los PACTP**

Las nueve estrategias concebidas para poder alcanzar los objetivos del PACTP se han concretado en un conjunto de guías operativas. Las autoridades de los países y provincias podrán encontrar en ellas las orientaciones y recomendaciones sobre cómo desarrollar las redes de servicios, cómo elaborar programas de atención específicos a los grupos destinatarios del PACTP, o cómo trabajar con la comunidad y la sociedad en su conjunto (cuadros 13 y 14).

**Cuadro 13. Adaptación de las guías operativas al nivel de desarrollo de los países de la Región.**

<b>Guías operativas</b>	<b>Países grupo A con menos recursos</b>	<b>Países grupo B con más recursos</b>
1. Formar y capacitar recursos humanos	Creación de Equipos de Salud Mental Comunitaria (véase la Guía operativa 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación o desarrollo de la especialidad de enfermería en salud mental</li> <li>• Reciclaje de los psiquiatras y demás profesionales de salud mental</li> </ul>
2. Optimizar la eficiencia, la cooperación y la coordinación con la atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento de agentes de salud para acciones de salud mental</li> <li>• Reconocimiento y tratamiento de las personas con trastornos psicóticos en las unidades de atención primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación del flujo del paciente entre la atención primaria y los Equipos de Salud Mental Comunitaria (ESMC)</li> <li>• Detección y seguimiento de casos</li> </ul>
3. Completar las redes de servicios comunitarios	ESMC móviles o instalados en las unidades de atención primaria o en hospitales generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de SMC con hospital de día, talleres de terapia ocupacional, grupos psicoterapéuticos</li> </ul>
4. Dotar a los hospitales generales de camas específicas	Camas para ingreso en hospitales generales	Unidades de internación psiquiátricas en hospitales generales
5. Establecer programas y protocolos de atención a la persona con trastorno psicótico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación básica para los TP en las unidades de salud</li> <li>• Detección precoz de casos (primer episodio)</li> <li>• Psicoterapia grupal de apoyo al paciente y familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos específicos para el primer episodio y para pacientes más graves</li> <li>• Medicación neuroléptica de nueva generación</li> <li>• Terapias (ocupacional, psicoeducativa, etc.)</li> <li>• Tratamiento comunitario asertivo para los casos más graves</li> </ul>
6. Establecer programas de rehabilitación	Orientar los recursos en función del Programa y adecuar los programas a los medios disponibles	
7. Desinstitucionalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto a los derechos humanos y vigilancia sanitaria en los hospitales psiquiátricos</li> <li>• Evaluación y caracterización de los internados</li> <li>• Revisión de los casos ingresados en unidades forenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformación a profundidad de la institución</li> <li>• Alternativas al hospital psiquiátrico (guías operativas 3 y 4)</li> </ul>

**Cuadro 13. (continuación)**

Guías operativas	Países grupo A con menos recursos	Países grupo B con más recursos
8. Alojamiento alternativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a la familia para manutención del paciente en la residencia familiar o cercana a ésta</li> <li>• Evaluación de las necesidades de vivienda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo domiciliario (domicilio propio, familia sustituta; pensión) alojamiento supervisado; alojamiento asistido</li> </ul>
9. Promover el empleo y la ocupación remunerada	Orientar los recursos en función del Programa y adecuar los programas a los medios disponibles	Estímulo a la creación de empresas sociales
10. Otros enfoques y cuidados		
11. Apoyar a la familia y a la red natural de apoyo		
12. Luchar contra el estigma de las psicosis y esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas dirigidas a poblaciones especiales: pacientes y familiares, profesionales de salud, periodistas, policías, etc.</li> <li>• Estímulo a la legislación contra la discriminación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas más elaboradas, con seminarios y otras presentaciones, con la participación de pacientes y familiares.</li> <li>• Juegos en escuelas</li> <li>• Campañas en los medios de comunicación.</li> </ul>
13. Promover la investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar sistemas de información básica epidemiológica</li> <li>• Grupos focales para encontrar las necesidades, trayectorias del tratamiento, tratamientos alternativos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de eficacia de las intervenciones realizadas</li> <li>• Evaluación sistemática de los servicios</li> </ul>

**Cuadro 14. Programa de Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos.**

<b>Estrategias</b>	<b>Guías operativas para el desarrollo de las estrategias</b>	<b>Contenidos de las guías operativas</b>
1. Formar y capacitar recursos humanos	1. Ídem	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Capacitación de profesionales y líderes de equipos de salud mental</li> <li>b) Capacitación de personal paramédico y voluntariado</li> <li>c) Capacitación de personal del primer nivel de atención de salud</li> </ul>
2. Optimizar la eficiencia, la cooperación y la coordinación con atención primaria de salud	2. Ídem	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mejorar la atención a problemas de salud mental en APS</li> <li>b) Coordinación con el primer nivel de atención a la salud</li> </ul>
3. Desarrollar y consolidar la red de servicios de salud mental	3. Completar las redes de servicios comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) La descripción de las redes deberá incluir la atención a emergencias en la comunidad</li> <li>b) Deberá incluir también los programas de atención a las emergencias hospitalarias</li> </ul>
4. Optimizar el funcionamiento de los servicios mediante el desarrollo de programas y protocolos	4. Dotar a los hospitales generales de camas específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Protocolo de atención a primeros episodios</li> <li>b) Protocolo de atención a pacientes con actividad psicótica continua. Crear unidades forenses</li> <li>c) De seguimiento y mantenimiento</li> </ul>
5. Desarrollar estructuras y programas psicosociales	5. Programas de rehabilitación	
	6. Programas de rehabilitación	
	7. Desinstitucionalización	
	8. Oferta alojamiento alternativo	
	9. Promoción de empleo y de ocupación remunerada	
	10. Otros enfoques y cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ofrecer alternativas al tiempo libre</li> <li>b) Favorecer la movilidad y las comunicaciones</li> </ul>
6. Luchar contra el estigma de las psicosis y esquizofrenia	11. Ídem	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Modificar las actitudes de los medios</li> <li>b) Modificar las actitudes de la población</li> <li>c) Promover y defender los derechos de las personas con trastornos psicóticos</li> <li>d) Incluir la educación para la salud mental en el sistema educativo</li> </ul>
7. Apoyar a la familia y a la red natural de apoyo	12. Ídem	
8. Promover la investigación	13. Ídem	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conocer las tasas de prevalencia no tratada y tratada</li> <li>b) Conocer el consumo de servicios, las instituciones que los brindan y los costos</li> <li>c) Desarrollo de instrumentos de evaluación de servicios</li> </ul>
9. Movilizar todas las instituciones públicas del Estado		

## **Formación y capacitación de recursos humanos**

Esta guía trata de establecer criterios para lograr que la enseñanza se convierta en una estrategia de cambio en la orientación teórica, metodológica y práctica de los servicios de salud mental involucrados en el tratamiento de personas afectadas de psicosis. Esto supone enfoque comunitario por parte de la red de servicios sanitarios y una disposición para el aprendizaje permanente por parte de las instituciones educativas. Implica, además, un equilibrio dinámico entre los aspectos que se deben conservar (por ejemplo, las identidades profesionales y sus áreas de competencia) y aquellos que conducen a innovaciones que garanticen relaciones mutuamente transformadoras entre el contexto social y comunitario y los procesos de salud-enfermedad y de atención.

Para un programa con esta orientación es necesario comprometer institucionalmente a los participantes: los sectores de salud y educación (universidades) y las organizaciones comunitarias.

Los gobiernos de la Región están impulsando estrategias para transferir la atención del paciente psicótico desde el hospital psiquiátrico hacia los servicios comunitarios, descentralizando los servicios para la atención de la salud mental. La inclusión de la atención de pacientes afectados de psicosis en este proceso y el éxito de los programas basados en estos servicios descentralizados, de enfoque comunitario, depende en gran parte de la disponibilidad de recursos profesionales adecuados.

### **Programas de formación profesional de pre y postgrado**

#### Objetivos

El objetivo general es la promoción de programas de formación y capacitación en la atención comunitaria del paciente afectado de psicosis, según los siguientes criterios:

1. Articulación de las actividades educativas, de servicio y comunitarias, en todos los programas de formación y capacitación. Para este objetivo se requiere la integración de los tres sectores involucrados en todos los niveles de formación, tanto de pregrado como de postgrado, de médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales dedicados a salud mental, así como de otros profesionales que intervienen en este campo.
2. Diseño de la enseñanza basada en la resolución de problemas.
3. Ejecución de las actividades de enseñanza en las unidades especializadas de la red de servicios de salud mental (centros de salud mental, hospitales de día, etc.) y en los centros de atención primaria que incluyan la atención de estos pacientes, para vincularla estrechamente a las prácticas de los servicios.

4. Vinculación de la enseñanza al desarrollo comunitario, mediante la integración de las asociaciones de familiares, organizaciones de la comunidad y líderes comunitarios en los programas de formación y en los trabajos de campo para la enseñanza y la investigación. Esto implica superar la idea tradicional de extensión a la comunidad y tender a la participación efectiva de la misma.

#### Requerimientos de los participantes

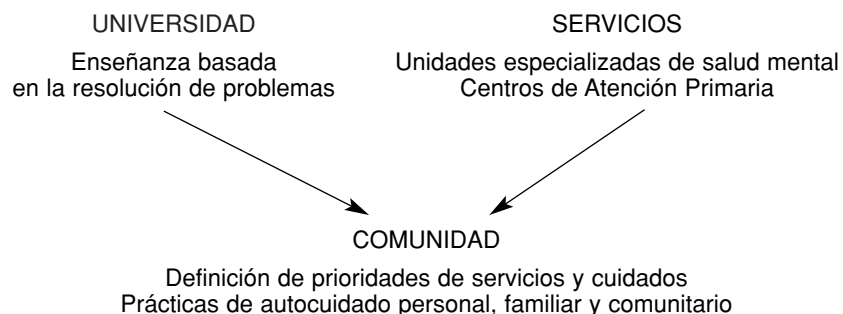
Para el logro de estos objetivos es necesario reorientar las acciones de las universidades, los servicios y la comunidad en la siguiente dirección (figura 1):

#### *Universidades e institutos de capacitación*

Es necesario innovar en los contenidos curriculares, en la metodología de la enseñanza-aprendizaje y en la investigación de la enfermedad psicótica, con el propósito de situarla en relación con los contextos sociales y comunitarios.

- a. Orientar la enseñanza de pregrado y postgrado en función de las prácticas de atención en los servicios y en la comunidad.
- b. Generar razonamientos sobre el proceso salud-enfermedad, atención, capacitación y adquisición de habilidades para el ejercicio profesional en contextos comunitarios.
- c. Integrar los conocimientos a través de una participación efectiva en prácticas interdisciplinarias.
- d. Articular las competencias específicas necesarias de cada profesión con el escenario real de las prácticas de los servicios y los ambientes comunitarios, a fin de generar consensos entre cuerpo docente, alumnos, servicio y comunidad.
- e. Formular una metodología de enseñanza basada en la resolución de problemas y la enseñanza asistida o tutorial en pequeños grupos.
- f. Vincular la investigación científica de la enfermedad con la enseñanza aplicada a proyectos con los servicios y, cuando esto sea posible, con la participación de la comunidad. Los resultados de la investigación deberán ser compartidos con los servicios y discutidos con la comunidad.

**Figura 1. Diagrama de interrelación en los programas de capacitación**



### *Los servicios*

1. Vincular la enseñanza y la investigación con la práctica de los cuidados que se prestan en cada dispositivo<sup>1</sup> de la red, así como garantizar la continuidad del vínculo.
2. Articular la totalidad de la red de atención de la salud mental, a través de mecanismos de referencia y contra-referencia e, idealmente, de protocolos de desempeño de los diferentes niveles de atención, para asegurar la formación continua de los centros de atención primaria.
3. Incluir en las actividades de capacitación programadas por los servicios a las familias y a las organizaciones de la comunidad que participan o brindan cuidados a los pacientes, independientemente de las actividades de información o capacitación específicamente dedicadas a ellas.
4. Reflejar en los programas de capacitación la atención multiprofesional que reciben los pacientes.

### *La comunidad*

1. Comprender a la comunidad en términos de territorio, población y organización.
2. Propiciar el desarrollo de organizaciones comunitarias, en el caso de que no existan, desde los servicios y la universidad, con el fin de incorporarlas en los programas de capacitación.
3. Incluir a la comunidad en los programas de capacitación de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades y habilidades de personas y organizaciones que brindan cuidados a personas con afección psicótica.
4. Procurar la participación de la familia y la comunidad en el autocuidado y, en lo posible, en los programas de los servicios.

#### Temas de la enseñanza

Se entenderá el aprendizaje como una respuesta natural del alumno a los desafíos de una situación problema, y la enseñanza estará basada en la participación activa, en el diálogo constante entre profesores y alumnos, y en la construcción conjunta de un nuevo conocimiento transformador de la realidad.

El enfoque pedagógico no estará basado en el especialista ni en los contenidos por materias, que habitualmente no se integran; la enseñanza se organizará en función de áreas de problemas existentes en la atención de esta población, para crear las posibilidades de interdisciplinariedad en el proceso mismo de construir el conocimiento. Deben ser cubiertas, como mínimo, las siguientes **áreas temáticas**:

1. Organización comunitaria.

---

<sup>1</sup> Se consideran dispositivos los diferentes espacios o establecimientos en los que se proporcionan cuidados a las personas con trastornos psicóticos, tales como el hogar propio, la familia sustituta, las casas-hogar, las comunidades terapéuticas y los hospitales, entre otros.



2. Planificación, programación y gestión de servicios, especialmente los dedicados a la atención del enfermo psicótico, así como diseño de estrategias para la inclusión de esta atención en los servicios de atención primaria.
3. Epidemiología, sistemas de registro y estadística.
4. Estrategias de intervención comunitaria e institucional. Capacitación para la conformación de redes alternativas de soporte psicosocial para personas afectadas de psicosis.
5. Estrategias para la formación, coordinación y funcionamiento de equipos interdisciplinarios de salud mental para la atención del enfermo psicótico.
6. Capacitación en técnicas grupales con pacientes psicóticos, familias y grupos de ayuda.
7. Psicopatología y psicofarmacología clínica específica; manejo de los psicofármacos en los casos refractarios al tratamiento habitual; conocimiento de los psicofármacos en los programas de sostenimiento y prevención de recaídas.
8. Intervenciones psicoeducativas de base conductual o cognitivas; estrategias para la transmisión de estas técnicas a cuidadores y familias.
9. Investigación.

## Métodos

Los métodos a emplear deben ser los siguientes:

1. Diversificación de los escenarios para el proceso enseñanza-aprendizaje, en servicios y organizaciones de la comunidad, además de las aulas universitarias.
2. Incorporación de profesores y alumnos a la producción de servicios, para lograr la articulación teoría-práctica y enseñanza-aprendizaje.
3. Participación de la comunidad en el proceso de aprendizaje, mediante reuniones para discutir problemas de la atención-rehabilitación-integración social y comunitaria, a fin de descubrir **nuevos contenidos**, que apunten a **nuevas prácticas**, para responder a **nuevos problemas** de la atención.

Estas metodologías:

- Posibilitan la lectura e intervención rápida sobre la realidad de la atención de salud mental.
- Favorecen la interacción entre los diversos actores, a través de la participación y la vivencia colectiva.
- Permiten la construcción colectiva de conocimientos.
- Estimulan la creatividad en el diseño de soluciones.
- Fomentan la necesaria libertad en el proceso de pensar y actuar.
- Permiten el intercambio y la potenciación entre las diversas disciplinas por la participación conjunta en las prácticas concretas de intervención, al compartir el diseño de objetivos y de acciones de atención.

## Evaluación

La evaluación es una etapa básica de todo el proceso, tanto la autoevaluación permanente de los programas de formación y capacitación, como la evaluación externa periódica o esporádica. En la **evaluación permanente** deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. Innovaciones en relación a los contextos socio-comunitarios particulares.
2. Logros en la direccionalidad social de los contenidos y las respuestas de la comunidad y las familias.
3. Enfoque epidemiológico de la formación.
4. Articulación de conocimientos de la clínica, la rehabilitación e integración social y comunitaria del enfermo.

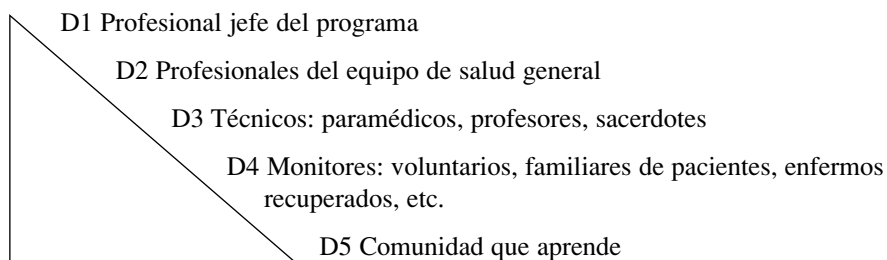
Respecto de la metodología de la enseñanza

1. Efectividad del enfoque multiprofesional e interdisciplinario.
2. Logros en el abordaje interdisciplinario para la resolución de problemas tanto de la atención como de la rehabilitación e integración socio-comunitaria.
3. Incorporación regular de los profesionales de los servicios y de los participantes comunitarios al proceso de enseñanza-aprendizaje.
4. Posibilidades de creación de escenarios en la comunidad y en los servicios para la enseñanza en todos los niveles de formación.

## Consideraciones específicas sobre la capacitación del personal paramédico y voluntariado

En la capacitación del personal paramédico y del voluntariado, resulta pertinente recuperar las prácticas de alto impacto, desarrolladas en el marco de los programas intracomunitarios de finales de los años sesenta y setenta realizados en diversos lugares de Latinoamérica; se debe hacer énfasis en su relectura para obtener resultados concretos en el establecimiento de programas, así como el enriquecimiento mutuo entre los profesionales, los técnicos y la comunidad.

Algunos de estos programas pretendieron lograr una cobertura total a través de la Pirámide de Delegación de Funciones, en la que se distinguen cinco niveles:



Para cada nivel se definen las características mínimas operantes, que combinan las capacidades y potencialidades de los niveles comunitarios con conocimientos médi-

cos más formales, transmitidos en forma operativa y centrados en una práctica efectiva más que en la enseñanza académica. Esas definiciones se traducen en la elaboración conjunta de materiales educativos (manuales) adaptados específicamente a los recursos y la cultura local en la cual se inserta el Programa.

Para el nivel D5 los objetivos son el reconocimiento y el diagnóstico popular de la patología mental; el reconocimiento y modificación de las actitudes que impiden el tratamiento precoz, promueven la invalidez y dificultan la rehabilitación y reinserción; el reconocimiento y la activación de recursos locales para el tratamiento rehabilitación y educación. Respecto a la metodología de enseñanza-aprendizaje, se recomienda la enseñanza programada a través de preguntas y respuestas, articulando los elementos de la cultura popular con los de la cultura médica, así como la construcción de las unidades docentes con esquemas de árbol lógico.

Para el nivel D4 se pretende, además de los objetivos anteriores, que los monitores intervengan en la resolución, tratamiento y rehabilitación de casos, siempre articuladamente con los niveles superiores de la pirámide, pero esencialmente que contribuyan a consolidar el arraigo y organización local del Programa, motivando a la comunidad, organizando grupos docentes, movilizand recursos comunitarios, etc.

El nivel D3 es un técnico o líder formal dentro del Programa, que aglutina y organiza a los grupos D4 en centros comunitarios de salud mental (virtuales o reales) por cada 10.000 habitantes. La metodología docente incluye el conocimiento previo de las unidades destinadas a los niveles D5 y D4, y luego las propias de su nivel, esencialmente por autoadministración y supervisión. Los contenidos se refieren a salud mental, comunidad, manejo clínico de casos y práctica supervisada.

El nivel D2 está constituido por un profesional de salud general, no médico, que trabaja en el nivel de atención primaria o comunitaria. A los objetivos de reconocimiento y resolución de los niveles anteriores se agrega la programación y supervisión para un área de hasta 25.000 habitantes. Los objetivos formativos a este nivel incluyen el conocimiento de las unidades de formación de D5 a D2, visitas y prácticas en terreno, así como clases y seminarios académicos que incluyen aspectos de ciencias sociales, salud mental y clínica y nosología psiquiátrica.

El nivel D1 corresponde al jefe del programa en el territorio, que puede ser un médico general, un psicólogo o un psiquiatra entrenados en una modalidad de trabajo integral. Su mínimo operante es el reconocimiento y resolución de todos los problemas que puedan presentarse en el territorio, y la capacidad de negociar su resolución más allá de este, si la demanda de recursos específicos lo exige. También tiene funciones de coordinación, administración, programación y supervisión, favorece la investigación operativa e impulsa la formación del personal.

Al recomendar este enfoque, es necesario tener en cuenta el riesgo de burocratización y cosificación: la generación de materiales educativos surgida de la investigación operativa que integra la realidad local y el conocimiento científico no puede concluir con la generación y la generalización del uso de manuales que reemplacen una lectura dinámica y aguda de la situación. En este sentido el trabajo multidisciplinario e igualitario entre los diferentes miembros, profesionales, técnicos y agentes comunitarios, sobre un enfoque de resolución de problemas, resulta un contrapeso indispensable y una fuente de enriquecimiento y actualización de los materiales de enseñanza formal.

## Coordinación con el nivel de atención primaria a la salud

El objetivo de la OMS es “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”, cuya definición es: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2003).

En la Declaración de Alma-Ata se estableció que “Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente” (WHO, 1978). Sin embargo, este objetivo subordinaba la salud a la economía y olvidaba que la salud tiene un valor intrínseco antes que instrumental. La salud es, en realidad, un derecho de todas las personas (ONU, 1948), independientemente de que sean más o menos productivas. La meta del desarrollo humano ya no es el simple crecimiento económico, sino el incremento de las capacidades individuales, incluyendo la salud, para hacer efectivas las opciones de realización personal.

Las personas con problemas mentales, particularmente las personas con trastornos psicóticos (PTP), se encuentran lejos de esta meta, su baja productividad las excluye de los presupuestos, su carencia de autodeterminación las aleja de las deliberaciones sobre la salud, su conducta las aísla de las reivindicaciones de los derechos humanos. El resultado en muchos casos es que:

- Están excluidas del principio de equidad y del objetivo de salud para todos.
- Son estigmatizadas y discriminadas por la sociedad.
- Subsisten enfermas, con sufrimientos innecesarios y en extrema pobreza.

Esta situación está asociada en algunos países a sistemas centralizados de salud, donde la única forma de atención a la salud mental es el hospital mental basado en la práctica clínica y orientado en la enfermedad (WHO, 1978). Si la salud es “no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”, se precisa reorientar tales sistemas hacia los aspectos positivos de la salud; es decir, el bienestar físico, mental y social. Además, cabe notar que los sistemas de salud centralizados no cubren a buena parte de la población y que la atención exclusivamente clínica descuida muchas necesidades y aspiraciones del ser humano, englobadas en el concepto de bienestar.

La estrategia de la atención primaria de salud (APS) es esencial para alcanzar el objetivo de salud y bienestar para todos, ya que enfoca las necesidades de la población antes que las demandas de los hospitales y especialistas (WHO, 1978).

La promoción de la salud tiene la meta de aumentar el control de las personas sobre su propia salud y aumentar los medios para mejorarla (WHO, 1978). Esto supone que —además de proporcionar cobertura psiquiátrica a las PTP no atendidas

y de prevenir y aliviar sus problemas sociales, los de sus familias y los de la comunidad— la promoción de la salud facilita la acción de las personas para lograr, por sí mismas, el grado máximo posible de bienestar. La atención médica, sea primaria o especializada, no es suficiente para este logro, por lo que se requiere involucrar a todos los sectores de la sociedad para responder a la aspiración de una calidad de vida compatible con la dignidad humana —incluyendo educación, vivienda, empleo y recreación— a la que tienen derecho todas las personas.

## La introducción de la salud mental en la atención primaria de salud

Los Estados Miembros de la OMS han aplicado en grado variable la estrategia de la APS, pero en la mayoría de los sistemas de salud no se tienen en cuenta las realidades mentales y sociales de la vida humana. Sin embargo, en la comunidad los pacientes están en su ambiente natural de hogar o trabajo, en medio de gente y con múltiples problemas, donde se manifiestan las dimensiones psicológicas y sociales de su vida. En estas circunstancias, la negación de los problemas psicosociales genera una sobrecarga de tensiones entre la población y el trabajador de salud; por eso, cuando este es capaz de detectar y manejar los problemas mentales y sociales, no solamente es reconocido como líder de la comunidad, sino que resuelve problemas de salud legítimos que, por otra parte, afectan al estado somático de los pacientes.

Las áreas específicas de salud mental en la APS son dos:

1. Psiquiatría comunitaria
  - Reconocimiento y manejo clínico de los trastornos mentales
  - Epidemiología de los trastornos mentales
  - Prevención primaria, secundaria y terciaria de los trastornos mentales
2. Ciencias y técnicas de educación y comunicación en salud

La amplitud de estas áreas podría dar la impresión de que la introducción de la salud mental en la APS incrementaría el gasto y las tareas del trabajador comunitario de salud, a expensas de su eficiencia en programas prioritarios, como la salud materno-infantil, el control de las enfermedades transmisibles y la nutrición. Sin embargo, no se trata de aumentar tareas, sino de integrar los conocimientos y las habilidades para el manejo de trastornos mentales, los cuales, aunque no sean reconocidos, pueden estar enmascarados por numerosos problemas generales de salud, o pueden complicarlos. Su desconocimiento conduce a la menor eficiencia del servicio de salud, al descontento de la comunidad y a la cronicidad y deterioro de pacientes, lo que ocasiona nuevos gastos.

A pesar de los argumentos expuestos, la realidad es que no siempre se logra incorporar la salud mental a la APS, lo cual indica la existencia de obstáculos tales como la falta de información y la presencia de intereses adversos. Esta situación se puede superar mediante dos estrategias. Por una parte al reclutar el apoyo de las personas con prestigio y poder de decisión, empezando por los psiquiatras, para después atraer a dirigentes de otros sectores gubernamentales y no gubernamentales. Por otro lado, al identificar las demandas y necesidades de la comunidad —particularmente de las PTP y sus familias— para responderlas pertinentemente. A continuación se mencionan los cuatro fundamentos de la APS:

- Descentralización
- Delegación de funciones mediante capacitación
- Participación protagónica y responsable de la comunidad
- Coordinación con otros sectores

### Descentralización

Algunos profesionales pueden resistirse a este componente de la APS porque lo ven como una amenaza para la atención especializada en los hospitales mentales y también para su prestigio, en lugar de considerar que enaltecerán su prestigio y posición al asumir el liderazgo que le otorga el nuevo sistema. El trabajo en la APS exige una mayor actividad de equipo, lo que requiere habilidades interpersonales, educacionales y persuasivas y, por consiguiente, entrenamiento para el cambio de actividad. Otra dificultad es el escaso tiempo de los especialistas, ocupados en labores asistenciales, administrativas, docentes y privadas. El tiempo y los cambios que se les piden deben ser bien planificados y compensados con exactitud y justicia. Superadas estas cuestiones, se buscará el consenso con los especialistas sobre el nuevo papel que les tocará desempeñar.

- Facilitar el cambio de los trabajadores de salud, otros sectores y la opinión pública.
- Delegar actitudes, conocimientos y habilidades al personal de salud no especializado.
- Visitar regularmente los centros de APS para consultas, supervisión y estímulo a los trabajadores de salud.
- Atender a los pacientes referidos por los servicios de APS.
- Coordinar, hacer seguimiento y evaluar la APS, así como difundir sus resultados.
- Participar en deliberaciones sobre políticas y programas de salud, especialmente sobre presupuesto y empleo para las PTP.
- Promover el nuevo sistema, obtener apoyo público, aconsejar a las autoridades y a los jefes de otros sectores y persuadir a los medios de información en favor de las PTP.

### Delegación de funciones mediante capacitación

La delegación de funciones es el núcleo de la salud mental en la APS. Sin embargo, es necesario convencer de su conveniencia a los trabajadores de salud y a la comunidad. Es probable que en el servicio de APS se haya tenido la experiencia de confrontar problemas de salud mental; las negociaciones se facilitan cuando se dialoga con el personal sobre esta experiencia. Un procedimiento similar podría utilizarse para encontrar personas de la comunidad con interés en actuar como voluntarios.

La **capacitación** es el medio para delegar tareas y responsabilidades a los profesionales y trabajadores de salud no especialistas y a los voluntarios, para que puedan desempeñarse en los servicios de APS, en las viviendas, en los lugares de trabajo y, si es necesario, en las calles. Además de la capacitación formal en el aula, es importante el entrenamiento práctico porque facilita la delegación efectiva de habilidades

y actitudes mediante discusiones de grupo, actuación de roles (*role playing*), supervisión del trabajo en el servicio o en el lugar donde se encuentra el paciente y el aprendizaje imitativo.

Los trabajadores de salud que participan en un curso de capacitación se deben tratar como colegas y no como estudiantes subordinados; el instructor es orientador y facilitador de las iniciativas de los participantes. La habilidad esencial que debe adquirir el trabajador de la salud mental es la comunicación basada en escuchar y tener paciencia hasta entender a los interlocutores, con el triple propósito de motivar, educar y negociar con ellos. El currículo de capacitación será elaborado por especialistas que acepten su nuevo papel en la APS y debe contener los siguientes aspectos:

- Descripción y medición inicial de los problemas y recursos.
- Psiquiatría, comunicación y educación en salud.
- Liderazgo de la comunidad.
- Planificación y evaluación.

#### *Descripción y medición inicial de los problemas y recursos*

Por ser el punto de partida y de comparación para las actividades de salud mental en la APS, este proceso es generalmente dirigido por investigadores que fomentan la participación y el aprendizaje de los trabajadores de salud y personas de la comunidad. Se trata de establecer una base de datos o un diagnóstico inicial que incluya la información pertinente sobre los problemas y los recursos u otros aspectos positivos de la propia comunidad.

En primer término se recolecta y ordena la información existente. Luego se utilizan métodos de investigación cualitativos (informantes clave, grupos focales, observación participante, entrevistas, construcción de tipos) y cuantitativos (muestras representativas, aplicación de encuestas y escalas). Los trabajadores de salud y miembros de la comunidad participan en el diseño de las investigaciones, en la recolección de datos y el análisis de los mismos.

#### *Psiquiatría, comunicación y educación de salud*

Los profesionales del hospital mental —psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y otros— son los responsables de la capacitación en aspectos clínicos, terapéutica psiquiátrica, epidemiología y prevención. Ellos mismos elaboran el currículo teniendo en cuenta que se harán cargo de la supervisión y coordinación del programa y de la atención de los casos dudosos y difíciles a través de interconsultas, referencias y seguimiento. Análogamente, corresponde a los especialistas en comunicación y en educación para la salud la capacitación en estas disciplinas de los trabajadores de salud y de los voluntarios.

#### *Liderazgo de la comunidad*

El liderazgo debe evitar el paternalismo —o toma unilateral y benevolente de decisiones en nombre de los intereses de las personas—, ya que bloquea en los individuos la autodeterminación de su conducta y la probabilidad de que lleguen a con-

trolar, en lo posible, los determinantes de su bienestar. El paternalismo se funda en la creencia de que las personas no son buenos jueces de su propia salud, por lo que el médico decide como si fueran hijos menores, lo cual conduce a que la gente espere de ellos lo que no debería exigir como derecho.

El trabajador de salud mental en la comunidad está constantemente expuesto a situaciones complejas; los síntomas de las PTP se presentan indisolublemente unidos a problemas somáticos y sociales, muchas veces en condiciones de pobreza, abandono, ignorancia, discriminación y maltrato social. En tal realidad, el liderazgo consiste en la capacidad de compartir las decisiones con el paciente, su familia y la comunidad, así como con personas de otros sectores, por ejemplo, el municipio, la policía, la iglesia y las juntas vecinales. A cada uno se le considera indispensable para disminuir el riesgo de la subjetividad en las decisiones.

Los líderes de salud mental deben ser capaces de:

- Ponerse de acuerdo sobre intereses comunes con el paciente, la familia y la comunidad.
- Compartir las decisiones.
- Negociar, regatear, no imponer.
- Asegurar el progreso gradual con éxitos pequeños y demostrativos.
- Estimular en todo momento la participación de la comunidad y los otros sectores.

El trabajador de salud mental, sea o no médico, aporta sus conocimientos y experiencia para diagnosticar la condición del paciente y recomendar los tratamientos adecuados. Los representantes de otros sectores contribuyen con soluciones posibles y realistas a los problemas sociales. Finalmente, el paciente, su familia y la comunidad colaboran con sus propias capacidades, valores y finalidades, todo lo cual permite planificar el manejo integral del caso, prevenir las dificultades y evaluar los resultados de una decisión.

### *Planificación y evaluación*

Los individuos, grupos y organizaciones son más efectivos si trabajan juntos que si trabajan separados, pero es importante que sus actividades sean planificadas sobre una base de buena información y que sean periódicamente evaluadas para ver sus efectos.

Dichos procesos no tienen que ser complicados, pero deben ser capaces de mostrar a la comunidad que sus esfuerzos y buenas intenciones reducen los problemas y aumentan el bienestar con los recursos utilizados. A veces puede suceder que algunas personas se resistan a las evaluaciones por temor a que muestren su fracaso, pero lo más probable es que la evaluación demuestre la necesidad de introducir algunos cambios, como pasa en cualquier programa que procura mejorar.

Este proceso comienza con el establecimiento de objetivos claros, medibles, alcanzables y pertinentes. Cada objetivo debe especificar las actividades y los recursos financieros para alcanzarlo y, aunque pueden ser de distintos tipos, deben estar eslabonados entre sí (cuadro 15).



**Cuadro 15. Tipos de objetivos y ejemplos.**

Tipo	Ejemplo
De resultado	50% de personas con trastornos psicóticos reciben psicofármacos en el primer trimestre
Conductual	Vigilancia y control de los efectos terapéuticos y secundarios
Educativo	Entrenamiento básico en tratamiento psicofarmacológico
Administrativo	Provisión de recursos: psicofármacos, salarios, ambientes, etc.

Es fácil ver que estos objetivos implican preguntas de evaluación; por ejemplo, en el objetivo educativo:

- ¿Fueron suficientes los recursos para las clases?
- ¿Qué tan efectivo fue el profesor?
- ¿Quedaron satisfechos los alumnos?
- ¿Se supervisan los cambios de conducta?

Las respuestas a estas u otras preguntas requieren indicadores precisos, que no son necesariamente cuantitativos, como la respuesta a “¿Qué mecanismos se usan para involucrar otros sectores?”.

La evaluación es un proceso que acompaña al programa en todas sus etapas; como los recursos nunca son grandes se decidirá qué esfuerzos y resultados tendrán prioridad para ser evaluados. Es recomendable usar varias modalidades y niveles de evaluación (cuadro 16).

### Participación protagónica y responsable de la comunidad

Un buen programa no aparece como un programa impuesto, sino que involucra a las personas en todas sus etapas para que sean ellas quienes lo pongan en marcha, ejecuten y evalúen. La lista siguiente contiene ejemplos de preguntas sobre la participación de la comunidad:

- **Planeamiento.** ¿Se discutieron con los representantes de la comunidad las prioridades, objetivos, financiamiento y evaluación del programa?
- **Capacitación.** ¿Incluye cursos locales para miembros de la comunidad y familias, con apoyo, supervisión y entrenamiento en servicio? O, alternativamente ¿la capacitación será lejos de la comunidad, sin apoyo al nivel local?
- **Puesta en marcha y seguimiento.** ¿El programa estimula la participación, los comentarios o críticas, y la intervención de los miembros de la comunidad?
- **Propiedad.** ¿Se percibe que el programa es de la comunidad y para ella?
- **Representatividad.** ¿El programa involucra plenamente a las mujeres, jóvenes, adultos mayores, discapacitados, enfermos mentales y marginados?
- **Comunicación y educación.** ¿Existe una infraestructura para reunir a la comunidad para intercambiar opiniones, difundir información y realizar actividades de educación para la salud?

**Cuadro 16. Modalidades y niveles de evaluación.**

De actividades	¿Se llevan a cabo todas las actividades?
De recursos	Financieros, humanos, otros. ¿Son suficientes y adecuados?
De procesos	Supervisión y seguimiento de registros y operaciones
De productos	¿Quiénes, cuántos se benefician? ¿Es alta la calidad del servicio?
De efectividad	Resultados: ¿son los que se esperaban o buscaban?
De impacto	¿Cuáles son las consecuencias positivas y negativas no previstas?
De eficiencia	Relación costo/beneficio. ¿Es adecuada?

Coordinación con otros sectores

El proceso de incorporar actividades de salud mental en la APS requiere tiempo para consolidar su aceptación y viabilidad; por esta razón, el trabajo directo con la comunidad no debe descuidar el trabajo paralelo para conseguir apoyos sociales, políticos y sectoriales.

En este contexto, es útil establecer un **equipo de acción comunitaria** (EAC) con representantes de los diversos sectores interesados en el desarrollo de la comunidad. Es importante que los trabajadores de la salud no se perciban a sí mismos como los únicos que van a hacer algo por la comunidad, sino que asuman el papel de socios en una empresa común en la que participan organizaciones gubernamentales, grupos voluntarios y dirigentes de base de la comunidad. Los integrantes del EAC asumen de inicio el papel de informantes clave para preguntas como:

- ¿Cómo se entienden en la comunidad a las PTP?
- ¿Quiénes son las personas en riesgo, o vulnerables, y dónde están?
- ¿Qué cree la comunidad que debería hacerse?
- ¿Quiénes pueden dar más información sobre estos temas?

Con los primeros datos obtenidos, el EAC empieza la coordinación intersectorial con el personal de salud y sus asociaciones, investigadores, empresarios, abogados, policías, maestros, sindicatos, organizaciones de base, grupos femeninos, juveniles, deportivos, centros educativos, iglesias, etc.

Las estrategias y decisiones para desarrollar actividades de salud mental comunitaria serán negociadas por el EAC, que debe funcionar en todos los niveles del sistema de salud, incluyendo las autoridades locales y nacionales, y los hospitales mentales.

Las organizaciones del gobierno tienen generalmente una organización vertical con representación en todos los niveles de la sociedad, pero debido a su estructura burocrática no es fácil que desarrollen colaboraciones horizontales. Por otra parte, las organizaciones no gubernamentales tienen el temor de perder su libertad de acción. A pesar de estos inconvenientes, debe insistirse en su alianza usando la “táctica del portero”, que consiste en averiguar informalmente los temas de interés que podrían facilitar el diálogo, u otra técnica, a fin de cambiar las actitudes negativas en todos los sectores.



## Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental

El desarrollo de una red de servicios comunitarios implica un proceso de transición desde un modelo institucional, donde es predominante el hospital psiquiátrico, a un modelo comunitario, donde el eje de la asistencia está centrado en el Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC). Esta red comunitaria no es un complemento del hospital psiquiátrico sino una alternativa al mismo y, por eso, se deben aprovechar los recursos humanos y financieros dedicados al hospital psiquiátrico para esa alternativa.

La disminución del número de camas de los hospitales psiquiátricos no significa por sí sola la existencia de un modelo comunitario. En Europa se apreció el inicio del descenso del número de hospitales psiquiátricos en la década de los setenta (Cooper, 2001) en todo tipo de situaciones, el mismo fenómeno se ha detectado en las últimas evaluaciones realizadas en Latinoamérica sobre la década de los 80, durante la cual también se produjo una disminución de las camas de los hospitales psiquiátricos (Larrobla *et al.*, 2001). El sistema institucional declina por su falta de utilidad y efectividad.

### Objetivos

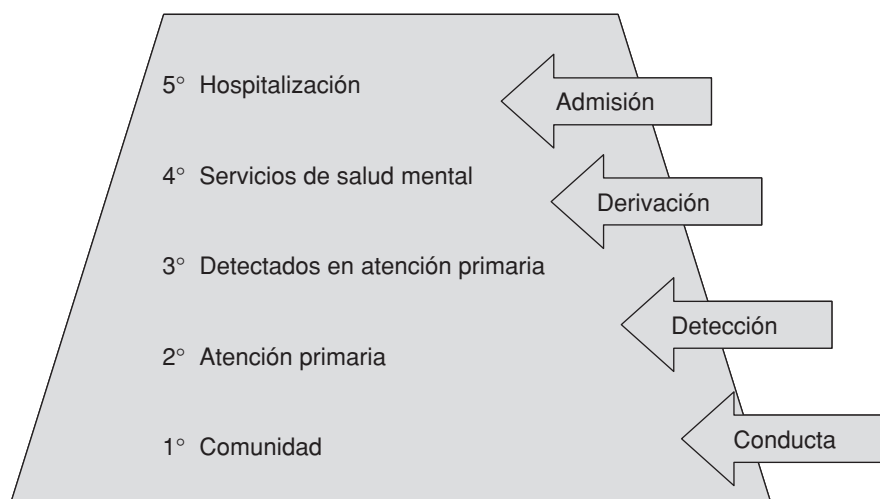
Los principales objetivos a conseguir deben ser los siguientes:

- Definición del área territorial, incluyendo su dimensión demográfica, sobre la que establecerá una red de servicios de salud mental comunitarios.
- Creación de una red de servicios de salud mental comunitarios a partir de los recursos existentes, incluidos los de carácter institucional. Se plantea un proceso de transición desde el modelo institucional al comunitario.
- Desarrollo de servicios diversificados como parte de la red comunitaria, bien coordinados, no solo administrativamente sino también funcionalmente. En esta red deben trabajar profesionales de distintas disciplinas (multidisciplinariedad) bajo el prisma de una cultura de cooperación, tolerancia, flexibilidad y enfoque comunitario del quehacer cotidiano.
- El ESMC debe planificar y organizar su trabajo teniendo en cuenta las funciones y roles diferentes de los miembros del equipo en función a objetivos comunes.

### Flujos o recorridos de los pacientes con problemas de salud mental

Actualmente existe un mayor conocimiento de los flujos o recorridos que hacen las personas con trastornos mentales, desde la comunidad hasta los servicios más especializados. El Modelo de Goldberg y Huxley (1992) establece cinco niveles desde la comunidad hasta el nivel hospitalario. El paso de un nivel a otro depende de un filtro que es permeable a un determinado número de casos (en total hay cuatro filtros) (figura 2).

Figura 2. Niveles de Goldberg y Huxley sobre los flujos de pacientes de salud mental



Sobre los filtros influyen las características sociodemográficas y psicopatológicas de los pacientes, los profesionales que derivan de un nivel a otro y, por último, las características y forma de estructuración de los dispositivos asistenciales. En general, los pacientes con trastornos más graves suelen pasar más fácilmente los filtros entre los niveles.

El **primer nivel** representa a la comunidad, es decir, aquellas personas que en un momento determinado presentan un trastorno mental. En general, en este nivel se encuentra 25% de la población (Tansella, 1990) (1% de la población con diagnóstico de esquizofrenia).

El **segundo nivel** está representado por las personas que llegan a atención primaria con trastorno mental y el primer filtro entre ambos niveles es la conducta del paciente. La decisión de consultar viene mediatizada tanto por la gravedad de los síntomas, como por el nivel de sufrimiento y estrés que se genera en el paciente o el entorno familiar, social, o ambos. A este nivel pueden llegar de 80% a 90% de las personas con trastornos mentales.

El **tercer nivel** corresponde a los pacientes psiquiátricos detectados por el médico de atención primaria y la capacidad de detección de estos últimos es el segundo filtro. Los médicos detectan entre 50% y 60% de los casos y su capacidad de detección depende de su estilo de entrevista y de sus conocimientos. Los que utilizan una entrevista más centrada en el propio paciente que en el caso clínico tienen más capacidad de detección (Ustun *et al.*, 1995). Una dificultad añadida es sólo de 3% a 8% de los pacientes tienen manifestaciones claras de un trastorno mental. En conjunto, del total de pacientes valorados por los equipos de atención primaria, 25% a 30% tienen problemas de salud mental.

El **cuarto nivel** está formado por los pacientes derivados a las unidades de salud mental comunitarias (USMC). El tercer filtro es la referencia a ese nivel especializado y sobre él influye también la disponibilidad de los servicios comunitarios, de acuerdo a la territorialidad. Este nivel especializado lo alcanzan de 5% al 15% del conjunto de personas que tienen un problema de salud mental.

El **quinto nivel** lo representan los pacientes que son internados; el cuarto filtro es la admisión en el hospital y sobre él influye el psiquiatra, pero también el tipo de dispositivos de internamiento.

## La organización de la RED comunitaria

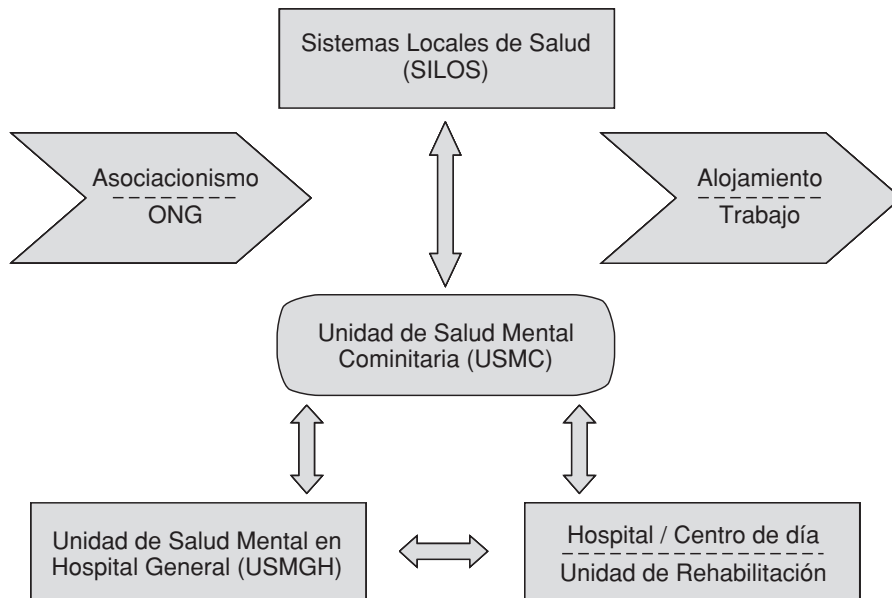
### Modelo

La red comunitaria de salud mental es el conjunto de dispositivos asistenciales del nivel especializado (niveles 4 y 5 de Goldberg y Huxley) el cual se organiza en forma de RED funcional con un EJE central, que es la unidad de salud mental comunitaria (USMC), lugar que coordina e integra la estrategia terapéutica.

La USMC es el punto de contacto con el nivel de atención primaria de salud (Sistemas Locales de Salud-SILOS) y con las redes de servicios sociales comunitarias. Desde la USMC se coordina y se deriva a las unidades de salud mental en hospitales generales (USMGH) y de rehabilitación (figura 3).

La Red funcional permite la circulación de los pacientes por los diferentes dispositivos, según sus necesidades, bajo el principio de la continuidad de la atención. Una organización así es más dispersa que la organización basada en el hospital psiquiátrico, pero más integrada en la comunidad y, además, permite que el paciente no se mantenga insertado a su red social y que se aprovechen los recursos de la misma. En ocasiones, la transición de un modelo centralizado y muy visible, como es el hospital psiquiátrico, a una red dispersa puede crear en la comunidad una sensación inicial de falta de recursos. La administración y los profesionales deben plantear como un objetivo el poder hacer visible esta red comunitaria a la población (Leff, 2001)

**Figura 3. Modelo de una red comunitaria de salud mental**



### Características

Existe una serie de características básicas para cualquier red comunitaria, que se pueden sintetizar en las siguientes (Aparicio Basauri, 1993):

- *Accesibilidad.* La red de servicios debe estar planificada para permitir un acceso fácil a los usuarios, tanto desde el punto de vista geográfico, al tener unos tiempos razonables para llegar a los dispositivos, como desde el punto de vista económico teniendo unos costos razonables según la situación socioeconómica de la zona. Asimismo, su disponibilidad horaria debe ser suficiente para atender a los distintos grupos de población y en especial a los grupos de riesgo.
- *Adecuación y pertinencia.* Las prestaciones que se dan deben ser adecuadas a las necesidades de la población considerando sus características culturales.
- *Continuidad y coordinación de los cuidados.* Es la garantía de que los usuarios reciban un tratamiento global e integral coordinado por su terapeuta del ESMC que garantice la continuidad en el tiempo, y por los distintos dispositivos asistenciales.
- *Socialmente aceptable.* Expresa lo que los ciudadanos en su medio sociocultural son capaces de aceptar en término de cuidados de salud.

A estas características básicas hay que añadir el tema de la **confidencialidad** de las actividades asistenciales y el **consentimiento informado** del paciente respecto a los procedimientos terapéuticos que se le apliquen (Bravo *et al.*, 2000).

### Territorialidad

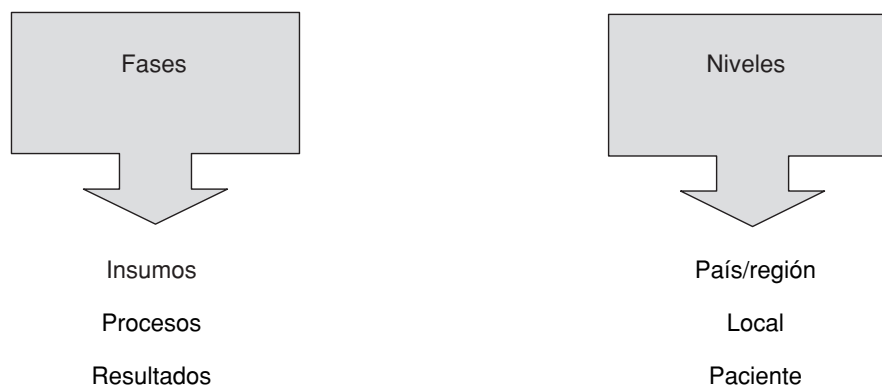
La Red de salud mental comunitaria debe tener la responsabilidad sobre un territorio definido, que corresponda a la misma planificación que el resto de los servicios sanitarios y administrativos. Esta es la forma de poder imbricarse con la comunidad y aprovechar los recursos que esta tiene para colaborar en el abordaje de los problemas de salud mental. Es una condición necesaria cuando se trabaja con un modelo biopsicosocial. El vínculo con la comunidad permite hacer hincapié en los programas preventivos, sobre todo en aquellos que tienen que ver con la promoción de la salud. En el terreno preventivo, otros organismos de la comunidad, tanto sociales como educativos, juegan un papel primordial al igual que los movimientos ciudadanos que trabajan por la mejora de las condiciones de vida. La red de salud mental debe estar superpuesta con estas agencias y organizaciones.

### Planificación

El **Modelo de la Matriz de Salud de Thornicroft y Tansella** (figura 4) (Thornicroft y Szmukler, 2001) es un instrumento útil para formular los objetivos de los servicios y dar los pasos necesarios para desarrollar una red comunitaria.

Este modelo tiene dos dimensiones: una temporal y otra geográfica, cada una con tres niveles. El modelo se organiza en una matriz de  $3 \times 3$  en la que cada nivel de una dimensión se cruza con los niveles de la otra. En la dimensión temporal hay tres fases; la primera es la de los insumos necesarios para crear la red; la segunda es la de los procesos, en donde se generan las actividades para la prestación asistencial; la tercera es la fase de los resultados sobre el estado de salud. En la dimensión geográfica está el nivel de país/estado o región donde se desarrollan las leyes o la orga-

**Figura 4. Modelo de la matriz de salud de Thornicroft y Tansella para la planificación de una red comunitaria**



Thornicroft G y Tansella M, 1999, *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge University Press, Cambridge.

nización de la formación de los profesionales, luego viene el nivel local que se desarrolla a nivel del área o territorio donde se organiza la red comunitaria y por último está el nivel de los pacientes, que incluye las intervenciones más terapéuticas. Así el nivel local (dimensión geográfica) se cruza con los niveles de la dimensión temporal, dedicados a los recursos, a los procesos y a los resultados.

## Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC)

### *Dimensión del área o territorio*

El tamaño de la población asignada a un ESMC debe ser calculado en relación con la situación demográfica de la zona, incluyendo su dispersión o concentración, pero siempre debe ser un tamaño que pueda ser asumido por el equipo.

Los límites máximos y mínimos están también en relación con el sistema sanitario del país y con la tasa de utilización de los servicios. Con tasas bajas —ya sea debido a un sistema sanitario no universalizado o a cuestiones socioculturales—, el tamaño puede ser mayor, pero si la utilización de servicios de salud mental es alta, el tamaño debe ser menor. El envejecimiento de la población o la accesibilidad de los servicios también influyen sobre la utilización de los mismos, entre otros factores.

Una utilización alta puede estar por encima de los 30 usuarios por 1.000 habitantes por año. Estas cifras se dan en servicios públicos muy desarrollados y dentro de sistemas que tienen universalizada la atención sanitaria.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es la cantidad de recursos profesionales disponibles en el país. Por ejemplo, las tasas de psiquiatras por 100.000 habitantes para América del Sur varían de 0,9 a 19 (Larrobla y Botega, 2001). Eso determina una planificación diferente entre los países. Para diversos contextos, incluyendo las tasas de utilización, se puede hablar de una variación entre 75.000 y 250.000 habitantes. De todas formas, el planificador debe relativizar estas cifras, dado que se trabaja a partir de los recursos existentes en los contextos reales.



### *El equipo: composición y dotación*

Lo primero que modula la composición del equipo es la multidisciplinariedad derivada de un modelo de trabajo basado en lo biopsicosocial.

El equipo de los dispositivos asistenciales de una red comunitaria se compone de profesionales que proceden de los modelos biológicos, como son aquellos con formación en las ciencias de la salud (psiquiatras, enfermeros, etc.), profesionales de las ciencias de la conducta (psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc.) y profesionales de las ciencias sociales (trabajadores sociales, sociólogos).

El tamaño del equipo para un ESMC está en función de la población atendida y a las tasas de utilización. En contextos ideales se han dado cifras que van desde 10 profesionales por 100.000 habitantes por ESMC para el programa de adultos (González de Chávez, 1993), hasta 40 (Bravo *et al.*, 2000). Sin embargo, en un contexto real hay que tener en cuenta la disponibilidad de recursos reales. Un equipo mínimo para un ESMC, teniendo en cuenta las cifras de recursos en América del Sur (Larrobla *et al.*, 2001), debería estar basado en 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 3 enfermeros y 1 trabajador social. En este último caso, existe también la posibilidad de utilizar un trabajador social de los servicios sociales territoriales o del ayuntamiento.

### *Modelo de trabajo*

Como principio general se plantea una forma de trabajo centrada en el enfermo y no exclusivamente en la enfermedad, que tenga en cuenta las necesidades del paciente y que valore las expectativas de este y de su familia respecto a la estrategia que se le plantea, es decir, darle un papel activo en el proceso asistencial. Es necesario saber lo que demanda el paciente, pero también lo que espera recibir y hasta dónde llega su compromiso con la estrategia terapéutica que se le propone.

El equipo trabaja con una secuencia de intervenciones que comienza con el análisis de la demanda, continúa con el planteamiento de la estrategia terapéutica y finaliza con el compromiso del paciente y su familia en el proceso asistencial. Cada fase de este proceso es clave para la siguiente.

En el análisis de la demanda no sólo se valora la demanda explícita, sino aquellos elementos que en un primer momento aparecen implícitos y que es necesario reconocer antes de planificar la estrategia terapéutica. También hay que hacer notar si hay discordancias o confrontación entre las demandas del paciente y las expectativas del entorno familiar.

La fase siguiente conlleva un análisis y diagnóstico del problema con las exploraciones pertinentes, tanto médicas, como psicológicas o sociales. Con esta información se puede planificar la estrategia terapéutica adaptada al contexto real del paciente y a su entorno familiar. Este funcionamiento necesita una jerarquización de funciones en las que los terapeutas (psiquiatra o psicólogo) dirigen y coordinan la estrategia terapéutica y donde los profesionales de enfermería o trabajo social funcionan como tutores en los procesos a largo plazo. El tutor es el mediador entre el paciente y otros organismos, a la vez que hace operativa la estrategia terapéutica y la supervisa. La tutoría es una práctica perfectamente generalizable en la práctica cotidiana de los servicios. Se ha visto que la tutoría normalizada de un grupo de 30 a 35 pacientes psicóticos graves es tan eficaz como las tutorías intensivas en grupos más reducidos de pacientes (de 10 a 15 pacientes) (Byford *et al.*, 2000).

Este tipo de trabajo implica generar una cultura de cooperación dentro de la red comunitaria.

### Funciones del ESMC

Las funciones se pueden plantear en distintos niveles:

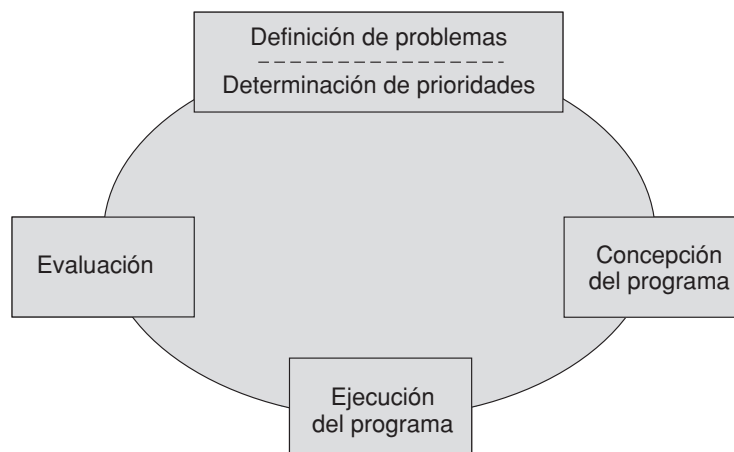
- Asesoramiento e información a pacientes, familias y grupos de la comunidad sobre aspectos preventivos o terapéuticos, incluyendo acciones marcadas por la psicoeducación y el apoyo a la formación de asociaciones.
- Evaluación, tratamiento y rehabilitación, considerando esta última en el contexto real, es decir, en la vida cotidiana.
- Atención de la crisis en el propio ESMC. Este tipo de atención puede ser compartida con el médico de atención primaria y con el hospital general. Este último dispositivo es el que da cobertura las 24 horas.
- Participación del programa de apoyo comunitario, con intervenciones a domicilio en las situaciones que lo demanden.
- Formación práctica tanto de pregrado como de posgrado para los profesionales que se especializan.

### *Evaluación y práctica de la salud mental basada en las pruebas*

La evaluación permite valorar hasta qué grado se han alcanzado los objetivos que se habían marcado previamente. Esto permite cerrar el proceso de planificación sanitaria (figura 5) (Pineault y Daveluy, 1987) e iniciar un nuevo proceso con otros objetivos. Se ha afirmado (Sartorius y Harding, 1983) que por este motivo la evaluación tiene un carácter “sumativo” ya que permite tomar nuevas decisiones, pero también tiene un carácter “formativo” porque el equipo aprende y mejora su forma de trabajo.

A esto hay que añadir la introducción de métodos de salud mental basados en la evidencia (Geddes *et al.*, 1999), lo cual significa tomar las decisiones basándose en los conocimientos actuales mejor contrastados desde la práctica clínica.

**Figura 5. Proceso de planificación sanitaria según Pineault y Daveluy**



### La reforma psiquiátrica en Andalucía

En los dos últimos decenios se ha producido en Andalucía un proceso de transformación de los servicios públicos de salud mental, integrado en el desarrollo general de los servicios sanitarios y sociales. Dicha transformación se enmarca en el proceso más general de transición a la democracia y modernización económica y social de la región.

Andalucía es una de las 17 regiones o “Comunidades Autónomas” que conforman el actual Estado español. Se sitúa en el sur de la península ibérica, representa alrededor de 18% del total del territorio y la población española y tradicionalmente ha formado parte de las regiones económicamente menos desarrolladas del país. La actual estructura descentralizada del Estado permite un amplio margen de variabilidad regional para determinadas políticas; así, aunque existe un sistema sanitario común (de carácter público, universal y gratuito), y una Ley General de Sanidad, cada Comunidad Autónoma ha organizado su propio sistema de atención en salud mental. Lo mismo sucede, quizás en mayor medida, con los servicios sociales.

En el caso de Andalucía, la reforma se inició prácticamente a comienzos de los años ochenta, con el objetivo de transformar la situación de los servicios públicos de asistencia psiquiátrica, dependientes de distintas administraciones y carentes de coordinación. Insuficientemente dotados y en su mayor parte concentrados en las ciudades, estaban de hecho separados del sistema sanitario general y constituidos básicamente por ocho hospitales psiquiátricos (con aproximadamente 3.000 camas, de las que 2.700 correspondían a pacientes de larga estancia) y poco más que algunos recursos ambulatorios de neuropsiquiatría.

En el transcurso de estos ya casi 20 años, y en una visión muy general, la reforma ha conseguido:

1. Crear una **nueva red de servicios sanitarios** especializados en salud mental, de base y orientación comunitaria, integrados en el sistema sanitario general (Servicio Andaluz de Salud), mejor dotados y distribuidos en el territorio. Esa Red se organiza territorialmente en Áreas de Salud Mental, gestionadas desde los correspondientes hospitales generales, y consta de:
  - Equipos comunitarios de salud mental, con una fuerte relación con los servicios de atención primaria.
  - Unidades de corta estancia en hospitales generales.
  - Unidades ambulatorias de salud mental infantil.
  - Hospitales de día.
  - Unidades de rehabilitación (en régimen de centro de día).
  - Comunidades terapéuticas (unidades de media estancia).
2. El **cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos**, mediante programas individualizados de desinstitucionalización y reutilización del espacio para otros fines, en la mayoría de los casos no sanitarios.
3. La formulación de una nueva **política intersectorial**, por medio de la colaboración con las administraciones de justicia, trabajo, servicios sociales, y educación, así como con las asociaciones de profesionales, familiares y usuarios. A este respecto, cabe destacar la creación, en 1993, de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, entidad pública que se encarga del desarrollo y gestión de una **red de servicios de apoyo social** (residenciales, ocupacionales, de integración laboral, etc.).
4. Apoyo al desarrollo de **nuevos modelos de intervención** mediante programas de formación, investigación y evaluación (incluyendo un nuevo sistema de información).

## **Habilitación de camas para hospitalización psiquiátrica en hospitales generales**

La implantación de una red de servicios comunitarios implica cambios conceptuales, pero también distintas formas de organización del trabajo y nuevos dispositivos de atención que posibiliten estos cambios. La integración de los dispositivos de salud mental en la red sanitaria general es uno de los puntos de partida en cualquier proceso de reforma. Dentro de estos cambios debe considerarse la hospitalización de pacientes psiquiátricos cuando tengan episodios que la precisen; dicha hospitalización debe producirse dentro de la red sanitaria general, por lo que los hospitales generales deben disponer de camas para dicho fin. Se debe considerar su inclusión dentro de una unidad de salud mental que cubra las necesidades de atención y tratamiento de los episodios que así lo requiriesen, pero que, a la vez, pudiera realizar otras funciones dentro del hospital y también en el territorio de referencia. Serían dispositivos de provisión de cuidados de 24 horas que corresponderían al quinto nivel de atención dentro del modelo de Goldberg y Huxley (1992), mencionados en la Guía Operativa 3.

### **Objetivos**

Dotación de camas específicas para la hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales

La hospitalización psiquiátrica, cuando se precise, debe realizarse dentro de la red sanitaria general. De esta forma se evitará la marginación del enfermo mental y, durante el período de internamiento, podrá beneficiarse de los otros servicios ofrecidos por el hospital, lo cual contribuirá a elevar el nivel de salud. Todos los hospitales generales de área deben disponer de un servicio de hospitalización psiquiátrica con un número de camas acorde a las necesidades previstas.

Definir el diseño arquitectónico de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales (USMHG)

El entorno influye en la vida de las personas, ya que permite o no su intimidad y favorece un tipo u otro de dinámica relacional. En la atención psiquiátrica hospitalaria las necesidades de este entorno son complejas y deben dar respuesta a aspectos terapéuticos relacionales, aspectos de seguridad y prevención de riesgos, y a la vez salvaguardar los derechos humanos. El objetivo del diseño arquitectónico de un entorno terapéutico debe ser conciliar las normas de construcción, seguridad, instalaciones, etcétera, vigentes en el país con el respeto a la dignidad y a las necesidades básicas de los pacientes (intimidad, descanso, posesiones, etc.). Además, la unidad de hospitalización psiquiátrica debe estar claramente señalizada dentro del hospital.

### Equipo de salud

El período de internamiento supone una ruptura de la red socio-familiar del paciente. Durante este tiempo, el equipo funciona como una red sustituta temporal que debe cubrir las necesidades de relación, contención y manejo terapéutico que el paciente precise. Por lo tanto, el número de personal por cama para poder llevar a cabo estas funciones será necesariamente alto.

A diferencia de otras especialidades con tecnologías caras y sofisticadas, en el campo de la salud mental son los recursos humanos y la relación interpersonal los que constituyen la “tecnología” básica. Es importante que el equipo sea multidisciplinario, conformado por personal específico dentro del personal del hospital, con una formación previa en salud mental.

### Funciones y programas de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales

Al tratarse de un dispositivo de atención de 24 horas, la atención y los programas tienen que ejecutarse en múltiples ejes. De acuerdo con la clasificación de la WHO-ICMHC de módulos de asistencia (Sytema *et al.*, 1989), los programas de la unidad deberán atender las siguientes dimensiones:

- PROB — evaluación de problemas
- CRIS — tratamiento de la crisis
- SOCI — intervenciones de ayuda y apoyo
- PSIC — intervenciones psicológicas
- BIOL — intervenciones biológico-psiquiátricas
- MEDI — acciones relacionadas con la asistencia médico-enfermera general
- AVDF — tareas relacionadas con actividades y funciones de la vida diaria
- ALO — alojamiento y residencia

### Área geográfica de referencia y estimación del número de camas

La USMHG deberá estar ubicada en el hospital general de referencia de la comunidad y tener un compromiso asistencial con dicha población. Debe ser entendido como un dispositivo de atención de 5º nivel que trabaje coordinadamente con el equipo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). Cuando la hospitalización psiquiátrica está indicada sirve de referencia para la USMC, con lo que se garantiza la continuidad terapéutica, entendida como permanencia dentro de un sistema de atención, desde el ingreso hasta el egreso (Sánchez, 1990).

Son muchos los factores que influyen en la utilización de los servicios psiquiátricos hospitalarios: apoyo social y comunitario, procesos de decisión y políticas asistenciales, morbilidad local, existencia de recursos alternativos, etcétera (Burgess *et al.*, 1992; Jarman *et al.*, 1992). Todos estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de establecer las necesidades y la estimación del número de camas, con el fin de adaptar la planificación a la realidad y necesidades del área de referencia (Hirsch, 1988).

Sin embargo, existe cierto consenso acerca de que toda reforma que quiera sustituir al hospital psiquiátrico debe contar con un número de camas disponibles para el in-

ternamiento y la contención de pacientes agudos en crisis. Las cifras que se manejan oscilan entre 1,5–4,5 camas por 10.000 habitantes (de 15 a 45 camas para una población de 100.000), según el origen de las fuentes bibliográficas (González de Chávez, 1991). Las cifras más altas corresponden a países que no han realizado procesos de cambio o tienen una fuerte tradición hospitalaria y de asilos. Por ejemplo, en las distintas comunidades autónomas españolas que emprendieron procesos de reforma se planificaron de 1,2 a 1,5 camas por 10.000 habitantes (Aparicio Basauri, 1993) y la realidad posterior ha demostrado, tras el desarrollo de la red asistencial, que eran suficientes.

No solo es importante estimar el número de camas necesarias de la manera más adecuada, sino también el uso que se les va a dar, lo cual se facilitaría con protocolos de admisión consensuados en los equipos de atención. Un método para facilitar el consenso es que los equipos implicados en la asistencia de la comunidad establezcan las “categorías” o los perfiles considerados aceptables para ingreso (USMHG y USMC) (Bebbington *et al.*, 1992).

### Estructura de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales

La USMHG deberá tener asegurados los espacios, las instalaciones, los equipos y los suministros necesarios para llevar a cabo sus funciones, las cuales se derivan de sus objetivos dentro del funcionamiento general del hospital donde esté ubicada. De preferencia, debe estar ubicada en la parte baja del hospital para facilitar el acceso a zonas de esparcimiento y evitar los riesgos de la altura. También debe disponer de medidas de seguridad pasivas estructurales, para evitar riesgos y garantizar la seguridad de los las personas hospitalizadas, manteniendo el respeto por los derechos humanos y asegurando el derecho a la confidencialidad.

La disposición arquitectónica de la unidad debe facilitar la observación directa desde el control de enfermería. Las habitaciones no deberían tener más de tres camas (adaptadas al resto del conjunto) y es aconsejable disponer de 1 ó 2 para uso individual, de fácil observación. Todas dispondrán de mobiliario para uso individual que garantice la privacidad. Es recomendable, siempre que sea posible, la existencia de servicio sanitario en cada habitación.

Además de las habitaciones se debe contar con algún espacio de uso común múltiple: ocio, comedor, visitas, etcétera. Las oficinas del personal para evaluaciones y consultas estarán en función de las posibilidades arquitectónicas, aunque es recomendable su ubicación en el interior de la unidad. Por otra parte, cuando sea posible resulta de gran utilidad la existencia de un espacio específico (despacho o cubículo) en el área de urgencias del hospital.

Algunos países como Italia, con un ánimo claramente desinstitucionalizador, prohíben por ley la creación de unidades de más de 15 camas. No parece, sin embargo, que sea bueno legislar en este sentido con vistas a la planificación local; se debe tener en cuenta que las unidades con menos de 10 camas no resultan rentables y por encima de las 25 son difícilmente manejables desde el punto de vista de la contención y del ambiente terapéutico deseable. Sin embargo, puede darse una situación especial en comunidades pequeñas o muy rurales, donde no se necesiten más de cinco camas, lo cual haría difícilmente rentable la creación de una USMHG de este tamaño; en este caso sería aconsejable ubicar un número de camas no específicas en uno de los servicios o departamentos médicos del hospital. Esto implicaría la puesta

en marcha de programas específicos de coordinación y entrenamiento con el personal, con responsabilidad asistencial directa.

### Equipo de la Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales<sup>1</sup>

El equipo de la USMHG deberá ser multidisciplinario y estará dimensionado en función del número de camas y de los programas a realizar (España, 1995; España, 1998). Así, se considera ideal 1 psiquiatra por cada 7–10 camas y 1 psicólogo por USMHG; cuando no haya suficiente personal, el psicólogo del ESMC deberá dedicar una parte de su tiempo a la atención parcial en la USMHG. En cuanto al personal de enfermería, la razón mínima será de 0,2 por cama y turno; es aconsejable que al menos 40% tenga formación específica en salud mental y que haya un enfermero responsable de la unidad con tareas de gestión y coordinación del equipo y la unidad. Por último, debe existir un trabajador social a tiempo parcial que dependa del ESMC o de los servicios generales del hospital.

En cuanto a la organización del equipo, uno de los médicos psiquiatras tendrá la función de responsable o coordinador de la unidad. Todo el personal asistencial deberá dedicar al menos 20% de su tiempo a actividades asistenciales indirectas (reuniones de equipo, discusión de casos, formación). Deberá realizarse al menos una reunión diaria de seguimiento de pacientes y planificación del trabajo, y semanalmente, una reunión de coordinación entre personal de la USMHG y del ESMC.

### Funciones y programas

El eje de la atención en un modelo comunitario es el ESMC, punto de entrada a la red de salud mental y con la que el resto de dispositivos debe coordinarse.

El internamiento de un paciente no debe de ser entendido como un método terapéutico (en oposición al ambulatorio), sino como una fase del proyecto terapéutico. Así, se entiende que el ingreso debe ser una situación pasajera que estará indicada cuando la complejidad de la situación requiera procesos terapéuticos que rebasen el ámbito del ESMC (Sánchez e Iglesias, 1993). La media de la estancia estará en función de la enfermedad y los recursos comunitarios, entre otros. Algunos factores son imprevistos o aceptables, pero otros no son justificables (cuadro 17) (Mai *et al.*, 1993). La hospitalización no debería ser superior a los seis meses.

Se debe tender, en líneas generales, a estancias medias cortas. El alargamiento innecesario favorece la cronicidad y es el factor de más peso en el encarecimiento económico de este dispositivo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que determinados factores se asocian con un alargamiento de las estancias medias (cuadro 18) (Cohen y Casimir, 1989).

Salvo en situaciones de emergencia, debe procurarse que el ingreso de pacientes sea programado y voluntario. En caso de ingresos involuntarios, es preciso asegurar el

---

<sup>1</sup> Muchas de las cifras que se mencionan están referidas a países europeos, por lo que deben ajustarse a la realidad de la Región y a las condiciones locales en concreto. Con respecto a los recursos humanos, pueden servir de guía los mínimos que se presentan en el documento de la OPS (1994) “Evaluación de la calidad de la atención en salud mental. Por ejemplo, en el módulo E (relativo a los servicios de internamiento psiquiátrico) se contempla que el servicio tenga el equivalente a un psiquiatra a tiempo completo por cada 20 pacientes con trastornos agudos. Lo mismo sería aplicable al resto de recursos humanos.

### **Cuadro 17. Criterios para justificar una estancia media prolongada.**

#### Criterios clínicos aceptables

- Retraso fundado y dificultad en realizar un diagnóstico.
- Respuesta inapropiada o retardada al tratamiento apropiado.
- Desarrollo de complicaciones inesperadas (psíquicas y/o médicas).

#### Criterios clínicos inaceptables

- Retraso infundado para hacer el diagnóstico psiquiátrico.
- Aplicación de un inadecuado o inapropiado tratamiento.
- Retraso no justificable en la instauración del mismo.
- Presencia de efectos colaterales u otros que influyan en el retraso.
- Dudosa atención por parte del equipo responsable.
- Intereses docentes o de investigación.

#### Criterios sociales y administrativos

- Circunstancias socio-familiares deficitarias o inadecuadas.
- Demora o espera en la transferencia a otro dispositivo.
- Demora o espera en encontrar o revisar un alojamiento.

---

*Fuente:* Adaptado de Mai FM, Gosselin JY, Varan L, Bourgon L, Navarro JR. Effects of treatment and alternative care on length of hospital stay on a general hospital psychiatry unit—results of an audit. *Can J Psychiatry* 1993;38(1):39-45.

### **Cuadro 18. Factores asociados a una estancia media prolongada.**

- Ser muy joven
- Ser muy viejo
- Ser mujer
- Ser soltero
- Ingresar de manera involuntaria
- Tener una enfermedad física
- Pobre funcionamiento social
- Tener un ingreso psiquiátrico previo

---

*Fuente:* Cohen CI, Casimir GJ. Factors associated with increased hospital stay by elderly psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(7):741-774.

cumplimiento de la normativa jurídica vigente en el país y el respeto de los derechos humanos. El ingreso de un paciente involuntario debe ser acompañado de un protocolo de admisión.

La USMHG es un dispositivo de atención de 24 horas para personas con trastornos mentales en situaciones de crisis, episodios de descompensación, falta de apoyo sociofamiliar mínimo, problemas de estudios diagnósticos, etcétera.

La protocolización de aspectos concretos de la atención (que deben ser consensuados y de acuerdo a los estándares científicos aceptados) es conveniente con el fin de facilitar el desarrollo de una asistencia de calidad, hacer un uso eficiente de los recursos y asegurar una praxis técnicamente correcta que salvaguarde los derechos de los pacientes. Dentro de estos programas (cuadro 19) deberían incluirse, como mínimo, los siguientes protocolos.

#### *Protocolo de admisión*

Su finalidad sería la sistematización de los pasos a realizar para el ingreso y de los documentos que van a conformar la historia clínica. Indicará la información que debe darse a los pacientes y las familias sobre la normativa interna, el régimen de visitas, etcétera. Debe incluir el examen básico inicial a realizar en el momento del ingreso (pulso, temperatura, presión arterial y peso) y los exámenes de detección o tamizaje



**Cuadro 19. Programas.**

Atención de los pacientes ingresados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contención y tratamiento de la crisis</li> <li>• Disposición del caso y derivación</li> <li>• Evaluación diagnóstica</li> </ul>
Atención de la interconsulta y psiquiatría de enlace en el resto del hospital. Atención de las urgencias hospitalarias y servicio de guardia médica de 24h. Docente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de pregrado y postgrado</li> <li>• Personal médico del servicio de urgencias del hospital</li> <li>• Formación continuada de enfermería del resto del hospital.</li> </ul>
Investigación	
Evaluación de calidad	Conjunto mínimo de indicadores (cuantitativos y cualitativos establecidos previamente)

(*screening*) a realizar (hemograma, fórmula y recuento leucocitario, tasa de sedimentación eritrocítica, glucemia, pruebas de función hepática y electrocardiograma).

*Protocolo de admisión de ingresos involuntarios*

Su fin es mantener las garantías jurídicas del enfermo ingresado involuntariamente. Debe adaptarse a la normativa legislativa de cada país y considerar los documentos pertinentes (comunicación al juez y/o solicitud de ingreso, comunicación e indicaciones al alta, entre otros).

*Protocolo de contención/inmovilización*

Debe ser entendido como un protocolo de prevención de riesgos en pacientes agitados o con conductas violentas (lesiones autoinfligidas e infligidas intencionalmente por otra persona, daño a las instalaciones, etcétera). Su objetivo es la contención psíquica, física o química. Debe incluir los pasos a seguir y mencionar claramente quién lo indica, el responsable de las medidas de enfermería y la duración. Recomendará los plazos de observación del paciente (es aconsejable cada 15 minutos) y de revisión del mismo (la inmovilización no debería superar las 24 horas).

