

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CONJUNTA DESDE EL ÁMBITO OCUPACIONAL Y SOCIAL

PROMOTION OF THE AUTONOMY IN A PERSON WITH A SEVERE MENTAL DISEASE: PROPOSAL FOR JOINT ACTION FROM THE OCCUPATIONAL AND SOCIAL FELD

DeCS: Esquizofrenia, Evaluación, Participación social, Terapia Ocupacional, Trabajo social.

MeSH: Schizophrenia, Evaluation, Social participation, Occupational therapy, Social work.



Autores:

Dña. Irene Budiño Vieira

Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación, Hospital Rebullón, Xerencia de Xestión Integrada de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Vigo, España.

E-mail: irene.budino.vieira@sergas.es

D. Rubén González-Rodríguez

Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor Adjunto. Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidade de Santiago de Compostela (USC), A Coruña, España. Técnico. Servicio de dependencia y autonomía personal, Jefatura Territorial de la Consellería de Trabajo e Benestar, Xunta de Galicia, Ourense, España.

E-mail: ruben.gonzalez.rodriguez@xunta.es

Como citar este documento:

Budiño Vieira I, González-Rodríguez R. Promoción de la autonomía en una persona con enfermedad mental grave: propuesta de intervención conjunta desde el ámbito ocupacional y social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(19): [18 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/caso1.pdf>

Responsable correspondencia:

Irene Budiño Vieira Hospital de Rebullón. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo. Avda. de Rebullón s/n, Puxeiros – Mos. CP: 36415

Texto Recibido: 20/03/2014

Texto Aceptado: 01/04/2014

Texto Publicado: 18/05/2014

Introducción

A continuación presentamos el caso clínico de un usuario ingresado en una unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica⁽¹⁾ (en adelante, UHRP), el cual ha aceptado a través del consentimiento informado la exposición y publicación del mismo. Explicaremos las hipótesis de diagnóstico ocupacional, basándonos en los datos obtenidos en la evaluación ocupacional⁽²⁾ realizada al ingreso y en el momento actual. Propondremos unos objetivos terapéuticos específicos para el usuario. Identificaremos los programas terapéuticos en los que se ha basado el plan de intervención individualizado de terapia ocupacional para el usuario. Analizaremos su evolución durante todo el proceso rehabilitador. Finalmente, en coordinación con el equipo de trabajo social, estudiaremos los recursos y dispositivos comunitarios de apoyo de cara a un posible alta hospitalaria.

Resumen

A través de la presente exposición de un caso clínico, queremos poner de manifiesto la relevancia de los dispositivos de apoyo comunitario, para mantener el estado de salud y bienestar, en personas con trastorno mental grave, tras un período de ingreso en una unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica.

Summary

Through the following exposition of a clinic case, we want to show the importance of community support devices, to keep the health and well-being, in people with severe mental disorder, after a period of hospitalization in a hospital psychiatric rehabilitation hospital unit.

El contexto y el entorno donde los terapeutas ocupacionales desarrollamos nuestra actividad profesional, son elementos importantes que modelan y determinan la intervención con usuarios con trastorno mental grave⁽³⁾ (en adelante, TMG). El encuadre terapéutico es, en este caso clínico, la UHRP de un hospital público. Esta unidad está destinada a la atención de personas cuyos procesos

patológicos exigen una actuación terapéutica activa, de duración intermedia e indefinida, cuando no está indicado realizarla en otros dispositivos de hospitalización total o parcial. Está constituida a su vez por dos unidades:

- a) Unidad de cuidados especiales de rehabilitación (en adelante, UCE): caracterizada por el alto seguimiento clínico de los usuarios, tiene una apertura limitada, capacidad de contención conductual y psicoterapéutica, y unas condiciones de seguridad adecuadas a la tipología de los usuarios⁽⁴⁾, como aquellos con problemas judiciales, con problemas graves de conducta, con TMG resistente a tratamiento, trastorno de personalidades, etc.⁽¹⁾
- b) Unidad de cuidados de rehabilitación (en adelante, UCR): caracterizada por el alto seguimiento clínico, es de carácter abierta y activa, permitiendo actividades en la comunidad, cuyo objetivo es garantizar la continuidad asistencial de usuarios considerados de alto riesgo⁽⁴⁾.

