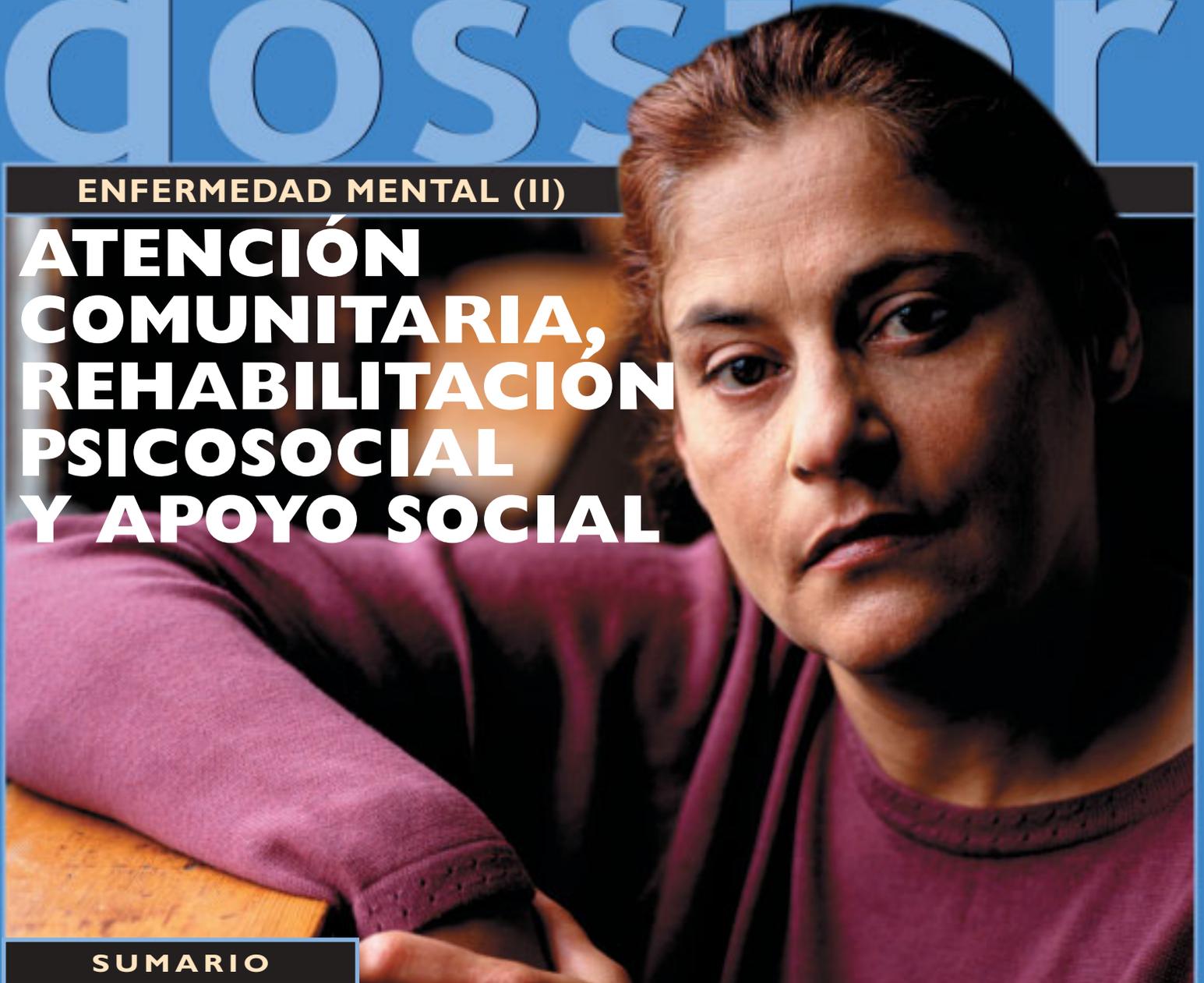


## ENFERMEDAD MENTAL (II)

# ATENCIÓN COMUNITARIA, REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL



### SUMARIO

#### ATENCIÓN COMUNITARIA, REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL

ABELARDO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
Págs. 23-25

#### COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ABELARDO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
Págs. 26-29

#### COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO  
Págs. 32-35

#### COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

JOSÉ ANTONIO CONTRERAS NIEVES  
Págs. 36-38

#### COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

JOSÉ ANTONIO INCHAUSPE  
IDOIA GAMINDE INDA  
Págs. 32-35

#### COMUNIDAD VALENCIANA

FRANCISCO JAVIER REVERTE LLEDÓ  
Págs. 39-41

#### ENCUESTA

Págs. 41

#### ABELARDO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Psicólogo. Coordinador técnico del programa  
de Atención Social a personas  
con enfermedad mental crónica  
COMUNIDAD DE MADRID

**En este trabajo se intenta presentar los elementos básicos de la atención comunitaria integral a la población con enfermedades mentales graves y crónicas y se enfatiza en la necesidad de articular una red completa y coordinada de servicios y recursos tanto sanitarios como sociales que permitan una adecuada atención a las múltiples necesidades de este colectivo.**

**E**n esta línea se argumenta el papel que debe cumplir el sistema de servicios sociales, desde una lógica de coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental, en la atención a las problemáticas psicosociales y sociales de estas personas y sus familias, promoviendo su rehabilitación e inserción social y facilitando los recursos sociales específicos de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte social que son necesarios para una adecuada atención de este colectivo. Desde estas premisas se expone la experiencia en la Comunidad de Madrid desde la Consejería de Servicios Sociales del Programa de Atención Social a personas con enfermedades mentales crónicas.

## LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES

Las personas con enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad.

En general se define a la población enferma mental grave y crónica, como aquella que incluye a: "personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos" (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Para exponer una imagen global de la problemática de esta población, podemos tener en cuenta 3 dimensiones básicas que la definen y enmarcan: Diagnóstico, Discapacidad y Duración. La definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye estas tres dimensiones:

- **Diagnóstico:** incluye fundamentalmente a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos graves de la personalidad.

- **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** tiempo superior al menos a un año de tratamiento.

- **Presencia de Discapacidad:** disfunción de moderada a severa en el funcionamiento laboral, social y familiar.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un "continuum" dentro de este colectivo, en el que podemos encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con trastorno mental grave (esquizofrenia, p.ej.) es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico.

- Son especialmente vulnerables al estrés. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.

- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.

- Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.

- En relación con los anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.

- Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones



*Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales y crónicas presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social*

hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, que van del polo más estrictamente sanitario-psiquiátrico al puramente social, debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo.



## EL PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Como ya se comentó anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. En efecto, muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.), sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social norma-

lizada en la comunidad. En nuestro contexto para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Los servicios sociales constituyen un elemento esencial para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población crónica. Su intervención debe conjugar el trabajo desde los servicios sociales generales en los que como ciudadanos de pleno derecho, los enfermos mentales crónicos reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas y posibilitar su mantenimiento e integración en su entorno social, junto con el desarrollo de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral, atención residencial y soporte social, sin olvidar el apoyo a las familias. Sin embargo en el contexto general de nuestro país, aún teniendo presente las diferencias regionales existentes, se puede afirmar que la implicación de los Servicios Sociales en la atención, rehabilitación e integración del enfermo mental crónico aún es escasa y poco definida. En general, los Servicios Sociales todavía deben avanzar decididamente en asumir que los enfermos mentales conforman un colectivo específico sobre el que deben actuar a través tanto de prestaciones generales como de dispositivos especializados.

Esta necesidad o exigencia de que el sistema de Servicios Sociales se implique en la atención comunitaria a esta población quedó, de hecho, recogida en la propia Ley General de Sanidad al indicar en el artículo 20, apartado 3, relativo a la Salud Mental que: “se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales”.

En la Comunidad de Madrid, se ha ido avanzando en esta línea de necesaria implicación de los servicios sociales en la atención comunitaria a esta población, complementando la labor de los servicios de salud mental y posibilitando la consecución de los objetivos marcados por la Reforma Psiquiátrica. Para ello, la Consejería de Servicios Sociales, además de promover el trabajo con esta población desde la red de Servicios Sociales Generales, viene desarrollando, desde el nivel de Servicios Sociales Especializados, un programa específico para mejorar las oportunidades y posibilidades de rehabilitación e integración de esta población, denominado programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica, cuyas principales características y recursos expondremos a continuación.

## NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Atención y tratamiento de la salud mental.
- Atención en crisis.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Protección y defensa de sus derechos.