*Protocolo de derivación al alta (en su defecto informe escrito)*

Su objetivo es facilitar la coordinación y continuidad terapéutica entre el nivel hospitalario y el nivel ambulatorio tras el alta hospitalaria. Incluirá un breve resumen del episodio de internamiento (evolución, pruebas complementarias, tratamientos y otras medidas realizadas); diagnóstico; tratamiento recomendado al alta; centro comunitario de referencia y cita de la próxima consulta. Se hará constar cualquier otra medida o incidente relevante que se hubiese producido.

*Protocolo de interconsulta*

Es un documento para añadir a la historia clínica del paciente y que motiva la interconsulta; en él debería constar: servicio que lo solicita y fecha; motivo de la con-

sulta, exploración psiquiátrica y fecha; si existe o no un diagnóstico psiquiátrico (en caso positivo el diagnóstico); recomendaciones y terapéutica si precisa.

*Protocolos de tratamientos psicofarmacológicos (neurolépticos de liberación prolongada [depot], litio, etc.)*

Si bien es conveniente que toda medida psicofarmacológica esté protocolizada para facilitar la decisión clínica y las indicaciones, en aquellos fármacos con riesgos iatrogénicos esto se hace obligatorio.

No existe un consenso rotundo sobre qué pruebas de laboratorio son las más adecuadas para incluir en la analítica de rutina; pero sí que parece claro que según el tipo de fármaco unas son más indicadas que otras. En cada caso deben estar formuladas y realizadas al inicio del tratamiento, así como la periodicidad con que deben ser realizadas, y los síntomas indeseables cuya aparición provocaría la supresión del tratamiento.

Conviene tener en cuenta, que en mujeres en edad fértil, por el efecto teratógeno de algunos productos, deberá estar protocolizada una prueba de embarazo previa al inicio del tratamiento.

*Protocolo de indicación y administración de la terapia electroconvulsiva*

La terapia electroconvulsiva sigue siendo una técnica debatida en la que, a pesar de las indicaciones que se recogen en algunos manuales, no existe evidencia contundente de su eficacia. Suele ser considerado un tratamiento de segunda elección, cuyas indicaciones deben ser muy precisas y, debido a sus riesgos, las actuaciones, tanto previas como de observación posterior, deben estar estrictamente protocolizadas (APA, 2001). El protocolo de indicación y administración debe incluir:

- Diagnóstico, motivo de indicación y tratamientos previos realizados
- Consentimiento informado
- Examen físico del paciente (presión arterial; electrocardiograma, radiografía de tórax, pruebas para descartar alteraciones músculo-esqueléticas, etc.)
- Interconsulta con el servicio de anestesia
- Pautas de preparación (período de ayuno, vaciamiento de recto y vejiga, suspensión de toma oral previa, etc.)
- Lugar de administración (se recomienda la sala de reanimación del hospital o similar)
- Cuidados y observación de enfermería posterior (control de signos vitales, valoración de reflejos, observación de reacciones anómalas, tiempo de ayuno posterior y dieta a seguir, etc.)



## Programas y protocolos de atención

En la esquizofrenia, los pródromos, el comienzo y la evolución de la enfermedad, así como la probabilidad de desarrollar discapacidades, difieren de forma notable de persona a persona. Probablemente no hay otra entidad nosológica en la que más concuerde el aforismo de que no hay enfermedad sino enfermos. Eso no es todo: las personas afectadas por esquizofrenia no presentan la enfermedad de forma unívoca; por el contrario, es frecuente encontrar formas y apariencias distintas según el momento en que se observe. Por ello es necesario articular programas que enfrenen de manera más específica el momento diacrónico y el tipo evolutivo de la enfermedad.

### Programa de atención a primeros episodios

Existe un creciente interés y preocupación por la repercusión de las etapas tempranas de los trastornos psicóticos en el curso y resultados posteriores de los mismos. La mayoría de los estudios muestran una correlación estadísticamente significativa entre la duración de la psicosis no tratada y un peor resultado (Barton, 1999). También hay pruebas de que un retraso desde el comienzo de la enfermedad al primer tratamiento está asociado con síntomas psicóticos más graves, pobre funcionamiento y mala respuesta terapéutica al tratamiento antipsicótico (Phillips *et al.*, 2001; Edwards *et al.*, 1998).

El curso social de la esquizofrenia aparece determinado por el estado de desarrollo social al comienzo de la enfermedad y por el curso temprano de la misma. Además, los datos sugieren que el deterioro, aunque de forma variable, ocurre en el período prepsicótico y en el curso temprano de la psicosis, pero puede estabilizarse entre los dos y cinco años e incluso volverse más lento entre los sujetos inicialmente más deteriorados (Birchwood *et al.*, 1998).

#### Objetivos del programa de atención a primeros episodios

- Minimizar el tiempo de psicosis sin tratamiento.
- Disminuir la duración de los síntomas psicóticos.
- Prevenir la aparición de depresión y el riesgo de suicidio.
- Detectar y prevenir comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas.
- Facilitar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir la incidencia de resistencia al tratamiento.
- Impedir, detener o retrasar el deterioro psicosocial.

## Guía operativa para un programa de atención a primeros episodios (figura 6)

La fase temprana de la psicosis es un “período crítico” en el que es predecible un resultado a largo plazo y en el que las influencias biológicas, psicológicas y psicosociales se desarrollan y muestran una plasticidad máxima (Birchwood *et al.*, 1998). En la esquizofrenia, el tratamiento temprano y efectivo con antipsicóticos ha sido asociado a un mejor resultado a largo plazo (Remington *et al.*, 1998; Wyatt *et al.*, 1998).

Por otra parte, una reducción en el tiempo de presentación de los síntomas psicóticos es obviamente beneficiosa para evitar las consecuencias sociales negativas. También es razonable esperar que sea más fácil establecer una buena alianza terapéutica en pacientes detectados antes de que su “hundimiento” psicosocial sea un hecho (Larsen *et al.*, 2001).

Los esfuerzos para estabilizar las discapacidades en desarrollo reducen la resistencia al tratamiento e influyen en el modo en que las personas valoran su enfermedad, lo que puede tener un impacto desproporcionado comparado con intervenciones posteriores en el curso de la enfermedad (Birchwood *et al.*, 1998). Además, una atención temprana a predictores de resultados como la concomitancia con la depresión y el consumo de tóxicos, podría disminuir la tasa de recaídas o de suicidio (Birchwood *et al.*, 1998), ya que en las primeras fases la ideación suicida afecta a una cuarta parte de los afectados (Larsen *et al.*, 2001).

Los ensayos de campo demuestran que se pueden incorporar a la práctica clínica habitual estrategias efectivas de tratamiento temprano que comprendan intervenciones farmacológicas y psicosociales (Falloon *et al.*, 1998; Edwards *et al.*, 1998). Estas intervenciones, además de ser multimodales, deberían durar al menos dos años, puesto que el tercero después del inicio del trastorno suele suponer un punto de inflexión para el curso de la enfermedad. Mientras que se puede esperar cierta mejoría, es improbable un declive mayor y, cuando el deterioro se presenta de modo progresivo, una intervención temprana puede retrasarlo (Birchwood *et al.*, 1998).

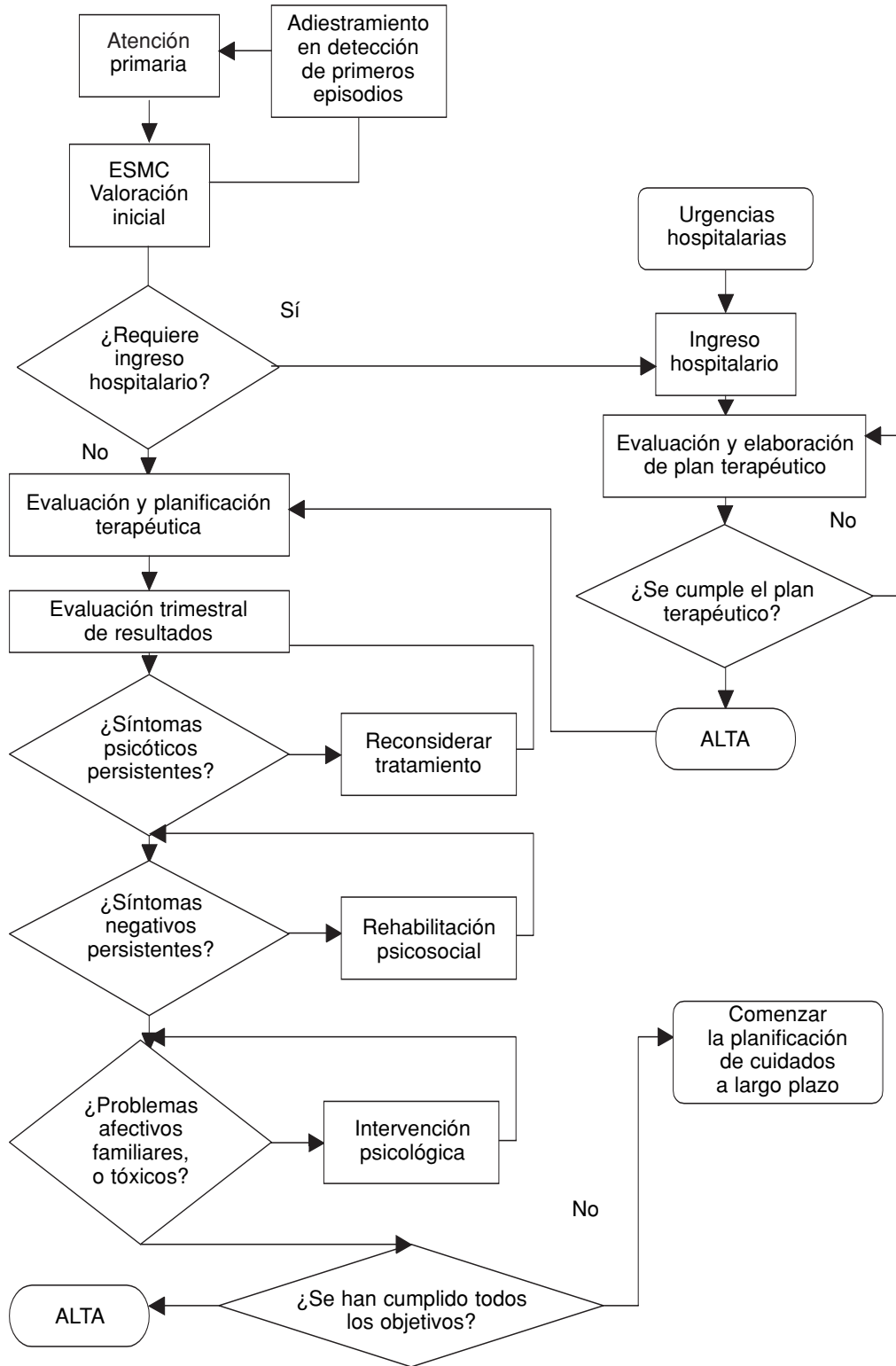
Los objetivos para la terapia deberían focalizarse en las principales dimensiones de los síntomas iniciales, que aparecen frecuentemente de forma consecutiva:

1. Depresión
2. Síntomas negativos, deterioro funcional y discapacidad social
3. Abuso de drogas y alcohol
4. Síntomas psicóticos (Häfner, 2000)

La terapia neuroléptica a bajas dosis constituye una estrategia de tratamiento efectiva que, al disminuir el riesgo de efectos secundarios, podría mejorar el cumplimiento y, por ende, el resultado (Remington *et al.*, 1998). Además, los datos disponibles sugieren que la intervención psicoterapéutica proporciona amplios cambios en las actitudes de los individuos hacia el tratamiento y hacia la conciencia, incluso hacia la aceptación del hecho de tener un trastorno psiquiátrico (Jackson *et al.*, 1998).

Una estrategia de intervención temprana para la prevención de la resistencia al tratamiento es impulsar la identificación y tratamiento especializado de las personas que fallan en conseguir una rápida remisión de su primer episodio psicótico (Edwards *et al.*, 1998).

Figura 6. Programa de atención a primeros episodios: árbol de decisión (dos primeros años)



La resistencia al tratamiento de largo plazo tiene su origen en el crítico período temprano, por lo que deben realizarse esfuerzos para focalizarse directamente en este (Birchwood *et al.*, 1998). La identificación temprana y el tratamiento especializado de los individuos con síntomas psicóticos persistentes pueden ayudar a mitigar los síntomas y es un potencial para el cambio del curso de la enfermedad. Por ello, se debe considerar la aplicación temprana de intervenciones farmacológicas y psicológicas tradicionalmente reservadas para la resistencia al tratamiento, dados los posibles efectos nocivos de un retraso en el tratamiento efectivo (Edwards *et al.*, 1998). El tratamiento con clozapina y la terapia cognitiva podrían contribuir a ello (Birchwood *et al.*, 1998; Haddock *et al.*, 1998).

#### Estrategias para la intervención temprana

- Detección precoz
- Integración de intervenciones farmacológicas y psicosociales
- Focalización tanto en los síntomas positivos, como en los negativos, depresivos y abuso de sustancias.
- Utilización de la estrategia neuroléptica de dosis mínima efectiva
- Consideración, en caso de síntomas psicóticos resistentes, del uso de clozapina y terapia cognitiva
- Mantenimiento del programa de atención temprana durante los dos años siguientes al inicio.

#### **Programa de seguimiento y mantenimiento de personas con trastorno psicótico (PTP)**

Para una proporción importante de las PTP, la evolución a largo plazo de la enfermedad, el consecuente deterioro funcional y varias características del sistema de servicios pueden contribuir a la recaída y a una deficiente calidad de vida.

Los resultados de investigación han mostrado que sin una cobertura adecuada de sus necesidades asistenciales, las PTP pueden incrementar su riesgo de recidiva y de convertirse en grandes consumidores de servicios hospitalarios. Las características clínicas y las necesidades de servicios de las PTP son complejas y varían significativamente a través del ciclo vital y el curso de la enfermedad. Es probable que estos cambios en la severidad de la enfermedad y la discapacidad se reflejen en una fluctuación de las necesidades de atención por parte de los servicios de salud mental (Barton, 1999). Por ello, partiendo de la flexibilidad necesaria, existe un consenso general acerca de que los trastornos psicóticos deberían ser atendidos mediante una combinación de varios tipos de intervenciones que han demostrado ser eficaces para mantener a las PTP en la comunidad (Marder, 2000; Lehman y Steinwachs, 1998; Falloon, 1999; Brenner y Pfammatter, 2000; Mueser *et al.*, 2001; Bustillo *et al.*, 2001):

Intervenciones que han de formar parte de un programa de mantenimiento de PTP:

- Medicación antipsicótica
- Intervención familiar

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Psicoeducación de pacientes
- Tratamientos cognitivos
- Rehabilitación vocacional
- Atención al consumo de sustancias
- Gestión asertiva de casos

Objetivos del programa de seguimiento y mantenimiento de PTP:

- Mantener a la PTP en la comunidad
- Prevenir las recaídas
- Fomentar su autonomía
- Mejorar la calidad de vida
- Disminuir la carga emocional de sus familias

Guía operativa del programa de seguimiento y mantenimiento de PTP (figura 7)

La literatura acerca de la combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial en las PTP indican que la interacción entre ellos es compleja. Se fortalecen mutuamente, el resultado incide sobre diferentes criterios (el primero en los síntomas y el segundo en los indicadores sociales), y el uso de los nuevos antipsicóticos puede mejorar la participación de los pacientes en los tratamientos psicosociales.

Es probable que la efectividad de esta combinación esté influenciada por el tipo de tratamiento utilizado (tanto farmacológico como psicosocial), el tiempo de tratamiento, la intensidad de cada uno de los componentes, los posibles efectos adversos asociados y las características del sujeto al que se le aplica. A continuación se presentan las posibles implicaciones del tratamiento farmacológico y psicosocial combinado (Marder, 2000):

- Los pacientes que reciben un tratamiento psicosocial efectivo pueden requerir dosis menores de medicación antipsicótica.
- Los pacientes que reciben una medicación adecuada podrían tolerar formas más estimuladoras e intrusivas de tratamiento psicosocial que aquellos que no están medicados o que lo están de forma inadecuada.
- Los pacientes que están recibiendo intervenciones psicosociales es más probable que se adhieran al régimen de medicación.
- El efecto de la combinación de tratamientos puede ser más que aditivo puesto que cada uno fortalece la efectividad del otro.
- El resultado de los tratamientos farmacológicos y psicosociales puede afectar diferentes criterios.

Por lo que se refiere a las pautas de tratamiento farmacológico de las fases de estabilización y mantenimiento de PTP, las recomendaciones del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)* (Lehman y Steinwachs, 1998), derivadas de la revisión de las prácticas basadas en pruebas, ofrecen una guía a seguir:



**Recomendaciones del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)***

- Las personas que experimentan una mejoría de los síntomas agudos con la medicación antipsicótica deberían continuar recibéndola al menos el año siguiente a la estabilización para prevenir recaídas.
- La dosis de mantenimiento de la medicación antipsicótica debe seguir la estrategia de la dosis menor efectiva.
- La terapia antipsicótica de liberación prolongada (depot) de mantenimiento debería ser considerada para personas que tienen dificultad en el cumplimiento de la medicación oral.
- Las personas que experimentan, de forma clínicamente significativa y persistente, síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad, deberían recibir farmacoterapia coadyuvante específica para estos síntomas, si no hay recomendaciones en contra.

### Tratamiento psicosocial

Los tratamientos farmacológicos no proporcionan a las PTP habilidades para mantenerse en la comunidad, ni recursos de afrontamiento ante las consecuencias de la enfermedad. Tampoco ayudan a sus familiares para disminuir la carga emocional ni para adquirir habilidades que les permitan manejarse de una forma adecuada. Por ello, los tratamientos psicosociales bien establecidos, que han demostrado su efectividad para conseguir estos objetivos, son fundamentales en un programa de seguimiento y mantenimiento (Lehman y Steinwachs, 1998; Falloon, 1999; Brenner y Pfammatter, 2000; Mueser *et al.*, 2001; Bustillo *et al.*, 2001).

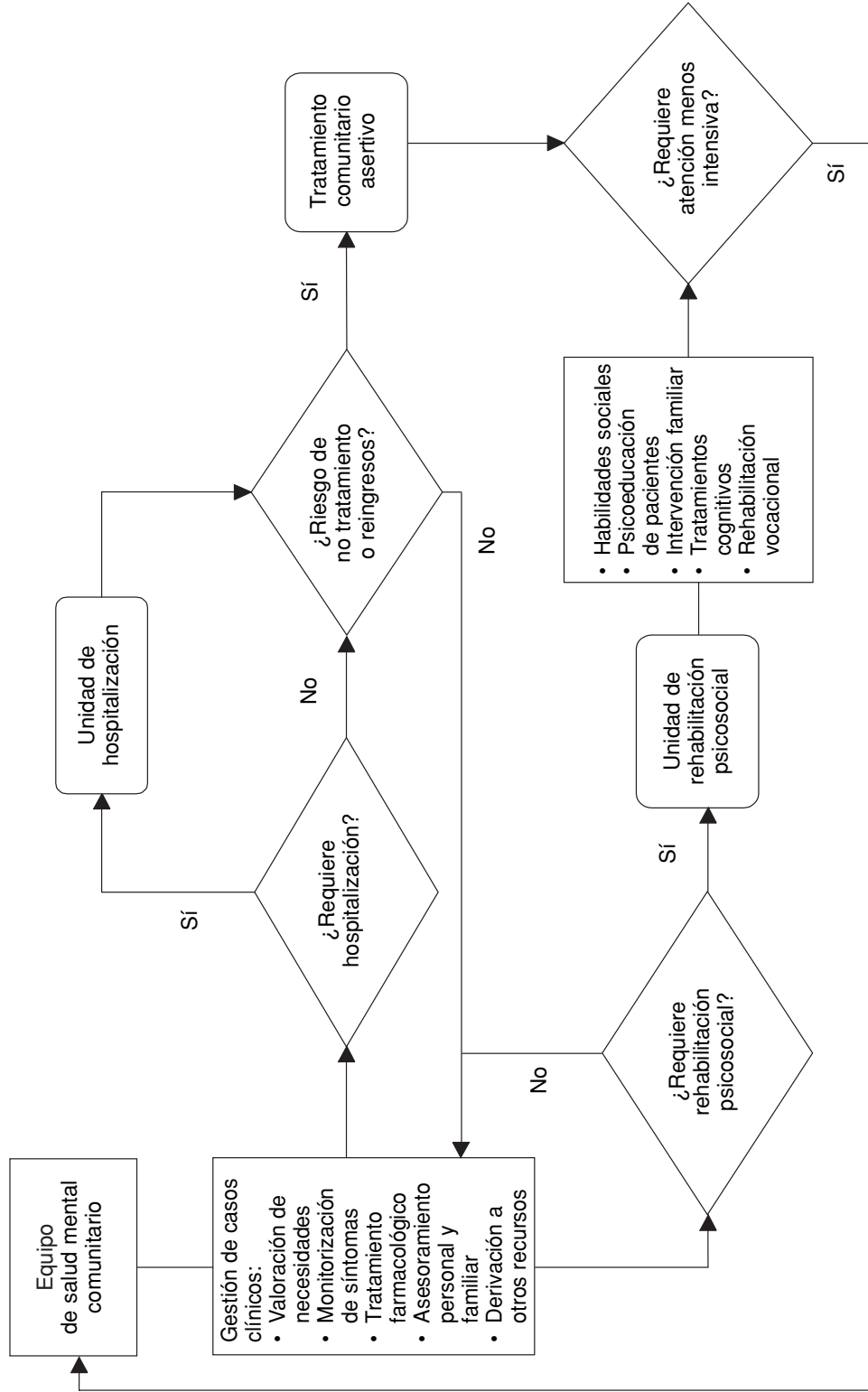
Deberían ofrecerse terapias individuales y grupales que empleen combinaciones bien establecidas de apoyo, educación y metodologías de entrenamiento de habilidades conductuales y cognitivas, para mejorar el funcionamiento personal y social, facilitar el entendimiento (*insight*) y favorecer la adherencia a los tratamientos.

A los pacientes que tienen un contacto continuo con sus familiares se les debe ofrecer una intervención psicosocial familiar que proporcione una combinación de educación acerca de la enfermedad, apoyo familiar, y entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Las intervenciones familiares no deberían limitarse a aquellas familias que sean identificadas como de alto nivel de emoción expresada. Los servicios de rehabilitación laboral (presentados en la Guía Operativa 9) que contemplan entrenamiento prelaboral, empleos protegidos y apoyo al empleo también se han mostrado efectivos para mejorar la calidad de vida de las PTP.

### Atención a los pacientes con diagnóstico dual

El abuso de sustancias es un trastorno comórbido común y devastador entre las personas con trastorno mental grave. La presencia concomitante de trastornos psicóticos y por abuso de sustancias ha de ser valorada y atendida por los servicios de salud mental, mediante un modelo de intervención comprensivo y coherente con las características específicas de este tipo de población (Drake *et al.*, 2001; Mueser *et al.*, 2001).

Figura 7. Programa de seguimiento y mantenimiento de personas con trastorno psicótico



### Tratamiento comunitario asertivo

El cambio de modelo de servicios de atención a las PTP desde una perspectiva hospitalaria a un enfoque comunitario requiere trasladar la capacidad de cubrir sus necesidades asistenciales a otro entorno más difuso.

Diversas variables (organización de servicios, personales, familiares, ambientales, etc.) van a confluír para determinar si una PTP tiene cubiertas sus necesidades asistenciales. Algunas personas podrán ser atendidas durante las fases de estabilización y mantenimiento con estructuras de servicios comunitarios que provean una supervisión de caso de frecuencia e intensidad moderada. Sin embargo, las PTP gravemente discapacitadas, inestables o con otros factores de riesgo de ingreso hospitalario requerirán una supervisión de caso más intensiva.

El tratamiento comunitario asertivo (TCA) (Mueser *et al.*, 1998; Mueser *et al.*, 2001; Phillips *et al.*, 2001), se ha mostrado apropiado para las personas que experimentan los síntomas menos manejables y mayores niveles de deterioro funcional. Estas personas son grandes consumidores de servicios hospitalarios y frecuentemente tienen peor calidad de vida. Los estudios han mostrado que el TCA no es más costoso que otras modalidades de cuidados comunitarios y es más satisfactorio para los usuarios y sus familiares. El TCA ha demostrado ser más eficaz en la reducción de reingresos hospitalarios psiquiátricos y en proporcionar mayor grado de estabilidad en alojamientos comunitarios. Además, algunos estudios han encontrado una asociación entre TCA y menores niveles de consumo de sustancias tóxicas entre los sujetos con diagnóstico dual.

### **Programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo y alteración grave del comportamiento**

Los nuevos modelos de atención no suponen el descuido de las personas con trastornos graves y persistentes que, con frecuencia, se hacen difíciles de manejar en la comunidad. Diferentes estudios concluyen que, independientemente de la calidad de los servicios de salud mental, los denominados en la literatura anglosajona “nuevos pacientes de larga estancia” continúan teniendo ingresos reiterados o prolongados en las unidades hospitalarias (Lelliott *et al.*, 1994; Bigelow *et al.*, 1988).

Buena parte de los “nuevos pacientes de larga estancia” han sido denominados “difíciles de ubicar” o “pacientes de comportamiento desafiante” (*challenging behaviour*); sin embargo, los términos no son sinónimos ni intercambiables. La denominación “difícil de ubicar” incluye no sólo a los “nuevos pacientes de larga estancia”, sino también a los antiguos, es decir, aquellas personas que permanecen en los hospitales psiquiátricos hasta el final en los procesos de desinstitucionalización, debido a las dificultades que plantea su reinserción en alojamientos comunitarios.

Por otro lado, si bien es cierto que los “nuevos pacientes de larga estancia” presentan dificultades para adaptarse a los entornos comunitarios, también es cierto que no todos son inmanejables fuera de las estructuras hospitalarias, por lo que no deben calificarse como “difíciles de ubicar”, aunque la escasez de recursos residenciales prolonga a veces innecesariamente su ingreso en unidades hospitalarias (Lelliott *et al.*, 1994).

Los perfiles de los pacientes “difíciles de ubicar” descritos en la literatura médica suelen aproximarse entre sí (Bigelow *et al.*, 1988; Fernández, 1997). Bigelow *et al.*

(1988) describen este tipo de paciente como un esquizofrénico varón entre los 30 y los 40 años de edad, con un déficit considerable en cuanto a sus habilidades sociales y de autocuidado, que tiene tendencia a la agresividad física, presenta problemas relacionados con el consumo de sustancias y rechaza el tratamiento. Los mismos autores estiman que la prevalencia de pacientes con necesidades especiales es de aproximadamente 15 por 100.000 habitantes.

En cualquier caso puede verse que se emplean términos imprecisos, alejados de la descripción psicopatológica y de las clasificaciones diagnósticas en uso. No hay una razón clínica unívoca que haga a estas personas especialmente difíciles. Se hace preciso, por consiguiente, delimitar a las personas destinatarias de este programa.

#### Objetivo del programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo y alteración grave del comportamiento

El objetivo es dar respuesta a aquellas personas que padecen de trastorno psicótico y que a pesar de los esfuerzos terapéuticos mantienen una **actividad psicótica continua**, acompañada de **trastornos del comportamiento** que dificultan su convivencia normalizada en la comunidad.

Estos trastornos del comportamiento que interfieren la convivencia pueden ser meramente inadecuados por pérdida de las habilidades sociales indispensables, pero también pueden ser netamente antisociales.

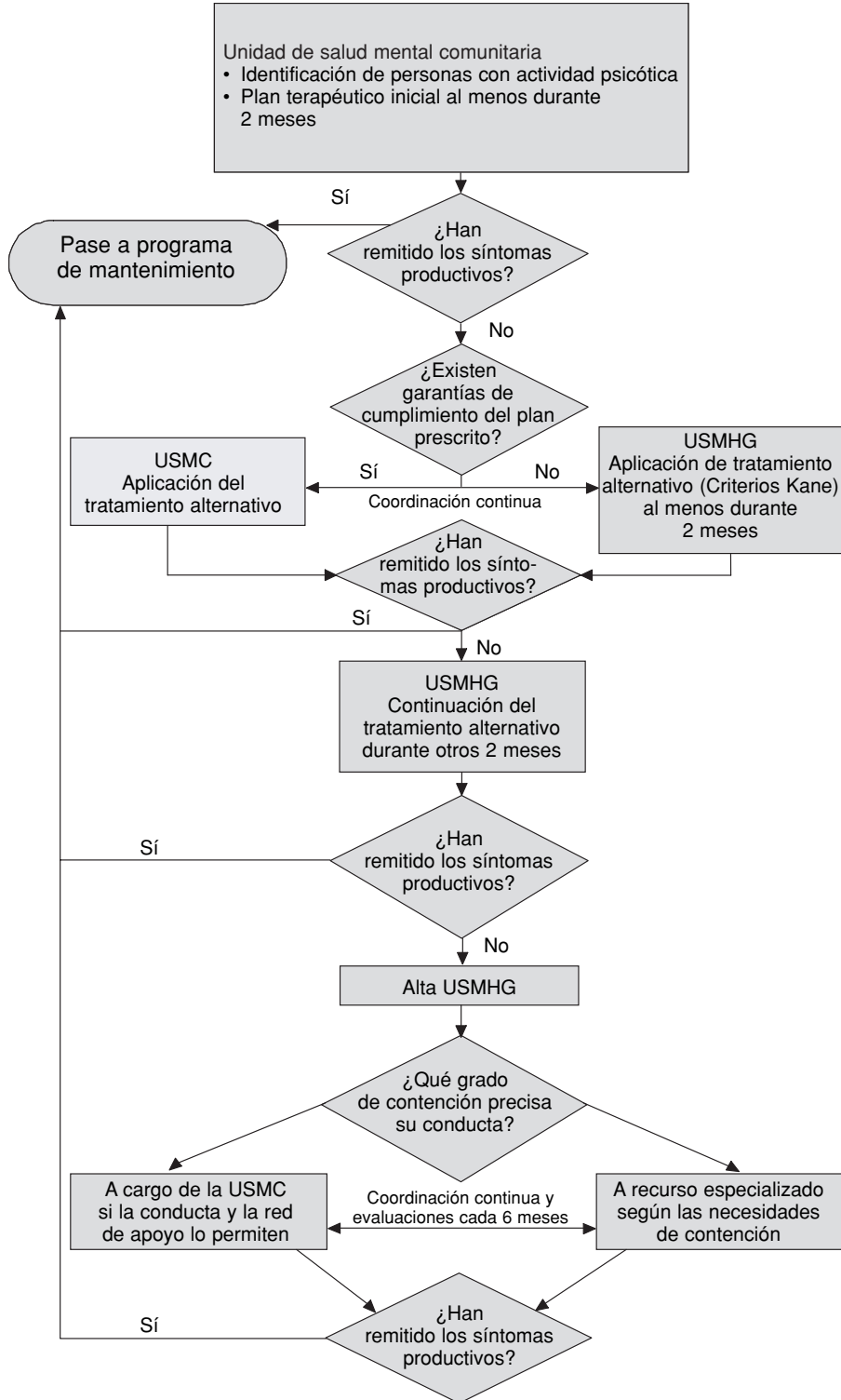
En dos estudios sobre los pacientes “difíciles de ubicar” (Trieman y Leff, 1996; Trieman, 1997), se sostiene que los pacientes con pobres habilidades sociales y para la vida diaria pueden ser acomodados y tratados en alojamientos comunitarios, si éstos cuentan con apoyos suficientes. En el Hospital de Friern, uno de los dos centros en los que se realizaron los estudios, 15% de los pacientes fueron designados como “difícil de ubicar”. Los problemas de comportamiento más frecuentes que fueron claros impedimentos para el realojamiento de esos pacientes en entornos comunitarios fueron uno o varios de los siguientes:

1. Agresividad, presente en más de 50% de los casos.
2. Comportamiento sexual inadecuado.
3. Rechazo del tratamiento.
4. Tendencia a provocar fuegos.
5. Consumo de tóxicos.
6. Robo.

#### Guía operativa para un programa de atención a la persona con trastorno psicótico continuo (figura 8)

La presencia de personas con trastorno psicótico continuo y alteración grave del comportamiento ha generado toda suerte de debates ideológicos, éticos y jurídicos desde el advenimiento del primer neuroléptico y desde el comienzo de los movimientos contraculturales en las primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, el marco de este documento no permite adentrarse en los argumentos utilizados por unos y otros.

**Figura 8. Árbol de decisión de un programa para personas con trastorno psicótico continuo**



Mucho de lo dicho para los dos programas anteriores sería de aplicación también en este. Conviene consultar igualmente las Guías Operativas 3, 4 y 7, en los que se podrá encontrar información útil y complementaria al propósito de la presente guía. En cualquier caso, el programa que se elabore tendrá que contemplar los siguientes extremos:

1. Son personas que necesitan ser hospitalizadas para su tratamiento, casi siempre de manera involuntaria.
2. La hospitalización suele ser prolongada (entre 6 meses y 2 o más años).
3. Los fármacos han de administrarse de manera muy personalizada. El medicamento elegido ha de ensayarse de forma cuidadosa, hasta encontrar el que ofrece el mejor resultado y a la dosis más adecuada. Con frecuencia es imprescindible recurrir a los neurolépticos atípicos.
4. Será necesario el concurso de profesionales que trabajen en la modificación del comportamiento con técnicas psicológicas y la reconstrucción de redes de apoyo comunitario para después del alta hospitalaria.
5. Los cuidados terapéuticos han de ser administrados con pericia e intensidad.
6. Los procedimientos de evaluación y seguimiento han de ser permanentes, apoyándose en técnicas que permitan la suficiente objetividad.
7. Es necesario disponer para todo ello de unidades específicas de tamaño pequeño y dotadas con equipos terapéuticos interdisciplinarios en una elevada razón de personal por cama.

Es decir, se está proponiendo una práctica muy alejada de lo que suele ser común en los hospitales psiquiátricos tradicionales, donde estas personas suelen terminar hacinadas en pabellones de seguridad para enfermos crónicos, que son los peor dotados de medios profesionales.

### *Tipos de unidades*

Desde el punto de vista operativo, estas personas pueden separarse en dos grandes grupos: aquellas cuya alteración del comportamiento las ha llevado a cometer algún delito y aquellas que no lo han hecho.

En el primer caso, estamos ante una situación que plantea cómo manejar y tratar a delincuentes eximidos de responsabilidad por enfermedad mental y que han de estar sometidos a medidas de seguridad. En última instancia son las leyes de procedimiento penal de cada país, con el auxilio de los peritos, las que deben orientar la decisión de los jueces. Son ellos los que deben decidir qué ha de prevalecer, si las prioridades terapéuticas o las medidas de seguridad, el derecho a la salud del individuo o la defensa de la sociedad.

En algunos países, tales enfermos son ingresados en **unidades forenses**, especializadas en este tipo de sujetos. Son unidades que se sitúan necesariamente en la interfase entre los sistemas de salud y penitenciario. Dependen unas veces del sistema penitenciario y cuentan con terapeutas especializados, y otras dependen del sistema de salud e incorporan medidas de seguridad adicionales en una unidad de hospitalización psiquiátrica ordinaria.

**Cuadro 20. Semejanzas y diferencias entre unidades hospitalarias de media estancia.**

	<b>Unidades hospitalarias (sistema sanitario)</b>	<b>Unidades forenses (departamento de justicia o de interior)</b>
Fin primordial	Terapéutico	Terapéutico y defensa social
Fin secundario	Seguridad	Terapéutico y defensa social
Intervención judicial	En algunos casos	Siempre y en todo momento
Procedimiento del alta	Debiera ser a iniciativa del médico responsable	Supeditada a resolución judicial

No debería existir duda sobre la situación de aquellos que no han delinquido, los cuales deberán ir a **unidades hospitalarias de media estancia** del sistema de salud.

Funcionalmente, no debería haber mucha diferencia entre ambas unidades; sin embargo, la consideración jurídica de la persona hospitalizada y, como consecuencia, las medidas adicionales de seguridad y, en su caso, la distinta dependencia institucional de la unidad, puede hacerlas muy diferentes (cuadro 20).

Excluidas las forenses, ¿de cuántas unidades hospitalarias de media estancia habría que disponer? Es arriesgado extrapolar datos en un campo como éste, en el que confluyen tantos factores, pero cabría sugerir una tasa de estas camas entre 3 y 5 por 100.000 habitantes.

Se puede concluir que existen enfermos con actividad psicótica continua, pero que son los problemas de comportamiento antisocial, sobre todo los ligados a la violencia, los que constituyen un importante desafío para las nuevas orientaciones basadas en los cuidados comunitarios. Es una realidad que toda planificación sanitaria tiene que considerar, sin que sirva de excusa y pretexto para generalizaciones injustificadas.

## Guía Operativa 6

# Rehabilitación psicosocial

La creación de una red de atención a las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes en la región de las Américas es un desafío para enfrentar la injusticia, la desigualdad y la exclusión social, mediante ayuda, equipos y servicios apropiados que ofrezcan a esas personas más posibilidades de una mejor calidad de vida.

La rehabilitación psicosocial es el conjunto de iniciativas clínicas y de inserción social disponibles para los usuarios, familiares y trabajadores de los servicios socio-sanitarios; es decir, ofrece alternativas de gestión de casos en la comunidad donde residen esas personas, con los recursos afectivos, económicos y políticos que garanticen el respaldo psicosocial necesario.

Se trata de hacer llegar (respetando las características de singularidad, subjetividad y sociabilidad) dispositivos sociales y de salud culturalmente sensibles que satisfagan las necesidades individuales elementales de quien precise de acciones, equidad manifiesta y ciudadanía activa para garantizar el cuidado oportuno en el momento en que se requiera. Es por eso por lo que debemos luchar para que en los programas de gobierno se construya una red suficiente de atención de salud mental.

La organización, en un territorio concreto, de todos los servicios e iniciativas que puedan responder a las diferentes exigencias que la enfermedad o la limitación representa para los usuarios y los equipos asistenciales es tarea difícil, pero no imposible. Para que los gobiernos, los equipos y los profesionales puedan asumir la responsabilidad de tratar estas enfermedades, tal vez el primer paso, y el más importante, es distinguir el territorio de la zona geográfica. Cualquiera que sea el barrio, el distrito, la ciudad, la región, el estado o el país, tiene que haber un lugar, un espacio propio donde se puedan tratar el dolor, la angustia, el sufrimiento profundo y la enfermedad. Ese espacio de apoyo delimita el área de acción de un equipo, un servicio o un programa, con lo que se cumple la misión de materializar una recepción, un vínculo, condiciones indispensables para que puedan tener lugar los programas de rehabilitación psicosocial.