Como veremos más adelante, el usuario cuyo caso clínico expondremos, ha permanecido ingresado en ambas unidades terapéuticas y tiene en el momento del ingreso en la UCE los siguientes diagnósticos médicos: dependencia de tóxicos en remisión completa en medio protegido; esquizofrenia, episodios múltiples, actualmente en el episodio agudo, severidad grado 4⁽⁵⁾. La esquizofrenia es una forma de enfermedad mental que afecta al 0,7% de la población adulta (24 millones de personas en el mundo), la mayoría en el grupo de edad de entre 15-35 años⁽⁶⁾. Los síntomas característicos de la esquizofrenia

implican una serie de disfunciones cognitivas, de comportamiento y emocionales, pero ningún síntoma aislado es patognomónico de la enfermedad. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con el deterioro del funcionamiento ocupacional o social. Las personas con este trastorno pueden variar considerablemente en la mayoría de las características, en tanto que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo⁽⁵⁾. En la esquizofrenia se conserva en general la claridad de la conciencia así como la capacidad intelectual⁽⁷⁾.

Metodología

El proceso de evaluación en terapia ocupacional, comienza tras el ingreso del usuario en la UCE, procedente de la unidad hospitalaria psiquiátrica (en adelante UHP) del mismo complejo hospitalario. La recogida de datos durante la evaluación se realiza de forma sistemática durante la primera semana de ingreso por parte del equipo terapéutico, siguiendo las recomendaciones de Neistadt⁽⁸⁾, se parte de fuentes indirectas de información, que incluyen la revisión de su historia clínica hasta el momento del ingreso, informe de derivación e informes de alta de la UHP de procesos anteriores, una entrevista con miembros de su entorno familiar más próximo, e información relevante aportada por los demás profesionales del equipo; se toma información de fuentes directas, que comprenden en nuestro caso la observación directa del desempeño ocupacional^(2,9) del usuario durante la realización de sus actividades de la vida diaria básicas⁽⁹⁾ (en adelante, ABVD) dentro de la UCE; y una entrevista semi-estructurada con el usuario.

Con los datos obtenidos, elaboramos una hipótesis diagnóstica tomando como referencia los criterios de Rogers & Holm⁽¹⁰⁾; se establecen unos objetivos o metas a corto, medio y largo plazo, y se indican las intervenciones y programas de rehabilitación en los que participará el usuario, tras consensuarlo con él.

Exposición del caso

El usuario ingresa en la UCE, tras solicitud de derivación y de ingreso por parte de la UHP, en la que se encontraba ingresado de forma involuntaria. La información recogida durante el proceso de evaluación inicial es la siguiente:

Contexto personal y entorno social: el usuario es un varón de 30 años, soltero y sin hijos, con estudios de formación profesional de técnico de electrónica, sin finalizar por abandono. Su nivel socioeconómico es de tipo medio. Es el segundo de dos hermanos. Cuando tiene 2 años sus padres se separan, y cada progenitor se hace responsable de los cuidados de un hijo. El usuario vive con su padre y la pareja de éste, ya que su madre por motivos laborales no puede hacerse cargo de ambos hijos. Al año fallece al padre de cirrosis hepática, por lo que a los 3 años de edad, vuelve a vivir con su madre y su hermano.

Contexto temporal: desde hace más de un año previo al ingreso en la UHP no tiene ningún trabajo remunerado. A los 15 años comienza el consumo de tóxicos, y a relacionarse con personas de un entorno marginal, con las que comienza a realizar robos. Los intentos maternos de poner límites a la conducta del usuario no son efectivos. A los 17 años, tras abandono de un trabajo, y tras realizar varios robos, es detenido por la policía. Antes de la celebración del juicio se fuga del domicilio materno y desaparece sin saberse nada acerca de su paradero durante años. En alguna ocasión aislada contacta con la madre para pedirle dinero. Vive en distintas ciudades españolas, y del extranjero, realizando trabajos remunerados en el ámbito de la hostelería como pinche de cocina y camarero, y consumiendo distintas sustancias tóxicas. En el transcurso de estos años de fuga del domicilio materno, permanece hasta en cuatro centros penitenciarios españoles, cumpliendo condena por robos diversos. Finalmente, tras más de diez años, y al no poder acceder a un trabajo y a recursos económicos que le permitan seguir con su historia de vida de manera independiente, regresa al domicilio materno situado en una zona rural, bastante

alejada de la ciudad más cercana, y convive con su madre y la pareja de ésta. Su hermano mayor vive en la ciudad, está casado, tiene un hijo pequeño. A su regreso, el usuario no retoma ninguna amistad de la infancia, ni establece nuevas relaciones sociales de amistad.