## ABELARDO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Psicólogo. Coordinador técnico del programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica

**E**l Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica (El Programa, en adelante) tiene como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Trata de posibilitar la rehabilitación e integración social de dichas personas y favorecer que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible. Su función principal es desarrollar un conjunto de servicios y acciones específicas que permitan atender las necesidades y problemáticas de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario, complementando a los servicios sociales generales y, especialmente, servir de apoyo específico a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (dependientes del Servicio Madrileño de Salud).

### OBJETIVOS

El Programa orienta su actuación al logro de los siguientes objetivos generales:

- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible.
- Potenciar su integración social en su entorno comunitario.
- Evitar la marginación y/o institucionalización de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar a las familias de enfermos mentales crónicos, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

Fotos: Javier C. Roldán



La Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Servicios Sociales se ha planteado el objetivo de la elaboración y aprobación durante el año 2003 de un Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental para el período 2003-2007

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

# EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA



El Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica constituye una iniciativa específica, organizada desde el sistema de Servicios Sociales en su nivel de atención especializada, destinada a favorecer y apoyar la rehabilitación e integración social de la población con enfermedades mentales crónicas. Depende de la Dirección General de Servicios Sociales (Consejería de Servicios Sociales) a través de su actual Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad y lleva desde 1988 trabajando en el desarrollo de recursos específicos de atención social, rehabilitación y apoyo comunitario desde una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

El *perfil general* a cumplir por los potenciales beneficiarios del programa es el siguiente:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años y residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica y estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración social.

Para acceder a alguno de los recursos del programa, habrán de ser derivados desde el Servicio de Salud Mental encargado de su atención y tratamiento.

## ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y TIPOLOGÍA DE RECURSOS

De acuerdo con las distintas necesidades de esta población y a los objetivos antes indicados, el Programa centra su actuación en torno a los siguientes ámbitos de intervención:

- Rehabilitación psicosocial (recuperación de la máxima autonomía personal y social), soporte social y apoyo a la integración social.
- Apoyo, asesoramiento y psicoeducación a las familias de los enfermos mentales crónicos.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo.
- Atención residencial comunitaria.

A fin de atender los ámbitos de intervención propuestos, se han diseñado un abanico de recursos específicos a desarrollar en las diferentes áreas y distritos de la Comunidad de Madrid. A efectos de este trabajo veremos sólo las principales características y funciones de dichos recursos:

### Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Son un tipo de Centros de Día dirigidos a ayudar a las personas enfermas mentales crónicas para promover el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración so-

cial. Así como a sus familias para mejorar sus recursos y hacerles más competentes en el manejo de la convivencia con su familiar afectado de enfermedad mental grave y crónica y en el apoyo a su rehabilitación. Ofrecen para ello un abanico de programas y actividades de rehabilitación psicosocial, apoyo personal y soporte social, apoyo a la integración social, seguimiento y soporte comunitario, así como apoyo y asesoramiento a las familias. Cuentan con una plantilla formada por un director, 2/3 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadores y auxiliar administrativo.

### Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Son Centros dirigidos a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas que tienen dificultades específicas para su acceso al mundo laboral. Dichos Centros tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral. Ofrecen para ello diferentes programas y actividades encaminadas a facilitar su rehabilitación laboral y apoyar su inserción en el mundo laboral: orientación vocacional, capacitación y entrenamiento en hábitos laborales y de ajuste sociolaboral, apoyo a la formación profesional, apoyo para la inserción laboral, apoyo y seguimiento para el ajuste y mantenimiento del puesto de trabajo, así como otras actuaciones en materia de promoción de empleo. Cuentan con una plantilla formada por director, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico de apoyo a la inserción laboral, 2/3 maestros de taller y auxiliar administrativo.

### Centros Residenciales: alternativas residenciales comunitarias

a) *Mini-Residencias (MR)*: Son Centros residenciales en torno a 20/30 plazas destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilita-

ción y apoyo a la integración comunitaria, a las personas arriba citadas que no cuentan con apoyo familiar y social y/o que debido a su grado de deterioro psicosocial requieren los servicios de este tipo de centro residencial. Cuentan con una plantilla formada por director/psicólogo, 1 terapeuta ocupacional y educadores que cubrirán las 24 horas del día para asegurar el apoyo y supervisión continuado.

b) *Pisos supervisados (PS)*: Constituyen un recurso comunitario de alojamiento y soporte ubicado en pisos en los que conviven varias personas con enfermedad mental grave y crónica, con un suficiente nivel de autonomía y que no cuentan con apoyo familiar. Ofrecerán con carácter temporal o indefinido según las necesidades de cada caso: alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la rehabilitación e integración, así como una supervisión flexible y continuada. Cuentan con un equipo de educadores que ofrecen el apoyo y supervisión flexible necesario.



Para el último trimestre del 2003 se prevé la puesta en marcha de otros 9 centros con un total de 498 nuevas plazas con lo que al final de este año el Programa alcanzaría un total de 1.767 plazas

c) *Plazas supervisadas en Pensiones*: A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de enfermos mentales con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentando evitar procesos de marginación.

## Otros recursos

*Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI)*: se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellos enfermos mentales crónicos que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Básicamente se dirige a los enfermos mentales atendidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social. Este proyecto dispone de un equipo específico formado por un coordinador, 1 psicólogo y 6 educadores.

Esta red de recursos sociales específicos tiene como única vía de entrada, los Servicios de Salud Mental, con quienes trabajarán en estrecha colaboración y coordinación, así como con los Servicios Sociales Generales de las zonas en las que estén ubicados. Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de los enfermos mentales crónicos con problemáticas y necesidades de rehabilitación y soporte social.

## IMPLANTACIÓN DE LOS RECURSOS Y OBJETIVOS DE COBERTURA

El Programa, con casi más de 14 años de experiencia, ha ido desarrollando y actualizando sus estándares de plazas por tipo de recurso y habitantes. Así hemos estimado, tentativamente, como guía de ratios de plazas x 100.000 habitantes para cada uno de los recursos diseñados, lo siguiente:

En el caso de los pisos supervisados y de las plazas en Pensiones consideramos, que dada la experiencia existente, deberían articular su funcionamiento de un modo

## ACTUALIZACIÓN (2001) ESTÁNDARES DE PLAZAS DE LOS RECURSOS DEL PROGRAMA

Tipo de recurso	Ratio de plazas x 100.000 hab.		N.º total aproximado de plazas (*)	
	Mínimo	Óptimo	Mínimo	Óptimo
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30	50	1.750	2.500
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	10	25	500	1.255
Mini-Residencia (MR)	10	20	500	1.000
Piso Supervisado (PS)	6	10	300	500
Pensiones Concertadas Supervisadas	1	2	50	100
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>107</b>	<b>3.100</b>	<b>5.355</b>

(\*) Calculado sobre el censo de 1996: 5.022.289 habitantes en la CAM

## RED PÚBLICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

### EVOLUCIÓN COMPARATIVA CRECIMIENTO DEL PROGRAMA 1995 - 1999 - 2002

Evolución 1995/1999/2002	1995	1999	2002	Incremento 1995/2002
N.º de plazas	481	927	1.163 (*)	682 nuevas plazas
N.º usuarios atendidos	701	1.435	1.618	917 usuarios más
Coste total programa	388.200.000 ptas.	724.355.000 ptas.	1.082.945.909 ptas. 6.508.636 €	694.745.909 ptas. 178% de incremento presupuestario

(\*) Se incluyen los dos nuevos centros que se inauguran en Getafe



El programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica tiene como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias

complementario a las MiniResidencias, de ahí que nos planteemos que la puesta en marcha de nuevos Pisos o en su caso de nuevas plazas en Pensiones deba estar estrechamente vinculado a las nuevas MiniResidencias que se vayan poniendo en marcha y a las que sirvan de apoyo y complemento.

## EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

Desde 1988 hasta el momento actual el programa ha ido avanzando de un modo importante en la puesta en marcha de recursos aunque aún su desarrollo es insuficiente y desigual en relación a las necesidades existentes y a la planificación establecida.

Especialmente desde el año 1998 se ha producido un significativo incremento de recursos del programa. La evolución y cre-

cimiento del Programa producido en los últimos años se expone en los cuadros. El importante crecimiento de los recursos producido desde 1998 se refleja en el incremento presupuestario del programa.