El espacio geográfico es la representación más patente de un lugar donde puede instalarse un servicio de salud y sirve como referencia para un conjunto de personas que tienen acceso al mismo. Sin embargo, la idea de territorio como “base geográfica sobre la cual el Estado ejerce su soberanía” tiene como dimensiones necesarias la dinámica y la tensión de un lugar donde las personas e instituciones negocian en forma permanente espacios de subordinación y libertad, con el pretexto de alcanzar niveles más saludables de vida. Sin duda, el territorio es un espacio humano socialmente seleccionado para la vida y la supervivencia de un sistema en cuyo interior se realiza una práctica social, y la noción de territorialidad —en el sentido más subjetivo, más fenomenológico, con todos los que en él habitan o transitan—, es la mejor para denominar a un terreno sobre el que una red de iniciativas múltiples proporciona atención de salud mental e inclusión social.



El gran desafío es concebir una red de atención que sea efectiva, eficaz y eficiente bajo la perspectiva técnica y burocrática —que suele presidir la lógica de la organización de los servicios públicos de salud, sin subestimar una cierta tecnología de la sensibilidad, no menos importante en nuestro caso—, capaz de adaptar los equipos y servicios a las personas y a sus necesidades mediante estrategias que animen programas de humanización de la atención y de los procesos de trabajo en salud. Ello implica incluir dimensiones singulares e intersubjetivas que consideren las expectativas y los valores éticos en aras de una cultura de solidaridad entre los usuarios, sus familiares, los profesionales, los administradores, los grupos interesados, las asociaciones organizadas, las organizaciones no gubernamentales y el poder legislativo y judicial, todos ellos comprometidos a organizar una red de atención en la que se respeten todos los derechos humanos fundamentales.

Por lo tanto, una red incluye un modelo que permite compartir recursos y que considera la continuidad y la complementariedad necesarias. Más que en cualquier otra esfera de la salud, se debe pensar en una estrategia de atención resolutive que responda a necesidades múltiples: afectivas (amor, familia, amistad, reciprocidad, etc.), materiales (renta, vivienda, comida, trabajo, habilitación, cultura, ocio, etc.) y clínicas (psiquiátricas, psicológicas, psicosociales, sistémicas, etc.). Dichas necesidades requieren cada vez más acciones solidarias de parte de los gobiernos, los voluntarios, las ciudades comunes y particularmente las familias por consanguinidad o por consentimiento.

Los trastornos mentales, así como las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento relacionadas con ellos, implican diversas necesidades que requieren iniciativas intersectoriales poco habituales en los países latinoamericanos. La escasez de dispositivos sanitarios y sociales en los territorios obstaculiza la construcción de una red regular en cuanto a los nudos y espacios intersticiales, con mallas flexibles para retener a quienes tienen menores oportunidades de vida en la sociedad por sus desventajas. Por eso estamos usando la imagen de “tela”, pequeña o grande, según la existencia de mayores o menores recursos, considerando la fluctuación de los mismos en los distritos, los barrios, las ciudades, las provincias y los países. Sería ideal que para cada exigencia o necesidad se estableciesen nuevas redes sectoriales articuladas entre sí. También deben estar presentes la justicia, la educación, el trabajo, la vivienda y la previsión social, de tal forma que, mediante redes similares, se articulen con los usuarios y los prestadores de servicios de atención de salud, tejiendo así los recursos que puedan satisfacer las necesidades de cada individuo.

Las telas son frágiles o resistentes según los atributos y las posibilidades de quienes las crean. Pero todas cumplen la misma función de articular esfuerzos y conseguir insumos para mantener la función articuladora de conexiones en una alianza competente que asegure su supervivencia. La tela, en su segundo sentido de unión y articulación de hilos dispersos —para darles sentido, transformándolos en vestimentas, prendas protectoras para enfrentar la intemperie y resguardar la intimidad, haciendo más fuertes y protegiendo a sus usuarios— es también una bella metáfora para visualizar un modelo de atención que sustituya al modelo vigente desde el surgimiento de los primeros hospitales psiquiátricos, inadecuados para la epidemiología de los trastornos mentales y para la justicia social.

Por lo tanto, será necesario subrayar algunos principios que garanticen la expansión o reducción de esas redes, para que sean más competentes en sus misiones y generen consenso en cuanto a los recursos económicos, ya que no es preciso que una co-

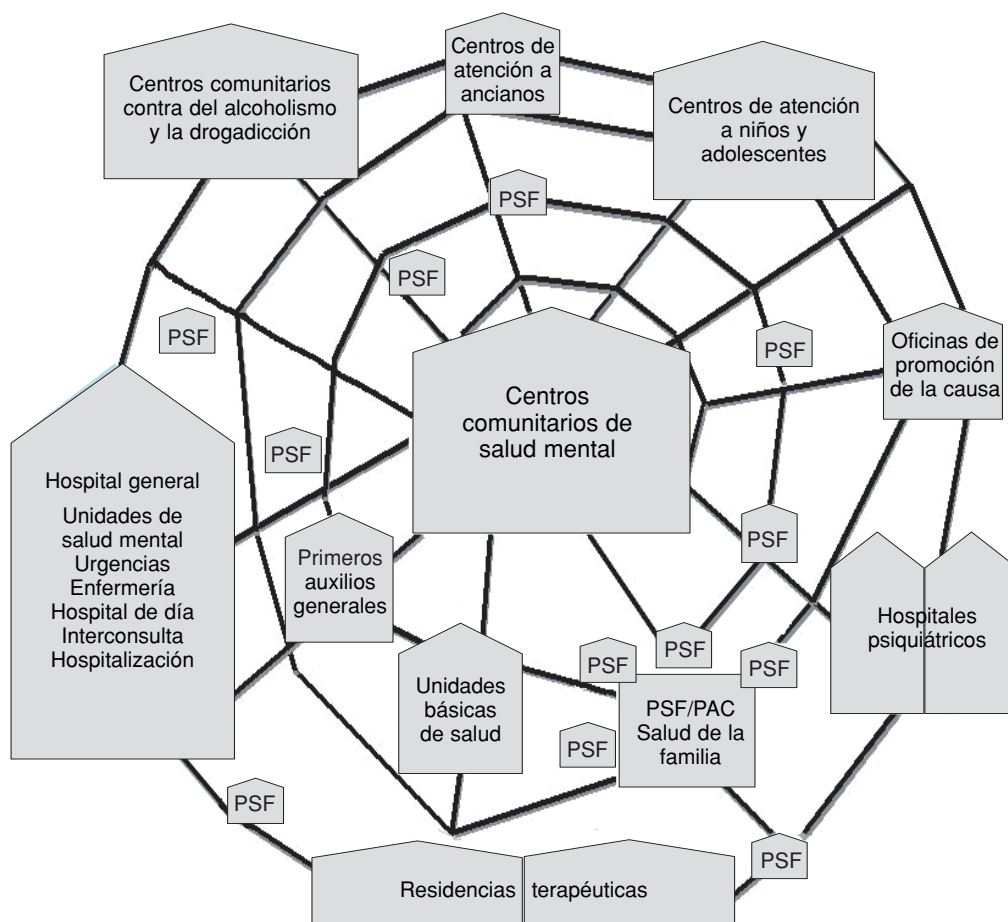
munidad sea rica para desarrollar un buen programa de rehabilitación. Lo fundamental es ir tejiendo un sentido terapéutico y rehabilitador en cada acción o servicio, tal y como sugiere Lévy (1993):

1. De la *metamorfosis*. La red estará en constante construcción y renegociación para actualizar su diseño según las necesidades de las personas y de las regiones. Toda estabilidad temporal será siempre fruto de algún pacto o negociación colectiva. Su crecimiento o disminución depende de un exterior indeterminado que presupone la adición de nuevos elementos siempre que sea necesario, y la conexión permanente con otras redes intersectoriales.
2. De la *heterogeneidad*. Todas las conexiones de la red son heterogéneas y obedecen a lógicas igualmente heterogéneas: afectivas, orgánicas, culturales, políticas, etc.
3. De la *fractalidad*. Cada conexión de la red, vista de cerca, reproduce una nueva red en sí misma; si además se examinan sus elementos constitutivos, con sus raíces e influencias, se observa que los organiza un tejido de raíces.
4. De la *proximidad*. El curso de los acontecimientos está determinado por recorridos o atajos regidos por la topología y el conocimiento de los usuarios, de los profesionales, de los vecinos. De nada vale prever jerarquías ni referencias si estas no tienen sentido para los que participan.
5. De la *multicentralidad*. Los centros se movilizan dependiendo de la importancia que cada cual asuma para la solución de un problema: podrá ser el equipo de salud de la familia, el centro de referencia de alcoholismo y drogadicción, el centro comunitario de salud mental, los centros de atención psicosocial, etc. Es fundamental no caer en la tentación de la centralidad única de los manicomios, que separa y encierra las raíces y los principios de la red.

Por coherencia, los servicios de esa red deberán surgir en función de la cultura y de las necesidades de cada lugar o región, con la denominación y las características que tengan más sentido para el sistema local de atención (figura 9).

Es fundamental que la atención se centre en la persona, su familia y su red de relaciones. Para ello es necesario que la oferta de acciones y servicios se dé mediante dispositivos comunitarios, que garanticen la circulación de usuarios y profesionales en los diferentes niveles de atención que se requieran. La reforma de la asistencia psiquiátrica deberá encontrar soluciones creativas, incluso para hospitales psiquiátricos tradicionales, lo que implica un compromiso de los equipos y de las autoridades de cambiar y asumir nuevas vocaciones comunitarias. Lo que se pretende es el tránsito de una estructura de internación tradicional —con privación de la libertad y prácticas disciplinarias modeladoras de las estrategias de atención—, a centros de atención integral de salud mental, o institutos de rehabilitación (o cualquier otro nombre que refleje el cambio). Así, la función unívoca del manicomio sería sustituida, a partir de las características y necesidades de las personas, sus familias y sus redes de relaciones, por la reestructuración de los cuidados especializados en la infancia y la adolescencia, la psicogeriatría, el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, la atención de trastornos graves y persistentes, etc. En este enfoque de atención se ofrecerían consultas y tratamientos ambulatorios, intervenciones familiares, cuidados intensivos de atención diaria en régimen de hospital de día, internación integral breve, con diagnósticos y terapias compatibles con los avances científicos y tecnológicos disponibles. En definitiva se intenta la conversión de los centros

Figura 9. Red de recursos psicosociales



PSF = Programas de Salud de la Familia; PAC = Programas de Atención de la Comunidad

en componentes de las redes de atención y lo que fue un lugar de homogeneidad y esterilización se convertiría en un espacio de singularidad, subjetividad y atención personalizada.

Sin olvidar la Declaración de Caracas (OPS, 1990), es necesario seguir desarrollando todas las estrategias que abandonan la centralidad de la atención en el hospital psiquiátrico rumbo a la comunidad:

- Atención especial a las acciones en la red de atención primaria, con énfasis en los equipos de salud de la familia y los agentes comunitarios de salud.
- Garantía de suministro de los psicofármacos básicos en todos los puntos de atención comunitaria.
- Existencia de centros comunitarios de salud mental que presten servicio las 24 horas del día durante toda la semana, cuya característica fundamental se ubique en la tríada: permanencia diaria + fuerte componente ambulatorio + consultas en los demás servicios de la comunidad.

- Unidades de salud mental en hospitales generales, que atiendan situaciones de crisis o que justifiquen y potencien iniciativas de humanización del cuidado general de la salud mediante acciones de promoción de la salud: urgencias, enfermería, interconsulta, servicio ambulatorio, referencia de la atención comunitaria.
- Servicios residenciales terapéuticos, casas de mitad de camino, donde se pueda trabajar la desinstitucionalización en un ambiente protegido e integrado a la comunidad.
- Cooperativas de trabajo, cultura y arte que puedan ofrecer alternativas concretas de inclusión social, con ingresos financieros y mejoría de la renta individual y familiar.
- Promoción, por parte de las universidades, consejos y asociaciones de usuarios, familiares y profesionales, de reformas de los programas de estudio, cursos, seminarios y publicaciones, para formar profesionales que respeten y defiendan los derechos humanos de los usuarios, así como las características de los límites y de la cultura de cada uno.
- Evaluación permanente del proceso y del impacto en las políticas de salud, y programa de gestión de casos en la comunidad.

Al comprender la noción de territorio contradictoria, conflictiva, y política, surgida de una tela de organización de recursos terapéuticos y sociales, flexible y factible en función de la riqueza o la pobreza material o humana existente en el lugar donde estamos operando, tenemos un terreno fértil sobre el cual podemos sembrar toda suerte de iniciativas que nos haga buscar la superación de las dificultades de acceso, la equidad en la distribución de las prácticas rehabilitadoras —tan distintas como lo son nuestros deseos y utopías— de los usuarios del sistema, que nos hacen, por sobre todo, personas comunes, llenas de necesidades y hambrientas de esperanza.



## Desinstitucionalización de los pacientes

La desinstitucionalización de personas supone su egreso desde la institución, por lo general un hospital psiquiátrico, y su reubicación en un espacio residencial natural o sustituto, así como una serie de estrategias de intervención orientadas a una efectiva integración social en el espacio comunitario.

En la presente guía operativa nos limitaremos a reseñar los pasos esenciales que pueden constituir un programa para el egreso adecuado de personas desde un hospital psiquiátrico, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y permitir la sustitución del modelo asilar de atención psiquiátrica por uno de orientación rehabilitadora y comunitaria.

El proceso de desinstitucionalización comprende a los pacientes, al equipo de salud y a la organización sanitaria. Si bien se puede pensar en una desinstitucionalización solo de pacientes, será la reconversión de los recursos sanitarios de la institución lo que permitirá generar un modelo alternativo desde un punto de vista conceptual, clínico, administrativo y financiero. Sin ello será inevitable que se institucionalice nuevamente a las personas y que un porcentaje mayoritario de los recursos psiquiátricos se destinen a largas e innecesarias internaciones.

Ya se cuenta con suficiente experiencia de los procesos de desinstitucionalización para validar los resultados satisfactorios observados en las personas y para identificar los factores de éxito:

- Desinstitucionalización sin abandono de los pacientes.
- Coordinación entre política general y política presupuestaria del proceso.
- Desarrollo eficaz de una red de servicios alternativos.

Con un alto grado de certeza se puede asegurar que en cualquier hospital psiquiátrico es posible encontrar una variedad de unidades y servicios, que a su vez prestan atención clínica, residencial, de custodia y de rehabilitación a personas con diagnósticos diversos y una gama de condiciones evolutivas, de edad y género. Podemos mencionar entre los más habituales:

### Tipo de unidades y servicios

Servicios de corta estancia o de “agudos”

Situado al interior de un hospital psiquiátrico, se encuentra aislado de la interacción con otros servicios médicos, privando en muchos casos al paciente de una adecuada valoración clínica. En un modelo asistencial que carezca de una adecuada red comunitaria, el servicio de corta estancia es, junto al policlínico, el punto más demandado de la red. Origina tres productos asistenciales habituales:

- Pacientes que se benefician de la intervención y que egresan en buenas condiciones a una red asistencial insuficiente, lo cual genera una alta probabilidad de recaídas y el consiguiente deterioro de su red de apoyo social y familiar.
- Pacientes que se benefician de la intervención pero que se encuentran ya marginados o en condición de abandono, por lo cual son candidatos a su derivación a un servicio de larga estancia por razones no psiquiátricas.
- Pacientes que responden insuficientemente a la intervención psiquiátrica de corta estancia y que a causa de su alta complejidad psiquiátrica y conductual requieren de intervenciones más prolongadas, por lo que son derivados frecuentemente a servicios de larga estancia.

### Servicios de larga estancia o de “crónicos”

Por lo general constituyen los servicios más extensos y peor dotados de recursos en un hospital psiquiátrico. Contienen a una diversidad de subgrupos de personas según su condición clínica, su comportamiento y sus necesidades. Es frecuente que el ingreso a dichos servicios implique una inmediata y drástica reducción de la intensidad terapéutica, la organización de la vida en torno a la operación de una gran institución y una importante reducción de la capacidad funcional de los pacientes.

### Servicios de urgencia

La existencia de un servicio de urgencia al interior de un hospital psiquiátrico consolida el aislamiento de la psiquiatría y sus pacientes respecto del conjunto de la medicina y el sistema sanitario. Con frecuencia se hipertrofia su papel como vía de ingreso y se distorsiona el funcionamiento de los dispositivos.

### Hospital de día

En un intento por modernizar la institución psiquiátrica, muchas veces se crean instancias de hospitalización parcial en su interior; sin embargo, solo refuerzan el poder institucional y se pierde el potencial de reintegración.

## Componentes del proceso

### Primer componente: toma de la decisión

Cualquier proceso de desinstitucionalización supone:

- Una voluntad política y administrativa para avanzar en ese sentido, idealmente del ámbito sanitario gubernamental y de otros sectores del estado, y al menos el concurso de la unidad sanitaria funcional y administrativa de la cual dependa el hospital en cuestión.
- Un diseño global acerca de la red asistencial, de rehabilitación y residencial que sustituirá parcial o totalmente al hospital psiquiátrico, la cual se deberá ir construyendo paralelamente al proceso desinstitucionalizador.
- La decisión de desinstitucionalización implica limitar desde un inicio, de forma total o al menos en gran medida, el ingreso de nuevos pacientes a los servicios

de larga estancia, así como generar alternativas de residencia y terapéuticas para evitar las recaídas.

Segundo componente: evaluación y caracterización de las personas internadas

El eje de la desinstitucionalización es la población de **pacientes de larga estancia**, la cual debe ser adecuadamente evaluada y caracterizada. Dependiendo de la organización de servicios del país en cuestión, podemos encontrar todos o algunos de los siguientes grupos:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos severos estabilizados.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos severos no estabilizados, de curso grave, refractario a tratamiento y con alteraciones del comportamiento de importancia.
- Pacientes con retraso mental grave o profundo.
- Pacientes neurológicos graves, postrados o semipostrados.
- Pacientes adultos mayores, estables en lo psiquiátrico y con otros deterioros graves asociados.
- Personas sin patología relevante.

En una primera aproximación, todas las personas internadas deberían ser evaluadas respecto a los siguientes factores:

- Condición clínica general.
- Necesidades específicas debidas a condiciones no psiquiátricas.
- Grado de deterioro o pérdida de habilidades, lo cual orientará las alternativas de reubicación y reinserción comunitaria.
- Condiciones de apoyo familiar para la desinstitucionalización.
- Condición jurídica de la internación psiquiátrica y del propio paciente.

De acuerdo con lo anterior, las personas podrán distribuirse entre los cuatro grupos siguientes:

**Grupo A.** Personas con necesidades de cuidados predominantemente de tipo social:

- Adultos mayores con deterioro grave asociado.
- Adultos con retraso mental grave o profundo.
- Personas sin patología relevante.

**Grupo B.** Personas con trastornos psicóticos de larga evolución, estabilizados. Para este grupo de personas es necesario avanzar en una mayor caracterización al menos en los siguientes aspectos: grado de deterioro, condiciones de apoyo familiar y enfermedades somáticas.

**Grupo C.** Personas con trastornos psicóticos de larga evolución, no estabilizados y con trastornos de comportamiento significativos. En todo servicio de larga estancia se encuentra un porcentaje importante (generalmente de 15% a 25%) de personas clínicamente graves, muchas veces subtratadas, internas en sectores de alto nivel de contención, con escaso personal. Es imprescindible caracterizar adecuadamente este



grupo, desde el punto de vista diagnóstico, social y legal. Por lo general pertenecen a dos subgrupos: el primero, en el que está la mayoría, corresponde a pacientes con esquizofrenias de curso grave y otros cuadros asociados; el segundo, a pacientes adultos con trastornos del desarrollo que han evolucionado con graves alteraciones de comportamiento. Estos pacientes probablemente no han tenido acceso a esquemas prolongados, integrales y modernos de tratamiento farmacológico y psicosocial. Conforman el grupo de pacientes que en todo proceso de desinstitucionalización son los últimos en egresar y que parecen justificar la existencia de la institución, pese a no encontrar solución a sus necesidades dentro de ella.

**Grupo D.** Personas con cuadros neurológicos graves u otra enfermedad somática discapacitante que requiera de cuidados médicos continuos. En muchos hospitales psiquiátricos se encuentran pacientes de este orden, donde no reciben los cuidados adecuados que requieren y que consumen una gran cantidad de recursos, generalmente de personal.

**Grupo E.** Personas con trastornos psicóticos que precisan hospitalizaciones breves. De modo similar, al interior de los servicios de **corta estancia** podemos encontrar, junto a los pacientes propios de estos servicios, a pacientes de diversos grupos, en especial del de larga estancia.

### Tercer componente: reorganización funcional del hospital y desinstitucionalización

1. Iniciar un proceso de transferencia del Grupo A hacia los servicios sociales apropiados, que puedan garantizar un trato adecuado y específico a las necesidades de las personas, sin menoscabo de sus derechos. Los mecanismos serán necesariamente variados y adaptados a la organización particular de la administración pública correspondiente.

En aquellos países en que dichas prestaciones sean del ámbito de la salud, se deberá buscar su diferenciación del ámbito de la salud mental. Del mismo modo se deberá proceder a la derivación a servicios específicos a aquellas personas pertenecientes al Grupo D.

2. Intervenciones no específicas para las personas incluidas en el Grupo B, con especial énfasis en aquellas con un deterioro asociado, en grado menor o moderado.
  - a. Medidas que mejoren las opciones de privacidad dentro de la institución, así como de personalización del espacio propio y de las oportunidades de horario de cada internado.
  - b. Exploración y activación de la red natural de apoyo social que pudiera conservar cada persona.
  - c. Búsqueda inmediata de residencia alternativa, con niveles de autonomía y supervisión graduados para las necesidades individuales de las personas a egresar.

El egreso de un importante número de personas, por lo general a estructuras residenciales (hogares protegidos) de carácter no clínico, permite liberar recursos para generar los dispositivos asistenciales necesarios de intervención sobre el grupo C.

3. Transferencia de las personas del Grupo C a unidades asistenciales diseñadas con el fin de realizar intervenciones prolongadas e intensivas para patologías de

alta complejidad (mediana estancia). Dichas unidades deben propender a la rehabilitación en un espacio hogareño y con fuerte apoyo clínico multidisciplinario, con acceso a psicofármacos de última generación e intervenciones psicosociales validadas. Idealmente deben estar situadas en el espacio urbano fuera del hospital psiquiátrico, pero en el período de transición puede ser útil su funcionamiento al interior de este. Las personas afectadas por trastornos del desarrollo de difícil evolución deben también ser objeto de tratamientos específicos en unidades diseñadas para tal efecto.

4. Las personas del Grupo E y los profesionales que les atienden se trasladarían progresivamente a las unidades psiquiátricas de corta estancia en hospitales generales, si así se hubiere planificado.

#### Cuarto componente: desarrollo de una red comunitaria de servicios

Para llevar a cabo de manera correcta el programa de desinstitucionalización se precisa que la red sanitaria, de rehabilitación, residencial y de inserción sociolaboral esté territorializada y completamente desarrollada. En el ámbito sanitario este desarrollo debe incluir la atención primaria, el adecuado funcionamiento de las unidades de salud mental comunitarias como articuladoras de la red, la disponibilidad de servicios de urgencia, la hospitalización diurna, la hospitalización de corta estancia en el hospital general y la hospitalización prolongada de mediana estancia, según las necesidades clínicas y evolutivas de los pacientes. Los dispositivos que más influyen en la viabilidad de los programas de desinstitucionalización son:

1. La unidad de rehabilitación de base comunitaria, o centro de día para la rehabilitación.
2. Las residencias alternativas.
3. Las actividades ocupacionales y de promoción del empleo.

Tan pronto como la Red esté disponible, aquellas personas incluidas en el grupo B que presenten deterioro grave asociado comenzarán a ser transferidas al cuidado de la unidad de rehabilitación, con el apoyo del resto de los dispositivos.

Sin duda, parte de la tarea rehabilitadora puede y debe iniciarse en el hospital psiquiátrico, con actividades específicas de recuperación de habilidades, resocialización y trabajo acerca de la conciencia de enfermedad, pero se debe tener presente que dichos procesos alcanzan su máximo potencial cuando se desarrollan en contextos comunitarios reales.<sup>1</sup>

#### Quinto componente: cierre de la institución

Cuando los componentes de desinstitucionalización y desarrollo de la red comunitaria de servicios estén suficientemente consolidados, puede plantearse el cierre definitivo del hospital psiquiátrico. Sin embargo, el proceso de cierre comprende una serie de medidas que se ponen en marcha desde el inicio del proceso de desinstitucionalización, las cuales en su conjunto van preparando el camino para la reducción del tamaño institucional, la transferencia de pacientes y la reconversión de los ser-

---

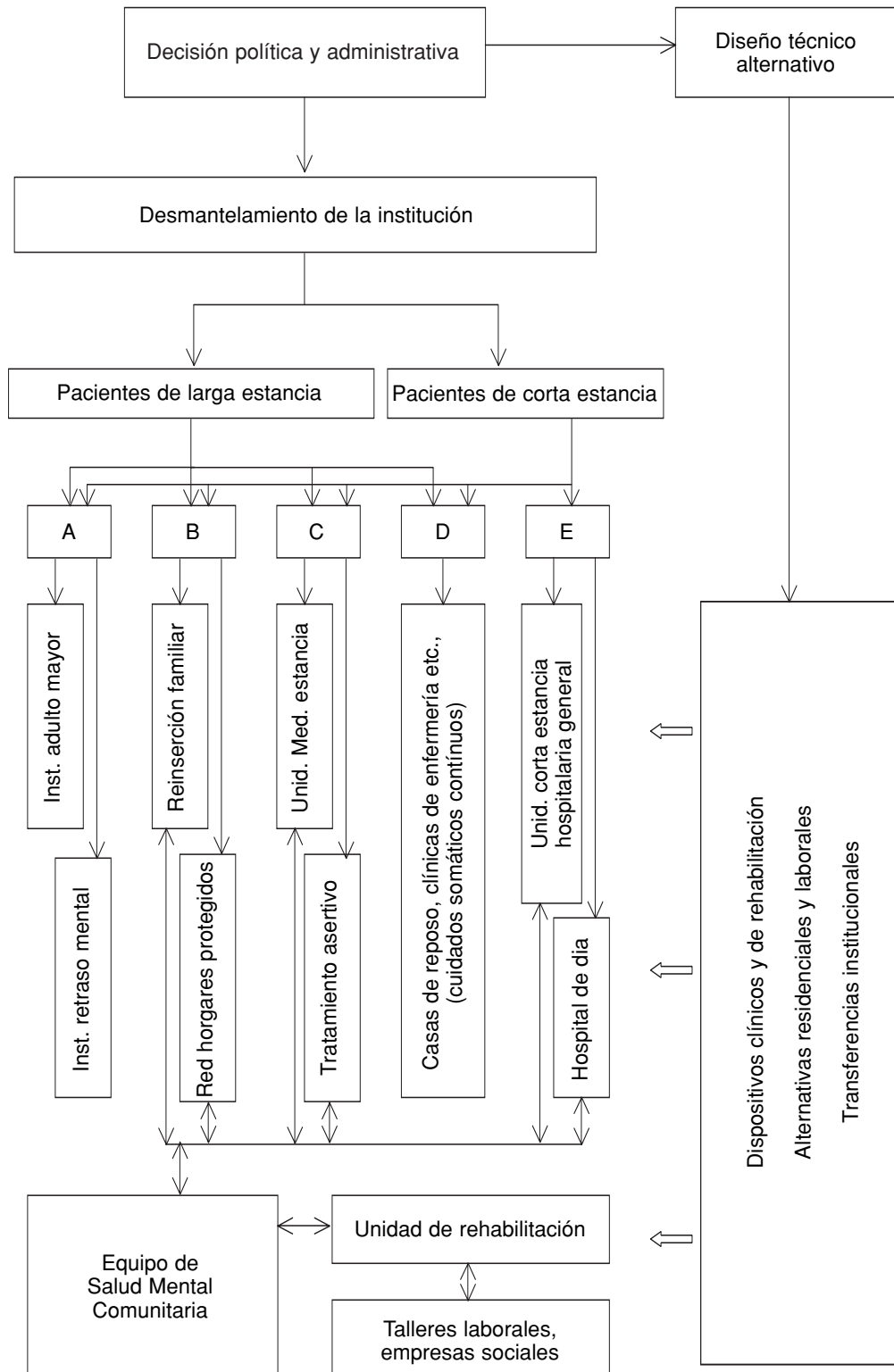
<sup>1</sup> La Guía Operativa 3 se refiere en extenso al desarrollo de la red de servicios de salud mental.

vicios. Dichas medidas, que se exponen a continuación, han de ser instauradas paulatinamente desde el inicio y en el orden que las condiciones locales vayan dictando, sin perder de vista el objetivo final del proceso.

1. Rehusar cualquier nuevo internamiento que solo se justifique como lugar de residencia.
2. Rehusar cualquier nuevo internamiento que se origine en necesidades que deberían ser principalmente cubiertas por servicios sociales.
3. Rehusar nuevos internamientos o ingresos cuando las unidades de hospitalización breve estén disponibles en los hospitales generales.
4. Evitar el reingreso al servicio de larga estancia de aquellos pacientes ya egresados, salvo situaciones excepcionales; el conjunto de la red deberá contener la situación de modo coordinado.
5. Cierre o traspaso administrativo de las unidades de seguridad (judiciales, forenses), si las hubiese habido, siempre y cuando se hayan habilitado las alternativas convenientes, de acuerdo con las autoridades correspondientes de la Administración de Justicia.

En la figura 10 se muestra el proceso propuesto. Los casilleros A, B, C, D y E corresponden a los subgrupos de pacientes producto del proceso de evaluación y caracterización. Cada uno de los pacientes es transferido desde la institución a instancias clínicas, de rehabilitación y apoyo social alternativas a la institución, propias del nuevo diseño. El equipo de salud mental comunitario es el nuevo eje del proceso.

Figura 10. Diagrama funcional para la desinstitucionalización



### **El hospital psiquiátrico “El Peral” en Santiago de Chile y su camino hacia la desinstitucionalización**

El Hospital Psiquiátrico “El Peral” fue creado en la década de 1920 como único caso de materialización de un plan nacional que buscaba desarrollar un establecimiento psiquiátrico de “puertas abiertas” (*Open Door*) en cada una de las provincias del país.

Concebido como una colonia agrícola, contó en su desarrollo inicial con extenso territorio y modernas instalaciones agropecuarias para la época. No queda claro si funcionó muy bien durante una época o si rápidamente se separó el cuidado de los pacientes de la dinámica productiva.

Entre los años cincuenta y setenta fue un lugar con pésimas condiciones de vida para los pacientes, altísimo hacinamiento, escasos cuidados médicos y alta mortalidad determinada por las deficiencias sanitarias generales. En contraste, hubo interesantes desarrollos en el área de la terapia ocupacional y episódicos esfuerzos de grupos profesionales por generar programas pioneros destinados a superar esta triste realidad, todos los cuales terminaron con los éxodos de dichos equipos.

En la década de 1980 los esfuerzos se centraron en mejorar las condiciones básicas sanitarias y de infraestructura, sin cuestionar el modelo institucional. En 1990, cuando se inició el período de reforma de la atención psiquiátrica, el Hospital Psiquiátrico “El Peral”, uno de los cuatro psiquiátricos del país, contaba con 609 pacientes en el área para pacientes crónicos, la mayoría de los cuales dormía en literas, con escasa calefacción, y 94 camas para pacientes agudos, derivados desde la zona metropolitana y las regiones del sur del país. Durante esa década se reorientó el trabajo, desde una perspectiva institucional hacia una de rehabilitación y reinserción social. Se comenzó por mejorar la infraestructura básica; disminuir el hacinamiento; limitar los nuevos ingresos de larga estancia; reordenar a la población de larga estancia según condiciones clínicas, conductuales y de autocuidado; disminuir las condiciones de restricción de libertad; potenciar el egreso de los pacientes a sus hogares familiares o a hogares protegidos, y reubicar a otros en instituciones más pequeñas y pertinentes a sus necesidades (cuidados neurológicos, del adulto mayor y de la discapacidad mental).

De 1990 a 2002 egresaron 42 pacientes a sus hogares familiares y 70 a hogares protegidos. Se han transferido a una clínica neurológica 43 pacientes, y a centros dedicados a cuidados del adulto mayor y de la discapacidad mental, otros 15. En el mismo período de 12 años, han fallecido 185 pacientes, debido a causas naturales debidas a enfermedades propias del adulto (cáncer, cardiopatías y fallas orgánicas secundarias al envejecimiento).

Del total de 305 camas para pacientes no agudos actualmente existentes, se han diferenciado 76 para mediana estancia, donde se han concentrado los esfuerzos terapéuticos sobre pacientes complejos previamente inmersos en el indiferenciado grupo de los “crónicos”, mediante la integración de estrategias psicofarmacológicas y psicosociales. Este tipo de intervenciones ha facilitado la mejoría clínica progresiva de casi la totalidad de los pacientes, y el egreso de 8 de ellos. La experiencia lograda en estas unidades intensivas constituirá la base de dispositivos radicados fuera del hospital y articulados en la red territorial de psiquiatría y salud mental, que evitarán futuras institucionalizaciones al ofrecer hospitalización de mediana estancia a los pacientes clínicamente más inestables. El objetivo final de este proceso es la reconversión total de los recursos del hospital a la atención eficiente de los trastornos psiquiátricos, en un modelo de base comunitaria.

El proceso vivido en el hospital, junto con los progresos ya descritos, ha sido un catalizador fundamental para potenciar la consolidación del programa y la red territorial del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que incluye a 1.200.000 personas y que constituye el área de demostración del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado en Chile en el año 2000, orientado según los criterios de la salud mental y psiquiatría comunitaria.

## Guía Operativa 8

# Programa residencial

### Bases teóricas

La provisión de alojamiento, que constituye un factor clave de la atención comunitaria, cuenta ya con un cuerpo de pruebas científicas razonables, así como una larga historia de desarrollo en diferentes países, con importantes cambios evolutivos en su orientación, tipología de usuarios y estructuras concretas, así como variados mecanismos de provisión y gestión.

Como el conjunto de programas de apoyo social de los que forma parte, la justificación de un programa residencial es doble: complementa la atención de salud y supone un apoyo básico para asegurar el mantenimiento de las personas en la comunidad.

1. En tanto que complementario del tratamiento y la rehabilitación, el alojamiento adecuado de las personas con trastornos de tipo psicótico es útil para la estabilidad clínica y la mejoría del funcionamiento social, el incremento de las redes sociales y la satisfacción. Hay suficientes ejemplos de cómo un alojamiento adecuado, además de cubrir distintas necesidades básicas, supone un espacio útil para el control de la medicación y el aprendizaje “en vivo” de conductas útiles para la vida en la comunidad, en conexión con los programas de rehabilitación.
2. La disponibilidad de alojamiento también supone un soporte básico para asegurar el mantenimiento de las personas en la comunidad. Con ello se facilita el ejercicio de un importante derecho ciudadano, aspecto que tiene cada vez más importancia en las sociedades con mayor nivel de desarrollo de políticas sociales (“estado del bienestar”) y justifica por sí mismo determinadas intervenciones, con independencia de su contribución “medible” para mejorar parámetros estrictamente clínicos.

En lo que respecta a la evolución en el tiempo de los programas residenciales, en un primer momento la provisión de alojamientos para personas con enfermedades mentales graves fue una prolongación de la atención sanitaria, bajo la denominación genérica de “estructuras intermedias” y en forma de espacios alternativos al hospital psiquiátrico o a lugares donde llevar a cabo intervenciones terapéuticas y de rehabilitación.

Posteriormente, el planteamiento se hizo más general: proporcionar alojamiento como tal (es decir, básicamente “lugares donde vivir”, con mayor o menor extensión en la cobertura de las necesidades básicas), buscando siempre el mayor grado de autonomía posible. En ese proceso se han sucedido básicamente dos modelos, cuyas características generales pueden verse en el cuadro 21; los distintos tipos de programas residenciales suelen ser una combinación variable respecto a esos modelos, con énfasis preferente en uno u otro, según el grado de desarrollo del programa y de la atención comunitaria en la que se enmarca.

**Cuadro 21. Modelos de programa residencial.**

Continuo residencial ( <i>residential continuum, sheltered housing</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de alojamientos graduados (según niveles de apoyo: horas de personal por residente)</li> <li>• Itinerario programado hacia alojamientos de mayor autonomía</li> </ul>
Apoyo residencial ( <i>supported housing</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor peso de las preferencias del usuario</li> <li>• Fomento de utilización de vivienda propia</li> <li>• Mecanismos de apoyo flexibles e individualmente adaptados</li> </ul>

Del mismo modo, se ha dado una importante evolución en la tipología de los residentes, desde la población inicial de personas con largos períodos de institucionalización y situaciones bastante homogéneas, a un abanico más amplio en el que se combinan:

- Niveles de autonomía o dependencia, que exigen diferentes niveles de apoyo.
- Situaciones familiares, relacionadas con la variable función social de la familia, donde a la ausencia de familia, o su falta de implicación, se añaden situaciones en que las relaciones con el paciente se valoran como inadecuadas o la convivencia simplemente no es deseada por este.
- Procedencia (hospital psiquiátrico, unidad de hospitalización del hospital general, comunidad), con disponibilidad o no de alojamiento propio.

Como consecuencia de todo ello, y en tanto que criterios para el desarrollo de programas residenciales específicos, cabe señalar la necesidad de:

- Diversificar en la medida de lo posible las alternativas disponibles, adaptándolas a las necesidades de los distintos usuarios.
- No perder de vista que el objetivo último es la vida independiente del usuario (solo o con su familia), impulsando su autonomía personal y social.
- Fomentar la participación activa del usuario y la personalización de los distintos aspectos del programa, evitando esquemas paternalistas y excesivamente institucionales.<sup>1</sup>
- Buscar entornos vecinales que no dificulten la integración social.
- Mantener en todo momento una estrecha conexión con los servicios de salud mental, en el marco de un programa individualizado de atención.

Por último y como aspectos de detalle que siguen siendo objeto de controversia, la experiencia acumulada parece indicar:

- La escasa utilidad de espacios específicos para un entrenamiento previo de los usuarios, que suelen presentar dificultades de generalización y cuyo entrenamiento se hace mejor en el contexto real en que van a vivir.
- El escaso éxito (con muy pocas excepciones) de campañas informativas previas para prevenir posibles actitudes vecinales negativas, ya que estas, cuando se

<sup>1</sup> Modos de funcionamiento generadores de “institucionalismo” pueden darse también sin hospital psiquiátrico.

presentan, suelen cambiar más eficazmente en el proceso de interacción social real con los usuarios.<sup>2</sup>

## Objetivos del programa

Contribuir a mejorar la funcionalidad personal y social, así como la permanencia en la comunidad, de personas con trastornos de tipo psicótico mediante:

- Apoyo en el mantenimiento, recuperación o establecimiento de una vivienda propia.
- Provisión de alojamientos específicos con distintos niveles de supervisión y apoyo.
- Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, en coordinación con los servicios de salud mental.