Anamnesis: después de un año en el domicilio materno acude solo a urgencias hospitalarias, para solicitar una revisión, expresando su malestar dentro de un discurso delirante. Ingresó en la UHP, y según refiere el informe de ingreso, se le observa tranquilo, con bloqueos continuos del pensamiento, un lenguaje escaso, con alucinaciones auditivas, ideación delirante no estructurada, angustia psicótica, afectividad aplanada y enlentecimiento psicomotor. Niega el consumo de tóxicos, y presenta un aspecto descuidado. Niega insomnio, y alteraciones del estado de ánimo. Durante el ingreso, presenta conductas de tipo obsesivo con lavado frecuente de manos, conductas de aislamiento, sin presentar comportamientos inadecuados ni agresivos, con buena adaptación a las normas de la unidad, aunque escasamente participativo en las actividades para usuarios. Sólo recibe durante el tiempo que está ingresado la visita de su madre, con la cual apenas se relaciona. Tras la estabilización de la pauta de medicación se le da el alta derivándolo al domicilio materno. A la semana, abandona la medicación y comienza a manifestar conductas extrañas, por lo que es llevado nuevamente al hospital e ingresa por segunda vez en la UHP.

En su 2^{do} ingreso destaca la sintomatología positiva florida propia de la esquizofrenia. El paciente refiere alucinaciones auditivas todo el día, presenta una angustia psicótica muy marcada, fenómenos de bloqueo constantes, y rituales continuos de limpieza. A pesar del tratamiento farmacológico a dosis plenas presenta escasa mejoría. La participación en actividades continúa siendo muy difícil, con escasa colaboración por parte del paciente. Ante el tiempo de evolución de la enfermedad, sin haber recibido tratamiento, nula conciencia de

enfermedad, el mal apoyo familiar, el incumplimiento terapéutico previo, y la presencia de sintomatología negativa muy marcada se remite a la UHRP.

Con estos datos iniciales recogidos de fuentes indirectas, enunciarnos las hipótesis tempranas diagnósticas⁽²⁾ siguientes:

El usuario presentará limitaciones de participación en las áreas ocupacionales de trabajo, ocio y tiempo libre, participación social, en las actividades de bañarse, aseo e higiene personal referentes a las ABVD, así como en la gestión y mantenimiento de la salud referida a las actividades instrumentales de la vida diaria⁽⁹⁾ (en adelante, AIVD), causadas por la presencia de déficits en las funciones mentales específicas emocionales b152 (como el aplanamiento afectivo, y la ansiedad), funciones de la percepción auditiva b1560 (presencia de alucinaciones auditivas), funciones del flujo de pensamiento b1600, y del contenido del pensamiento b1602⁽¹¹⁾, que a su vez influyen en el correcto desarrollo de sus destrezas de regulación emocional, y de las destrezas de comunicación y sociales. Además, ha perdido el rol de trabajador, y el rol de hijo y hermano ha sufrido un grave deterioro a causa del abandono de las relaciones en su contexto sociofamiliar.

Tras su ingreso en la UCE, se amplía la información con datos directos recogidos de la observación durante el desempeño de las actividades en la unidad, y con una entrevista semi-estructurada. Es necesario modificar la hipótesis temprana, y reformular el diagnóstico ocupacional. Así, el sujeto presenta limitaciones de participación en las siguientes áreas de desempeño:

Durante el desempeño de las ABVD:

- Respecto a la higiene personal, mantiene las destrezas y los hábitos necesarios para su desempeño de manera independiente, a excepción de que necesita ayuda de una 3ª persona para cortarse las uñas de la mano izquierda, por una antigua lesión consolidada en la derecha que le dificulta la manipulación (d4402) del cortaúñas.

- Respecto a la alimentación, se observa que a pesar de no presentar dificultades en el manejo de los utensilios, y de conservar unos correctos hábitos en la mesa, esparce, en repetidas ocasiones, gran parte del contenido de su plato por el mismo, simulando haber ingerido los alimentos, como consecuencia de los déficits de sus funciones de contenido del pensamiento (b1602), que le generan unos hábitos inadecuados durante esta actividad.
- Mantiene las destrezas, los hábitos y rutinas necesarias para el desarrollo de las actividades de baño.