En diciembre de 2002 se pusieron en marcha dos nuevos centros en Getafe (MR de 26 plazas y Centro de Rehabilitación Laboral de 50 plazas) y asimismo se prevé para principios de 2003 la puesta en marcha de otros dos nuevos centros en Alcobendas (MiniResidencia de 26 plazas y Centro de Rehabilitación Psicosocial de 80 plazas) con lo que el programa alcanzaría un total de 1.269 plazas.

Indicar asimismo que el funcionamiento de los recursos se ha caracterizado por su coordinación fluida y su colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia, asegurando con ello la necesaria complementariedad entre ambos recursos y la continuidad de cuidados en la atención comunitaria al enfermo mental crónico. La coordinación con los Servicios de Salud Mental se ha articulado a través de las Comisiones de Rehabilitación de área como en la coordinación continua con cada distrito. En la misma línea se ha producido la colaboración y coordinación con servicios sociales generales y otros recursos comunitarios (Centros Sociales, Centros Juveniles, Escuelas de Adultos, Polideportivos, Cursos de Formación Ocupacional, etc.), avanzando así en la normalización del progreso de rehabilitación de los usuarios y en la progresiva integración social.

En resumen, el Programa ha tenido un incremento muy importante desde 1998 tanto en nuevos recursos y plazas como también en presupuesto. Para el año 2003 hay también una importante previsión de crecimiento. Para el último trimestre del 2003 se prevé la puesta en marcha de otros 9 centros con un total de 1.767 plazas lo que supondría un gran avance en el desarrollo de la red del Programa. Pero el desarrollo del Programa aún resulta insuficiente y desigual y por tanto es preciso continuar avanzando en la ampliación de recursos que permita disponer de una red suficiente y bien distribuida territorialmente de recursos de apoyo social para la población enferma mental crónica.

## LÍNEAS DE DESARROLLO FUTURO

Como hemos comentado, a pesar de los esfuerzos y avances realizados, el desarrollo del Programa es aún insuficiente. Se hace necesario continuar la implantación de los recursos citados en todas las áreas de la Comunidad de Madrid, dándole un especial impulso, dada su evidente insuficiencia, a la puesta en marcha de alternativas residenciales y muy especialmente MiniResidencias, así como ampliar los Centros de Rehabilitación Psicosocial con sus funciones de apoyo a la rehabilitación e integración y de soporte social para hacernos a la población y lograr una mejor distribución territorial; igualmente es fundamental continuar el desarrollo de todas las áreas de nuevos Centros de Rehabilitación Laboral que ha demostrado su eficacia y relevancia como recurso de apoyo para lograr la inserción laboral normalizada de muchos enfermos mentales crónicos. Asimismo es necesario promover acciones que faciliten la inserción laboral de esta población. Sin olvidar el apoyo a las familias y al movimiento asociativo de familiares.

Teniendo todo esto presente planteamos que el desarrollo futuro del programa debería articularse a través de las siguientes grandes líneas:

- Mantener y profundizar la colaboración y coordinación con los servicios de salud mental para articular una atención integral y un sistema completo de soporte comunitario a esta población estableciendo las competencias de cada uno y las vías de coordinación y complementariedad entre salud mental y servicios sociales. Asimismo reforzar la colaboración y coordinación con la red de servicios sociales generales para mejorar el trabajo conjunto de apoyo al mantenimiento y la integración social de este colectivo.
- Continuar, potenciar y completar el desarrollo de la red específica de recursos sociales del programa en las diferentes áreas y distritos de Salud Mental, para poder alcanzar las ratios mínimas y la red mínima completa establecida de los diferentes centros (CRPS; CRL; MR; Pisos, etc).

- Elaboración de un Plan de Atención Sociales a personas con enfermedad mental crónica: La Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Servicios Sociales se ha planteado el objetivo de la elaboración y aprobación durante el año 2003 de un Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental para el periodo 2003-2007, ampliando y completando los ámbitos de intervención social y las medidas y recursos hasta ahora diseñados y desarrollados desde nuestro Programa.

La elaboración del Plan permitirá la planificación temporalizada de acciones, recursos y presupuestos para el periodo (2003-2007) para avanzar decididamente en el objetivo de completar una red suficiente de recursos sociales y otras medidas de apoyo a este colectivo y a sus familias, completando la red de recursos que actualmente existen hasta alcanzar los mínimos de plazas y centros establecidos y desarrollando nuevas medidas de apoyo que colaboren en la mejora de la atención y la calidad de vida.

Además viene a servir de complemento a la aprobación reciente del Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. El Plan de Salud Mental recoge y explicita el papel de este Programa y de los Servicios Sociales en la atención social al enfermo mental grave y crónico.

En este contexto la elaboración desde la Consejería de Servicios Sociales de un Plan de Atención Social a enfermos mentales es muy oportuno y se complementarán perfectamente, facilitando el desarrollo de la dimensión social de la atención sociosanitaria esencial para una atención integral al colectivo de personas con trastornos mentales severos y sus familias.

Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad.  
Dirección General de Servicios Sociales.  
Consejería de Servicios Sociales.  
Comunidad de Madrid.  
C/. Alcalá n.º 63, 1.ª planta. 28014 Madrid  
Tel.: 91 420 69 98. Fax: 91 420 70 01

Para atender las necesidades de las personas con un trastorno mental crónico de acuerdo a las medidas contempladas en el Plan de Salud de Canarias (1997-2001) se constituyen por decreto del Gobierno de Canarias los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.). En la práctica, en la isla de Tenerife no es hasta finales de enero, coincidiendo con una nueva legislatura política 2000-2003, cuando, de forma real, comienzan los trabajos del citado Consejo.

**FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO**

*Director del PIRP de Tenerife*

**E**n este Consejo están representadas toda la administración pública canaria en sus diferentes niveles (regional, insular y local), así como una representación de las Entidades cívicas y ONG vinculadas con la problemática de las personas con una enfermedad mental crónica. Destacar así mismo que uno de los cometidos del C.I.R.P.A.C., como órgano adscrito a la Dirección de Área de Salud, dependiente del Servicio Canario de Salud, es la planificación, seguimiento y evaluación de las necesidades de las personas con una enfermedad mental crónica a través de su instrumento estratégico como son los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y el nombramiento a finales de enero del 2000 del responsable de este Plan, el psiquiatra y profesor de Universidad, Francisco Rodríguez Pulido.

**COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS CANARIAS**

## LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN TENERIFE



### PLAN INSULAR DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Durante el año 2000 las administraciones y entidades del C.I.R.P.A.C., a través de un amplio proceso de discusión abierta, llegaron por consenso a finales de este año, a la aprobación por unanimidad del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP). Este documento, de acuerdo a los principios de la psiquiatría comunitaria y a un modelo biopsicosocial de la discapacidad –si su desarrollo se hace explícito en la realidad insular– permitirá establecer y articular un modelo de atención alternativo e integral para las personas con un trastorno mental de larga duración. Por lo tanto la esencia de este documento, en sí misma, no sólo ha sido la necesaria cuantificación de un determinado y amplio número de recursos previstos para un período de siete años, sino, su

aportación está más en la línea, por un lado, en el logro de la implicación de todas las administraciones y entidades, con la señalización de que cada uno debe jugar un determinado papel, y reconocer que ninguna por sí misma sería capaz de resolver las necesidades de estas personas, y por otro, en la insistencia del Plan en articular una red de redes que permita hacer efectiva esta implicación en el día a día. Este es realmente el punto nodular del PIRP. No sólo es importante la creación de una amplia variedad de nuevos recursos con cartera de servicios diferenciada sino cambiar el estilo de trabajo a una forma integrada y comunitaria.

### CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Uno de los graves inconvenientes de los PIRP es que su ficha financiera no está

en absoluto garantizada. Por ello durante el año 2001 y prácticamente el año 2002, los sucesivos plenos del C.I.R.P.A.C., fijaron como prioridad, con la finalidad de garantizar la estabilidad financiera y técnica de los recursos que se iban a poner en marcha, así como, las responsabilidades en la práctica concreta de cada una de las partes –aspecto este último que pasa siempre muy desapercibido– que la fórmula jurídica de articular los recursos fuese los Convenios de Colaboración Interinstitucional. Después de un arduo proceso jurídico y social el primer Convenio Insular de Colaboración Interinstitucional (2001-2004) para la puesta en marcha de recursos de rehabilitación psicosocial, se firmó públicamente el día 22 de octubre del 2002 y fue llevado a Consejo de Gobierno el 28 de Diciembre de ese año.