## Estructura

En la estructura del programa hay que considerar, al menos, la tipología de dispositivos, los equipos de personal y los mecanismos de gestión.

### Tipología de dispositivos

Aunque varía considerablemente de un territorio a otro, hay una serie de elementos comunes que incluyen, ordenados de menor a mayor grado de especificidad y apoyo, al menos los siguientes (cuadro 22):

1. **Apoyo domiciliario** a personas que viven solas o con su familia, en una familia sustituta o en una pensión. El apoyo puede ejercerse desde los propios servicios sanitarios, por parte de personal de servicios sociales comunitarios (en el marco de los programas de apoyo domiciliario comunes a distintos colectivos con necesidades en esta área) o por un equipo específicamente destinado a este fin. En este último caso puede ser útil que dicho equipo sea el que se encargue de otras actividades del programa (apoyo a los alojamientos supervisados o personal adscrito a algún alojamiento con atención de 24 horas).
2. **Alojamiento supervisado**, que consistiría en alguna estructura pequeña (no más de 5–6 residentes), habitualmente denominada “piso” o “apartamento”, situada en un entorno residencial normal, con distintos grados de cobertura de otras necesidades (comida, organización de la vida cotidiana, manejo del dinero, relaciones sociales). Supervisión y apoyo variables,<sup>3</sup> según se realicen visitas:
  - Esporádicas o a demanda de los propios residentes.
  - Semanales para seguimiento, supervisión y apoyo puntual.
  - Diarias para apoyo concreto en determinadas actividades cotidianas (aseo personal y de la vivienda, comida, toma de medicamentos, etc.).

---

<sup>2</sup> Aunque la información hay que darla siempre que se solicite, tomar la iniciativa puede a veces tener efectos contradictorios: “sí me advierten será por que hay algún riesgo. . .”.

<sup>3</sup> Variables también, para un dispositivo concreto, en su evolución temporal, intentando siempre que sea posible disminuir el nivel de supervisión en la medida en que la autonomía de los residentes lo permita.



**Cuadro 22. Tipología de dispositivos.**

Tipo de actividad	Estructuras/dispositivos	Personal
Apoyo domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicilio propio</li> <li>• Familia sustituta</li> <li>• Pensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal sanitario (enfermería comunitaria)</li> <li>• Personal de servicios sociales generales</li> <li>• Equipo específico (puede ser compartido con otras estructuras residenciales)</li> </ul>
Alojamiento supervisado	Apartamentos (2-6 residentes)	Equipo específico (para apoyo periódico variable)
Alojamiento asistido	Casas-hogar/mini residencias (8-20 residentes)	Equipo con atención de 24 horas
Hospitalización alternativa	Comunidad terapéutica ( <i>Ward-in-a-house</i> ) (10-20 residentes)	Equipo sanitario con atención de 24 horas

3. **Alojamiento asistido**, que sería el que cuenta con personal (habitualmente no sanitario) durante las 24 horas del día. Suele tratarse de una pequeña residencia con denominaciones diversas (“casa-hogar”, “hogar”, “mini-residencia”), con capacidad variable pero preferentemente no superior a las 20 personas y con una relación de personal por residentes también variable (habitualmente inferior a 1/1). Su funcionamiento permite atender a personas con menor nivel de autonomía y facilitarles:

- Alojamiento.
- Comida.
- Apoyo personal y supervisión en los cuidados básicos (personales y del alojamiento).
- Actividad ocupacional, educativa, de ocio, etc.

Habitualmente se fomenta la participación activa de los residentes en las actividades cotidianas de la casa que, tanto en este como en los casos anteriores, se complementan con las intervenciones sanitarias y con las de otros programas de apoyo social, mediante un plan individualizado de atención que debe elaborarse conjuntamente con los responsables clínicos del usuario.

Por otra parte, estas estructuras permiten una gran diversidad de usos, siendo útil combinar en muchos de ellos al menos tres tipos, permitiendo que funcionen como:

- Residencia permanente para personas con baja autonomía.
- Residencia temporal, como lugar de paso a estructuras más autónomas.
- Estancias de corta duración, para descompensaciones menores de residentes en otras estructuras menos asistidas o períodos de “respiro” familiar.

4. **Unidades alternativas de hospitalización**. En sentido estricto forman parte de la red sanitaria y no de un programa residencial tal y como se entiende aquí. Se trata de una especie de estructura “mixta” entre residencial y sanitaria en la que el componente sanitario es preponderante, pero el residencial debe tenerse en

cuenta de manera específica aunque solo sea durante la estancia. Cuenta con personal sanitario durante las 24 horas y se llevan a cabo programas de atención intensiva, habitualmente de media o larga estancia y con importantes aspectos de rehabilitación para pacientes difíciles de manejar en las unidades hospitalarias habituales. En nuestra opinión resulta aconsejable que se gestionen desde el sistema sanitario, en conexión pero separadamente del programa residencial.

## Personal

Aunque la gestión del programa pueda depender de los servicios sanitarios, cada vez resulta más común disponer de equipos residenciales específicos en los que se cuenta con:

- **Personal básico de apoyo residencial**, con diversos nombres (monitor, cuidador, educador) pero una función similar: dar apoyo al residente desde una perspectiva equiparable a la “sustitución profesionalizada del papel de la familia”.
- **Responsables o coordinadores**, que añaden a la función básica la de actuar como líderes de equipo (dirección y apoyo personal, además de la coordinación con otros dispositivos sanitarios y de apoyo social).
- **Personal específico para limpieza, cocina o ambos.**

El personal requiere una **formación básica**, para lo cual son útiles las referencias a los programas psicoeducativos para familiares de personas con trastornos de tipo psicótico:

- Información general sobre la enfermedad, su atención y los recursos existentes.
- Habilidades de manejo de situaciones cotidianas y conductas de riesgo.
- Actitud de apoyo con estilos de comunicación de “baja emoción expresada”.

En lo que respecta al **número** también existen grandes diferencias en función de variables internas y externas al programa. Como orientación cabe considerar que:

- En los programas de seguimiento (apoyo domiciliario y alojamientos supervisados), depende del grado de supervisión de los casos asignados pero, por cada persona que atiende, no debe suponer más allá de 4–5 alojamientos y 15–20 personas en seguimiento.
- En los dispositivos con personal las 24 horas, se debe contar con la disponibilidad de al menos dos personas por turno para hacer frente a situaciones de crisis que puedan obligar a uno de ellos a salir del dispositivo, aumentando la dotación en función de las prestaciones que se den y el nivel de dependencia de los usuarios.

## Dependencia y gestión

Hay distintas posibilidades, con ventajas e inconvenientes en función del contexto:

- Dependencia de los servicios sanitarios con gestión similar a estos (cada vez menos frecuente).
- Dependencia de servicios sociales públicos con gestión directa desde los mismos.

- Financiación pública (sanitaria, de servicios sociales o mixta), pero prestación por entidades privadas (con o sin fines de lucro).
- Financiación y gestión privada (ONG, familiares, etc.).

En casi todas ellas suele darse alguna forma de participación del usuario (o su familia) en la financiación del programa (pago parcial del costo de su atención, retención de un porcentaje de sus ingresos).

### **Estimación de necesidades**

La determinación del número de potenciales usuarios de un programa residencial, a efectos de planificación es compleja y difícil de realizar, lo que explica las grandes diferencias internacionales. Las cifras guardan relación básicamente con:

- La prevalencia estimada de personas con problemas mentales graves.
- La estructura, dotación y funcionamiento de los distintos tipos de servicios sanitarios y sociales (reflejo del nivel de desarrollo general y de las políticas sociales).
- El papel asumido por la familia en el contexto social concreto.

En los lugares con mayor nivel de desarrollo de la atención comunitaria (Australia, Canadá, Estados Unidos, Europa), las cifras de necesidades y recursos tienden a ser altas, muy por encima de las posibilidades inmediatas de la inmensa mayoría de países de la Región. Por ello como consideraciones prácticas sería aconsejable:

- Hacer una estimación inicial razonable en función de necesidades detectadas y recursos alcanzables, priorizando la salida de pacientes de los hospitales psiquiátricos y las situaciones más graves en la comunidad.
- Intentar poner en funcionamiento una red global (con apoyo domiciliario, recursos supervisados y asistidos) aunque tenga inicialmente pocos lugares de cada tipo.
- Utilizar esa red como punto de partida y observación para posteriores desarrollos, a la vez que se adquiere experiencia y se forma personal.
- No perder de vista que tener pocos recursos nunca es bueno, pero a veces obliga a buscar soluciones concretas, más ajustadas a la realidad, contrarrestando así el riesgo institucionalizador que algunos recursos residenciales tienen.

### **Esquema de funcionamiento**

El programa considera distintos momentos, en los que hay que tener en cuenta determinadas consideraciones internas y de conexión con otros programas (especialmente los de atención sanitaria).

#### Indicación y derivación al programa

El futuro usuario del programa es una persona atendida por los servicios sanitarios, bien procedente de una unidad de hospitalización, bien de una situación residencial inadecuada.

En cualquier caso hay siempre una indicación sanitaria que incluye:

- Alguna información sobre la situación clínica y psicosocial, así como sobre el tratamiento.
- Indicaciones sobre objetivos a cubrir con el programa residencial y alguna evaluación de posibilidades, dificultades y riesgos.
- Compromiso concreto de seguimiento sanitario en situación normal y ante una crisis.

#### Recibimiento y programación individualizada de actividades

Desde el equipo correspondiente al programa residencial se debe evaluar, a partir de la información recibida y de la entrevista con el usuario, la situación de este y su ubicación en el programa, considerando según proceda:

- El apoyo en el domicilio actual, o en otro alternativo, delimitando el reparto de funciones con el equipo sanitario y otros posibles programas existentes en la zona.
- La inclusión en un recurso supervisado con definición del grado de supervisión a seguir.
- La inclusión en un dispositivo con apoyo de 24 horas, con definición del grado de apoyo interno y externo necesario.

La información debe ser contrastada con el equipo sanitario responsable del seguimiento y dará lugar a un “plan individualizado de atención” que debe considerar:

- La estructura y régimen de actividades dentro del programa residencial (tipo de apoyo, actividades internas, disposiciones económicas).
- El régimen del seguimiento sanitario (periodicidad de la atención, urgencias).
- La participación en otros programas de apoyo social (ocupacional, laboral, ocio).
- Los mecanismos de coordinación para eventuales cambios en el plan (variación en las actividades, cambios de lugar de residencia, salida del programa, etc.).

#### Ejecución de las actividades

Como hemos referido varias veces, las actividades varían según el dispositivo y el usuario. Sin embargo, de manera general siempre se busca:

- Un clima interno que fomente la autonomía (personalización de espacios y ritmos, apoyo no paternalista) y la participación activa del residente en las distintas actividades.
- La protección frente a riesgos de descompensación, así como conductas auto y heterolesivas.
- El impulso al establecimiento de relaciones sociales, dentro y fuera del alojamiento.

## Seguimiento y evaluación

La ejecución del programa debe ser objeto de un seguimiento continuado con evaluaciones periódicas, dentro de los procedimientos correspondientes adoptados para el conjunto del Programa Comunitario de Trastornos Psicóticos. Para ello, el sistema de información que se implante deberá contar con aspectos específicos referidos al programa residencial. A este respecto puede ser útil contar con:

- Una **base de datos sobre dispositivos** (datos de estructura, espacio, aspecto físico, y personal adscrito) y **usuarios** (datos sociodemográficos, clínicos y de evolución en el programa).
- Un sistema de **indicadores periódicos de seguimiento** que incluya aspectos relacionados con el desarrollo cuantitativo de los dispositivos y usuarios, cambios de ubicación y salidas del programa, así como costos.
- Un sistema de **indicadores sobre resultados** (en unos casos elaborados periódicamente y en otros como resultado de estudios puntuales), que intente valorar la evolución de:
  - La situación clínica, el funcionamiento social, el consumo de servicios y la satisfacción de los usuarios.
  - La satisfacción de familiares y profesionales.
  - El grado de cobertura del programa (proporción de personas atendidas sobre el total de personas necesitadas).

### **La gestión de recursos de apoyo social en salud mental. El modelo de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental**

La atención comunitaria a personas con graves problemas de salud mental exige disponer, además de distintos dispositivos y programas sanitarios, de una red de recursos de apoyo social que contribuyan a sostener a dichas personas en la comunidad, en condiciones adecuadas para ejercer sus derechos ciudadanos.

La gestión de los recursos, que incluye básicamente aspectos residenciales, ocupacionales, laborales y de empleo del tiempo libre, puede hacerse sobre la base de distintos modelos organizativos. En Andalucía y en el marco del proceso de reforma psiquiátrica iniciado a comienzos de los años ochenta, se ha puesto en marcha una fórmula peculiar que está permitiendo resolver de manera bastante satisfactoria las necesidades más destacadas en esta área.

El cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de servicios sanitarios alternativos puso de manifiesto la necesidad de contar con distintos tipos de recursos no sanitarios, así como la dificultad de que cada administración pública desarrollase por su cuenta los que le correspondían (residenciales, laborales, educativos, etc.). En ese contexto —a iniciativa de las asociaciones de profesionales y familiares, y siguiendo un acuerdo del Parlamento andaluz—, el Gobierno autónomo aprobó en 1993 la creación de una fundación pública, cuyo patronazgo encargó de manera colegiada a los cuatro departamentos gubernamentales más directamente implicados: salud, asuntos sociales, empleo y desarrollo tecnológico, y economía y hacienda (con educación se firmó posteriormente un convenio específico). Las ventajas de este sistema son básicamente:

- La responsabilidad y financiación intersectorial y pública.
- La planificación y gestión unitaria de distintos tipos de recursos, en estrecho contacto con los servicios sanitarios.
- La facilidad de funcionamiento que da la figura jurídica de Fundación.
- La participación de entidades locales, profesionales, familiares y usuarios en el desarrollo y control de los programas.

En la actualidad sus principales actividades son:

- La provisión de alojamiento a más de 900 usuarios, con distintas formas de supervisión y apoyo (casas-hogar, apartamentos, apoyo domiciliario).
- La provisión de actividad ocupacional a unos 1000 usuarios, en distintos tipos de talleres.
- El desarrollo de actividades de formación profesional para unos 200 usuarios al año.
- Puestos de trabajo en empresas sociales para casi 170 personas con enfermedad mental.
- La ejecución de otras actividades como orientación y apoyo al empleo, clubes sociales, apoyo a asociaciones de familiares y usuarios, formación de personal, investigación, etc.

El acceso a esos distintos servicios, dirigidos a personas con enfermedades mentales graves (más de 85% de los casos son personas con esquizofrenia), se realiza siempre en coordinación con los servicios públicos de salud mental mediante comisiones de coordinación territorial en las que participan también los servicios sociales generales.



## Programa ocupacional y laboral

### Bases teóricas

Dentro de los programas de apoyo social para personas con dificultades derivadas de problemas de tipo psicótico, ocupan un lugar importante los destinados a facilitar la integración laboral. Su fundamento<sup>1</sup> deriva básicamente de cuatro tipos de consideraciones:

1. El **papel** múltiple que el trabajo juega en la vida de las personas, específicamente en la de aquellas que padecen trastornos de tipo psicótico, al servir como:
  - Actividad que ayuda a organizar la vida cotidiana, a la vez que funciona como estímulo al desarrollo cognitivo y vehículo de interacción social.
  - Fuente de ingresos.
  - Proporciona un rol social, positivamente valorado por los demás y por el propio trabajador.
2. Las **dificultades**, también múltiples y específicas, que presentan las personas con trastorno psicótico para acceder a una actividad laboral, lo que explica las cifras elevadas de desempleo en este grupo, en distintos lugares del mundo (habitualmente por encima de 85%–90%). Las dificultades tienen que ver con factores derivados de:
  - Características propias de la enfermedad, que afecta de modo variable a muy diversas áreas del funcionamiento personal, con evoluciones complejas y difíciles de predecir.
  - Efectos de la enfermedad, desde sus primeras fases, sobre precondiciones básicas de la actividad laboral (actitudes, conocimientos, habilidades sociales, hábitos).
  - Algunos inconvenientes del tratamiento habitual (efectos secundarios de la medicación, falta de adecuadas estrategias de rehabilitación, interferencias horarias).
  - Actitudes inadecuadas, relacionadas con el estigma social, de determinados agentes del entorno, familia, profesionales sanitarios, empresarios, otros trabajadores.
  - Falta de políticas sociales que incentiven el empleo, cuando no funcionan como barreras al mismo (algunas políticas de pensiones o subsidios).

---

<sup>1</sup> En general, los programas de apoyo social tienen una doble justificación: como complemento de la atención sanitaria y como apoyo al ejercicio de derechos ciudadanos básicos (véanse las Guías Operativas 8 y 10).



**Cuadro 23. Evolución histórica de los modelos de programas de empleo.**

Tipo de programa	Características	Ventajas/inconvenientes
Laborterapia institucional	Actividad laboral y pseudo-laboral en las instituciones psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización específica</li> <li>• Desvalorizada e institucionalizadora</li> </ul>
Empleo protegido	Actividad laboral y pseudo-laboral en entornos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización específica en entornos protectores</li> <li>• Habitualmente no laboral y con escasos resultados</li> </ul>
Rehabilitación vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación</li> <li>• Entrenamiento en búsqueda</li> <li>• Formación profesional</li> <li>• Empleos de transición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen resultado como entrenamiento para el acceso al empleo</li> <li>• Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado</li> </ul>
Empleo con apoyo	Empleo inmediato en “empresas normales”, con formación posterior y apoyo externo continuado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados muy positivos (40%–60%) en experiencias en EUA</li> <li>• Dificultades en países con alto desempleo</li> </ul>
Empresas sociales	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo</li> <li>• Buenos resultados en Europa (estados del bienestar) pero sin comprobación experimental</li> </ul>

3. La experiencia acumulada acerca de distintos **tipos de programas**, con mayor o menor éxito en facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas con este tipo de problemas. Como puede verse en el cuadro 23, aunque varios de estos programas no han tenido mucho éxito y presentan aspectos negativos en cuanto a su desarrollo histórico,<sup>2</sup> los resultados obtenidos por algunos de los más recientes permiten afirmar que la consecución y mantenimiento en un empleo por parte de personas con trastornos psicóticos es posible en una proporción considerable de los casos.

Por su especial interés merece la pena detenerse un poco más en los modelos de “empleo con apoyo” y “empresas sociales” (cuadros 24 y 25), ya que, pese a desarrollarse en contextos sociales diferentes a los existentes en la mayor parte de los países de la Región, pueden extraerse principios de funcionamiento útiles para la elaboración de programas concretos.

4. La **evidencia** acumulada sobre la repercusión del empleo en determinados aspectos clínicos y de funcionamiento social de las personas con trastornos de tipo psicótico. Así, parece razonable afirmar que, aunque no hay grandes variaciones en la sintomatología positiva (ni mejorías ni descompensaciones), sí se pro-

<sup>2</sup> Lo que no significa que algunas de las actividades derivadas de ellos no sigan teniendo utilidad, en un contexto más amplio. Así, como veremos posteriormente, la actividad ocupacional (derivada del empleo protegido) o actividades de rehabilitación vocacional (orientación, entrenamiento en búsqueda de empleo, formación profesional, empleo de transición, etc.), que por sí solas son insuficientes para mantener un empleo, son un componente necesario de estos programas.

#### **Cuadro 24. Elementos básicos de los modelos de empleo con apoyo (*supported employment*).**

---

- Búsqueda rápida de empleo, con formación posterior en el lugar de trabajo
  - Empleos y retribución normales o "de mercado"
  - Se tiene en cuenta prioritariamente las preferencias del usuario
  - Sistemas flexibles de apoyo, de larga duración
  - Estrecha colaboración entre equipo de apoyo y equipo sanitario
- 

*Fuente:* Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997;48(3):335-346.

#### **Cuadro 25. Características de una empresa social.**

---

- Empresa "normal":
    - Competitiva en el mercado (calidad/coste)
    - Auto sostenible
    - Con reparto de puestos y retribuciones normales (no discriminación)
  - Empresa "específica":
    - Clima favorable a la integración activa de personas con dificultades
    - Apoyo personal interno y externo (servicios sanitarios)
    - Apoyo económico (economía social)
  - Forma jurídica variable (cooperativa, sociedad anónima, etc.)
  - Composición mixta: trabajadores con y sin trastornos mentales
- 

*Fuente:* López M, Álvarez F, Laviana M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Rev Asoc Española Neuropsiquiatría* 1998;68:735-747.

ducen mejoras en el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal y, en definitiva, en la calidad de vida.

Como resumen de todo lo anterior, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos o principios generales:

- Incluir intervenciones múltiples, dependientes de diversos organismos (sanitarios y no sanitarios); algunas de ellas deben ser sostenidas en el tiempo y bien articuladas entre sí, tanto en el diseño y desarrollo general como en su aplicación individualizada.
- Disponer de espacios ocupacionales en el marco de un programa unificado, ya que hay controversia sobre su utilidad de manera aislada, dada su escasa capacidad para facilitar el acceso a empleo real y su alto riesgo de institucionalización. Su inclusión en el programa (diferenciando claramente los espacios y características de funcionamiento, pero articulando el paso de uno a otro y planificándolos y gestionándolos en conjunto) puede contrarrestar las tendencias institucionalizadoras y servir como fuente de actividad más o menos productiva en determinados casos.

Algunas ideas deben enfatizarse a la luz de los conocimientos actuales:

- La importancia de tener en cuenta las experiencias, deseos y preferencias del usuario.
- La mayor utilidad de llevar a cabo la capacitación en el contexto real del empleo.
- La necesidad de apoyos flexibles, individualmente adaptados y muy prolongados en el tiempo.

- La necesidad de partir de los contextos sociales y económicos concretos, tanto para el desarrollo de los programas como para la elección de actividades productivas y sectores de empleo.

Por último, cabe recordar que hay poca información concluyente sobre factores individuales que puedan predecir el éxito del programa, por lo que ningún usuario debería ser excluido *a priori* de los mismos. Los pocos factores con alguna capacidad predictiva parecen ser, sin embargo:

- La consideración del empleo como un objetivo propio.
- La experiencia previa de empleo.
- La menor presencia de síntomas relacionados con alteraciones cerebrales orgánicas.

## Objetivos del programa

El objetivo general del programa es incrementar la cantidad y calidad de empleo en las personas con trastornos de tipo psicótico, mediante:

- El mantenimiento en el empleo de aquellos que lo tienen.
- El acceso al mismo de los que no lo tienen pero pueden llegar a tenerlo.
- La planeación de actividades ocupacionales para los que no pueden conseguir empleo o mantenerse en él.

## Estructura

Hay que considerar, al menos, las intervenciones incluidas en el programa, los dispositivos o subprogramas que deben facilitarlas, el personal implicado y los distintos mecanismos de gestión.

## Intervenciones

La integración laboral de personas con trastornos de tipo psicótico exige la articulación individualizada de distintos tipos de intervenciones, como puede verse en el cuadro 26. Un inventario tan amplio —que tiene sentido en contextos industriales o

---

### Cuadro 26. Intervenciones necesarias.

---

- Tratamiento comunitario
  - Rehabilitación (entrenamiento en habilidades de funcionamiento personal y social)
  - Evaluación de necesidades, intereses y experiencias laborales previas
  - Orientación y apoyo en la elección de un itinerario de empleo
  - Adquisición y mantenimiento de hábitos laborales básicos
  - Compensación de carencias educativas
  - Formación profesional
  - Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo
  - Actividad ocupacional y empleo de transición
  - Oferta de puestos de trabajo de distinto grado de complejidad
  - Mecanismos de seguimiento y apoyo continuado en el empleo
-

de servicios complejos— puede resultar “excesivo” en contextos rurales más tradicionales. Por lo tanto, no todas las intervenciones deben tener el mismo grado de desarrollo, y los espacios en que se prestan pueden variar de manera importante.

### Tipología de dispositivos

La ejecución de este programa exige el funcionamiento de cinco niveles diferentes, como puede verse en el cuadro 27, si bien uno de ellos no es específico del programa porque corresponde directamente a los servicios de salud mental.

Aunque pueden darse diversos énfasis a dichos componentes, dependiendo del contexto general del país, del nivel de desarrollo de la zona y del grado del de los servicios comunitarios, parece básico contar al menos con:

1. Algún dispositivo de carácter **ocupacional** (taller o centro ocupacional) que permita una actividad no estrictamente laboral, con carácter transitorio o permanente, a la vez que se usa como lugar de observación y adquisición de hábitos básicos.
2. Algún **centro de empleo** específico (bajo forma de cooperativa o no, dependiendo de la legislación e iniciativa económica concreta), enraizado en el contexto económico y social de la zona.
3. Un **equipo o unidad de orientación y apoyo**, que pueda hacer tareas específicas (evaluación, orientación, apoyo al empleo), coordinar el conjunto del programa y actuar como asesor de otros profesionales y agentes implicados. Una tarea específica que no debe olvidarse es apoyar a los que ya tienen empleo para que no lo pierdan.
4. La posibilidad de realizar actividades de **formación profesional**, como primer paso para constituir un centro de empleo o para ampliar y mejorar su funcionamiento.

**Cuadro 27. Niveles del programa ocupacional-laboral.**

Niveles	Dispositivos	Funciones
Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos/centros de salud mental</li> <li>• Unidades de rehabilitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento</li> <li>• Rehabilitación</li> <li>• Orientación general</li> </ul>
Ocupacional-prelaboral	Talleres/centros ocupacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos básicos</li> <li>• Actividad no laboral</li> </ul>
Formativo	Proyectos/Cursos de formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación básica</li> <li>• Formación profesional</li> </ul>
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empresas sociales</li> <li>• Equipos de apoyo al empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo de transición</li> <li>• Empleo</li> </ul>
Coordinación general	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de orientación y apoyo/ unidades de rehabilitación laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación</li> <li>• Orientación</li> <li>• Apoyo</li> <li>• Coordinación del programa</li> </ul>

## Personal

Cuanto más compleja sea la red que integra el programa, mayor será la diversidad de los perfiles profesionales implicados. La mayor parte de ellos se diferencian claramente de los sanitarios tradicionales y requieren, además, algún tipo de entrenamiento específico para relacionarse con personas con trastornos psicóticos (de nuevo aquí los modelos basados en la psicoeducación familiar pueden ser bastante útiles<sup>3</sup>). Sin olvidar que algunas actividades pueden recaer durante mucho tiempo en personal polivalente, cabe mencionar:

- Directores de centros ocupacionales.
- Profesores de talleres de capacitación y actividades de formación profesional (experto en el tema, con habilidades didácticas).
- Técnicos en rehabilitación vocacional (terapeutas ocupacionales, psicólogos).
- Orientadores laborales.
- Gerentes o directores de empresas sociales.
- Trabajadores de empresas sociales, que son habitualmente trabajadores del sector que corresponda, pero que asumen funciones de tutela y apoyo que pueden requerir algún tipo de entrenamiento.

## Dependencia y gestión

Como resulta fácil de entender, en la gran mayoría de los casos estos dos elementos son variables y de carácter no sanitario. En lo que respecta a las empresas, suele ser habitual la iniciativa y participación de usuarios y familiares.

## Estimación de necesidades

Esta actividad es difícil de realizar de manera rigurosa y, en general, es muy variable en función del contexto general y sanitario. Además, se debe tener en cuenta la existencia de tres tipos de paciente con trastornos psicóticos:

- Con empleo (habitualmente no más de 10% a 15% del total)
- Que tuvieron empleo pero lo han perdido a consecuencia de su enfermedad (cifra mucho más variable según el contexto socioeconómico), población en principio más favorable a volver a trabajar.
- Que nunca tuvieron un empleo, población teóricamente con más dificultades pero que no se debe excluir *a priori* del programa.

En cualquier caso, un planteamiento inicial debe fijarse objetivos limitados, empezando por generar al menos algún dispositivo de cada uno de los tipos enumerados que sirva para:

- Mejorar situaciones concretas.
- Adquirir experiencia y formar personal.
- Identificar mejor las necesidades y posibilidades de actuación futura.
- Contribuir a sensibilizar a los distintos agentes implicados sobre las posibilidades del programa.

---

<sup>3</sup> Véase la Guía Operativa 8, correspondiente al programa residencial.

## Esquema de funcionamiento

El funcionamiento del programa debe contemplar algunos momentos clave como son:

1. La **indicación y derivación** al mismo, por parte del personal de los servicios de salud mental. Debe incluir la información necesaria para el trabajo con el usuario, las indicaciones concretas por las que se deriva al programa y el compromiso asumido para su seguimiento sanitario (que debe intentar interferir lo menos posible con las actividades en horarios, mensajes y efectos secundarios de la medicación).
2. La evaluación inicial por el equipo responsable y la elaboración posterior de un **“itinerario” personalizado**, contrastado con el usuario y el servicio de salud mental. El itinerario, que puede formalizarse o no en un documento específico, debe considerar la inclusión inicial en algún subprograma o dispositivo concreto, así como las previsiones de evolución e intervenciones complementarias. Es obvio que debe hacerse teniendo en cuenta la historia personal, las aspiraciones y capacidades del usuario y las posibilidades del contexto.
3. La **ejecución de las actividades programadas**, con revisión periódica de la situación y propuesta de eventuales cambios o salida del programa una vez cubiertos los objetivos o constatada la imposibilidad de alcanzarlos. Es evidente que la concreción de estos aspectos varía según el tipo de dispositivo o intervención de que se trate en cada momento, teniendo algunos de ellos (las empresas, por ejemplo) un considerable grado de “autonomía”. Como aspectos a destacar:
  - El esfuerzo porque la actividad de los talleres no se vuelva excesivamente “institucional”, repetitiva y no motivadora, para lo cual es básica la conexión con los programas de rehabilitación.
  - La utilidad de los programas de formación profesional con un gran componente práctico, realizados de preferencia en contextos reales de trabajo.
  - La utilidad y versatilidad de las empresas sociales (no necesariamente cooperativas), muy adaptadas al terreno concreto y con mecanismos de apoyo cotidiano, no solo para generar empleo sino también por su efecto de sensibilización y motivación de otros agentes implicados.
  - La dificultad inicial de los programas de apoyo al empleo en sectores económicos no protegidos, aunque hay un gran potencial si se pueden proporcionar los apoyos adecuados.
  - La necesidad de una estructura de coordinación que introduzca metodología rigurosa de rehabilitación vocacional y apoyo.
4. El **seguimiento y evaluación de resultados**, que también en este caso debe incluirse en el procedimiento general de seguimiento y evaluación del Programa Comunitario de Trastornos Psicóticos. Al igual que en el caso del programa residencial (véase la Guía Operativa 8), se deben considerar:
  - Base de datos sobre dispositivos, actividades y usuarios.
  - Sistema periódico de indicadores de seguimiento.
  - Indicadores de resultados (sistema periódico e investigaciones puntuales).



## Otros programas de apoyo social

### Bases teóricas

La atención comunitaria a personas con trastornos de tipo psicótico incluye, junto a intervenciones de carácter biológico y psicológico, la disponibilidad de dispositivos e intervenciones de apoyo social, diferenciados de los sanitarios. A pesar de que hay diversos programas de apoyo social, tienen algunas características comunes; una definición general, con énfasis en los aspectos comunes, podría caracterizarlos como el conjunto de actividades y recursos no estrictamente sanitarios, dirigidos a favorecer la permanencia y participación activa en la comunidad de personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos de tipo psicótico. Esto se lograría mediante la cobertura de un conjunto de necesidades sociales básicas como son vivienda, manutención y cuidados personales, actividad y empleo, relaciones sociales, apoyo personal y tutela.

La justificación de este tipo de estructuras e intervenciones dentro de la atención comunitaria es doble:

1. Son complementarias de la atención de salud (tratamiento y rehabilitación), lo cual está respaldado por pruebas científicas sobre:
  - Su utilidad para mejorar la situación clínica y, sobre todo, el funcionamiento social y el grado de satisfacción (la calidad de vida) de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias.
  - Su contribución a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y “traumáticos” como pueden ser los de hospitalización, tanto por el efecto anterior, cuanto por su capacidad para funcionar como espacios privilegiados para asumir, de manera delegada, determinados componentes del tratamiento (toma de medicación, por ejemplo) y la rehabilitación.
2. Representan un soporte básico para asegurar el mantenimiento en la comunidad de dichas personas, eliminando barreras y mejorando su capacidad real de ejercer sus derechos ciudadanos. Aspecto que, en las sociedades con mayor nivel de desarrollo de políticas sociales (“estado del bienestar”), tiene cada vez más importancia y justifica por sí mismo determinadas intervenciones, aunque su contribución “medible” al mejoramiento de parámetros estrictamente clínicos sea baja o no haya podido todavía comprobarse con metodología científica.

Además de los programas residencial y ocupacional-laboral (véanse las Guías Operativas 8 y 9), la atención comunitaria a personas con trastornos de tipo psicótico se beneficia de la disponibilidad de un amplio abanico de estructuras e intervenciones que pueden incluirse en este apartado. Las más importantes se refieren en el cuadro 28.

A pesar de sus características peculiares, referidas a contenidos, estructuras, tipos de efectos y mecanismos de provisión y gestión (en la mayor parte de los casos con un



**Cuadro 28. Características generales de distintos programas de apoyo social.**

Actividades	Dispositivos/programas	Efectos
Actividad cotidiana no laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres</li> <li>• Clubes sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo cognitivo</li> <li>• Organización de la vida cotidiana</li> <li>• Relaciones sociales (apoyo de rehabilitación)</li> </ul>
Ocio, diversión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clubes sociales</li> <li>• Deportes</li> <li>• Programas de vacaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento físico</li> <li>• Organización de la vida cotidiana</li> <li>• Relaciones sociales</li> </ul>
Autoorganización	Asociaciones de usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo mutuo</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Relaciones sociales</li> </ul>
Educación	Programas educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensación de carencias (base para otros programas)</li> <li>• Desarrollo personal</li> <li>• Relaciones sociales</li> </ul>
Apoyo económico	Pensiones y subsidios (empleo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Base para otros programas</li> </ul>
Tutela personal y jurídica	Instituciones tutelares ("Gestores de casos")	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defensa jurídica</li> <li>• Apoyo personal</li> </ul>

fuerte contenido "informal"), los diversos programas de atención comunitaria tienen características comunes:

- Pretenden contribuir a facilitar el anclaje en la comunidad, mediante la provisión de distintos tipos de apoyo "instrumental" que, en general, contribuyen a desarrollar redes sociales en torno al usuario.
- Suponen intervenciones y procedimientos de funcionamiento diferentes de los sanitarios, por lo que requieren otro tipo de agentes.
- Tienden a aumentar el margen de autonomía de los usuarios, con mayor espacio para su participación y autoorganización.
- Deben encuadrarse en un programa común, aunque muchos de ellos tengan márgenes de autonomía considerables.

No hay suficientes pruebas científicas que garanticen la efectividad de las intervenciones aquí incluidas (en parte porque su escasa formalización no facilita el desarrollo de procedimientos rigurosos de evaluación). Sin embargo, su puesta en marcha se puede justificar porque:

- Para muchos de ellos se conocen efectos beneficiosos sobre la autonomía personal, el funcionamiento social (especialmente mediante el desarrollo de redes sociales) y la satisfacción.
- Para todos ellos hay bases razonables para su ejecución, ya sea en función de beneficios clínicos y psicosociales, ya como manera de apoyar el ejercicio de los derechos ciudadanos básicos.

## Tipología de programas e intervenciones

Como se puede ver en el cuadro 28, hay diversos programas, dispositivos e intervenciones. Su descripción de manera ordenada se enfrenta a varios problemas, en particular:

- Las diferencias existentes entre aspectos básicos de algunos de ellos (asociaciones, pensiones, actividad ocupacional, tutelas).
- Las características de complementación e intercambio que, sin embargo, tienen entre sí en otros casos (ocio/ocupación, asociaciones como gestoras de programas).
- La escasa “formalización” que, por su propio carácter, tienen muchos de ellos; de hecho, en muchas ocasiones se desarrollan en función de iniciativas locales muy diversas y, si son buenos, se adaptan de modo muy específico al territorio o comunidad concretos en que se mueven.

Por ello vamos a revisar someramente los más significativos, renunciando a darles una gran formalidad como “programas” y señalando tan solo algunos elementos que puedan servir de referencia y estímulo para su desarrollo.

### Actividades de ocio y empleo del tiempo libre

Aunque la denominación es discutible, suelen incluirse en este apartado actividades más o menos formalizadas que tienden a facilitar la organización de la vida cotidiana y el establecimiento de relaciones sociales, luchando con la tendencia a la inactividad y el aislamiento, característicos de muchas formas evolutivas de la enfermedad.

Se pueden incluir actividades realizadas en:

- Talleres y centros ocupacionales, fundamentalmente las que no tienen un objetivo claro dentro de un plan personal orientado al empleo (véase la Guía Operativa 9).
- Clubes sociales o establecimientos similares, frecuentemente creados por los propios usuarios, familiares u otro tipo de organizaciones de voluntariado social.
- Deportivos o centros vacacionales, culturales, etc., desarrolladas de modo aislado o dentro de la programación de actividades de talleres y clubes sociales o de distintos dispositivos sanitarios.
- Movimientos de participación comunitaria, muy variados en sus características y organización.

En general son preferibles las actividades y los dispositivos que no están destinados a personas con enfermedad mental, pero en una gran parte de los casos será necesario contar con servicios específicos. Además, resulta útil contar con espacios propios, ya sea para preparar el acceso a los generales o porque estos no existan o no sean fácilmente accesibles para todos los pacientes. La utilidad de estos espacios, especialmente si se organizan en conexión con los programas de rehabilitación, parece relacionarse con:

- El efecto beneficioso de la actividad (estímulo cognitivo, organizador de la vida cotidiana).
- Su repercusión sobre las relaciones y redes sociales, aspecto considerado clave en el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

## Actividades educativas

Tanto las alteraciones cognitivas precoces como el inicio de la sintomatología habitual en edades tempranas producen interferencias en el proceso educativo, lo que ocasiona carencias que se convierten en barreras para la posterior integración social y laboral, especialmente en sociedades cada vez más tecnológicas. Por ello, en los procesos de rehabilitación, y especialmente en los programas de integración laboral, se hace necesario tener en cuenta las lagunas formativas y poner en marcha actividades de educación compensatoria.

Más allá de ello y con carácter general, parece necesario prestar atención a las necesidades educativas específicas de las personas con trastornos de tipo psicótico, al menos en cuanto a:

- El proceso educativo general, con metodologías de apoyo que, sin poner trabas a la integración y controlando el posible efecto estigmatizador, se adecuen a las dificultades de niños y adolescentes con este tipo de problemas.
- La compensación de carencias educativas previas en los programas de rehabilitación vocacional y apoyo al empleo.
- El estímulo para completar los ciclos educativos e incrementar los niveles alcanzados, como desarrollo personal, en los casos en que sea posible.