En el desempeño de las AIVD:

- Dentro de la UCE es observable respecto a las AIVD de "Gestión y mantenimiento de la salud", es necesario que el individuo permanezca bajo la observación del personal de enfermería para garantizar la administración de la medicación, ya que nunca ha establecido unos hábitos y rutinas eficaces respecto a su toma, y no tiene conciencia de enfermedad, por lo tanto, él no considera necesario tomar ningún medicamento.
- Establecimiento y gestión del hogar; es su madre quien se encarga de realizar estas actividades.
- Compras, es la madre la responsable de organizarla y la realizaban juntos muchas veces.

Respecto a la participación social:

- El individuo tiene severas restricciones de participación. No se relaciona con nadie, ni compañeros de unidad, ni personal sanitario, ni siquiera con las visitas de sus familiares cercanos, a los que rechaza ver y hablar. Comienza a manifestar "esa mujer no es mi madre", cuando su madre llega a visitarlo. Mantiene un aislamiento extremo, siendo su comunicación verbal muy escasa, como consecuencia de un deterioro grave en las destrezas de comunicación e interacción, tales como:

- Corporalidad: respecto a si contacta, mira, gesticula, se orienta y se posiciona (producción de lenguaje corporal d3350).
- Intercambio de información: respecto a si es asertivo, pregunta, se involucra, expresa, comparte, habla y sostiene (conversación d350).
- Relaciones: respecto a si colabora, se centra, se relaciona, respeta y cumple (interacciones interpersonales básicas d710 y complejas d720).

Respecto al área de ocio y tiempo libre:

- El usuario se muestra hermético durante la entrevista mantenida, evitando dar cualquier dato sobre sus gustos, aficiones, actividades de ocio etc., nos dice "me reservo mi opinión", o "prefiero no hablar de eso". Tras entrevista con la familia, constatamos limitaciones en esta área, ya que dicen que el usuario no realizaba antes de los ingresos en la UHP actividades de ocio con ellos u otras personas. En ocasiones colaboraba con las actividades domésticas y del huerto familiar.

Respecto al área de trabajo:

- Presenta en la actualidad importantes limitaciones, como consecuencia de los déficits en sus destrezas de comunicación y emocionales, y a la pérdida de rutinas necesarias para mantener un desempeño autónomo en este área. En ocasiones antes al ingreso en la UHP, colaboraba en las tareas del huerto doméstico de la madre.

Objetivos o metas terapéuticas

A corto plazo: el usuario logrará desarrollar sus destrezas emocionales, y de comunicación más afectadas.

A medio plazo: el usuario identificará actividades de ocio y tiempo libre significativas; el usuario participará en las actividades grupales con los demás usuarios de la unidad, tales como comer en el comedor común, acudir a la

cafetería en el horario estipulado para las personas ingresadas, y participar de forma adecuada a las demandas sociales en las salidas grupales a la comunidad acompañados de personal sanitario.

A largo plazo: el usuario se alimentará de forma adecuada, ingiriendo la cantidad suficiente de alimento para mantener su normopeso. El usuario será capaz de explorar y participar en actividades de ocio y tiempo libre significativas y satisfactorias, en el contexto comunitario. El usuario será capaz de participar en actividades sociales, con personas de su entorno familiar cercano, recuperando el rol de hijo. El usuario será capaz de gestionar pequeñas compras personales estableciendo relaciones interpersonales normalizadas y adecuadas al contexto. El usuario será capaz de gestionar los recursos necesarios para mantener de manera adecuada su salud.

Intervención

Durante el ingreso en la UCE, se propone la participación del usuario en actividades y ocupaciones en contextos grupales, que favorezcan y promuevan el desarrollo de sus destrezas más afectadas, emocionales y de comunicación e interacción. Así, la intervención se basa en el uso terapéutico de las ocupaciones y las actividades, en actividades con propósito e intervenciones basadas en la ocupación⁽⁹⁾. Los enfoques seleccionados para la intervención son de mantenimiento, restauración, y promoción de la salud⁽⁹⁾. En cuanto el equipo observa que disminuye su angustia psicótica lo suficiente, y tras consensuarlo con él, comienza a asistir a:

- Programa de psicomotricidad; acude 1 vez por semana, la actividad se realiza en un contexto grupal.
- Taller de actualidad y prensa; se realiza una vez por semana de forma grupal con otros usuarios de la UCE.
- Programa de ocio y tiempo libre; campeonato de fútbolín entre otros usuarios del hospital y personal sanitario, paseos en grupo con usuarios de la unidad y personal sanitario.