## GESTIÓN Y RECURSOS

Una de las novedades de nuestro PIRP es que la administración pública de ámbito insular, a través de un organismo autónomo del mismo, el Instituto de atención Social y Sociosanitaria (IASS), se hace corresponsable de 1/3 de la financiación y de la gestión de los recursos convenidos en el PIRP. Este organismo, para una mayor agilidad y eficacia en la gestión, ha implicado a empresas privadas y organismos no gubernamentales en la gestión indirecta de los recursos. Los aspectos de infraestructura o de política de personal queda en manos de lo acordado entre estas entidades con el IASS.

La financiación de los recursos convenidos sigue la política del 1/3 por parte de cada departamento público implicado, excepto la administración local, que colabora cediendo locales o su mantenimiento, facilitando el transporte de los usuarios o cediendo terrenos para actividades rehabilitadoras. La distribución de los recursos ha seguido criterios poblacionales garantizando la equidad. Los recursos señalados en la tabla I se pondrán en marcha en el transcurso del año 2003. La capacidad de los Centros de Día será de 15-20 usuarios, los Talle-

res Ocupacionales de 10-15 usuarios y los Equipos de apoyo Individualizado al empleo entre 15-20 usuarios.

La selección inicial de los candidatos por parte de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, única puerta de entrada a estos recursos o prestaciones, se realiza a través de un protocolo de derivación, que fue aprobado en la Comisión de Coordinación Funcional de Salud Mental. La selección definitiva la realizará la Comisión Insular de valoración de Discapacidades del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) dependiente del Cabildo Insular de Tenerife. De dicha comisión forma parte la Dirección de Área de Salud, que preside el C.I.R.P.A.C., y el Director del PIRP. Una vez admitidos los candidatos, los expedientes son remitidos al recurso correspondiente.

En la isla hay otros muchos recursos, sobre todo, talleres ocupacionales gestionados por las Asociaciones de familiares pero no forman parte en la actualidad de los recursos vinculados al PIRP, ya que fueron puestos en funcionamiento en años anteriores y no siguen los criterios y protocolos de actuación fijados en el propio PIRP. Esperamos que en el año en curso al calor del Plan de Atención a la Discapacidad (PAD), si éste se aprueba definitivamente, podremos homologar dichos recursos e incorporarlos a la red del PIRP, así como, disponer de financiación para recursos de alojamiento,

Otra de las acciones estratégicas contempladas en el PIRP, ha sido poner en marcha recursos de integración laboral. Hemos estado presente de forma activa en la Iniciativa comunitaria EQUAL del Gobierno de Canarias en el proyecto de espíritu de empresa "Canarias avanza". Desde la dirección del PIRP, se ha animado y promovido, como todos saben, la constitución de una nueva asociación, llamada Asociación para el Desarrollo de la Pernacultura (ADP), la cual, como entidad colaboradora de la Dirección General de Servicios Sociales, participa también en la citada Agrupación de Desarrollo. Esta Asociación, en octubre del 2002, ha constituido un Centro Especial de Empleo "El Mato", en el cual tiene entre sus empleados a tiem-

po parcial a siete personas con trastorno mental crónico y persistente. Desde la contratación de estas personas se viene realizando reuniones de seguimiento entre el Director del PIRP, los servicios sanitarios (Unidad de Salud Mental de Tacoronte y La Vera y Centro de Día de Santa Cruz) y el ayuntamiento local. El acompañamiento del C.I.R.P.A.C., ha sido y seguirá siendo fundamental en el mantenimiento de las personas y de la iniciativa empresarial.

No obstante seguimos intentando vincular a las ONG'S con el proyecto EQUAL a través de la valoración que una organización de carácter insular como SIMPROMI debe realizar para la Agrupación de Desarrollo (AD) sobre las dificultades de reconversión de los talleres ocupacionales en Centros Especiales de Empleo, y así estar en las mejores condiciones posibles, para levantar nuevas iniciativas de empresas sociales.

Otras de las iniciativas en las que estamos participando es la planificación de los recursos o programas necesarios para las personas sin hogar con una enfermedad mental crónica en situación de exclusión social. Participamos en el proyecto caracol, auspiciado por el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, que desde una visión interdisciplinaria, pretende dar una respuesta global a este colectivo de personas en el municipio de Santa Cruz de Tenerife.

## SEGUIMIENTO

Hemos puesto en marcha las Comisiones Comarcales del C.I.R.P.A.C., en las cuales se intenta dar a pie de terreno las respuestas más cercanas a las dificultades reales con las que se van encontrando el propio proceso rehabilitador. Esto lo hacemos con la participación de todos los técnicos de todos los organismos y entidades que tienen responsabilidad en la atención a las necesidades de las personas con una enfermedad mental crónica. Es un espacio de encuentro y de ayuda mutua ante los obstáculos del entorno con lo que se encuentra la integración social de las personas con discapacidad por trastorno mental crónico y persistente.

Durante los últimos años se está transformando la atención a la población de enfermos mentales en Castilla-La Mancha. La problemática de estos enfermos genera falta de autonomía personal y social, aislamiento, dificultades de inserción laboral, problemas familiares, etc. Por ello la organización de una adecuada atención comunitaria a esta población requiere de la actuación complementaria y coordinada de los servicios de salud mental, los servicios sanitarios generales, los servicios sociales y los servicios comunitarios.

Foto: Javier C. Roldán



**JOSE ANTONIO CONTRERAS NIEVES**

Director de FISLEM

**P**ara garantizar estas acciones La Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) desarrolla varios programas dirigidos a tal fin: programa de centros de rehabilitación psicosocial y laboral, programa de alternativas residenciales, programa de inserción socio-laboral, programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental y actividades científico formativas tanto a profesionales de los diferentes servicios implicados como a población general. Dichos programas tienen como objetivo atender a las necesidades psicosociales específicas de las personas con enfermedades mentales.

Desde su creación FISLEM ha asumido como premisa básica el diseño, la planificación y puesta en marcha así como la financiación, supervisión y evaluación de una red pública de recursos especializados para promover la rehabilitación e integración social de las personas enfermas mentales. Partiendo de esta responsabilidad la Fundación

**COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA**



## PROGRAMAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

ha pasado a utilizar distintas fórmulas para la gestión de los recursos, que desde la colaboración con la iniciativa ciudadana, permiten el mayor grado de eficacia y eficiencia.

### OBJETIVOS

El objetivo general de la Fundación es la prevención de la marginación y desadaptación, así como el apoyo a la integración social y laboral de las personas que padezcan trastornos mentales generadores de incapacidad personal y que tengan dificultades de acceso a recursos normalizados.

Para la consecución de estos fines, se realizarán las siguientes actividades o actuaciones:

- Rehabilitación psicosocial y laboral.
- Gestión y promoción de recursos y programas de carácter ocupacional y resocializador de ocupación del ocio y el tiempo libre.
- Gestión y promoción de dispositivos y programas residenciales de carácter social.
- Gestión y promoción de la formación profesional de manera que mejoren las posibilidades de integración en el mer-

cado laboral, facilitando de esta manera la integración social y económica.

- En general, desarrollo y gestión de los programas tendentes a prevenir la marginación y la desadaptación favoreciendo la realización de programas de investigación en esta materia.
- Desarrollo de actividades de colaboración con la Administración y en especial con los distintos niveles de los Servicios de Atención a la Salud Mental, para la mejor orientación de sus actividades, prestando y recibiendo asesoramiento y apoyo.
- Colaboración e intercambio de experiencias con instituciones que desarrollen actuaciones de carácter semejante de nuestro entorno cultural.
- Promoción de cambios en las actitudes sociales tendentes a favorecer la aceptación e integración social.
- Promoción de mecanismos de tutela a pacientes mentales incapacitados, impulsando el asesoramiento y voluntariado social orientado a este fin.
- Realización de cualquier otra actividad que le permita a la Fundación el mejor cumplimiento de sus fines.

## PROGRAMAS

Para la consecución de los objetivos propuestos se van constituyendo una red diversificada de programas y servicios, tal y como se refleja a continuación:

– Programa de rehabilitación psicosocial y laboral.

- Programa de alternativas residenciales.
- Programa de atención comunitaria y de integración socio-laboral.
- Promoción y prevención de la salud mental.
- Actividad científica y formativa.

## PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

Entre los tipos de servicios especializados se incluyen los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, que se conciben como un tipo de centros de día dirigidos a las personas con enfermedades mentales severas para que alcancen el máximo desarrollo de su autonomía personal y social y el mayor grado posible de integración social en la comunidad, así como apoyar a sus familias.