Como siempre, en la medida de lo posible, hay que optar por procedimientos “normalizados” dentro de la estructura habitual de los programas educativos generales, pero con actividades específicas cuando sea necesario.

## Asociacionismo y autoayuda

Aunque en la mayoría de los países nadie pone en duda la necesidad de un movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental, todavía se plantean problemas con respecto a la capacidad y conveniencia de la autoorganización del propio colectivo de afectados. Sin embargo, en aquellos países con mayor nivel de desarrollo de la atención comunitaria, a lo largo de un complejo y costoso proceso, se han ido constituyendo federaciones de asociaciones de usuarios,<sup>1</sup> las cuales cumplen funciones importantes en el proceso de recuperación personal e integración social de estas personas, en la medida en que:

- Permiten generar estructuras de defensa personal y social, actuando como interlocutores de autoridades, profesionales y opinión pública.
- Facilitan mecanismos de participación y autocuidado.
- Asumen, cada vez más, funciones de desarrollo y gestión de distintos tipos de programas de apoyo social, de bajo nivel de profesionalización pero gran eficacia en términos de apoyo, fomento de relaciones sociales y lucha contra el estigma y la discriminación,

---

<sup>1</sup> A veces, algunos tienen denominaciones “incómodas” para el personal sanitario, como es la *Federación Europea de Usuarios, Exusuarios y Supervivientes de la Psiquiatría*, lo cual se puede entender después de décadas de prácticas “manicomiales” y abusos varios por parte de sectores todavía importantes de la asistencia psiquiátrica en muchos países.

Como todo proceso social, la autoorganización de los usuarios tiene sus ritmos, sus limitaciones, sus problemas y sus riesgos. Pero a la larga no solo resulta inevitable sino, en general, útil para los pacientes y, por tanto, para la atención comunitaria. Por ello, aunque la autoorganización no debe generarse desde los sistemas de atención ni las autoridades públicas, sí puede y debe apoyarse con el mínimo de interferencias y, sobre todo, no dificultarse artificialmente desde posturas paternalistas.

### Disponibilidad económica

No parece que sea necesario extenderse mucho en la necesidad de un ingreso económico regular como condición básica de una vida autónoma o, en su defecto, de la capacidad de acogida familiar.

El mecanismo más “normalizador” es obviamente el del salario como contraprestación de una actividad productiva pero, cuando esto no es posible, es preciso contar con alguna forma de subsidio público que, lógicamente, se encuadra dentro de las políticas sociales de cada país. Además, se debe evitar que los sistemas de pensiones funcionen como incentivo negativo para el acceso al empleo, para lo que:

- La cuantía de la pensión no debe ser superior a la retribución mínima del empleo.
- Debe haber formas de compatibilidad entre pensión y empleo retribuido a tiempo parcial.
- Si se pierde el empleo no debe ser difícil volver a recibir la pensión.

Aunque probablemente este no sea el problema más inmediato que afecte a la política de pensiones en la mayoría de los países de la Región, no está de más recordarlo cuando se propongan modificaciones a la misma.

### Tutela personal y jurídica

La tutela jurídica de las personas que son legalmente incapacitadas por padecer una enfermedad mental está condicionada por la regulación jurídica concreta en cada país; no obstante, hay que tener en cuenta la necesidad de:

- Procedimientos que aseguren la defensa de las personas con trastornos psicóticos frente a incapacitaciones civiles innecesarias.
- Mecanismos que aseguren la tutela no se le otorgue al personal de las instituciones sanitarias o de apoyo social cuando la familia no pueda hacerse cargo o no sea conveniente que lo haga (parece más conveniente que el tutor tenga independencia a la hora de supervisar la atención que se presta a su tutelado).
- Ampliar el contenido de la tutela desde el punto de vista jurídico en sentido estricto al de orientación, apoyo personal y supervisión en diferentes aspectos de la gestión de la vida cotidiana. Tutela, en sentido amplio, que necesitan muchas personas con trastornos de tipo psicótico y pueden ejercerse desde diferentes ámbitos con personal diverso: sanitario de referencia, de un programa residencial, específico de una institución tutelar, o de un club, asociación, voluntariado social, etc.



## Redes de apoyo social y soporte familiar

El papel de la familia y comunidad es vital si pretendemos desarrollar intervenciones efectivas en pacientes con trastornos esquizofrénicos o afines, e incluso en poblaciones de riesgo. Por otro lado, el enfermo, su familia y el entorno comunitario requieren de información que les permita comprender el proceso de la enfermedad y la mejor manera de manejarla.

El trastorno psicótico no es solamente un problema del propio enfermo. Los miembros de la familia también están seriamente afectados; es necesario ayudarlos a “entender” y enmendar sus patrones disfuncionales. Recuperar un enfermo psicótico significa reincorporarlo y adaptarlo a una sociedad de consumo, competitiva y en ocasiones excluyente; es también fortalecer nuevos patrones funcionales, en el orden individual, pero también en el seno familiar y comunitario.

### Objetivo

Mejorar la atención de las personas con trastornos psicóticos no afectivos, mediante un sistema de apoyo familiar, grupal y social.

### Antecedentes y consideraciones generales

En la década pasada, se estimó que las psicosis esquizofrénicas presentaban una tasa de prevalencia anual de 1,1% en América Latina y el Caribe. Una gran proporción de estos trastornos se evalúan como graves y requieren de intervenciones adecuadas y bien orientadas (OPS, 1998).

A partir de la Declaración de Caracas (OPS, 1990; OMS, 2001; Rodríguez *et al.*, 1998), se ha impulsado en la Región la articulación de los programas de atención psiquiátrica mediante acciones comunitarias con redes de apoyo social, así como la formación de grupos de ayuda mutua y asociaciones de usuarios. Esta participación de la sociedad, que en Canadá, Estados Unidos y Europa generó un amplio movimiento, se ha extendido y hecho cada vez más visible en América Latina.

Se considera que las características del entorno en que se dispensa la atención puede influir, positiva o negativamente, en el desenlace de la enfermedad. En muchas ocasiones, las intervenciones psicosociales dirigidas a rehabilitar a los enfermos psicóticos crean dependencia y los sistemas de salud mental tienden a mantener bajo su cuidado a la misma población de pacientes en lugar de promover su autonomía (Desjarlais, 1997).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la incidencia y curso de las manifestaciones de la esquizofrenia determinó que los enfermos en los países en desarrollo tienen un mejor pronóstico; se encontró que los pacientes en estos países mostraron más remisiones, más episodios libres de síntomas, menos discapacidad

social y recurrieron menos a la medicación, a la hospitalización o a ambos. Resulta evidente que es necesario profundizar en el estudio de los efectos de residir en sociedades y culturas tradicionales (como las indígenas) sobre el curso de la enfermedad (Jablensky *et al.*, 1992; Kohn *et al.*, 2001).

Se ha demostrado que la combinación de medicamentos e intervenciones psicosociales basadas en la comunidad y la familia es la mejor forma de tratamiento para los pacientes esquizofrénicos o con trastornos afines, y en una gran proporción de casos se obtiene la mejoría o recuperación (Desjarlais, 1997). El seguimiento de los pacientes en la comunidad incluye la administración supervisada de medicamentos, la consulta especializada y periódica, las acciones rehabilitadoras de base comunitaria y el asesoramiento a la familia. En este proceso es necesario reconocer las diversidades étnicas y culturales de las diferentes comunidades y actuar en el marco de los sistemas locales.

Muchas de las acciones comunitarias, así como las de orientación y asesoramiento a la familia pueden ser realizadas por personal paramédico o comunitario debidamente entrenados. El trabajo con los propios usuarios (pacientes) y familiares es un pilar indispensable en la estrategia de atención y recuperación de los trastornos psicóticos.

Se han fortalecido y sistematizado las experiencias de trabajo en grupos, en especial en las ciencias de la conducta. Así, por ejemplo, los grupos de autoayuda han ofrecido una solución a la problemática de la adicción; hace 65 años surgieron los Alcohólicos Anónimos, que mostraron las ventajas de los procedimientos grupales basados en la autogestión.

La familia y la comunidad identifican al enfermo de diferentes maneras, por lo general de acuerdo a la evolución que ha tenido y el deterioro ocasionado; la propia estructura y dinámica sociofamiliar determinan el grado de atención y apoyo que le brindan. A tales efectos, resulta conveniente clasificar los enfermos de la siguiente manera:

1. En primer episodio.
2. En evolución, después de un primer episodio, con pocos o ningún síntoma de deterioro e incapacidad.
3. Con evidentes síntomas de deterioro y manifestaciones de incapacidad.

También de acuerdo a la atención de salud:

1. Los que no están identificados como enfermos o nunca se han tratado (diferenciar los vagabundos o sin techo).
2. Los que han recibido tratamiento en alguna ocasión, pero actualmente no.
3. Los que están bajo tratamiento (regular o irregularmente).

## La familia

Se ha demostrado la influencia del apoyo familiar sobre el curso de la enfermedad, así como el papel que puede jugar desde el punto de vista de las intervenciones. La familia extendida, vigente en muchos países, puede proporcionar un ambiente protector que atenúa la gravedad de las enfermedades mentales.

Una familia funcional y cohesionada estará en condiciones de garantizar una mejor calidad de vida para todos sus miembros. No obstante, no siempre ocurre así y en ocasiones hay incomprensión, violencia y maltrato físico y psicológico; esto crea un clima de inseguridad, temor y desconfianza. Por lo general, los enfermos sufren las consecuencias más directas, con lo que se agrava su estado mental.

De todo lo anterior se deriva la necesidad de proporcionar conocimientos y generar habilidades en el especialista o personal auxiliar (Rodríguez *et al.*, 1999), para que sea capaz de orientar y ayudar a las familias.

Pautas para la evaluación de la familia:

- Realizar el análisis de la estructura y el funcionamiento de la familia.
- Identificar quién o quiénes ejercen más autoridad o son más respetados. Esas son personas clave que pueden contribuir a resolver los problemas existentes.
- Identificar quién o quiénes son los más débiles, vulnerables y desprotegidos.
- Evaluar la situación económico-social de la familia: características de la vivienda, fuentes y nivel de ingresos monetarios, quiénes trabajan y en qué actividad, modo de vida, y problemas más graves.
- Analizar las relaciones con el resto de los pobladores y vecinos. Cómo ve la comunidad a la familia y al enfermo.
- Detectar la presencia de violencia intrafamiliar o miembros con conductas violentas.
- Evaluar especialmente:
  - Manejo del enfermo por la familia.
  - Utilización del tiempo libre y estilos de vida.
  - Presencia de otros problemas o situaciones significativas en la vida de la familia.

Después de realizar un diagnóstico de la situación psicosocial de la familia, estamos en condiciones de evaluar una estrategia de intervención.

Pautas para la intervención:

- Entrevistar por separado a los integrantes de la familia.
- Persuadir a los miembros de más influencia y autoridad para que colaboren.
- Priorizar la protección y ayuda a los más débiles y necesitados.
- No abordar todos los problemas simultáneamente, ni pretender cambios radicales en poco tiempo. Priorizar lo fundamental y avanzar con orden, calma y de manera sistemática.
- Fomentar la participación activa de la familia en actividades grupales, comunitarias y ocupacionales, así como la integración de la familia y el enfermo a grupos de autoayuda y ayuda mutua.
- Buscar apoyos externos (otras familias, líderes comunitarios, organizaciones sociales, etc.) que puedan influenciar positivamente, coordinando con ellos una estrategia de ayuda.



### **Ejemplos de actividades familiares**

- Comer juntos.
- Asistir a actividades sociales.
- Conversar durante la noche.
- Tomar decisiones de conjunto.

### **Ejemplos de actividades maritales o de pareja**

- Darse afecto mutuamente.
- Comprar flores u otros regalos para su pareja.
- Sostener conversaciones frecuentes.
- Analizar los problemas existentes.

### **Ejemplos de actividades en el papel de padres**

- Cuidar de los niños.
- Dedicar tiempo para conversar y compartir actividades con los niños, entre estas jugar.
- Controlar a los hijos y ayudarlos en las tareas escolares.
- Comprar las cosas que necesitan los hijos.

- Promover estilos de vida saludables y estimular la reinserción social y laboral del enfermo.
- Visitar frecuentemente los hogares donde existan enfermos.

Una buena estrategia consiste en recuperar y fomentar las actividades que se realizaban en el seno familiar y en los roles de padres o parejas (Sell y Nagaswami, 1997). Liste y analice esas actividades conjuntas, que habitualmente se hacían y que el enfermo o el grupo familiar han abandonado; contribuya en la orientación a la familia para que progresivamente se vayan rescatando. Parece sencillo pero hay que recordar que la rehabilitación más efectiva es la de la vida cotidiana.

## **Grupos de usuarios y familiares**

Los grupos o asociaciones de autoayuda y ayuda mutua tienen un carácter autónomo; son colectivos de personas que tienen algunos problemas comunes, lo que los motiva a reunirse para intercambiar opiniones y experiencias sobre los mismos y establecer relaciones de colaboración. Algunas ventajas de estos grupos son las siguientes:

- Ofrecen fácil acceso a los enfermos, lo que les permite llegar a un ambiente favorable para su recuperación, en donde pueden explicar libremente su problemática.
- Contribuyen a la reestructuración de las personas en un ambiente espiritual y de apoyo humano.

- Dan cabida a cualquier persona y ofrecen la seguridad de no ser discriminados por su condición de enfermos u otra causa.

Los grupos pueden ser:

- De pacientes.
- De familiares.
- Mixtos.

En una fase inicial, por lo general la comunidad, las familias y los enfermos no tienen clara la utilidad ni el funcionamiento de los grupos; entonces el papel del profesional de la salud mental es promover la idea, motivar a las personas y tratar de reunir un pequeño número de personas (las más interesadas y activas) para que inicien el trabajo bajo su asesoramiento.

Una vez en funcionamiento, los miembros pueden ver sus propias situaciones reflejadas en otras personas y reflexionar sobre cómo se ayuda a los demás. También se evalúa cómo algunos han logrado superar sus dificultades mientras otros no lo han hecho. En general se produce un intercambio de experiencias muy rico y se ayuda a la persona a meditar y buscar soluciones para sí misma; se desarrolla un sentimiento de solidaridad humana en un clima de confianza y seguridad.

Etapas en el desarrollo de los grupos:

- Primera etapa. Formación inicial por un número reducido de personas que están sensibilizadas con la temática de las psicosis y por lo tanto van a responder positivamente a la convocatoria. Se desarrollan, fundamentalmente, actividades de educación e información. Es el período de captación de nuevos miembros. En esta etapa es necesario lograr la motivación del grupo, así como su cohesión. La dirección debe corresponder a un facilitador (profesional de la salud mental o auxiliar), quien debe disponer de conocimientos básicos de organización y funcionamiento de grupos. La integración al grupo siempre debe partir de la más absoluta voluntariedad.
- Segunda etapa. El grupo se ha ampliado, después de varias semanas de funcionamiento; se eligen formas de organización y trabajo. Es un período de reflexión sobre diversos aspectos en el cual se va ganando autonomía y decisión propia. Debe existir plena libertad para discutir cualquier tema que se desee incluir.
- Tercera etapa. Plena autonomía; se toman decisiones, se establecen coordinaciones y se realizan acciones. Se planifican y ejecutan actividades de ayuda a enfermos, miembros del grupo y otras personas.

Pautas para el conductor o facilitador de grupos de enfermos o familiares:

- Aceptar a las personas tal y como son, permitiendo su propio desarrollo y que expongan su criterio en un ambiente de libertad. Promover un clima de confianza y seguridad y estimular la comunicación y relaciones entre los participantes.
- Garantizar el orden y buen desarrollo de la actividad, pero permitir y estimular la participación; conducir la reunión con flexibilidad y no tratar de imponer siempre su criterio.

- Promover que las reuniones no sean solo de tipo informativo, ya que es recomendable que tengan algún nivel de reflexión y análisis que permita enriquecerlas e intercambiar experiencias.
- Tratar de organizar y sintetizar periódicamente las ideas fundamentales de lo que se haya analizado o discutido hasta ese momento. Estos resúmenes parciales permiten que la reunión se desarrolle más satisfactoriamente. Si no es necesario tomar una decisión, entonces se deben resumir los criterios que se tienen sobre un problema, recordando que no siempre tiene que existir unanimidad; ante una situación pueden existir varias alternativas válidas. Si es preciso arribar a una conclusión, entonces se puede llegar a consensos o someter el tema a votación, después que se haya discutido suficientemente.
- Llevar siempre a la reunión un espíritu positivo que favorezca el aprendizaje y desarrollo, así como las acciones de ayuda. Una buena señal es cuando las personas se sienten motivadas a concurrir a próximos encuentros.
- Favorecer otras reuniones para actividades culturales, recreativas, deportivas, etc.

La periodicidad de reunión del grupo es variable; en una fase inicial es recomendable semanalmente, aunque posteriormente el grupo va decidiendo sobre este aspecto. Como se señaló anteriormente, el grupo puede ser heterogéneo, sin muchos criterios de exclusión, conformado por diferentes personas que deseen colaborar. No obstante, también pueden existir grupos más homogéneos, constituidos solo por enfermos de esquizofrenia o sus familiares.

Los grupos representan escenarios en los cuales los equipos de salud mental pueden llevar a cabo diversas actividades. Debe prestarse especial atención a la identificación de necesidades, así como a la manera de intervenir para lograr su solución. Debemos recordar que la educación comunitaria es un proceso sistemático y continuado, es decir, no es una actividad aislada o una campaña.

La experiencia de grupos de usuarios y familiares es extraordinariamente rica; entre los aspectos que más han aportado está la defensa de los derechos humanos de los enfermos (Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, 2001; Rotelli, 1996; Rotelli, 1999). Los usuarios han abogado por desmitificar la enfermedad, recibir información y participar en foros donde se aborde el problema de las psicosis. Han discutido el problema del acceso a tratamientos adecuados, pero también el derecho a rehusarse a recibir medicación o ser hospitalizados (a veces de manera injustificada). Los usuarios han defendido los tratamientos con el menor número de efectos secundarios y los servicios no coercitivos.

Todo esto implica un cambio de actitud radical, tanto de la sociedad como de los trabajadores de la salud mental, que en el mejor de los casos han funcionado con criterios proteccionistas y de beneficencia con referencia a los pacientes con trastornos psicóticos. Los psiquiatras requieren incorporar, en sus intervenciones, el recurso de los grupos de usuarios y familiares.

Goldman y Lefley (citados en: Jorge, 2001) señalaron seis principios para colaborar con los grupos de autoayuda y defensa de los derechos de los pacientes:

- Considerar a los pacientes en el marco de sus redes sociales.

- Forjar alianzas de ayuda negociadas y en colaboración con los pacientes y sus familias.
- Alentar la autonomía y autodeterminación de los pacientes.
- Promover la óptima utilización de los escasos recursos.
- Ser creativos al utilizar intervenciones clínicas no tradicionales.
- Considerar que uno mismo es un agente de cambio social y defensa de los individuos desfavorecidos.

### **Redes locales de apoyo**

La identificación en una comunidad de las organizaciones, instituciones y líderes que pueden colaborar o cumplir una función importante en la atención y recuperación de los pacientes psicóticos, es un primer paso para organizar una red de apoyo social. A continuación se proporcionan ejemplos de algunas de esas organizaciones:

- De gobierno
  - Salud pública
  - Educación
  - Cultura
  - Deportes
  - Trabajo
  - Seguridad o bienestar social
  - Sistema judicial
  - Municipalidad
- Organizaciones no gubernamentales
  - Derechos humanos
  - Juventud
  - Discapacitados
  - Servicios de salud
  - Servicios sociales
  - Proyectos productivos
- Iglesias
- Cruz Roja
- Empresas privadas
- Estructuras no formales y líderes comunitarios (religiosos, curanderos, consejo de ancianos, etc.)
- Asociaciones de usuarios y familiares

La existencia de una red local de salud mental, es una buena base sobre la que se puede insertar el trabajo relacionado con los pacientes psicóticos; no es recomendable duplicar las estructuras que ya existen en la comunidad.

La red es un instrumento para realizar tareas multisectoriales, que se escapan de los límites del sector salud, a la vez que favorece la participación social y el aprovechamiento de las potencialidades de la comunidad. Para el paciente psicótico es imprescindible “acceder a los intercambios sociales de manera tal de reconocerse como perteneciente a un grupo, enriquecerlo y ser enriquecido por él” (Saraceno, 1999); y son precisamente las redes de apoyo social las que pueden abrir el camino para facilitar estos procesos de revalorización del enfermo mental (Rotelli, 1999; Saraceno, 1999).

Existen numerosas experiencias en América Latina y el Caribe sobre programas de capacitación en salud mental a paramédicos y agentes comunitarios, con el propósito de que sean capaces de identificar y atender casos, realizar acciones de promoción de salud y de rehabilitación, así como coordinar programas locales. En algunos proyectos se ha trabajado con pacientes o familiares de estos que actúan como agentes comunitarios; estos pueden ser excepcionalmente útiles en labores educativas, en el reconocimiento de los enfermos mentales con psicosis y en la provisión de orientación para recibir la ayuda necesaria.

Las redes deben ser organizadas por los propios servicios oficiales de salud mental, si bien en algunos casos pueden intervenir otros sectores gubernamentales e incluso algunas organizaciones no gubernamentales. Las redes pueden cumplir un sinnúmero de tareas y funciones (OMS, 2001; Rodríguez, 1998; Rodríguez, 2000); entre ellas podemos citar:

- Alojamiento.
- Empleo y autonomía económica.
- Actividades de ocio y tiempo libre; fomento de actividades culturales, deportivas y recreativas.
- Movilidad y comunicaciones.
- Apoyo a las familias y grupos de usuarios.
- Actividades educativas y de información.
- Reducción del estigma.
- Abogacía y defensa de los derechos de los pacientes.
- Acceso a servicios de salud y otros recursos disponibles localmente.
- Atención diferenciada a pacientes con un grado evidente de discapacidad.
- Movilización y coordinación interinstitucional logrando una cooperación efectiva entre los distintos actores.

## Reducción del estigma de la enfermedad

Según Goffman (1988), la noción de estigma viene de los griegos, que se referían así a las cicatrices que se le hacían a un individuo (mediante cortes o quemaduras) para alertar sobre su situación social o su maldad, como esclavos, traidores o salteadores. Posteriormente, el estigma adquirió la connotación de signos corporales de la gracia divina (marcas semejantes a las cinco llagas de Cristo) y se usó en medicina para referirse a signos corporales de enfermedad física. Actualmente el término se usa más para designar características de comportamiento o etiquetas que marcan simbólicamente al individuo, causan vergüenza, desaprobación e infortunio y conducen a la discriminación social.

En el campo de la salud, el estigma se da como una forma de prejuicio social infligido a un individuo del cual se sospecha que es portador de ciertas enfermedades, como el cáncer, el SIDA, la lepra, las enfermedades mentales, etc. Así, uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento de las enfermedades de larga evolución, como la esquizofrenia y demás psicosis, es el estigma que se les asocia.

### Consecuencias del estigma de la enfermedad mental

El estigma de la enfermedad mental recae sobre el paciente, sus familiares y amigos y sobre todo lo que concierne a su tratamiento. Nuestra sociedad también estigmatiza a las instituciones de salud mental, a los profesionales que trabajan en ellas y a los medicamentos psicotrópicos. Disminuir el impacto del estigma de la enfermedad mental es, ciertamente, uno de los mayores desafíos para mejorar la atención de las afecciones de salud mental en una comunidad (Sartorius, 1999).

En el informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos sobre la salud mental (US Department of Health and Human Services, 1999) se describe así el impacto del estigma:

El estigma mengua la confianza en que los trastornos mentales son problemas sanitarios reales y tratables. Causa que se evite socializar, vivir o trabajar con quienes padecen trastornos mentales, así como ofrecerles empleo o alquilarles una vivienda [. . .] El estigma desincentiva la asignación de recursos a los servicios de salud mental, con lo que reduce el acceso de los pacientes al tratamiento y a los servicios sociales. La consiguiente dificultad para conseguir tratamiento refuerza la tendencia destructiva de baja autoestima, aislamiento y desesperación. Trágicamente, el estigma priva a las personas de su dignidad y dificulta su plena participación en la sociedad.

La aplicación de la teoría de las “etiquetas” sociales en la enfermedad mental (Scheff, 1974) fue muy discutida en la bibliografía sobre el estigma, y hay discrepancia entre si la etiqueta de enfermo es, por sí misma, el principal componente de la discriminación o si factores como la apariencia y el comportamiento del paciente son más importantes.

Se llevó a cabo un experimento (Piner *et al.*, 1984) para demostrar que el simple hecho de comunicar que uno es paciente psiquiátrico genera efectos de rechazo, independientemente del comportamiento de la persona: se dividió una tarea (una prueba de memorización) entre voluntarios, que desconocían que sus compañeros de la prueba eran colaboradores adiestrados. En la sala de espera, estos colaboradores comentaban que estaban en tratamiento psiquiátrico, mientras que en el grupo testigo decían que los estaban tratando por un problema físico, siendo esta la única variante entre los dos grupos. Los participantes del grupo experimental evaluaron peor el desempeño de sus socios (supuestamente con problemas psiquiátricos) y se esforzaron significativamente más en la prueba (para “compensar” el peor desempeño esperado del socio) que el grupo testigo.

La estigmatización de las enfermedades mentales es particularmente intensa en el caso de los trastornos psicóticos, principalmente la esquizofrenia. Tal vez la consecuencia más objetivamente observable del estigma del paciente con trastornos psicóticos sea la **discriminación social**. Simplemente saber que el paciente tiene una enfermedad mental conlleva desventajas en el acceso al empleo (Farina y Feliner, 1973), la vivienda (Page, 1977), los servicios sociales y el tratamiento médico en general. Teplin (1985), al acompañar a policías en su labor cotidiana de atención a la población, observó que las personas con síntomas de trastorno mental grave no cometían más crímenes que el conjunto de la población, pero tenían en cambio mayores probabilidades de ser detenidos, independientemente de la gravedad del delito cometido. Las oportunidades de hacer amistades, iniciar una relación amorosa o casarse son reducidas. De la misma forma, sentirse bien aceptado y adaptado en una agrupación (deportiva, cultural, política, etc.) es muy difícil.

Los síntomas de la esquizofrenia empeoran según el entorno, las recaídas se presentan con facilidad, al igual que el peor pronóstico de la enfermedad, como demostraron los trabajos con “emociones expresadas” (Brown *et al.*, 1972). Una persona joven que haya presentado un episodio psicótico con buena remisión de los síntomas, por ejemplo, puede no obstante tener grandes dificultades para regresar a su trabajo o estudio, pues los comentarios y miradas, ya sean críticos, jocosos o incluso de cierta conmiseración, pueden hacer el ambiente insoportablemente estresante para alguien ya fragilizado y retardar mucho su recuperación.

El estigma se considera un factor ambiental que también puede agravar los síntomas negativos en la esquizofrenia (Strauss *et al.*, 1989), pues el paciente puede aceptar el papel de incapacitado y no intentar desarrollar capacidades compensatorias del trastorno, además de mantenerse más aislado para huir del rechazo.

Al comprobar el peso del estigma en la evolución de la enfermedad, una de las hipótesis que tal vez expliquen la mejor evolución de los pacientes con esquizofrenia en países en desarrollo (Lin *et al.*, 1988), es la presencia de características culturales que favorecen la estigmatización de los pacientes en los países desarrollados. Por ejemplo, en las sociedades industriales se insiste en el éxito individual y se marca a los “individuos” con menor competitividad; paradójicamente, el tratamiento médico más eficaz ofrece alternativas para la inserción de la persona en la sociedad solo en su papel de “paciente psiquiátrico” (Waxler, 1979; Cooper y Sartorius, 1977). Hay estudios que señalan que los rápidos cambios acaecidos en las sociedades tradicionales de los países en desarrollo son acompañados por un mayor rechazo al paciente con esquizofrenia, a semejanza de las sociedades industriales de los países desarrollados (Prabh *et al.*, 1984).

Otra consecuencia grave es que el temor de ser catalogado como enfermo mental puede ser una de las principales causas del retraso en buscar tratamiento, o de su abandono (Phillips, 1963).

Es frecuente que las instalaciones de atención a la salud mental en hospitales y servicios ambulatorios estén mal equipados y ubicados en un sector de menor importancia y movimiento del edificio. Muchas veces se transfieren al servicio de psiquiatría, “donde no pueden poner en riesgo la vida de un paciente”, a los empleados que no hayan resultado adecuados en otros servicios. Los recursos invertidos en salud mental son desproporcionadamente pequeños, visto el impacto de la enfermedad mental en la sociedad. Como recuerda Sartorius (1999): “[. . .] la consecuencia es que [a los pacientes] se les niega el acceso al mejor tratamiento y a servicios de calidad [. . .] la atención por personal subcalificado dará malos resultados, lo que confirmará el mito de la imposibilidad de tratar las enfermedades mentales”.

Para la familia, el impacto de la enfermedad es todavía mayor debido al estigma de la enfermedad (Phelan *et al.*, 1998; Kreisman y Joy, 1974), pues los familiares pueden ser estigmatizados también por asociación con el paciente. Por ejemplo, los hermanos tienen menos oportunidades de casarse y la familia puede verse aislada, sin que la inviten a actos sociales. Las ideas erróneas sobre la enfermedad se deben a la educación recibida de los padres, o las simplezas que se dicen sobre los factores genéticos en las enfermedades mentales aumentan todavía más el peso a que deben hacer frente los familiares, con ideas de culpabilidad y vergüenza. Las acciones para la reducción del estigma se pueden dividir en cinco apartados:

- Estrategias generales
- Modificación de las actitudes de la población y en el sistema educativo.
- Modificación de las actitudes de los profesionales de salud.
- Modificación de las actitudes de los medios de comunicación.
- Promoción y defensa de los derechos de las personas con trastornos psicóticos.

### **Estrategias generales**

En primer lugar, cabe destacar que cada comunidad reacciona a la enfermedad mental con matices particulares y que para combatir la estigmatización del paciente tenemos primero que entender en profundidad las manifestaciones locales de la misma.

Los grupos focales (Dawson *et al.*, 1992) pueden ser una buena opción para recoger las principales quejas y sugerencias de las personas con trastornos psicóticos, sus familiares y los profesionales de salud implicados; también se podrían explorar las actitudes y comportamientos frente a la enfermedad mental, tanto en la población como en grupos clave (profesionales de salud, medios de comunicación, educadores y policía, entre otros).

En los años que siguieron a la segunda guerra mundial se llevaron a cabo en los Estados Unidos grandes campañas de comunicación contra el estigma, con poca eficacia en aquella época. Desde entonces, las técnicas de comunicación en educación para la salud se han perfeccionado, por ejemplo, mediante la “segmentación de las audiencias”: se identifican grupos destinatarios más homogéneos y se prevén estra-



tegrías específicas de acción (WPA, 1999). Entre otras, las campañas de prevención del SIDA, de planificación familiar o de reducción de la mortalidad infantil son eficaces cuando se planean y aplican bien.

Las campañas informativas destinadas a las distintas poblaciones pueden comenzar por reuniones de grupos de interesados, con vistas al diálogo y al intercambio de experiencia. Los profesionales de salud mental, los enfermos psicóticos y sus familiares pueden ser invitados a tal actividad, recibir un pequeño adiestramiento en técnicas de hablar en público y presentarse conjuntamente, intentando combinar información científica con explicaciones acerca de las dificultades debidas al estigma y a la discriminación por la enfermedad. Estas reuniones pueden tener lugar en diferentes establecimientos y locales públicos, de manera voluntaria y con un costo que se limita al transporte de los participantes y a la infraestructura para la presentación.

Esta estrategia no ha de ser la única acción contra la estigmatización, pero presenta algunas ventajas para la educación de una masa crítica de personas sensibilizadas y la acumulación de temas y relatos que alimentan otras medidas de mayores proporciones. Además de la mayor sensibilización de la audiencia y de su bajo costo, el carácter periódico de estas presentaciones conlleva beneficios secundarios, pues los profesionales de salud implicados afinan su sensibilidad clínica respecto a cuestiones relativas al estigma de la enfermedad, los derechos del paciente, las consecuencias del error diagnóstico, etc. También aumenta la autoestima del paciente y de sus familiares, con lo que se pone la semilla para futuras asociaciones de defensa de los usuarios de servicios de salud mental.

## Modificación de las actitudes de la población y en el sistema educativo

### Contenido de las campañas

Diversos estudios de las actitudes de la población con respecto a los enfermos mentales, realizados en los Estados Unidos y en Gran Bretaña (Brockington *et al.*, 1993; Taylor *et al.*, 1981), ponen de manifiesto diversas actitudes estigmatizadoras:

- **Miedo y segregación** (idea de que los enfermos mentales son peligrosos, deseo de que no haya instituciones o viviendas para pacientes psiquiátricos en el vecindario).
- **Autoritarismo** (o control social: se considera que el paciente es incapaz, por deficiencia o mala voluntad, de hacerse cargo de su vida o su tratamiento, por lo cual el Estado debe proporcionarle tratamiento obligatorio).
- **Conmiseración** (que algunos autores consideran una forma “más blanda” de estigmatización, en la que se ve al paciente como a un niño que necesita ayuda).

Así, existe toda una serie de estereotipos y prejuicios en el estigma de la enfermedad que debe combatirse en actividades de información en materia de salud. El programa mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, por su sigla en inglés: *World Psychiatric Association*) contra el estigma y la discriminación causados por la esquizofrenia (Kreisman *et al.*, 1974) puso de relieve una serie de conceptos erróneos sobre la esquizofrenia que pueden existir en una comunidad (cuadro 29). Hacerles frente puede disminuir la desinformación y el consiguiente estigma de la enfermedad.

### **Cuadro 29. Conceptos erróneos relacionados con la esquizofrenia.**

---

1. Nadie se cura de la esquizofrenia.
  2. La esquizofrenia no tiene tratamiento.
  3. Las personas con esquizofrenia son peligrosas y violentas.
  4. Las personas con esquizofrenia tendrían que quedarse siempre internadas, o en prisión.
  5. Las personas con esquizofrenia son perezosas y maleducadas.
  6. Lo que dicen las personas con esquizofrenia no tiene sentido, son tonterías.
  7. Las personas con esquizofrenia son totalmente incapaces de tomar decisiones racionales sobre su propia vida (por ejemplo: dónde vivir, opciones de tratamiento, etc.).
  8. Las personas con esquizofrenia son imprevisibles.
  9. Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar.
  10. Las personas con esquizofrenia van empeorando cada vez más durante su vida.
  11. Las personas con esquizofrenia pueden contagiar a otros su locura.
  12. La esquizofrenia es resultado de un fallo del carácter y de la falta de voluntad de curarse.
  13. Los padres tienen la culpa de la esquizofrenia de sus hijos.
  14. Creencias sobre las causas de la esquizofrenia en diversas culturas: fetichista; espíritus maléficos; mal de ojo; posesión demoníaca; ingesta de venenos; transmisión por la leche materna; masturbación; leer o estudiar en exceso; frustración amorosa; llevar una vida desordenada; fumar o beber excesivamente, etc.
- 

#### Población destinataria

Las campañas educativas pueden constar de varias intervenciones diferentes, para el conjunto de la población o para colectivos específicos (como los ya citados en las estrategias generales).

Entre las estrategias posibles, dar prioridad a los estudiantes de los diversos niveles de enseñanza tiene como ventajas:

- Tienen acceso fácil a la población destinataria.
- Están familiarizados con técnicas de enseñanza (foros, grupos de debate).
- Pueden, con su entusiasmo natural, tener un mejor efecto multiplicador, llevando la información a sus familias y a su comunidad.
- Pueden fomentarse competiciones entre estudiantes, con representaciones teatrales, concursos de carteles, monografías, etc., sobre el tema de la lucha contra el estigma.

En las intervenciones psicoeducativas contra el estigma de la enfermedad mental, uno de los mayores factores de impacto positivo es el contacto previo de quien va a aplicar la intervención con el enfermo mental que la va a recibir (Penn *et al.*, 1994). Este contacto no solo posibilita la percepción de la dimensión humana de la persona enferma, sino que también permite contraponer la experiencia real y los mitos sobre la peligrosidad o el carácter crónico del enfermo mental, por ejemplo. Este dato es útil para planificar actividades educativas en donde se expongan situaciones lo más cercanas posibles a la realidad, como testimonios de enfermos (a quienes debe darse garantía de anonimato, en caso necesario), o actores que representen a enfermos en diferentes fases de la enfermedad, trabajando, con la familia, etc.

Las acciones que aumentan la posibilidad de contacto diario entre el enfermo y los demás miembros de la comunidad, acompañadas del aumento de conocimientos de dicha comunidad sobre la enfermedad, tal vez sean las más eficaces para reducir el estigma a largo plazo. Actividades como clases de teatro o de gimnasia, por ejemplo, abiertas tanto a los afectados de esquizofrenia como a otras personas de la comunidad, o el simple hecho de que el paciente, que antes se encerraba en una habitación o vagaba por las calles, pase a vivir en una residencia terapéutica y haga sus compras en el mercado del barrio, facilitan el contacto.

### **Modificación de las actitudes de los profesionales de salud**

La esquizofrenia, como otras enfermedades de larga evolución, generalmente se ve con desconfianza y pesimismo, lo que reduce las expectativas y la implicación del profesional y perjudica el tratamiento de los pacientes (Byrne, 2000). Por eso, identificar y combatir las propias actitudes estigmatizadoras debería ser una de las metas del profesional de salud. Uno de los instrumentos más valiosos en esta lucha es la educación y el uso cuidadoso del lenguaje y de la manera de plantear el problema del paciente.

Compartir conocimientos con los pacientes y sus familiares ayuda a disminuir la culpabilidad y la vergüenza que los afligen. El uso de expresiones genéricas, como “crisis psicótica”, en vez del término esquizofrenia, tiene un significado inconsciente de negación del problema. El nombre de la enfermedad no debe disfrazarse, pues la esquizofrenia no es un trastorno cuyo nombre no deba pronunciarse. Es fundamental educar al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, para que puedan hacerle frente (White, 2003). En este proceso, es fundamental no confundir al paciente con su diagnóstico, evitando utilizarlo como adjetivo. Una intervención a este nivel, además de aumentar el respeto verbal por la persona estigmatizada, supone una tentativa de decir que existe algo errado en el lenguaje de quien estigmatiza.