- Programa de piscina; se realiza una vez por semana, con un pequeño grupo de usuarios acompañados del terapeuta y de personal de enfermería. Se acude en transporte público a la piscina municipal. Se realiza alguna compra personal y/o se acude a una cafetería.
- Programa de salidas terapéuticas a la comunidad; se realizan en un contexto grupal, acompañados del terapeuta ocupacional y personal de enfermería
 - Salida Navidad; consiste en una salida para realizar alguna compra navideña y una comida en un restaurante acompañados los usuarios del terapeuta y de personal de enfermería.
 - Salida Carnaval; consiste en un "baile de disfraces" en un salón de fiestas, al que acuden usuarios de todas las unidades de psiquiatría.

El usuario evoluciona de forma positiva, comenzando a mostrarse más comunicativo, y a relacionarse ocasionalmente por propia iniciativa con compañeros y personal sanitario. Tras la consecución de los objetivos a corto y medio plazo se decide su traslado a la UCR. Allí, se reevalúa y se proponen intervenciones para continuar evolucionando hacia los logros terapéuticos ya señalados a largo plazo. El usuario continúa participando en las siguientes actividades:

- Programa de piscina, actividad conjunta entre la UCE y la UCR. Durante esta actividad, las relaciones interpersonales se normalizan, desarrollando el usuario sus destrezas de comunicación y emocionales de forma muy satisfactoria, abandonando el aislamiento en el que desarrollaba la actividad a su inicio.
- Programa de ocio y tiempo libre; campeonato de fútbolín y de cartas entre otros usuarios del hospital y personal sanitario.
- Salidas terapéuticas a la comunidad, acompañados de terapeuta y personal de enfermería
 - Salida Cultural Faro de Vigo; consiste en una visita guiada, y una pausa en una cafetería.

- Salida zoológico A Madroa; consiste en una visita guiada, y una pausa en una cafetería.
- Salida Ruta Senderismo
- Reunión de prensa; se realiza un trabajo diario de selección de noticias relevantes, y una reunión semanal grupal, acompañados de psicólogo y personal de enfermería
- Taller de cocina; se realiza semanalmente con un pequeño grupo de usuarios, acompañados de terapeuta y personal de enfermería. Organizan la elaboración de un menú para un día, lo elaboran y degustan.
- Reunión de unidad semanal, se realiza de forma grupal entre todos los usuarios de la UCR, con psicólogo y personal de enfermería.
- Grupo de habilidades sociales; se realiza una reunión semanal con un pequeño grupo de usuarios, acompañados de psicólogo y personal de enfermería.
- Taller de habilidades domésticas; se realiza de forma diaria e individual la limpieza y orden del cuarto; se realiza de forma grupal en un pequeño grupo de usuarios, la puesta de lavado de ropa en la lavadora, el tendido, la recogida y el planchado, supervisados por personal de enfermería.
- Taller de medicación; de manera individual, los usuarios conocen la medicación que tienen prescrita y cargan sus cajetines de medicación para una semana, supervisados por personal de enfermería.
- Reunión de familias; la madre del usuario participa en esta reunión mensual entre familiares de otras personas ingresadas, el equipo médico, psicólogo, personal de enfermería y trabajador social. Poco a poco, de forma conjunta con personal de enfermería se va restableciendo en contacto materno-filial. El usuario comienza a aceptar las visitas de su madre; de forma progresiva se programan salidas con la misma, y permisos de un día, aprovechando el único día libre a la semana que la madre tiene libre en el trabajo.

Durante el ingreso, se tramita la solicitud de reconocimiento de discapacidad, y de una pensión no contributiva. En la actualidad los diagnósticos médicos son dependencia de tóxicos en remisión completa en medio protegido, y esquizofrenia, episodios múltiples actualmente en remisión parcial, grado 2 de severidad⁽⁵⁾. Actualmente podemos observar que el usuario ha evolucionado de forma muy positiva. Él mismo puntúa su calidad de vida en la actualidad en un 7-8, en una escala del 1 al 10, siendo 1 la puntuación menor y 10 la mayor. A su ingreso la puntuación que se otorgaba era de 3.