El programa de atención, va dirigido a promover la rehabilitación e integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y sus familias.

El CRPSL tiene como metas por un lado, el ajuste a la vida diaria del usuario y por otro, la mejora de la calidad de vida, ayudando a los enfermos a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar tan activa e independientemente como sea posible en sociedad.

El programa se dirige a las personas de la Comunidad de Castilla-La Mancha que sufren enfermedades mentales graves (esquizofrenia, otras psicosis, trastornos de personalidad, depresiones graves y recurrentes) y

que tienen dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración comunitaria que hace necesario el apoyo desde alguno de los recursos del C.R.P.S.L. Así mismo se dirige a ofrecer el apoyo a las familias que conviven y cuidan de un enfermo mental.

## Dispositivos de rehabilitación

● **Centro de rehabilitación psicosocial y laboral.** Ofrece programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración, para ayudar a los enfermos a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento en la comunidad. Ofrece psicoeducación, asesoramiento, entrenamiento en habilidades y atención a familias.

● **Talleres de rehabilitación.** Ofrecen programas de rehabilitación ocupacional y pre-laboral para ayudar a aquellos enfermos que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder y mantenerse en el mundo laboral. También ofrece un apoyo ocupacional a enfermos con discapacidades psicosociales severas.

## Prestaciones

El C.R.P.S.L. trabaja en estrecha coordinación con los servicios de salud mental, con los servicios sociales y con los recursos socio comunitarios normalizados para favorecer el tratamiento y la integración de los usuarios atendidos.

EL C.R.P.S.L. funciona en régimen de atención diurna en jornada de mañana y tarde. Los usuarios asisten en función de sus objetivos y de acuerdo a su plan de rehabilitación. La duración de la estancia será variable y limitada al cumplimiento de objetivos.

## Programas individualizados de rehabilitación psicosocial y laboral

Se ofrecen diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades para ayudar a este colectivo a mejorar su nivel de funcionamiento en las distintas áreas personal, social y laboral. Los principales programas de intervención son:

- Autocuidado (aseo, higiene personal, vestido y hábitos saludables).

## PROGRAMA DE CENTROS

En la siguiente tabla está el listado actual (2003) de recursos del Programa de Centros, indicando la ubicación, sectorización y fórmula de gestión.

CENTRO	SECTORIZACIÓN	GESTIÓN
ALBACETE	Albacete, Casas Ibáñez y Peñas de S.Pedro.	Convenio con AFAEPS.
ALMANSA	Almansa y municipios de alrededor.	Convenio con AFAEMPAL y Ayuntamiento.
ALCÁZAR	Área Mancha Centro.	FISLEM.
CAUDETE	Caudete.	Convenio con ACAFEM y Ayuntamiento.
C.REAL	Área C.Real.	Convenio con APAFES.
CONSUEGRA	Consuegra y municipios de alrededor.	FISLEM.
CUENCA	Área de Guadalajara.	Convenio con Asociación Pro Salud Mental VIVIR.
GUADALAJARA	Almansa y municipios de alrededor.	Convenio con APIEPA.
TALAVERA	Área de Talavera.	Convenio con ATAFES.
TOLEDO	Toledo y municipios del área.	Convenio con DESPERTAR.
TOMELLOSO	Área Mancha Centro.	Convenio con Ayuntamiento.
VILLAROBLEDO	Villarrobledo y municipios de alrededor.	Convenio con AFAEM y Ayuntamiento.

- Actividades de la vida diaria (manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo de dinero, realización de trámites burocráticos).
- Rehabilitación cognitiva (atención, percepción, memoria y solución de problemas).
- Habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal).
- Autocontrol y manejo del estrés (relajación, autoestima, control de ira, manejo de ansiedad y depresión)
- Psicoeducación (conocimiento y manejo de la enfermedad mental, adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, manejo de factores de riesgo).
- Ocio y tiempo libre.
- Apoyo y soporte social.
- Integración comunitaria (potenciación del uso de recursos comunitarios).
- Psicomotricidad.
- Habilidades de ajuste laboral (asistencia, puntualidad, ritmo de trabajo, seguimiento de instrucciones, manejo de herramientas, iniciativa, relación con compañeros, etc.).
- Orientación vocacional y búsqueda de empleo.
- Seguimiento en la comunidad.
- Psicoeducación de familias (información, comunicación, manejo de estrés familiar y solución de problemas).

## Situación actual del programa

En el Plan de Salud Mental 2000 – 2004 se prevee la puesta en marcha y funcionamiento de 20 CRPSL en toda la región al término de la vigencia del mismo. Actualmente hay en marcha 11 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) y 5 en proyecto de creación para el 2003, con lo que nos situaríamos en un total de 16 CRPSL al finalizar el año 2003, lo que supone un 80% de lo previsto en cuanto a nº de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

## PROGRAMA DE ALTERNATIVAS RESIDENCIALES

Muchos enfermos mentales tienen dificultades para atender autónomamente a sus necesidades de alojamiento, convivencia y soporte, así como dificultades en

el acceso y mantenimiento de una vivienda adecuada a sus necesidades.

El Programa residencial es un conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son:

- La vivienda.
- La manutención.
- Determinados cuidados básicos (aseo, autocuidados, medicación, organización cotidiana etc.).
- Relaciones interpersonales significativas.

## Objetivos

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.
- Maximizar la autonomía personal y social fomentando el papel activo del usuario en su proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria.
- Crear o reforzar los lazos afectivos y la estabilidad emocional incrementando la cohesión de grupo, apoyo mutuo y solidaridad a través de la convivencia.

## Características de los pisos

- Recurso residencial comunitario organizado en pisos normalizados insertos en barrios que cuenten con una mínima red de equipamiento y que tengan medios de transporte que hagan posible la adecuada accesibilidad de los usuarios a la vida comunitaria y a los servicios que necesiten. En suma, se trata de Pisos normales como los de cualquier familia media de Castilla-La Mancha.
- En aquellas localidades donde existiera más de un piso supervisado podría establecerse una cierta gradación en cuanto a las necesidades de los usuarios, con objeto de homogeneizar a los ocupantes de cada vivienda.
- Convivencia de 4 a 10 personas con enfermedad mental.
- Supervisión flexible y adecuada a las características de los usuarios y del grupo,

porque las necesidades y demandas varían en función de los usuarios y la tipología del piso.

- Un equipo educativo especializado se encarga de dicha supervisión, siguiendo las directrices de los Planes Individualizados de Rehabilitación de cada usuario, y de la normativa del programa.
- Coordinado con otros recursos socio-sanitarios (Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Unidades de Salud Mental etc).
- Recurso intermedio, no específico y de carácter idealmente temporal (como forma de transición hacia recursos residenciales menos dependientes).
- Requiere la activa participación de los usuarios.
- La estancia en el piso es voluntaria.
- Es un recurso Individualizado, porque cada usuario tiene una especificidad única y requiere un apoyo ajustado a sus distintas problemáticas, posibilidades y circunstancias.
- Tiene un funcionamiento continuado, para asegurar a medio y largo plazo el buen funcionamiento del piso y su eficacia como recurso de apoyo residencial y rehabilitador.

## PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL

### OBJETIVOS GENERALES:

- Detectar personas con enfermedad mental que no frecuentan los servicios sociales y/o sanitarios y establecer acciones para intervenir sobre esta población no asistida.
- Garantizar la continuidad de cuidados e intervenciones de rehabilitación psicosocial y laboral e inserción comunitaria de personas que presentan una patología mental, y que están en desventaja con respecto a otras patologías en cuanto a la utilización adecuada de los recursos unido a las dificultades de traslado al centro de referencia.
- Garantizar y Promover el acceso de las personas con enfermedad mental a recursos de integración laboral y de empleo normalizado.



## DESCRIPCIÓN

### I. SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN

Tras la elaboración de unos criterios para la detección de posibles enfermos que pudieran ser candidatos para el programa de seguimiento, se contacta con el coordinador o director de cada servicio (Servicios Sociales, Atención Primaria u otros Servicios Comunitarios). Se les explican los objetivos del programa y se les dan los criterios que nos servirán para la identificación de los posibles enfermos mentales. Pasado un tiempo establecido previamente se contacta nuevamente con el mismo servicio para recoger los cuestionarios cumplimentados.

Se procede entonces a contactar con el posible enfermo con la intermediación de los profesionales de los distintos servicios anteriormente especificados, asegurándole ante todo la confidencialidad de los datos.