Para desarrollar esta tarea, el profesional tiene que aprender y adquirir habilidades de relación y comunicación (Sartorius, 1998). Sobre todo, es importante mostrar empatía, escuchar, tolerar y comprender al paciente como un individuo con preocupaciones y necesidades (Scambler, 1998; Crisp, 2000). Estas necesidades pueden investigarse si se conoce la naturaleza de las experiencias adversas del paciente, la extensión de su red social, la imagen que tiene de sí mismo y otros aspectos relevantes de sus características personales, para incorporarlas al plano de tratamiento. Reconocer la existencia de prejuicios es tan fundamental como investigar la presencia de ideas suicidas (Byrne, 1999).

Como ya hemos apuntado, las personas con esquizofrenia tienen peculiaridades que las hacen especialmente susceptibles a la estigmatización. Además de ello, la estancia del paciente durante mucho tiempo en hospitales psiquiátricos distantes lo aleja de la comunidad, lo que contribuye a su exclusión. Por otro lado, dejar al paciente en crisis, sin una intervención rápida e incisiva, puede significar que presente en público comportamientos inadecuados, que podrán marcarlo para siempre en su comunidad.

Por este motivo, la acción educativa debe ampliarse a otros círculos, con amplia implicación del profesional en programas de educación comunitaria, en los cuales debe discutirse la importancia del estigma, buscando deshacer estereotipos y prejuicios (Scambler, 1998).

No obstante, posiblemente la educación en forma aislada no sea suficiente para acabar con las actitudes estigmatizadoras, que presentan un componente afectivo, además del cognitivo. El modelo basado en que “las personas aquejadas de esquizofrenia no son imprevisibles, peligrosas, incapaces, etc.” no tiene la fuerza necesaria para modificar un circuito condicionado de respuesta emocional. Una experiencia emocional nueva y positiva tiene más impacto que un modelo teórico. Según Haggihat (2001), la creación de grupos de debate para eliminar los miedos relacionados con la esquizofrenia puede ayudar a que el equipo madure y cambie de actitud.

Las actividades de rehabilitación como la terapia ocupacional y el trabajo en ambiente protegido tienen aquí un papel fundamental. Hay que velar por no infantilizar al paciente con tareas muy por debajo de sus capacidades. Las actividades de adaptación y el adiestramiento de roles son recursos que cabe intentar en casos más graves. Estos elementos de socialización serán más positivos si el profesional utiliza prioritariamente los psicofármacos que controlan los síntomas y reducen al mínimo los efectos secundarios indeseables.

Los efectos extrapiramidales como la discinesia o el parkinsonismo secundario, la sedación, la sialorrea o el aumento excesivo de peso son muy llamativos y contribuyen no solo al abandono del tratamiento, sino también al estigma de la enfermedad en la acepción más literal del término: el paciente con estos efectos colaterales lleva la enfermedad marcada en el rostro. Corregir los efectos secundarios mediante anticolinérgicos o, siempre que sea posible, con neurolepticos de nueva generación, así como orientar dietéticamente a los pacientes, son acciones de gran impacto para su inserción social.

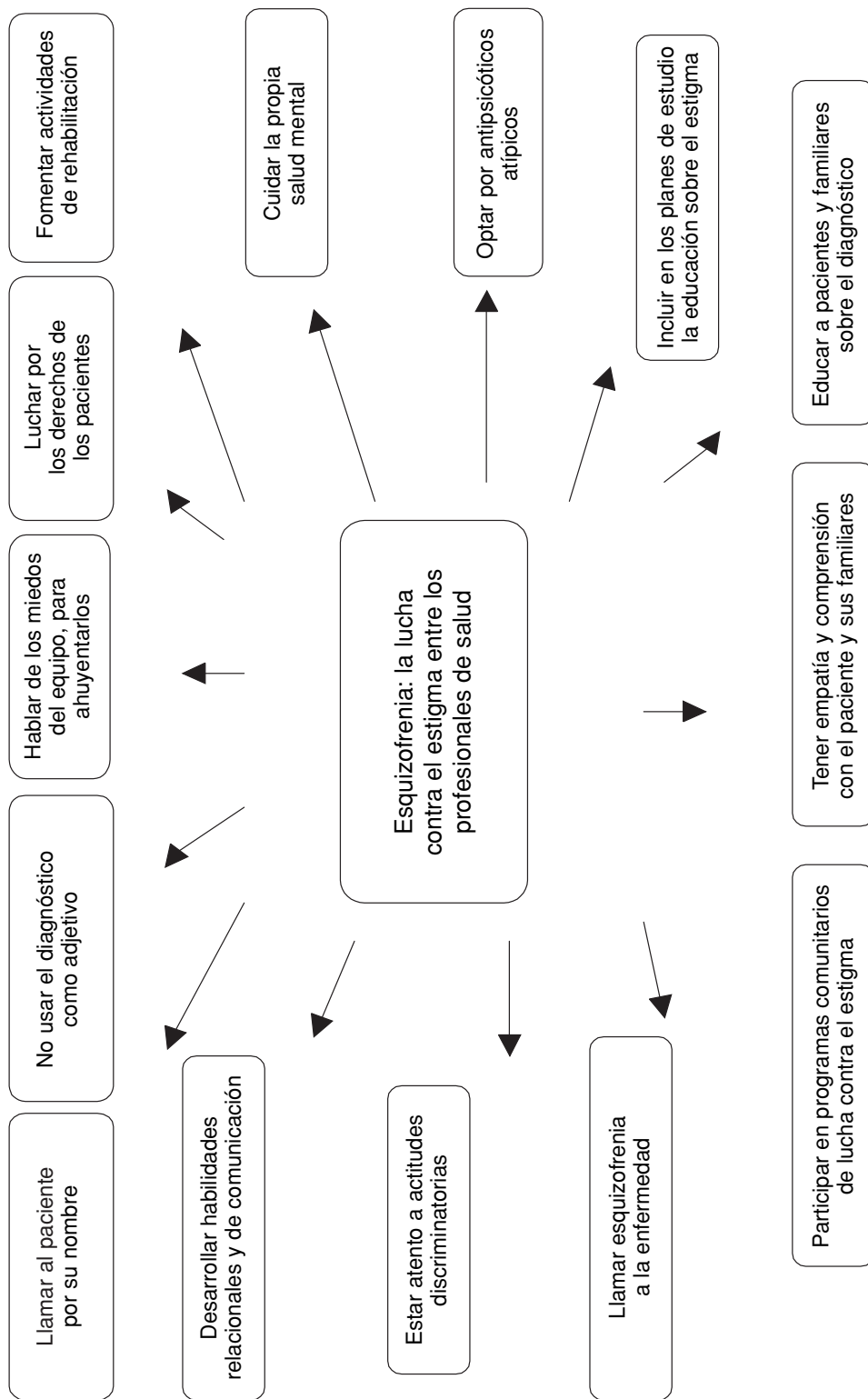
Hay que subrayar que la prevención del estigma es, probablemente, más eficaz que las acciones para combatirlo. Una etapa fundamental para este tipo de prevención es el período de formación de los profesionales de salud. Esta tarea puede llevarse a cabo estimulando el debate sobre el estigma, animando a los estudiantes a resolver sus propios conflictos emocionales y capacitándolos para reconocer y modificar sus actitudes discriminatorias. En la figura 11 se presenta un resumen de las actividades que los profesionales de salud deben llevar a cabo para reducir el estigma relacionado con la enfermedad mental.

### **Modificación de las actitudes de los medios de comunicación**

Diversos estudios sobre el contenido en los medios de comunicación respecto de la enfermedad mental, su tratamiento y sus consecuencias alertan sobre distorsiones como las que se describen a continuación:

1. Gran parte de “los malos” de las películas, series y novelas de la televisión estadounidense se presentan como afectados de algún tipo de “locura”, que justificaría no solo su comportamiento violento y transgresor sino también su sentido sádico de maldad (Hyler *et al.*, 1991; WPA, 1999).
2. En estas mismas obras de ficción, si el personaje con trastorno mental no aparece como violento, muchas veces lo hace como personaje cómico, de comportamiento extraño, ridículo o infantil.
3. Asimismo, en las obras de ficción se presenta a los profesionales de salud mental como incompetentes, excéntricos o malévolos con los pacientes.

Figura 11. Mapa de actividades



4. En la prensa y en los informativos radiofónicos o televisados, las noticias sobre enfermos psicóticos implicados en delitos tienden a ser sensacionalistas y exageradas, y transmiten conceptos erróneos a la población (Ferriman, 2000).

Cualquier acción contra el estigma de la enfermedad mental tendrá que contar con el apoyo de los medios de comunicación, mediante contactos con profesionales y agencias de comunicación; se deberá hacer énfasis en las consecuencias de la desinformación y las ideas preconcebidas (Mayer *et al.*, 1992) y ganar mayor espacio para difundir conceptos científicos e iniciativas que promuevan la integración del paciente.

### **Promoción y defensa de los derechos de las personas con trastornos psicóticos**

Los derechos de los enfermos psiquiátricos pasan por el derecho al mejor tratamiento disponible, el derecho a la ayuda social del Estado, y el derecho a que no se les discrimine por su enfermedad.

Los grupos de autoayuda de enfermos psicóticos y de sus familiares deben ser estimulados pues, además de la presión social que ejercen por el cambio, detectan prácticas discriminatorias; también son un valioso instrumento terapéutico para mejorar la autoestima, el compromiso con el tratamiento, la comprensión de la enfermedad, la ayuda en la comunicación con familiares, colegas, vecinos, empleadores, etc., además de que favorecen la rehabilitación y la integración social del paciente.

En mayor escala, el sector salud debe buscar contactos en la sociedad para generar una política de protección jurídica de los enfermos mentales y contra su discriminación. Como ejemplos, se pueden mencionar campañas para que en la cobertura de los planes privados de seguro de salud se incluyan las afecciones psiquiátricas, para que los enfermos mentales no permanezcan injustamente detenidos en prisiones o para que la distribución de medicamentos psiquiátricos esté garantizada en los servicios de salud, del mismo modo que otros trastornos de larga duración.

Tales actividades deben tener en consideración el concepto de “habilitación” (*empowerment*) (Corrigan *et al.*, 1997), que puede entenderse como la capacidad personal o de un grupo de luchar por una agenda política y económica libre de excesivas intervenciones gubernamentales, o también como una especie de liberación psicológica de miembros de grupos excluidos de la toma de decisiones para luchar por sus derechos, sin paternalismos (Cashmore, 1996).

Las intervenciones ante las empresas pueden también ser provechosas para disminuir la discriminación en la contratación de empleados, e incluso para ofrecer condiciones de trabajo protegido a personas incapacitadas por la enfermedad (Bond *et al.*, 1997).

Como conclusión, recordemos a Goffman (1963): “La diferencia entre una persona normal y una estigmatizada es una cuestión de perspectiva: el estigma, como la belleza, está en los ojos de quien mira”.

**El derecho internacional de derechos humanos,  
instrumento esencial para luchar contra el estigma y la discriminación  
de las personas con trastornos mentales**

Existen varios instrumentos generales para la defensa de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. En ellos se establecen los derechos de las personas “[. . .] sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”, tal como señala el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Consecuentemente, las personas con trastornos mentales están protegidas por estos instrumentos no solamente en relación con prácticas discriminatorias sino también respecto al ejercicio de todos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como sus libertades fundamentales.

Según distintos documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en el contexto de los hospitales psiquiátricos y de las personas con trastornos mentales se violan diferentes derechos humanos y libertades fundamentales. Entre ellos, los que se quebrantan con mayor frecuencia incluyen el derecho a la libertad; la privacidad; el trato humanitario; el respeto; la admisión voluntaria en las instituciones psiquiátricas; las garantías judiciales; el proceso correspondiente; el voto; la apelación ante un tribunal de cualquier decisión sobre su estado de salud; el trabajo; la seguridad social; la educación, y el derecho a la salud física y mental, así como la libertad de expresión y la libertad de movimiento y residencia.

El estigma y discriminación que muchas veces viven las personas internadas en las instituciones psiquiátricas ha ocasionado que la Corte Europea de Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (de la Organización de los Estados Americanos) consideren las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas para determinar si los Estados cumplen con las convenciones internacionales de derechos humanos y, más aún, si se han cometido actos discriminatorios o tratamientos inhumanos y degradantes que agraven el estigma asociado a los trastornos mentales.

Las normas generales de derechos humanos y los estándares internacionales sobre derechos humanos y salud mental no han sido incorporados en las legislaciones, políticas y planes de los países de la Región de las Américas, de acuerdo con información recabada por la OPS. En la Región, con frecuencia dichas normas y estándares constituyen el único mecanismo legal efectivo para proteger a las personas con trastornos mentales de actos discriminatorios y violaciones graves a sus derechos humanos básicos y libertades fundamentales.

En 2001, la Unidad de Salud Mental y el Área de Asuntos Jurídicos de la OPS iniciaron actividades conjuntas para promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en América Latina y el Caribe, ante el estigma y discriminación que enfrentan. Las principales actividades incluyen talleres de capacitación, colaboración con organismos regionales e internacionales de derechos humanos, apoyo técnico a los países para la formulación o reforma de las leyes sobre salud mental y el lanzamiento de campañas regionales de promoción tales como la de “Salud mental y derechos humanos, un nuevo enfoque”.

Cabe destacar los talleres de capacitación sobre derechos humanos y salud mental, que la OPS está organizando con la colaboración de la OMS y la CIDH. Hasta el momento se han realizado 14 talleres en Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. Los participantes casi siempre representan a sectores gubernamentales y de la sociedad civil, así como a los usuarios y sus familiares. Algunos resultados de estos talleres han sido la revisión o formulación de legislaciones y políticas de salud mental, de conformidad con el derecho internacional de derechos humanos, la creación de redes nacionales y comités de vigilancia para la defensa de los derechos humanos y la lucha contra el estigma, la creación de comités nacionales para la revisión de las legislaciones nacionales y la supervisión de los hospitales psiquiátricos por parte de las defensorías de derechos humanos o del ombudsman.





## Normas para la investigación de la esquizofrenia en América Latina

### Introducción

La investigación en temas de salud pública relacionados con la esquizofrenia en América Latina es mínima. La mayor parte de los países de la Región no ha priorizado los programas de atención comunitaria y la desinstitucionalización, y tampoco han llevado a cabo programas para reducir el estigma. En los países menos adelantados, el tratamiento se centraliza en las principales ciudades y casi no existe en otros sitios; el hospital psiquiátrico es el punto neurálgico para la prestación de atención. La brecha de tratamiento es amplia y la disponibilidad de los psicofármacos más recientes, que pueden reducir la discapacidad y el riesgo de efectos colaterales adversos graves, es escasa. Sin datos apropiados que documenten el alcance del problema de salud pública y soluciones eficaces en función de los costos es poco el impulso existente para el cambio de políticas.

El desarrollo de las capacidades de investigación en los países de América Latina en temas de salud pública relacionados con la esquizofrenia es indispensable para superar los obstáculos mencionados. En algunos países se han registrado contribuciones importantes en el área epidemiológica; sin embargo, es muy escasa la información basada en la evidencia científica relacionada con las necesidades de las poblaciones, la implementación de servicios de salud mental, así como la efectividad de las intervenciones y programas para enfermos con psicosis. Por esta razón, la mayoría de los países ha desarrollado planes de salud mental basados en datos extrapolados de estudios realizados en países de Europa o en los Estados Unidos de América, donde las poblaciones tienen características y necesidades muy distintas de las latinoamericanas.

Para superar esta situación, las prioridades de investigación en temas relacionados con las psicosis en América Latina deben centrarse en varias áreas:

1. Estudios epidemiológicos para documentar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la psicosis no afectiva en la comunidad. Tal investigación es necesaria para documentar el alcance del problema y qué grupos demográficos requieren mayor atención. Además, la investigación epidemiológica proporciona datos sobre la utilización de servicios, tanto de quienes obtienen tratamiento cuanto de quienes no lo logran.
2. Estudios de prevalencia de los casos tratados complementan las encuestas comunitarias para discernir qué tipo de pacientes con psicosis se hallan en el sistema de salud mental y evaluar la calidad de la atención que se recibe.
3. Estudios que examinen programas innovadores de tratamiento comunitario que posibilitan la desinstitucionalización y descentralización; estos estudios aportan datos que son generalizables a otros entornos en la Región y que actualmente hacen falta. Sin tales datos, los programas beneficiosos no pueden emularse en otros sitios.

4. Estudios sobre el estigma del enfermo mental y las actitudes hacia él por parte de la comunidad pueden ser útiles para comprender los obstáculos en la atención. Tales estudios también permiten examinar la investigación de los programas encaminados a brindar educación para modificar las actitudes, incluidos los que contemplan iniciativas legislativas.
5. Estudios económicos para demostrar que los cambios de política son eficaces en función de los costos y viables. Esto incluye estudios que examinan la desinstitutionalización, el manejo de casos, así como el empleo de los psicofármacos más nuevos.

### Principios en la investigación de la esquizofrenia

Varios principios básicos se aplican a la investigación de individuos con esquizofrenia. 1) Los sujetos deben seleccionarse de un modo especificado de antemano para reducir al mínimo cualquier sesgo de selección. 2) Los resultados deben basarse en medidas objetivas que se validan. Las evaluaciones subjetivas de los resultados son inaceptables. 3) Debe emplearse un método estandarizado para comprobar el diagnóstico. 4) Las medidas de resultado deben efectuarse mediante los instrumentos establecidos para las variables de interés. 5) Si los estudios incluyen a individuos con psicosis aguda e incapaces de responder con exactitud a los cuestionarios estandarizados, debe considerarse como recurso potencial a un miembro de la familia que participe en la asistencia del enfermo. 6) Los estudios multicéntricos deben emplear series similares de medidas, para permitir las comparaciones cuando ello sea posible. 7) Los estudios deben basarse en protocolos de investigación nítidamente diseñados que esbocen con claridad todos los métodos y procedimientos. 8) Los aspectos éticos inherentes a la investigación deben abordarse cuidadosamente. 9) Debe delinearse un plan claro para la publicación y difusión de los resultados.

### Selección de muestras

Los métodos para la selección de la muestra deben considerarse minuciosamente. El principio básico de cualquier estudio es que la muestra sea representativa de la población de interés, lo que por lo general se logra mediante una muestra aleatoria. Con frecuencia, como en los estudios sobre la utilización de servicios, es posible que no se pueda obtener una muestra aleatoria verdadera. Algunos estudios se basan en pacientes consecutivos, pero una limitación para el empleo de este método es que el período durante el cual se realiza el estudio pueda convertirse en un factor que influya sobre los resultados. Los procedimientos de aleatorización pueden variar desde los diseños de bloque hasta sencillamente seleccionar a los individuos mediante las tablas de números aleatorios. En las encuestas epidemiológicas comunitarias, deben tenerse en cuenta las probabilidades de seleccionar un hogar particular y un individuo determinado en un hogar.

Otro tema que debe considerarse es el tamaño de la muestra. El estudio debe incluir un número suficiente de individuos para lograr el “poder” que permita observar un efecto. Una muestra demasiado grande tampoco es aconsejable por los recursos adicionales y el costo agregado necesarios.

En los estudios que examinan la prevalencia de casos no tratados de esquizofrenia, por lo general, la muestra debe ser seleccionada de la comunidad. La esquizofrenia es un trastorno relativamente raro con una prevalencia de cerca de 0,8% (Kohn *et al.*

1998); por consiguiente, es necesario el muestreo de grandes poblaciones para obtener pocos casos. Los informantes clave pueden ser una posible solución para este problema, pero presentan el inconveniente de perder los casos más sutiles, en los cuales los individuos con psicosis mantienen un nivel elevado de funcionamiento.

La obtención de individuos en tratamiento puede ser una tarea más sencilla. Sin embargo, en los países con numerosas instituciones, tanto públicas como privadas, y con muchos entornos clínicos de enfermos hospitalizados y pacientes ambulatorios, el tema se vuelve más complejo. La representatividad del entorno clínico se torna prioritaria. Un estudio de la prevalencia de casos tratados puede requerir tener en cuenta todos los entornos.

En los países con sistemas de atención de salud bien diseñados, el cálculo de la prevalencia de casos tratados puede efectuarse a partir de los primeros episodios de casos atendidos en salas de urgencias y otros entornos clínicos (Bromet *et al.* 1992). Un pequeño número de países cuenta con registros de casos psiquiátricos que permiten el cálculo exacto de la prevalencia de casos tratados. En otros países, al menos para los entornos de hospitalización públicos, las bases de datos de seguro nacionales son útiles para la obtención de cálculos de prevalencia. En los países en desarrollo, puede ser necesario hacer un censo literal de los establecimientos, en caso de que estos recursos no existan.

## **Establecimiento del diagnóstico de la esquizofrenia**

El diagnóstico clínico de esquizofrenia efectuado por un profesional de la salud mental o mediante una revisión de la historia clínica puede ser poco preciso, ya que con frecuencia los diagnósticos clínicos no se ajustan a los criterios de diagnóstico basados en el DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1993). La seguridad de que un sujeto satisface los criterios para el diagnóstico en cuestión es la base fundamental de cualquier investigación.

El método usado para establecer el diagnóstico de la esquizofrenia puede variar según el tema investigado, los recursos disponibles y el ámbito del estudio. Existen tres instrumentos principales para establecer el diagnóstico de la esquizofrenia u otra psicosis no afectiva.

La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) (Robins *et al.*, 1988) es una entrevista totalmente estructurada, administrada por legos. El diagnóstico se establece al introducir los datos en un programa de computación. En función de los costos, la administración de la CIDI es eficaz en grandes muestras de población. Sin embargo, depende de la información y la respuesta directa del sujeto y acepta la respuesta al valor nominal. Por consiguiente, un individuo con indudable ideación delirante y alucinaciones puede negar los síntomas y ser estos posteriormente calificados como negativos. La CIDI contiene un módulo que permite al entrevistador ingresar información sobre el comportamiento observado. Se ha cuestionado la validez de los diagnósticos efectuados mediante el módulo de psicosis de la CIDI (Andrews, 2000). Varios investigadores han usado la CIDI como una evaluación inicial y se realizó seguimiento de los que resultaron positivos mediante una entrevista semiestructurada (Kendler *et al.*, 1996).

El Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, por su sigla en inglés: *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) (Wing *et al.*, 1990)

es una entrevista semiestructurada que debe ser administrada por un profesional de la salud mental. El SCAN, como otras entrevistas semiestructuradas, ofrece la flexibilidad de valerse de la información y del juicio clínico provenientes de otras fuentes para calificar los síntomas. El SCAN explora integralmente y con minuciosidad una amplia gama de síntomas psiquiátricos específicos, y el empleo posterior de un programa de computación proporciona el diagnóstico. La desventaja del SCAN es que es la más lenta de todas las entrevistas programadas. Su ventaja es que brinda datos detallados sobre la presentación de cada uno de los síntomas y puede usarse para examinar la variación de los criterios de diagnóstico. El SCAN aporta datos sobre las alucinaciones o la ideación delirante específica, incluida la atribución y la fecha de aparición y desaparición. El SCAN es sumamente útil cuando se precisa una descripción detallada de la presentación de los síntomas de la psicosis. Se la emplea en los ámbitos clínicos o en los estudios epidemiológicos como un instrumento de segunda fase, después de administrar una evaluación que sugiere el diagnóstico de una psicosis no afectiva.

La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM (SCID, por su sigla en inglés: *Structured Clinical Interview for DSM*) (Spitzer *et al.* 1992) también es semiestructurada y requiere ser administrada por un profesional de la salud mental. La SCID es asimismo flexible, pues permite el uso del juicio clínico para determinar la existencia de un síntoma y la información originada en otras fuentes. Es un instrumento más breve que el SCAN puesto que se centra en establecer la presencia de cada uno de los criterios de diagnóstico y no explora los síntomas con el mismo detalle. Se basa en los diagnósticos del DSM y no en los de la CIE. La SCID es un instrumento eficaz cuando la meta es establecer, principalmente, el diagnóstico de la esquizofrenia. Se la emplea fundamentalmente en ámbitos clínicos y puede usarse como un instrumento de segunda fase.

A veces no es posible entrevistar directamente a un sujeto, como en los estudios que examinan la utilización de servicios, donde la fuente primaria de información es un expediente médico o el facultativo tratante. Sin embargo, un enfoque alternativo no es tan confiable como la SCID o el SCAN, pero puede ser necesario cuando los recursos son escasos. Un procedimiento del tipo lista de verificación de síntomas (Janca e Hiler, 1996) que comprueba que el sujeto satisface los criterios de diagnóstico, puede ser una opción apropiada en tales casos. En situaciones específicas, a veces han resultado adecuados los diagnósticos por estimación óptima (Fennig *et al.*, 1994).

## Medidas de resultado en la esquizofrenia

Decidir qué resultado examinar al investigar la esquizofrenia puede variar mucho entre los cambios sintomáticos, el grado de discapacidad, la evaluación de necesidades, la repercusión sobre la familia y la calidad de vida. Evaluar el cambio requiere exámenes longitudinales a diversos puntos en el tiempo y una medida inicial de comparación.

La mayoría de las investigaciones incluye una medida que se centra en los síntomas positivos y negativos. Comúnmente se emplean tres instrumentos: la Escala para la Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS, por su sigla en inglés: *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) (Andreasen, 1982), la Escala para los Síntomas Positivos (SAPS, por su sigla en inglés: *Scale for the Assessment of Positive Symp-*

toms) (Andreasen, 1984) y la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, por su sigla en inglés: *Positive and Negative Syndrome Scale*) (Kay, 1987).

La SANS y la SAPS a menudo se usan juntas dado que miden conceptos diferentes. La SANS es una escala de 25 elementos empleada para evaluar los síntomas negativos de la esquizofrenia. Incluye cinco categorías: aplanamiento afectivo, alogia, abulia-apatía, anhedonía-insociabilidad y deficiencia de la atención. La SAPS es una escala de 34 elementos que encara los síntomas positivos. Se centra en las alucinaciones, las ideas delirantes, el comportamiento extravagante y el trastorno del pensamiento formal positivo. La SANS es la medida incluida en el SCAN para evaluar los síntomas negativos. La PANSS es un instrumento de 30 elementos que evalúa los síntomas tanto positivos como negativos, así como su mutua interrelación. Esta escala define completamente cada elemento y cada grado de gravedad del síntoma. Las clasificaciones incluyen puntuaciones resumidas en siete elementos positivos, siete elementos negativos y una puntuación de psicopatología general de 16 elementos.

Cuando por falta de recursos no es factible emplear la SANS y la SAPS o la PANSS, una opción puede ser una escala clínica de mejoría general, que puede incluir una clasificación de síntomas según la gravedad, de siete puntos, y una clasificación de la mejoría general de siete puntos. A veces puede ser aconsejable incluir medidas de la gravedad de la depresión o la manía. Dos herramientas comúnmente utilizadas son la Escala para la Depresión, de Hamilton (Hamilton, 1960) y la Escala para la Clasificación de la Manía, de Young (Young *et al.*, 1978).

Las mediciones de otros resultados que pueden ser de interés no están tan bien determinadas en cuanto al instrumento particular que debe elegirse. La discapacidad, por ejemplo, puede evaluarse minuciosamente con la Escala de Evaluación de Discapacidades de la OMS (WHO-DAS, por su sigla en inglés: *World Health Organization Disability Assessment Schedule*) (WHO, 1998a y 1998b) o con una medida bastante sencilla como la Escala para la Evaluación General de la Función (GAS, por su sigla en inglés: *Global Assessment Scale*), que corresponde al Eje V. La Evaluación del Comportamiento Social (SBA, por su sigla en inglés: *Social Behaviour Assessment*) (Barnes *et al.*, 1983) sopesa la discapacidad en las áreas del comportamiento, el desempeño social, los efectos adversos sobre terceros y el apoyo. El Perfil de Aptitudes para la Vida (*Life Skills Profile*) es otra medida de discapacidad en la esquizofrenia que se usa comúnmente en la investigación de esta enfermedad (Parker *et al.*, 1991). Esta escala incluye escalas que evalúan el autocuidado, la ausencia de turbulencia, el contacto social, la comunicación y la responsabilidad. Estas escalas pueden emplear a los miembros de la familia para realizar las evaluaciones; sin embargo, los parientes pueden minimizar los síntomas de la esquizofrenia (Dixon y King, 1995). La medida más integral de la discapacidad es la WHO-DAS, una entrevista plenamente estructurada que vuelve operativos los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (ICIDH-2) y mide las deficiencias, las discapacidades y las minusvalías asociadas con los trastornos mentales. La WHO-DAS aprovecha los dos dominios de la discapacidad referidos en el ICIDH 2: la función corporal y la estructura, la participación y la actividad. La facilidad de uso de la WHO-DAS en individuos con esquizofrenia no se ha evaluado plenamente. A veces, en individuos con deterioro grave por enfermedad mental crónica son aconsejables las medidas que evalúan las actividades básicas (Katz, 1963) e independientes (Lawton y Brody, 1969) de la vida cotidiana.

La evaluación de necesidades es otra área de interés creciente en los estudios de resultado de salud mental (Caldas de Almeida, 1997). Según Wing (1990), existe una necesidad cuando hay un problema en un área; es decir, cuando el grado de funcionamiento está o puede caer por debajo de algún grado mínimo especificado y existe una posible intervención correctiva o una forma de atención efectiva: por lo tanto, el estado primario de la necesidad (atendida, no atendida, inatendible) depende del grado de funcionamiento y de la eficacia de las intervenciones.

La razón “necesidades atendidas/no atendidas” es una de las medidas de resultado más poderosas disponibles para la rutina y la investigación; en realidad, se ha establecido una relación significativa entre la escasez del tratamiento comunitario, la rehabilitación y la atención residencial y una proporción más grande de los pacientes con necesidades sociales no atendidas. En los últimos años se han creado algunos instrumentos para la evaluación de necesidades. La escala de Evaluación de las Necesidades de Atención (Brewin *et al.*, 1987) explora 20 problemas en el funcionamiento clínico y social de una manera muy exacta, pero el grado de adiestramiento necesario para su utilización puede ser una desventaja en los entornos corrientes. Un instrumento más reciente, la Evaluación de las Necesidades, de Camberwell, es quizás de más fácil uso, menos exigente e incluye las perspectivas del cuidador y del paciente, lo cual lo torna una mejor opción para su utilización común (Phelan *et al.*, 1995).

Pocos instrumentos se han diseñado para examinar la repercusión de la esquizofrenia sobre la familia. El Formulario de entrevista familiar (FIS, por su sigla en inglés: *Family Interview Schedule*) es una evaluación estructurada sobre la percepción de los miembros de la familia respecto de los problemas psiquiátricos del paciente y sus consecuencias en la familia. El formulario consta de cinco componentes: los síntomas y el comportamiento social, la repercusión, el estigma, los proveedores de servicio y la atribución. El comportamiento cotidiano y las responsabilidades del paciente se revisan en el apartado sobre síntomas. La sección sobre repercusión explora cómo la familia ayuda al individuo a afrontar sus dificultades, y cómo afronta ella las dificultades para hacer frente a los problemas del individuo. La parte que estudia el estigma explora si terceras personas trataron al sujeto de otro modo por padecer una enfermedad mental. El componente de servicio se orientó a evaluar la ayuda proporcionada al paciente por los prestadores de asistencia y los proveedores de servicios de salud y puede modificarse para incluir a curanderos. La sección de atribución registra los criterios del familiar sobre la causa de los problemas (Sartorius y Janca, 1996). El Cuestionario de Evaluación de la Participación (IEQ, por su sigla en inglés: *Involvement Evaluation Questionnaire*) se ha adaptado para uso transcultural (van Wijngaarden *et al.*, 2000). Este instrumento evalúa las consecuencias de atención del trastorno psiquiátrico, la repercusión financiera sobre la familia, la dificultad psicológica generada en el informante sobre la base del Cuestionario General de Salud 12 (GHQ-12, por su sigla en inglés: *12-item General Health Questionnaire*), si los parientes del sujeto han tenido que buscar ayuda por sí mismos y las consecuencias del trastorno sobre los hijos de la persona enferma.

El Cuestionario para el Problema Familiar, el Cuestionario para Determinar la Adaptación Familiar y el Cuestionario sobre la Trama Social son un conjunto de cuestionarios de autonotificación orientados a la evaluación integral de la carga objetiva, la carga subjetiva, las estrategias de adaptación y la red social de las familias de los pacientes con una enfermedad mental grave. Estos instrumentos, disponibles en varios idiomas, se han usado ampliamente en la investigación y los entornos clínicos (por



ejemplo, evaluación de las intervenciones psicoeducativas), con buenos resultados en cuanto a la factibilidad y la adecuación transcultural (Magliano, 2000).

La calidad de vida es, quizás, uno de los temas más difíciles de evaluar, en la medida en que los dominios que evalúan los diferentes instrumentos varían ampliamente. Una de las dificultades experimentadas con muchos de estos instrumentos es que quienes están gravemente impedidos por la psicosis en ocasiones no pueden completar muchos de los formularios. Además, los conceptos revisados son con frecuencia difíciles de examinar en culturas o grupos educativos diferentes, puesto que algunos de ellos pueden ser muy abstractos. Existen numerosos instrumentos que se pueden emplear en la esquizofrenia. Uno que ha sido validado en diversos países europeos, en un intento por hacerlo adaptable a las distintas culturas, es el Perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP, por su sigla en inglés: *Lancashire Quality of Life Profile*) (Gaité *et al.*, 2000). El LQOLP evalúa la situación laboral, las actividades de esparcimiento, la religión, la situación patrimonial, la situación de vida, la seguridad, las relaciones familiares, las relaciones sociales y la salud.

### **Medición de la utilización de servicios**

Existen cuatro principios al examinar la utilización de servicios (Burke, 1995): la equidad, la eficiencia, la economía y la efectividad. Los estudios que incluyen la ejecución de una reforma de la atención de salud deben recopilar datos sobre la situación existente antes de la reforma. La recopilación de datos y la documentación deberán obtenerse según criterios de valoración específicos predefinidos. Las opiniones y las impresiones no constituyen argumentos en favor del cambio. Los datos son muy poderosos, pero solo son valiosos si se recogen sistemáticamente, mediante una metodología definida y pueden enfrentar el escrutinio independiente.

Las medidas de utilización de servicios pueden incluir el número o porcentaje de camas de hospital ocupadas, la duración de la estancia hospitalaria y el número de consultas de pacientes ambulatorios. Los estudios de la utilización de servicios deben describir claramente los servicios examinados; la existencia de manejo de casos y su grado de desarrollo; asimismo, la capacidad para evitar la recaída y la rehospitalización pueden ser un punto central de algunos estudios. La disponibilidad de psicofármacos es un tema importante en algunos países, al igual que el cumplimiento de los tratamientos prescritos y el uso de los curanderos indígenas. Las barreras a la atención pueden ser otra consideración; estas pueden incluir: la falta de disponibilidad de los servicios, los servicios excesivamente centralizados, el estigma y las consideraciones económicas. Deben describirse la estructura del sistema de atención de salud y, en particular, los sistemas de atención de salud mental. Las investigaciones sobre la utilización de servicios también deben contemplar las implicaciones de costo de las opciones que se investigan. Los estudios inherentes a la utilización de servicios deben ser claros en cuanto a su posibilidad de generalización y también deben considerar su aceptabilidad para la comunidad en general.

### **Evaluación de los servicios**

Para obtener información relevante sobre la región en su totalidad, los datos deben ser generalizables a todas las poblaciones, en las esferas local y nacional, y en todos los países. Los programas multicéntricos de investigación pueden ser útiles para alcanzar ese propósito; sin embargo, con frecuencia es difícil coordinarlos. Deben desarrollarse



bases de datos que aborden las prioridades latinoamericanas y representen un recurso para los investigadores de todos los ámbitos. Los estudios que evalúan los resultados de los servicios y programas deben estandarizar la recopilación de datos en todos los ámbitos cuando ello sea posible. Varios países en la Región cuentan con amplias bases de datos gubernamentales basadas en los programas nacionales de seguro de salud. Estas bases de datos constituyen ricos recursos potenciales de información que pueden permitir evaluar los servicios existentes, comprender los gastos y proporcionar datos comparativos para los programas recién desarrollados.

Para lograr comparabilidad entre diferentes sistemas, la Organización Mundial de la Salud proporcionó un conjunto de instrumentos que pueden usarse en una amplia gama de servicios, hospitales y otros establecimientos de asistencia sanitaria mental (Sartorius y Janca, 1996). Este conjunto, que quizá también se emplee como una lista de verificación para la Evaluación de la Calidad y los protocolos de Garantía de la Calidad, incluye la evaluación de los siguientes componentes:

- a. Política de salud mental
- b. Programa de salud mental
- c. Establecimiento de atención primaria de salud
- d. Establecimiento de salud mental para pacientes ambulatorios
- e. Establecimiento de salud mental para pacientes hospitalizados
- f. Establecimiento residencial para pacientes ancianos con enfermedad mental

Existen otras oportunidades para realizar análisis secundarios de los estudios que ya han sido realizados por los investigadores latinoamericanos. También los metanálisis, u otro tipo de métodos de combinación de datos de diferentes estudios, pueden ser eficaces en función de los costos para abordar los temas que no constituyeron el objetivo principal de la investigación inicial.

## **Investigación cualitativa**

Si la investigación se limita a la recopilación de datos cuantitativos, se corre el riesgo de pasar por alto el contexto social y cultural. Los grupos de discusión permiten que los interesados directos, en particular los que son miembros de la comunidad, comprendan los temas pertinentes. Al obtener cortes transversales representativos de los individuos, el proceso del grupo de discusión puede representar una fuente de datos rica en un período relativamente breve. Tal enfoque puede ser particularmente útil para el examen de las actitudes predominantes respecto de una gama amplia de temas, como el estigma, las barreras a la atención y la puesta en práctica de los programas.

Los enfoques antropológicos pueden usarse para comprender mejor los temas culturales asociados, no solo los de la cultura en general, sino también la cultura dentro de la comunidad de salud mental. Muchas veces, las medidas cuantitativas se ven limitadas al pasar por alto el contexto en el cual se recopilan los datos; además, muchas veces carecen de validez cultural. La investigación cualitativa ayuda a generar hipótesis alternativas y facilita la investigación de poblaciones y grupos donde los enfoques cuantitativos no son factibles o aconsejables.

## **Diseño de protocolos**

Un protocolo de investigación debe incluir las siguientes secciones: resumen, metas u objetivos, metas específicas, revisión de fondo o bibliográfica, métodos y proce-

dimientos, y referencias. Además, debe incluirse el currículum vitae de los principales investigadores, así como un presupuesto detallado.

La sección de métodos y procedimientos debe incluir las medidas empleadas y el fundamento para su selección; el personal empleado y su adiestramiento; el método de selección de muestras; los métodos usados para la recolección de los datos; las provisiones para el manejo y la entrada de datos; el protocolo de análisis de datos basado en las hipótesis, y el cronograma para el protocolo. Puede ser útil incluir en el cronograma un plan para la publicación y difusión de los datos.

Todo protocolo debe abordar cuidadosamente los procedimientos éticos. Los protocolos deben incluir una sección sobre consideraciones éticas que especifiquen el riesgo y los beneficios para los participantes. Debe describirse los métodos para asegurar la confidencialidad durante la recopilación, el procesamiento y la difusión de los datos; los procedimientos de consentimiento por escrito, y el método de obtención del consentimiento. Como parte del protocolo se debe incluir una copia de los formularios de consentimiento. Si la información se recopilará de fuentes colaterales puede ser necesario obtener el consentimiento por escrito de cada fuente. Antes de ejecutar un estudio debe obtenerse la aprobación por una junta revisora institucional local (o comités de investigación y de ética), integrada por expertos e individuos que no participan en el estudio y cuya función es evaluar los aspectos éticos y científicos, considerando los riesgos y los beneficios.

## **Investigación en países de bajos ingresos**

Los países de bajos ingresos presentan tanto oportunidades como obstáculos para realizar investigaciones sobre la esquizofrenia. Lamentablemente, es muy probable que estos países no hayan abordado las prioridades actuales en la atención de las personas aquejadas de esquizofrenia, pero como resultado de ello brindan oportunidades para realizar investigaciones que en otros entornos no podrían hacerse fácilmente. Sin la incorporación de recursos externos, los profesionales de la salud mental locales tienen pocos medios para recopilar los datos. No obstante, aun cuando los recursos sean escasos es factible llevar a cabo investigaciones valiosas que pueden contribuir de manera importante. La falta de recursos no justifica realizar un estudio que no logra tener validez. Debe sopesarse cuidadosamente el equilibrio entre los recursos disponibles y los compromisos metodológicos que se pueden aceptar.

El diseño de muestras puede estar limitado a los entornos clínicos fácilmente disponibles, como el hospital psiquiátrico o general. Podría ser necesario simplificar las evaluaciones de diagnóstico; por ejemplo, quizá no se examine adecuadamente las situaciones de comorbilidad si se usa una evaluación estandarizada. Alternativamente, a veces pueden ser aceptables las listas de verificación de síntomas compatibles con los criterios del DSM-IV-TR o de la CIE-10 que pueden realizarse en el curso de una entrevista clínica. Los índices de la gravedad de los síntomas psicóticos podrían reemplazarse si fuera necesario por la Escala de Impresión Clínica Global (CGI, por su sigla en inglés: *Clinical Global Impression*). La CGI es de manera característica una escala de cinco puntos de medición del cambio en los síntomas. Los grupos de discusión y otros métodos cualitativos son un medio eficaz en función de los costos que puede proporcionar datos sobre los retos que enfrentan los programas de salud mental en los países de bajos ingresos. Aun en el contexto de escasos recursos es factible económicamente realizar una buena investigación si se la analiza bien.

**Evaluación de la transición desde hospitales psiquiátricos a servicios basados en la comunidad: Grupo de Evaluación de los Servicios Psiquiátricos (TAPS)**

En el norte de Londres, el Grupo de Evaluación de los Servicios Psiquiátricos (TAPS, por su sigla en inglés: *Team for the Evaluation of Psychiatric Services*) estudió el cierre de dos hospitales psiquiátricos a lo largo de 15 años. Una vez que fueron dados de alta a hogares protegidos en la comunidad, se realizó seguimiento, durante cinco años, de los pacientes que no padecían demencia y que tuvieron una estancia hospitalaria de más de un año. No mostraron ningún cambio en sus síntomas psiquiátricos, pero ganaron en habilidades domésticas y se hicieron más capaces de usar lo que la comunidad les ofrecía. Esos hogares comunitarios eran mucho menos restrictivos que el hospital y los pacientes apreciaron mucho su mayor libertad. Una gran proporción (84%) quería quedarse ahí, pero la mayoría de los demás deseaban un lugar todavía más independiente. Sus redes sociales no aumentaron en tamaño, pero encontraron más amigos y parejas. Sin embargo, pocos de estos eran parte de la comunidad en general. Con el tiempo hubo un aumento en la proporción de casos de incontinencia y de problemas de movilidad, como consecuencia del envejecimiento.

Un estudio integral de los costos de la atención de grupo de usuarios reveló que eran aproximadamente iguales en los hogares comunitarios que en los hospitales psiquiátricos. Sin embargo se apreció que aproximadamente 15% de los pacientes hospitalarios estaban demasiado perturbados como para vivir en la comunidad, por lo que se trasladaron a espacios alternativos con un gran número de personal. El costo del cuidado de estos pacientes “difíciles de ubicar” era mucho más alto que el de los pacientes que se habían adaptado con éxito a la comunidad.

Los pacientes psicogerítricos, la mayor parte de los cuales padecía demencia, fueron transferidos a hogares para ancianos en la comunidad. Una comparación de estos hogares con el hospital mostró que la interacción social con los empleados era más frecuente en los hogares. Los familiares preferían mucho más los hogares, debido a que gozaban de espacios más personalizados donde podían tener sus propias pertenencias, las visitas eran más fáciles y podían tomar el té con ellos.

Las unidades de ingreso en los hospitales psiquiátricos fueron reemplazadas por unidades de ingreso en hospitales generales. Una comparación de estos dos servicios mostró que el segundo era incapaz de absorber el número de usuarios que necesitaban ingresar. Esto se debía, en parte, a que 35% de los pacientes de larga estancia fueron readmitidos por lo menos una vez durante el seguimiento de cinco años. Otro factor contribuyente fue que muchos de los nuevos pacientes de larga estancia permanecieron en las unidades de admisión durante varios meses, debido a la falta de unidades de rehabilitación en la comunidad.

Un ensayo de rehabilitación intensiva de pacientes “difíciles de ubicar” mostró que en el plazo de dos años era posible dar de alta a un tercio de ellos hacia hogares protegidos estándar.

El problema de la integración social de pacientes de larga estancia en la comunidad local se abordó mediante campañas de educación a pequeña escala dirigidas hacia los vecinos de cada hogar protegido. Este plan tuvo éxito por la mejoría del conocimiento de los vecinos sobre las enfermedades mentales y por la reducción del miedo hacia las personas que las padecen. Como consecuencia, se establecieron contactos sociales con los usuarios y algunos de ellos llegaron a hacerse amigos.

## Referencias

- ADDINGTON J, ADDINGTON D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25(1):173–182.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. edición, texto revisado*. Barcelona: Masson; 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association)*. 2nd ed. Arlington, Virginia: APA; 2001.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
- ANDERSON CM, REISS DJ, HOGARTY GE. *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford; 1986.
- ANDREASEN NC. Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:784–788.
- ANDREASEN NC. *The Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa: University of Iowa; 1984.
- ANDREWS G. Case ascertainment: The Composite International Diagnostic Interview. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:S161–163.
- APARICIO BASAURI V, ed. *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
- ATKINSON JM, COIA DA, GILMOUR WH, HARPER JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996;168(2):199–204.
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
- BARNES TR, MILAVIC G, CURSON DA, PLATT SD. Use of the Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) in a trial of maintenance antipsychotic therapy in schizophrenic outpatients: Pimozide versus fluphenazine. *Soc Psychiatry* 1983; 18(4):193–199.
- BARTON R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatr Serv* 1999;50(4): 525–534.
- BEBBINGTON P, FEENEY C. Auditing the use of psychiatric beds. En: Thornicroft G, Brewinm CH, Wong J, eds. *Measuring mental health needs*. London: Gaskell; 1992.
- BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, ET AL. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.

- BEITCHMAN JH. Childhood schizophrenia. A review and comparison with adult-onset schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1985;8(4):793–814.
- BELLACK AS, GOLD JM, BUCHANAN RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophr Bull* 1999;25(2):257–274.
- BIGELOW DA, CUTLER DL, MOORE LJ, MCCOMB P, LUENG P. Characteristics of state hospital patients who are hard to place. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39(2):181–185.
- BIRCHWOOD M, SMITH J, DRURY V, HEALY J, MACMILLAN F, SLADE M. A self-report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(1):62–67.
- BIRCHWOOD M, SMITH J, MACMILLAN F, HOGG B, PRASAD R, HARVEY C, BERING S. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med* 1989;19(3):649–656.
- BIRCHWOOD M, TODD P, JACKSON C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 1998;172 (Suppl 33):53–59.
- BLACK DW, ANDREASEN NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder, and delusional (paranoid) disorders. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott J, eds. *Textbook of psychiatry*. Washington, DC: The American Psychiatric Press; 1999.
- BLEULER E. *Dementia praecox; or, The group of schizophrenias*. New York: International Universities Press; 1950.
- BOND GR, DRAKE RE, MUESER KT, BECKER DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997;48(3):335–346.
- BRAVO MF ET AL. *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. (Cuadernos Técnicos).
- BRENNER HD, PFAMMATTER, M. Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl 407):74–77.
- BREWIN CR, WING JK, MANGEN SP, BRUGHA TS, MACCARTHY B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987;17(4): 971–981.
- BROCKINGTON IF, HALL P, LEVINGS J, MURPHY C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93–99.
- BROMET EJ, SCHWARTZ JE, FENNIG S, GELLER L, JANDORF L, KOVASZNY B, ET AL. The epidemiology of psychosis: The Suffolk County Mental Health Project. *Schizophr Bull* 1992;18(2):243–255.
- BROWN GW, BIRLEY JL, WING JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972;121(526):241–258.
- BURGESS PM, JOYCE CM, PATTISON PE, FINCH SJ. Social indicators and the prediction of psychiatric inpatient service utilisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27(2):83–94.
- BURKE JD. Mental health service research. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GE, eds. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss; 1995.
- BUSTILLO J, LAURIELLO J, HORAN W, KEITH S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiatry* 2001;158(2):163–175.
- BYFORD S, FIANDER M, TORGERSOON DV, BARBER JA, THOMPSON SG, BURNS T, ET AL. Cost-effectiveness of intensive vs. standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:537–543.
- BYRNE P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advan Psychiatr Treat* 2000;6(1):65–72.

- BYRNE P. Stigma of mental illness. Changing minds, changing behaviour. *Br J Psychiatry* 1999;174:1–2.
- CALDAS DE ALMEIDA JM. Population needs assessment for mental health services. En: Tansella M. (Ed.), *Making Rational Mental Health Services*. Il Pensiero Scientifico, Roma. págs. 59–70; 1997.
- CASHMORE E. Dictionary of race and ethnic relations. 4th ed. New York: Routledge; 1996.
- CHADWICK P, BIRCHWOOD M, TROWER P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley; 1996.
- COHEN CI, CASIMIR GJ. Factors associated with increased hospital stay by elderly psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(7):741–774.
- COMUNIDAD DE MADRID, CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Madrid: Comunidad de Madrid; 2001. (Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales 14).
- COOPER B. Public-health psychiatry in today's Europe: Scope and limitations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(4):169–176.
- COOPER J, SARTORIUS N. Cultural and temporal variations in schizophrenia: A speculation on the importance of industrialization. *Br J Psychiatry* 1977;130:50–55.
- CORRIGAN PW, GARMAN AN. Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatr Serv* 1997;48(3):347–352.
- CRISP AH, GELDER MG, RIX S, MELTZER HI, ROWLANDS OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4–7.
- DAVID AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798–808.
- DAWSON S, MANDERSON L, TALLO VL. The Focus Group Manual. Geneva: World Health Organization; 1992.
- DESJARLAIS R, EISENBERG L; GOOD B, KLEINMAN A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
- DIXON MJ, KING S. The concordance between symptom information gathered from remitted schizophrenic patients and their relatives. *J Psychiatr Res* 1995;29(6):447–456.
- DRAKE RE, ESSOCK SM, SHANER A, CAREY KB, MINKOFF K, KOLA L, ET AL. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52(4):469–476.
- EDWARDS J, MAUDE D, MCGORRY PD, HARRIGAN SM, COCKS JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):107–116.
- ESPAÑA, CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE LA REGIÓN DE MURCIA. Organización, funcionamiento y evaluación de las unidades de hospitalización psiquiátrica. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales; 1995. (Documento Técnico 5).
- ESPAÑA, PRINCIPADO DE ASTURIAS, CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. Plan de atención psiquiátrica y salud mental para Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1998. (Cuadernos Asturianos de Salud).
- FALLOON IR, BOYD JL, MCGUILL CW. Family care of schizophrenics. New York: Guilford; 1984.
- FALLOON IR, COVERDALE JH, LAIDLAW TM, MERRY S, KYDD RR, MOROSINI P. Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. OTP Collaborative Group. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):33–38.

- FALLOON IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv* 1999;50(5):615–618.
- FARINA A, FELINER, RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J Abnormal Psychol* 1973;82(2):268–272.
- FENNIG S, CRAIG T, LAVELLE J, KOVASZNY B, BROMET EJ. Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry* 1994;35(5):341–348.
- FERNÁNDEZ A. Cronicidad en la psiquiatría de finales del siglo XX. En: Rebolledo S, ed. *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1997.
- FERRIMAN A. The stigma of schizophrenia. *BMJ* 2000;320(7233):522.
- FLOR-HENRY P. Schizophrenia: Sex differences. *Can J Psychiatry* 1985;30(5):319–322.
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. La defensa de los derechos humanos de los usuarios, autogestión. México: Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental; 2001.
- GAITE L, VÁZQUEZ-BARQUERO JL, ARRIZABALAGA ARRIZABALAGA A, SCHENE AH, WELCHER B, THORNICROFT G, ET AL. Quality of life in schizophrenia: Development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile—European Version. EPSILON Study 8. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry Suppl* 2000;39:s49–54.
- GEDDES JR, TOMLIN A, PRICE J. Practising evidence-based psychiatry. A 7-session course for clinicians. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1999.
- GOFFMAN E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a. edición. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1988.
- GOFFMAN E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1963.
- GOLDBERG D, HUXLEY O. Common mental disorders. London: Routledge; 1992.
- GOLDMAN CR, QUINN FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39(3):282–286.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ M. Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. En: Aparicio Basauri V, ed. *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ M. Recursos en salud mental comunitaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991;11(37):81–86.
- GREEN MF, NUECHTERLEIN KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull* 1999;25(2):309–319.
- GREEN MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153(3):321–330.
- HADDOCK G, MORRISON AP, HOPKINS R, LEWIS S, TARRIER N. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):101–106.
- HÄFNER H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 (Suppl 407):44–48.
- HAGHIGHAT R. A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:207–215.

- HALFORD WK, HARRISON C, KALYANSUNDARAM M, MOUTREY C, SIMPSON S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr Serv* 1995;46(11):1189–1191.
- HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56–62.
- HIRSCH SR, GERRARD B, MALIN H, BROWN A, FRYERS T, DICK D. Psychiatric beds and resources: Factors influencing bed use and service planning. Report of a working party of the section for social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrists. London: Gaskell; 1988.
- HOGARTY GE, KORNBILTH SJ, GREENWALD D, DiBARRY AL, COOLEY S, FLESHER S, ET AL. Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):379–393.
- HOGARTY GE, KORNBILTH SJ, GREENWALD D, DiBARRY AL, COOLEY S, ULRICH RF, ET AL. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504–1513.
- HYLER SE, GABBARD GO, SCHNEIDER I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42(10):1044–1048.
- JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G, ANKER M, KORTEN A, COOPER JE, ET AL. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organizations ten countries study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1–97.
- JABLENSKY A, SARTORIUS N. Is schizophrenia universal? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988;344:65–70.
- JACKSON H, MCGORRY P, EDWARDS J, HULBERT C, HENRY L, FRANCEY S ET AL. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):93–100.
- JANCA A, HILLER W. ICD-10 checklists—a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Compr Psychiatry* 1996;37(3):180–187.
- JARMAN B, HIRSCH S, WHITE P, DRISCOLL R. Predicting psychiatric admission rates. *BMJ* 1992;304(6835):1146–1151.
- JONES C, CORMAC I, MOTA J, CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000524.
- JORGENSEN P. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:327–330.
- JORGENSEN P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(6):436–440.
- KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914–919.
- KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13(2):261–276.
- KENDLER KS, GALLAGHER TJ, ABELSON JM, KESSLER RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(11):1022–1031.



- KINGDON D, TURKINGTON D. The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(4):207–211.
- KOHN R, DOHRENWEND BP, MIROZNIK J. Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. En: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- KOHN R, ET AL. Psicosis en población indígena guatemalteca. Protocolo de investigación. Guatemala; 2001.
- KREISMAN DE, JOY VD. Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. *Schizophr Bull* 1974;10:34–57.
- LARROBLA C, BOTEGA NJ. Restructuring mental health: A South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(5):256–259.
- LARSEN TK, FRIIS S, HAAHR U, JOA I, JOHANNESSEN JO, MELLE I, ET AL. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: A critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(5):323–334.
- LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179–186.
- LEE PW, LIEH-MAK F, YU KK, SPINKS JA. Coping strategies of schizophrenic patients and their relationships to outcome. *Br J Psychiatry* 1993;163:177–182.
- LEFF J. Family treatment of schizophrenia. En: Grauville-Gossman K, ed. *Recent advances in clinical psychiatry*. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone; 1985.
- LEFF J. Why is care in the community perceived as a failure? *Br J Psychiatry* 2001;179:381–383.
- LEHMAN AF, STEINWACHS DM. Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24(1):1–10.
- LELLIOTT P, WING J. A national audit of new long-stay psychiatric patients. II: Impact on services. *Br J Psychiatry* 1994;165(2):170–178.
- LÉVY P. *As tecnologias da inteligência. O futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1993.
- LIBERMAN RP, MUESER KT, WALLACE CJ, JACOBS HE, ECKMAN T, MASSEL HK. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophr Bull* 1986;12(4):631–647.
- LIN K, KLEINMAN AM. Psychopathology and clinical course of schizophrenia: A cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bull* 1988;14(4):555–567.
- LÓPEZ M, ÁLVAREZ F, LAVIANA M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Rev Asoc Española Neuropsiquiatría* 1998;68:735–747.
- MAGLIANO L, FADDEN G, MADIANOS M, DE ALMEIDA JM, HELD T, GUARNERI M, ET AL. Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(9):405–412.
- MAGLIANO L, FADDEN G, ECONOMOU M, HELD T, XAVIER M, GUARNERI M, ET AL. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(3):109–115.
- MAI FM, GOSSELIN JY, VARAN L, BOURGON L, NAVARRO JR. Effects of treatment and alternative care on length of hospital stay on a general hospital psychiatry unit—results of an audit. *Can J Psychiatry* 1993;38(1):39–45.
- MARDER SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 (Suppl 407):87–90.

- MAYER A, BARRY DD. Working with the media to destigmatize mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(1):77–78.
- MCCANDLESS-GLIMCHER L, MCKNIGHT S, HAMERA E, SMITH BL, PETERSON KA, PLUMLEE AA. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(9):929–933.
- McFARLANE WR, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R, DEAKINS SA, NEWMARK M, ET AL. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(8):679–687.
- MOLLER MD, MURPHY MF. The three r's rehabilitation program: A prevention approach for the management of relapse symptoms associated with psychiatric diagnoses. *Psychiatr Rehabil J* 1997;20(3):42–48.
- MUESER KT, BOND GR, DRAKE RE, RESNICK SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37–74.
- MUESER KT, BOND GR, DRAKE RE. Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Medscape General Medicine* 2001;3(1). Disponible en: [www.medscape.com/viewarticle/430529\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/430529_print). Acceso el 15 de enero de 2003.
- NACIONES UNIDAS (ONU). Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York: ONU; 1948. Disponible en: [www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm](http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm). Acceso el 7 de enero de 2004.
- NUECHTERLEIN KH, DAWSON ME, VENTURA J, GITLIN M, SUBOTNIK KL, SNYDER KS, ET AL. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(Suppl 382):58–64.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 44a. edición. Ginebra: OMS; 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Declaración de Caracas, 14 de noviembre de 1990. Disponible en: <http://wmc.who.int/images/uploaded/declaracion%20Caracas.pdf>. Acceso el 15 de enero de 2004.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10). Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica 554).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud en las Américas. Edición de 1998. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica 569).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud mental. XL Reunión del Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 1997. (Documento CD40/15). Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25283.pdf>.
- PAGE S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodations. *Can J Behav Sci* 1977;9:84–90.
- PARKER G, ROSEN A, EMDUR N, HADZI-PAVLOV D. The Life Skills Profile: Psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83(2):145–152.
- PENN DL, GUYNAN K, DAILY T, SPAULDING WD, GARBIN CP, SULLIVAN M. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20(3):567–578.

- PENN DL, MUESER KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):607–617.
- PERONA GARCELÁN S, CUEVAS YUST C. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 1. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicado al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología* 1999;17(1, 2):31–48.
- PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000088.
- PHELAN JC, BROMET EJ, LINK BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 1998;24(1):115–126.
- PHELAN M, SLADE M, THORNICROFT G, DUNN G, HOLLOWAY F, WYKES T, ET AL. The Camberwell Assessment of Need. the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):589–595.
- PHILLIPS DL. Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *Am Sociol Rev* 1963;28:963–972.
- PHILLIPS SD, BURNS BJ, EDGAR ER, MUESER KT, LINKINS KW, ROSENHECK RA, ET AL. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatr Serv* 2001;52(6):771–779.
- PINEAULT R, DAVELUY C. La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1987.
- PINER KE, KAHLE LR. Adapting to the stigmatizing label of mental illness: Foregone but not forgotten. *J Pers Soc Psychol* 1984;47(4):805–811.
- PRABH GC, ET AL. Public attitudes toward mental illness: A review. *Nimhans J* 1984;2:1–14.
- RADOMSKY ED, HAAS GL, MANN JJ, SWEENEY JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1590–1595.
- RED MARISTÁN. Documento para el consenso internacional sobre los cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad. Granada: Universidad de Granada; 1999.
- REGIER DA, KAELBER CT, RAE DS, FARMER ME, KNAUPER B, KESSLER RC, ET AL. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(2):109–115.
- REMINGTON G, KAPUR S, ZIPURSKY RB. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):66–70.
- ROBINS LN, WING J, WITTCHEM HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, ET AL. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1069–1077.
- RODER V, BRENNER HD, HODEL B, KIENZLE N. Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel; 1996.
- RODRÍGUEZ J ET AL. El componente psicosocial de la salud. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- RODRÍGUEZ J ET AL. Recuperando la esperanza. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud; 1998.
- RODRÍGUEZ J. Políticas públicas en salud mental. En: Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en Guatemala, ideas y reflexiones. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, OPS; 2000.

- ROSALES C. Estudio geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 1999.
- ROTELLI F. Comunicación personal. Trieste, 1996.
- ROTELLI F. Rehabilitar la rehabilitación. En: Cuba, Cooperación Italiana; Ministerio de Salud Pública. Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999.
- RUND BR, BORG NE. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(2):85–95.
- SÁNCHEZ AE, IGLESIAS C. La unidad de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. En: Aparicio V, ed. Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
- SÁNCHEZ AE. Los servicios de salud mental en una red integrada: utilización y servicios. En: García J, Aparicio V, eds. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Servicio Publicaciones del Principado de Asturias; 1990.
- SARACENO B. La rehabilitación psicosocial. En: Cuba, Cooperación Italiana, Ministerio de Salud Pública. Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999.
- SARTORIUS N, HARDING TW. Issues in the evaluation of mental health care. En: Holland WW, ed. Evaluation of health care. New York: Oxford University Press; 1983.
- SARTORIUS N, JANCA A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31(2):55–69.
- SARTORIUS N. Stigma: What can psychiatrists do about it? *Lancet* 1998;352(9133):1058–1059.
- SARTORIUS N. One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. En: Guimón J, Fischer W, Sartorius N, eds. The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment. Basel: Karger; 1999: 96–104.
- SCAMBLER G. Stigma and disease: Changing paradigms. *Lancet* 1998;352(9133):1054–1055.
- SCHEFF TJ. The labelling theory of mental illness. *Am Sociol Rev* 1974;39(3):444–452.
- SCHNEIDER K. Patopsicología clínica. 3a ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1970.
- SELL H, NAGASWAMI V. Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders: A guide for rehabilitation in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1997. (WHO/MND-RHB/97.1).
- SPAULDING WD, FLEMING SK, REED D, SULLIVAN M, STORZBACH D, LAM M. Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25(2):275–289.
- SPAULDING WD, REED D, SULLIVAN M, RICHARDSON C, WEILER M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25(4):657–676.
- SPAULDING WD, SULLIVAN M, WEILER M, REED D, RICHARDSON C, STORZBACH D. Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;384:116–124.
- SPITZER RL, WILLIAMS JB, GIBBON M, FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):624–629.

- STRAUSS JS, RAKFELDT J, HARDING CM, LIEBERMAN P. Psychological and social aspects of negative symptoms. *Br J Psychiatry* 1989;155(Suppl 7):128–132.
- SYTEMA S, GIEL R, TEN HORN GH. Patterns of care in the field of mental health. Conceptual definition and research methods. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79(1):1–10.
- TANSELLA M. La epidemiología psiquiátrica: de la monitorización de los servicios a los estudios de población. En: García J, Aparicio V. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Servicio Publicaciones del Principado de Asturias; 1990.
- TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K, WATTS S, ET AL. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532–542.
- TARRIER N, BECKETT R, HARWOOD S, BAKER A, YUSUPOFF L, UGARTEBURU I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *Br J Psychiatry* 1993;162:524–532.
- TAYLOR SM, DEAR MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull* 1981;7(2):225–240.
- TEPLIN LA. The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *Am J Psychiatry* 1985;142(5):593–599.
- THORNICROFT G, BREWIN CR, WING J. Measuring mental health needs. London: Gaskell; 1992.
- THORNICROFT G, SZMUKLER G. Textbook of community psychiatry. Avon: Oxford University Press; 2001.
- TORRES GONZÁLEZ F. Mental health care in Spain. *Psychiatr Bull* 1995;19:254–257.
- TORREY EF. Prevalence studies in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;150:598–608.
- TRIEMAN N, LEFF J. Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: The TAPS project 24. *Psychol Med* 1996;26(4):765–774.
- TRIEMAN N. Patients who are too difficult to manage in the community. En: Leff J, ed. *Care in the community: Illusion or reality?* Chichester: Wiley; 1997.
- TSUANG MT, WOOLSON RF, FLEMING JA. Long-term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36(12):1295–1301.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary*. Rockville: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
- ÜSTÜN TB, SARTORIUS N, EDS. *Mental illness in general health care: An international study*. London: Wiley; 1995.
- VAN WIJNGAARDEN B, SCHENE AH, KOETER M, VÁZQUEZ-BARQUERO JL, KNUDSEN HC, LASALVIA A, ET AL. Caregiving in schizophrenia: Development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire—European version. EPSIOLON Study 4. *European psychiatric services: Inputs linked to outcome domains and needs*. *Br J Psychiatry Suppl* 2000;(39):s21–27.
- VAUGHN CE, LEFF JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotics patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:125–137.
- WAXLER NE. Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. *J Mental Nerv Dis [J Nerv Ment Dis]* 1979;167(3):144–158.

- WHITE PD. Solution to stigma: Sharing knowledge with the patient. En: Crisp A, ed. Every family in the land. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.; 2003. Chapter 9: Some strategies to tackle stigmatization and discrimination.
- WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*.2004;291:2581–2590.
- WING JK. Meeting the needs of people with psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25(1), 2–8.
- WING JK, BABOR T, BRUGHA T, BURKE J, COOPER JE, GIEL R, ET AL. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(6):589–593.
- WINOKUR G, TSUANG MT. The natural history of mania, depression and schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata 1978. Geneva: WHO; 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Setting the WHO agenda for mental health. *Bull World Health Organ* 2000;78(4):500.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO; 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Disablements Assessment Schedule II (WHO-DAS II). Geneva: WHO; 1998a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Towards a Common Language for Functioning and Disablement: International Classification of Impairments, Activities, and Participation. Geneva: WHO; 1998b.
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA). Programs against stigma and discrimination because of schizophrenia [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.wpanet.org/sectorial/programs3.html](http://www.wpanet.org/sectorial/programs3.html). Acceso el 23 de enero de 2004.
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA). The WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. Volume II: Information about schizophrenia relevant to programme implementation. New York: WPA; 1999.
- WYATT RJ, DAMIANI LM, HENTER ID. First-episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):77–83.
- YOUNG RC, BIGGS JT, ZIEGLER VE, MEYER DA. A rating scale for mania: Reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429–435.
- ZUBIN J, SPRING B. Vulnerability—a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;86(2):103–126.

## Bibliografía

- ADAMS C, WILSON P, BAGNALL AM. Psychosocial interventions for schizophrenia. *Qual Health Care* 2000;9(4):251–256.
- AMARANTE P, BEZERRA B. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. Declaración de Madrid. Texto íntegro del documento aprobado por el X Congreso de Psiquiatría celebrado en Madrid en agosto de 1996. *GINE-web* [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.unizar.es/gine/re2.htm>. Acceso el 5 de febrero de 2004.

- BAILEY, E L, RICKETTS, SK, BECKER DR, XIE H. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatr Rehabil J* 1998;22:24–29.
- BANKOWSKI Z, BRYAT JH, EDS. Poverty, vulnerability and the value of human life: A global agenda for bioethics. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 1994.
- BASAGLIA FA. Instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- BHUGRA D, BRIDGES, K, THOMPSON C. Caring for a community. The community care policy of the Royal College of Psychiatrists. London: Gaskell; 1995.
- BIRCHWOOD M, TARRIER N. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psicología; 1995.
- BREWIN CR, WING JK, MANGEN SP, BRUGHA TS, MACCARTHY B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987;17(4):971–981.
- CALDAS DE ALMEIDA JM. Population needs assessment for mental health services. En: Tansella M, ed. Making rational mental health services. Rome: Il Pensiero Scientifico; 1997.
- CALDWELL CB, GOTTESMAN II. Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990;16:571–589.
- CARLING PJ. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44: 439–449.
- CASTEL R. Les métamorphoses de la question sociale. París: Fayard; 1995.
- CENDOYA M, DEL CAMPO MS, RUIZ-ORTEGA M. Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En: Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997:248–270.
- CROWTHER RE, MARHALL M, BOND GR, HUXLEY P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001;322:204–208.
- DÍAZ GONZÁLEZ RJ, HIDALGO I. Guía de programas y actuaciones protocolizadas en la práctica clínica psiquiátrica. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
- DOHERENWEND BP, LEVAV I, SHROUT PE, SCHWARTZ S, NAVEH G, LINK BG, ET AL. Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science* 1992;255(5047):946–952.
- DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I: Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996(5);169:593–601.
- ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
- EVANS JJ, CHUA SE, MCKENNA PJ, WILSON BA. Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med* 1997;27(3):635–646.
- FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. Documento de trabajo 1. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Sevilla: FAISEM; 2000. Disponible en: <http://www.faisem.es/documentos/dtn1.pdf>. Acceso el 5 de febrero de 2004.
- FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. Documento de trabajo 2. Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Sevilla: FAISEM; 2000. Disponible en: <http://www.faisem.es/documentos/dtn2.pdf>. Acceso el 5 de febrero de 2004.
- GALLIO, G. Nell'impresa sociale. Trieste: Edizioni "e"; 1991.
- GARCÍA J, ESPINO A, LARA L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

- GARCÍA J, VAZQUEZ-BARQUERO JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Españolas de Neuropsiquiatría* 1999;27(5):281–291.
- GARCÍA J, DE LAS HERAS B. Soportes para la convivencia y la interacción social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades. En: García J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998:225–239.
- GOLDBERG D, HUXLEY P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
- GRANT M, HODGSON R, EDS. *Responding to drug and alcohol problems in the community. A manual for primary health care workers, with guidelines for trainers*. Geneva: World Health Organization; 1991.
- GROVE B, FREUDENBERG M, ET AL. *The social firm handbook*. Brighton: Pavilion; 1997.
- HEINSEN RK, LIBERMAN RP, KOPELOWICZ A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000;26(1):21–46.
- HOGARTY GE, GREENWALD D, ULRICH RF, KORNBILTH SJ, DiBARRY AL, COOLEY S, ET AL. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1514–1524.
- JANCA A, USTUN TB, SARTORIUS N. New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(2):73–83.
- JORGE MR. *Capacitación y educación en salud mental en las Américas. Documento de trabajo presentado en la Conferencia de Salud Mental en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
- KANE JM, MCGLASHAN TH. Treatment of schizophrenia. *Lancet* 1995;346(8978):820–825.
- KESHAVAN MS, SCHOOLER NR, SWEENEY JA, HAAS GL, PETTEGREW JW. Research and treatment strategies in first-episode psychoses. The Pittsburgh experience. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):60–65.
- KUIPERS E, FOWLER D, GARETY P, CHISHOLM D, FREEMAN D, DUNN G, ET AL. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998;173:61–68.
- KUIPERS E, GARETY P, FOWLER D, DUNN G, BEBBINGTON P, FREEMAN D, ET AL. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997;171:319–327.
- LAMB HR, BACHRACH LL. Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001;52:1039–1045.
- LARA L, LÓPEZ M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos; 1998:213–224.
- LEFF J, ED. *Care in the Community: Illusion or Reality?* West Sussex: Wiley; 1997.
- LEFF J. The TAPS project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1993;162(Suppl 19).
- LEFORT CA. *A invenção democrática*. São Paulo: Brasiliense; 1985.
- LELLIOT P, AUDINI B, KNAPP M, CHISHOLM D. The mental health residential care study: Classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry* 1996;169(2):139–147.



- LIBERMAN RL. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
- LÓPEZ, M. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental. Actas del Congreso Nacional de Rehabilitación en Salud Mental. Salamanca: Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2001.
- MAGLIANO L, FADDEN G, ECONOMOU M, HELD T, XAVIER M, GUARNERI M, ET AL. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(3):109–115.
- MARCONI J. Enseñanza de la salud mental en América Latina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1976;22(4):277–281.
- MARCONI J. Formación de personal para equipos de salud mental. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1979;25(3):204–211.
- MEDALIA A, ALUMA M, TRYON W, MERRIAN AE. Effectiveness of attention training in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24(1):147–152.
- NACIONES UNIDAS (ONU). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental. Anexo a la resolución 46/119, adoptada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <http://ods-dds-ny.un.org/RESOLUTION/GEN/NRO/588/76/IMG/NR058873.pdf?OpenElement> o [www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/68\\_sp.htm](http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/68_sp.htm). Acceso el 9 de enero de 2004.
- O'LEARY DS, FLAUM M, KESLER ML, FLASHMAN LA, ARNDT S, ANDREASEB NC. Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(1):4–15.
- Ogilvie RJ. The state of supported housing for mental health consumers: A literature review. *Psychiatr Rehabil J* 1997;21(2):122–131.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La esquizofrenia: información para las familias. Ginebra: OMS; 1994.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Respondiendo a los problemas de alcohol y drogas en la comunidad. Ginebra: OMS; 1991.
- PÉREZ F. Los grandes cambios: desde la institución manicomial a la atención comunitaria. En: Leal J, ed. Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
- PHELAN M, SLADE M, THORNICROFT G, DUNN G, HOLLOWAY F, WYKES T, ET AL. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167(5):589–595.
- PITTA A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Informes sobre desarrollo humano. Nueva York: UNDP; 1990–2000.
- RANDOLPH ET. Social networks and schizophrenia. En: Muesser KT, Tarrier N. Social functioning in schizophrenia. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
- REBOLLEDO S, LOBATO MJ, CABALLO VE. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En: Caballo VE. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo XXI; 1997:635–661.
- RODRÍGUEZ A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.

- ROSEN A, BARFOOT K. Day care and occupation: Structured rehabilitation and recovery programmes and work. En: Thornicroft G, Szmulke. Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001:295–308.
- ROTELLI F, DE LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los “países avanzados”). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1987;VII(21).
- ROTHBARD AB, KUNO E. The success of deinstitutionalization. Empirical findings from case studies on state hospital closures. Int J Law Psychiatry 2000;23(3–4): 329–344.
- SACKETT DL, ET AL. Evidence-based medicine: How to practice and teach it. New York: Churchill Livingstone; 2000.
- SALIZE HJ, RÖSSLER W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. Brit J Psychiat 1996;169:42–48.
- SCOTT JE, DIXON LB. Psychological intervention for schizophrenia. Schizophr Bull 1995;21(4):621–630.
- SENSKY T, TURKINGTON D, KINGDON D, SCOTT JL, SCOTT J, SIDDLE R, ET AL. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Arch Gen Psychiatry 2000;57(2): 165–172.
- SHEPHERD G, MURRAY A. Residential care. En: Thornicroft G, Szmulker G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001:308–320.
- SMITH TE, HULL JW, ROMANELLI S, FERTUCK E, WEISS KA. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. Am J Psychiatry 1999;156(11):1817–1818.
- SOBRINO T, RODRÍGUEZ A, FERNÁNDEZ JM. Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. En: Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997:365–388.
- SOLER INSA P, GASCÓN BARRACHINA J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales). 2a. edición. Barcelona: Masson; 1999.
- SÜLLWOLD L, HERRLICH J. Providing schizophrenic patients with a concept of illness. An essential element of therapy. Br J Psychiatry 1992;161(Suppl 18):129–132.
- TALBOTT JA. Lessons learned about the chronic mentally ill since 1955. En: Ancill R, ed. Schizophrenia: Exploring the spectrum of psychosis. New York: Wiley; 1994.
- TANSELLA M, THORNICROFT G. Mental health outcome measures. 2nd ed. Glasgow: Gaskell; 2001.
- TARRIER N, WITKOWSKI A, KINNEY C, MCCARTHY E, MORRIS J, HUMPHREYS L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. Br J Psychiatry 1999;174: 500–504.
- TARRIER N, YUSUPOFF L, KINNEY C, MCCARTHY E, GLEDHILL A, HADDOCK G, MORRIS J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 1998;317(7154):303–307.
- VÁZQUEZ-BARQUERO JL, GARCÍA J, TORRES-GONZÁLEZ F. The Spanish psychiatric reform: What can be learned from two decades of experience? Acta Psychiatr Scand Suppl. 2001;(410):89–95.

- VILLALBA C. Redes sociales e integración social. En: Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997:299–316.
- WATTS F, BENNET D. Teoría y práctica de la rehabilitación psiquiátrica. México: Limusa; 1992.
- WIEDL KH. Rehab rounds: Cognitive modifiability as a measure of readiness for rehabilitation. *Psychiatr Serv* 1999;50(11):1411–1413, 1419.
- WING JK, BABOR T, BRUGHA T, BURKE J, COOPER JE, GIEL R, ET AL. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(6): 589–593.
- WING JK. Meeting the needs of people with psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25(1):2–8.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disability assessment schedule. WHODAS II. Geneva: WHO; 2000. Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2000/a80933.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/a80933.pdf). Acceso el 23 de enero de 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Psychosocial rehabilitation: A consensus statement. Geneva: WHO; 1995. (WHO/MNH/MND/96.2).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care. Geneva: WHO, 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards a common language for functioning and disablement: International Classification of Impairments, Activities, and Participation. Geneva: WHO; 1998.
- WYKES T, REEDER C, CORNER J, WILLIAMS C, EVERITT B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25(2):291–307.