Se realizan entonces las entrevistas, tras la cual, de quedar confirmados los criterios de Enfermedad Mental, se le informa de ello correctamente al paciente y sus familiares, así como del funcionamiento del proceso rehabilitador y los recursos existentes dentro del Área de Salud Mental de referencia.

### 2. SUBPROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se define como un programa de intervención para garantizar la continuidad de cuidados e intervenciones tanto rehabilitadoras como de integración social y laboral dentro de una red de servicios comunitarios. Pretende garantizar la coordinación entre los dispositivos que se utilicen en el proceso terapéutico-rehabilitador dando respuesta en cada momento a las necesidades del paciente y de su familia.

### PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Plan de Salud Mental 2000–2004 se plantea como objetivo general el de:

Desarrollar la prevención de los trastornos mentales inherente a la actividad asistencial, cuyas metas son evitar la aparición del trastorno mental (promoción de la salud); detectarlo e intervenir precozmente (prevención secundaria) y, favorecer la máxima autonomía posible del enfermo mental minimizando la discapacidad con adecuados programas de rehabilitación (prevención terciaria).

Durante el año 2002 desde FISLEM se han llevado a cabo diversas acciones encaminadas a la consecución de éstos

fines, en colaboración con otras entidades:

- En colaboración con O'Belén, realización de un proyecto de prevención de los trastornos mentales infanto-juveniles.
- En colaboración con la Asociación Nueva Luz de Tarancón, un proyecto de sensibilización, atención y prevención de la Salud Mental.
- En colaboración con FEAFFES-CM, Proyecto Quijote, de prevención, sensibilización e inserción socio-laboral del enfermo mental.

### ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y FORMATIVA

También es un objetivo del Plan de Salud Mental 2000–2004 el de fomentar la formación e investigación en salud mental. Los avances técnicos en el cuidado y manejo de los enfermos mentales son muy rápidos y, en algunos casos, suponen cambios decisivos al encarar los problemas. La Administración Sanitaria, a través del PSM, garantiza la adecuada formación de la totalidad de estamentos profesionales implicados.

La Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM), es aprobada su constitución el 22 de mayo de 2001 en Consejo de Gobierno, quedando constituida el día 27 de julio de 2001 y reconocida e inscrita en el Registro de Fundaciones por Resolución de 8 de noviembre de 2001.



*Dirección - Sede Social:*  
 Avda. De Francia nº 4  
 45075 Toledo  
*Oficinas: C/ Ronda de Buenavista 47, 3º B*  
 45005 Toledo  
 Teléfono: 925 28 10 80  
 Fax: 925 28 11 41

Fotografía cedida por el archivo fotográfico del Servicio de Turismo del Gobierno de Navarra



Castillo de Olite

Para mejorar la atención al trastorno mental grave es imprescindible retomar el capítulo referente a la salud mental del Plan Foral de Atención Socio-sanitaria, y seguir avanzando en la cobertura de las necesidades residenciales, laborales, y de ocio y tiempo libre. Se trata de desarrollar una red de apoyo al enfermo mental y su familia, no estigmatizante, distribuida en el territorio y próxima al medio familiar de origen, capaz de ofrecer servicios personalizados, es decir, de características fundamentalmente diferentes a las del viejo manicomio.

**JOSE ANTONIO INCHAUSPE**

Subdirector de Salud Mental del  
Servicio Navarro de Salud

**IDOIA GAMINDE INDA**

Técnico del Servicio de Docencia, Investigación  
y Desarrollo Sanitario

## **COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA**

# RED DE SALUD MENTAL

**E**l Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 se basa en este modelo de Goldberg y Huxley y maneja datos de prevalencia anual, de 1,7% de la población general, por diagnósticos especializados. Las cifras que desde el mismo modelo se proponen actualmente son más altas, y llegan al 4% de la población general de los que acceden a servicios especializados de Psiquiatría. Tal vez se deba, entre otros motivos, al aumento de la oferta de servicios especializados de salud mental.

Ante la falta de información epidemiológica detallada en población general en

Navarra, se puede realizar una estimación a través de la frecuentación en los servicios sanitarios (morbilidad administrativa) que, en el caso de países con un desarrollo importante de recursos asistenciales como Navarra, se considera más próxima a los datos epidemiológicos reales que en otros lugares, sobre todo para trastornos mentales graves.

La Red de Salud Mental ha conocido desde su creación un aumento regular e ininterrumpido en número de pacientes y número de consultas realizadas. En 1999, la prevalencia de los trastornos atendidos en los centros de salud mental en Navarra fue del 32,8 por mil del total de la población,

estimada por el número de personas diferentes atendidas en consulta, tanto por primera vez o por recidiva, casi el doble de la prevista en el Plan de Salud Mental de 1986.

La evolución histórica aumenta de forma contundente: en 1988, fecha en la que se consolidó la Red de los Centros de Salud Mental, la prevalencia fue de 16,2 por mil, la mitad que en 1999. Por otra parte, la incidencia anual se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años en torno al 9,24 por mil. Las medias españolas correspondientes son del 20 por mil de prevalencia anual, y de 10 por mil, casos nuevos anuales, similares a las medias europeas.

## PLAN DE SALUD MENTAL

El Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 planteó la transformación de la asistencia psiquiátrica en torno a dos ejes: cierre del hospital psiquiátrico y puesta en marcha de un nuevo modelo asistencial distribuido geográficamente e integrado en el sistema sanitario. Desde postulados de psiquiatría comunitaria, atribuye a los equipos sanitarios la responsabilidad asistencial y de prevención primaria y promoción de la salud mental de la población a su cargo. Establecía como objetivo operativo el desarrollo de una red de servicios integrados de Salud Mental.

En la misma línea, el Plan de Salud de Navarra de 1991 considera la Red de Salud Mental como un sistema de apoyo a atención primaria. Desde un punto de vista operativo insiste en los mismos términos que el Plan de Salud Mental: Red asistencial única, incluyendo en los Centros de Salud Mental (CSM), a diferencia de otras Comunidades Autónomas, la atención a las drogodependencias y la atención infantil; Red estructurada geográficamente en áreas de captación de pacientes (sectores); y organizada por niveles asistenciales: los Centros de Salud Mental como base asistencial; y los centros especializados de apoyo infanto-juvenil, y drogas; y de corta estancia, todo ello integrado en el Sistema Sanitario general con unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) en Hospital General, en coordinación con Centros de Salud Mental como atención primaria psiquiátrica.

Entre 1987 y 1991 se produce el desarrollo y despliegue de los recursos extrahospitalarios (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día) y el traslado de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Psiquiátrico a los Hospitales Generales. Entre 1991 y 1995 los recursos de Salud Mental se integran en el sistema sanitario general (Ley Foral de Salud 1990). Este modelo de integración aún perdura; los Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Hospital Psiquiátrico se integraron en la Dirección de Atención Primaria; mientras que las UHPs son dependientes de la Dirección de Atención Especializada.

En 1993 se consolida la Red de Salud Mental a la que se incorpora un Centro de Día, una Unidad de Rehabilitación, y una Unidad Infanto-Juvenil. Entre 1995 y 2000 se culmina el desarrollo de recursos sanitarios con una Unidad de corta estancia de psicogeriatría (1995), un Hospital de Día Infanto-Juvenil (1998), una Unidad de Hospitalización de media estancia (2000), y una Clínica de Rehabilitación (2000), haciéndose operativo el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier mediante su transformación en Centro Psicogeriátrico (1998) de preferente atención social.

Se ha tratado de un proceso lento y erizado de dificultades y problemas, alguno de los cuales aún persiste. Citaremos entre estos últimos la situación actual de los cuidados psicogeriátricos con la coexistencia de un doble circuito residencial y de centros de día para personas mayores de 65 años con demencias, a los que se les aplica criterios de acreditación técnica, acceso y participación económica no siempre coincidentes, dependiendo del "circuito" que le corresponda al enfermo y no a su necesidad.

En el área de las necesidades sociales de las personas con trastorno mental se ha reconocido por ley como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental (Ley Foral 13/1999, de 6 de abril); se han caracterizado los servicios de Residencia Asistida para personas con enfermedad mental y pisos funcionales y tutelados para personas con enfermedad mental (O.F. 204/1999, de 30 de diciembre, de Bienestar Social); se ha

redactado el Plan Foral Sociosanitaria (Junio 2000) y se ha puesto en marcha la primera residencia asistida para enfermos mentales (Agosto 2000, 42 plazas).

La Red asistencial detecta la carencia de una unidad de hospitalización entre media y prolongada estancia para TMG en edades jóvenes y adultas; y por otro lado, las unidades de hospitalización se encuentran situadas en Pamplona con una alta frecuentación, lo que requiere unidades para situaciones de crisis o epidémicas, lo que podría paliarse con unidades de hospitalización en Estella y Tudela que evitarían además el desarraigo de los enfermos de estas zonas que requieran hospitalización.

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA SITUACIÓN

El desarrollo actual de metodología e instrumentos que permitan caracterizar los sistemas de atención, bajo forma de servicios prestados a pacientes en áreas de captación o sectores determinados, y compararlos entre sí es insuficiente. La comparación entre Navarra y el resto de España en lo que respecta a ratios de profesionales y centros y recursos por población general, no resulta desfavorable a la Comunidad Foral, todo lo contrario (AEN 2000, Ministerio de Sanidad y Consumo 1998). Lo mismo si se apela a las ratios sugeridas por la OMS. Además, la situación es incomparablemente mejor a la previa implantación del Plan de Salud Mental. No obstante, no puede obviarse un análisis crítico en profundidad de la atención que se presta en Navarra a los trastornos mentales como definición de necesidades que se expresan a continuación.

Las fuentes de las que se parte son las memorias anuales de actividad de la Red de Salud Mental, diagnósticos de situación de necesidades del enfermo mental y su familia, y material procedente de diversos grupos de trabajo de profesionales de la Red de Salud Mental y del Servicio Navarro de Salud.

La Red de Salud Mental ha conocido desde su creación un aumento regular e ininterrumpido en número de pacientes y actividad clínica: un 45% más de pacientes en CSM entre 1998 y 1992, y un 41% más

entre 1992 y 1995; pero no ha habido un aumento paralelo de recursos, y hay que señalar que la Red de Salud Mental fue diseñada pensando en una frecuentación anual del 1,7% de la población, mientras que en 1999 ésta fue del 3,28 % de la población residente en Navarra.

La tasa de frecuentación en consultas por mil habitantes -según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo- era en Navarra una de las más altas del Estado, 159,5 por 1.000, sólo superada por la Comunidad Autónoma Vasca con una tasa de 237,7 por 1.000; siendo la media española de 92,1 por 1.000, lo que da una idea de la elevada utilización de los centros de salud mental por parte de la población. Esta utilización está directamente relacionada con el tipo de trastornos atendidos en los centros de salud mental, de los que un 16,6% de los diagnósticos se incluyen como factores ambientales, correspondiendo a los trastornos atendidos en la red especializada como trastornos mentales menos graves, con una carga del 50% de la actividad.

Se plantea, por tanto, un problema no exclusivo de Navarra desde la perspectiva de las prestaciones: ¿Cuál es la misión de la red de salud mental? ; ¿Es la Red de Salud Mental un nivel especializado de atención? ; o ¿Es como se verá más adelante, la atención primaria de la salud mental? Los Centros de Salud Mental atienden con frecuencia problemas de gravedad menor, de evolución crónica y fluctuante, dependientes de factores ajenos a los propiamente clínicos como son los estilos de vida, circunstancias biográficas, o sociales, en los que el alta clínica es espontánea, con un 48% de casos en 1991, que no llegaron a tener más de 3 consultas; o casos imposibles de predecir su cronicidad bajo la forma de estilo de vida. Es decir, los CSM parecen gestionar parte del malestar emocional o conductual de la población. Sin embargo, en palabras de A. Espino (1998, p. 169) “El especialista en salud mental no puede convertirse en “consejero psicológico” de la población si quiere centrar su actividad profesional en el tratamiento de los trastornos psíquicos de las personas.

La medicalización y/o psicologización de las preocupaciones propias de la vida, aparte de sus efectos negativos al limitar la

autonomía de las personas, no puede ser soportada por ningún sistema sanitario público de carácter universal”. En los centros de salud mental, las diferencias entre grandes grupos de pacientes parecen tener más que ver con patrones típicos de utilización de Atención Primaria que con las necesidades de los pacientes, al hilo de lo ya planteado sobre la importancia del segundo filtro del modelo desarrollado por Goldberg y Huxley (1980).

## NIVEL ESPECIALIZADO

Los Centros de Salud Mental funcionan más que como un sistema especializado de apoyo a la Atención Primaria (como establecía el Plan de Salud Mental 1986), como la atención de primaria que se ocupa de los problemas salud mental. Sin embargo, estudios contrastados no revelan diferencias específicas en la atención de los Trastornos Mentales que justifiquen una distribución de casos entre atención primaria y especializada, diferente a la habitual en otras especialidades sanitarias; de tal modo que la Atención Primaria de Salud debería ocuparse de los trastornos

emocionales o conductuales de menor gravedad, mayor prevalencia y el seguimiento de los enfermos; en tanto que la Red de Salud Mental especializada se ocuparía con mayor eficacia y efectividad demostrable de los de mayor gravedad, menor prevalencia y mayores necesidades de atención especializada como son los TMG.

En este sentido, Espino (1998) considera que la de Salud Mental pertenece al nivel especializado, y propone para mejorar la calidad de las prestaciones del sistema “contar con una cooperación eficiente entre los equipos de salud de atención primaria y los especialistas en psiquiatría de la red de salud mental. Por ello, y teniendo en cuenta que la detección de casos junto con el índice de derivación de los mismos conforman la demanda psiquiátrica del sistema, hemos de centrar en dichas actividades los objetivos a cubrir por estos profesionales en materia de salud mental. Así, se establecen tres objetivos concretos para mejorar la atención en Salud Mental: una detección más precisa del caso psiquiátrico, su correcto manejo clínico y la utilización adecuada y eficiente del especialista en salud mental”.

### Fines

- Mejorar los cuidados asistenciales a los enfermos mentales con procesos graves de manera continua a lo largo del proceso clínico.
- Disminuir el impacto social del trastorno de la enfermedad mental grave.
- Potenciar la organización de Salud Mental como estructura especializada.

### Estrategias

- Promover actuaciones orientadas al diagnóstico y tratamiento tempranos de los trastornos mentales graves, así como a una rehabilitación adecuada.
- Incorporar el tratamiento y el seguimiento personalizado al enfermo mental en los diferentes niveles asistenciales del Servicio Navarro de Salud, tanto a nivel especializado, como en los Centros de Salud de Atención Primaria.
- Evitar la discriminación de los enfermos mentales y sus familiares en el conjunto de las atenciones del Sistema sanitario y, en especial, la relacionada con el desarraigo familiar y territorial.
- Reducir el impacto de la cronicidad y de la discapacidad social de la enfermedad mental, garantizando la continuidad en la prestación de cuidados de carácter sanitario, y a la adecuada coordinación con los servicios sociales.
- Considerar la estructura organizativa de Salud Mental como un subsistema especializado, descentralizado y autónomo en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, en coordinación con las Estructuras de Atención Primaria, con el Plan Foral de Atención socio-sanitaria, Plan Foral de Drogodependencias y con los programas establecidos con el Departamento de Educación.

Las enfermedades mentales son uno de los mayores retos sanitarios y sociales de cara al siglo XXI. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el 12'5% de la población mundial padece severos trastornos mentales y neurológicos. La proyección estadística de esta tendencia anticipa que, dentro de veinte años, esta clase de patología ocupará el segundo lugar entre las causas de invalidez en el mundo.

**FRANCISCO JAVIER REVERTE LLEDÓ**

Director General de Integración Social de Discapacitados

**A** lo largo de la década de los sesenta y setenta del siglo pasado en la mayor parte de los países occidentales se produjeron una serie de movimientos sociales, políticos y científicos, conocidos popularmente como “movimientos para la reforma psiquiátrica”, que defendían la “desinstitucionalización”, poniendo fin al régimen manicomial y asilar que había regido la asistencia psiquiátrica desde el siglo XV hasta entonces.

Así, se consideraba que los asilos y manicomios causaban más daño que beneficio terapéutico en la persona con enfermedad mental crónica.

En España, la reforma psiquiátrica se inició a principios de la década de los setenta. El desarrollo del proceso desinstitucionalizador comienza en 1985 con el informe realizado por la Comisión para la Reforma Psiquiátrica; un año más tarde, entra en vigor la Ley General de Sanidad, que implica la integración de todas las actuaciones de salud mental en el sistema sanitario general y el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción psicosocial.

Foto: Agencia Valenciana de Turisme



En el año 2001 se publica el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana, que afianza el compromiso de la Generalitat Valenciana con los principios y valores que han impulsado el Sistema Nacional de Salud y con los ciudadanos

## COMUNIDAD VALENCIANA

# COMPETENCIAS, RECURSOS E INICIATIVAS

Sin embargo, pese a las recomendaciones de la Comisión Ministerial y a la vigencia de la Ley General de Sanidad, los avances en la deshospitalización no siempre fueron acompañados de la provisión de servicios alternativos para la desinstitucionalización.

De este modo, las personas con enfermedades mentales crónicas y sus familias, sufren un conjunto de problemáticas y necesidades que desbordan el ámbito sanitario y psiquiátrico, ya que presentan importantes dificultades en el funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social y laboral normalizada.

## NORMATIVA Y FUNCIONES

En 1986 el Gobierno Valenciano regula la prestación de servicios en materia de salud mental por parte de la Conselleria de

Sanitat, mediante el Decreto 148/1986, de 24 de noviembre.

Una década más tarde, en 1996, asigna competencias en materia de atención a personas con enfermedad mental crónica a la Conselleria de Benestar Social, a través del Decreto 132/1996, de 4 de julio.

Así, merece mención especial la normativa que respalda la asunción y distribución de las competencias entre las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social, en materia de atención al colectivo que nos ocupa, agrupándola en tres grupos:

En materia de Salud Mental:

- Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana.

- Decreto 81/1998, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.

#### En materia de Servicios Sociales:

- Decreto 72/1987, de 25 de mayo, de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana.
- Acuerdo de 16 de mayo de 1995, del Gobierno Valenciano, en materia socio-sanitaria.
- Ley 5/1997, de 25 de julio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

#### En materia específica de personas con enfermedad mental:

- Decreto 132/1996, de 4 de julio, por el que se asignan competencias en materia de atención a enfermos mentales crónicos.
- Orden de 3 de febrero de 1997, que desarrolla la tipología de recursos de atención a enfermos mentales (vigente en tanto se publique la Orden de desarrollo del Decreto 91/2002, de 30 de mayo).
- Decreto 91/2002, de 30 de mayo, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.
- Orden de 28 de noviembre de 2002, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas en materia de Servicios Sociales en el Sector de Discapitados para el año 2003.

### PLAN DIRECTOR

En el año 2001 se publica el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana,

que afianza el compromiso de la Generalitat Valenciana con los principios y valores que han impulsado el Sistema Nacional de Salud y con los ciudadanos.

Con un nuevo enfoque general integrado e integrador de la enfermedad mental, el mencionado Plan Director tiene cuatro objetivos básicos:

- Consolidar una red socio-sanitaria integrada.
- Establecer servicios de reinserción laboral, social y ocupacional, así como recursos residenciales.
- Promover la dignidad de las personas con enfermedades mentales crónicas y el apoyo eficaz a las familias.
- Promover la formación del personal y de la investigación.

Así, el modelo socio-sanitario de atención a personas con enfermedad mental crónica responde al siguiente esquema:

- Atención Institucional (modelo sanitario), que corresponde al Sistema Sanitario.
- Atención Comunitaria (modelo psicosocial), que corresponde al Sistema de Servicios Sociales.

De este modo, corresponde a la Conselleria de Sanidad las siguientes funciones básicas:

- Atención psiquiátrica y psicológica.
- Hospitalización y atención domiciliaria.
- Potenciación de recursos de carácter sanitario.

Dentro de las funciones propias de la Conselleria de Bienestar Social, desde el ámbito especializado, podemos enumerar las siguientes:

- Gestión de centros específicos.
- Arbitrar equipamientos sustitutivos al hogar.
- Proporcionar prestaciones económicas.
- Atender disfunciones graves producidas en el medio social.

Así pues, la red de recursos socio-sanitarios para la atención a personas con enfermedad mental crónica en la Comunidad Valenciana responde al siguiente esquema:



### MODELO DE ATENCIÓN

Con cuatro prestaciones básicas podemos hablar de:

#### — Recursos Sociales Especializados:

- Centro Específico para Enfermos Mentales: centro residencial comunitario, abierto y flexible, con una capacidad para 40 personas y un equipo profesional multidisciplinar.
- Centro de Rehabilitación e Integración Social: centro donde se llevan a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios. Su capacidad es de 70 plazas como máximo y, al igual que en el CEEM, el equipo profesional multidisciplinar.
- Centro de Día: destinado a enfermos mentales con gran deterioro de sus capacidades funcionales, se desarrollan programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre. Capacidad máxima de 20 plazas y equipo profesional multidisciplinar.
- Viviendas Tuteladas y Autónomas: diferenciadas por el grado de supervisión, su objetivo es ofrecer espacios normalizados de convivencia y soporte para facilitar el mantenimiento del enfermo mental en la comunidad. El equipo profesional está constituido por monitores y/o educadores y el número de plazas oscila entre cuatro y seis como máximo.

La ubicación de los mismos en el territorio de la Comunidad Valenciana responde a diferentes criterios como son:

- Población.
- Proximidad de Unidad de Salud Mental.
- Existencia de Unidades Hospitalarias cercanas.

Así, la distribución de Recursos Sociales Especializados responde al siguiente mapa autonómico:



– Programas de Prevención y Rehabilitación en el Medio Comunitario: constituyen un conjunto integrado de actividades dirigidas a un grupo de personas que presentan similar problemática y que pretenden conseguir objetivos previamente establecidos. Tres tipos de Programas:

- Convivencia.
- Cooperación Social.
- Social Intervención para la Prevención e Integración.

– Prestaciones Económicas Individualizadas: comprenden aquellas medidas de necesaria aplicación cuando se han agotado o resultan insuficientes los recursos de carácter individual o comunitario para atender las necesidades del individuo que requiere la atención especializada en un centro residencial.

– Pensiones Concertadas: concierto de plazas con Pensiones de Huéspedes que sirven como alternativa para cubrir necesidades de alojamiento de aquellos individuos que no precisan de la atención y supervisión que ofrecen los CEEM o no son idóneos para convivir y manejarse en una vivienda tutelada.

– Programas de Formación a Profesionales: desarrollo de actividades formativas dirigidas a los profesionales que intervienen en el campo de la rehabilitación de las personas con enfermedad mental crónica.

## encuesta

### OPINAN LOS LECTORES

## ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON RETRASO MENTAL

**Marcos Gómez Romero**  
Usuario de ASOVICA. Soria

Si no fuera por las asociaciones, la gente no sabría que hacer, estaría dando vueltas, hay gente que no sabe entender que en estos servicios se les ayuda. De todas formas, en las consultas los psiquiatras están poco tiempo con nosotros.



**Alexia Toledo**  
Asociación Tinerfeña en lucha por la salud mental

Muchos son los déficits, pero en este momento me preocupan tres cosas: es sangrante la falta de recursos residenciales, observamos que los nuevos recursos que se están creando no están en concordancia con las necesidades reales de las personas con trastornos, lamentamos que se valoren los recursos por su cantidad y no por su calidad (se presta poca atención a lo adecuado del espacio en donde se desarrolla la rehabilitación como luz, zonas verdes y espacio personal).

**Alexandra Bluxat**  
Usuaría de Atelsam en Canarias

Veo que está progresando rápidamente en estos

últimos años, aunque pienso que en sí, la salud mental tiene poco eco a nivel comunitario y/o social. Somos unos tres mil enfermos en Canarias, y a mi juicio, pocos son los atendidos en profundidad, por ejemplo necesitamos más pisos protegidos.

**Alfonso Díaz Lage**  
Psicólogo. Director CRPL. Galicia.

En líneas generales hay que decir, que la atención a las personas con enfermedad mental en la Comunidad Autónoma de Galicia ha mejorado sensiblemente en los últimos años. Es cierto que desde la Administración autonómica cada vez se va invirtiendo más dinero en apoyar este trabajo. Sin embargo, sigue siendo insuficiente para

hacer frente a la demanda, cada vez mayor, de unas redes de tratamiento integral que garanticen la atención de las diferentes necesidades del colectivo.

**Silvia Mateo**  
Atención directa en Navarra

Recientemente, en Pamplona se ha presentado en el Parlamento Navarro un informe especial sobre "La atención a la Salud Mental en Navarra", en el que se destacó en grado de satisfacción con la atención sanitaria desde el punto de vista de los familiares y los usuarios y se llegó a algunas conclusiones como que existe una saturación del cupo de psiquiatras y terapeutas y la necesidad de coordinar los diferentes recursos y servicios.