Se han conseguido los objetivos terapéuticos propuestos, a excepción de uno muy determinante para el mantenimiento de su bienestar y salud⁽¹¹⁾. El usuario no muestra ninguna conciencia de enfermedad, y continúa verbalizando que no necesita tomar ninguna medicación; no reconoce que ésta le influya en la remisión de los síntomas de su enfermedad. A esto, se une el hecho de que su madre trabaja 6 días a la semana a jornada completa y partida, a importante distancia del domicilio, pasando todo el día fuera de casa.

Pregunta para el lector

A la vista de los datos que presentamos, ¿qué programas o servicios recomiendas que favorecen la autonomía y el mantenimiento del estado de salud de este usuario dentro del ámbito comunitario, y por lo tanto, son los adecuados al alta hospitalaria?

Respuesta

Uno de los mayores retos que se nos presentan a los técnicos en la preparación del alta hospitalaria de los usuarios que atendemos, es como continuar con la atención que necesitan dentro del ámbito de la comunidad y del medio en el que viven y "funcionan". En muchos de ellos, nos encontramos que las dinámicas de la estructura familiar (si la hay), o la insuficiencia de medios económicos hacen necesario la búsqueda de un alojamiento y/o servicios alternativos.

Esto sucede en el caso que acabamos de presentar. Tal como se desprende de sus datos sociofamiliares y económicos, entendemos que el medio más adecuado para residir no es el domicilio materno. Como ya señalamos, a pesar de haber trabajado en la UCR el vínculo con la madre del usuario, debido a que este proceso no ha finalizado y a las cargas laborales que tiene en la actualidad, entendemos que las necesidades de supervisión (sobre todo en relación a la toma de medicación y otras actividades de mantenimiento de la salud) no estarían suficientemente garantizadas en el domicilio de su progenitora. Del mismo modo su capacidad económica (recordemos que es perceptor de una pensión de tipo no contributivo) no hace posible que el usuario afronte la contratación de una vivienda, y un servicio de atención profesionalizada que dispense los cuidados que necesita.

Tras estas consideraciones previas, pasamos a explicar cuáles serían los programas y servicios a los que entendemos que se debe dirigir y derivar su intervención. Si bien la coordinación sociosanitaria sigue sin estar suficientemente desarrollada, las competencias para el acceso de dispositivos de atención residencial dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, están atribuidas en la actualidad a la Consellería de Traballo e Benestar y a la Consellería de Sanidade.

La primera de ellas, gestiona principalmente el acceso a dispositivos que pertenecen a la red de centros del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). A pesar de que la Ley estatal por la que se crea este sistema dispone la creación de centros específicos según el tipo de discapacidad⁽¹²⁾, en la actualidad esta especialización todavía no se ha materializado. Por todo ello, dadas las características del caso, principalmente la no conciencia de enfermedad así como la no adherencia al tratamiento, entendemos que la derivación desde la UHRP debe realizarse hacia equipamientos y/o servicios de la red de la Consellería de Sanidade.

Los programas y servicios específicos para personas con problemas de salud mental en Galicia aparecen regulados en el Decreto 389/1994, de 15 de diciembre⁽¹³⁾, así como en la normativa que lo desarrolla^(14,15,16). Con los datos de nuestro caso, entendemos que debemos enfocar nuestra intervención hacia modalidades de atención desarrolladas por dispositivos de tipo complementario. Es decir, dispositivos que como la UHRP, favorezcan la integración comunitaria, en estrecha colaboración con los servicios de atención social, y con los organismos que tengan incidencia en la vida laboral^(13,14).

Teniendo en cuenta su evaluación ocupacional e historia social así como todas las intervenciones realizadas entendemos que la derivación debe realizarse hacia Unidades de apoyo comunitario. Para nuestro caso, proponemos una derivación conjunta a dos de estos dispositivos: un piso protegido, como medida de alojamiento alternativo, y el acceso a un centro de rehabilitación psicosocial y laboral.

El **piso protegido** es una fórmula de alojamiento alternativo a una institucionalización en un centro de tipo residencial ordinario, para personas con trastorno mental persistente. La normativa establece que a efectos de acceso a estos dispositivos, las personas con trastorno mental persistente son personas con autonomía de conducta pero sin posibilidades de convivencia familiar, y que

requieren ayuda psicosocial para su desarrollo e integración social en la comunidad⁽¹⁵⁾.

Durante la estancia de nuestro usuario en la UCR se han trabajado las relaciones familiares con su madre y con su hermano. Sin embargo, debido principalmente a las cargas laborales de ambos, a lo que se añaden las familiares en el caso de su hermano, entendemos que no pueden asumir la convivencia y la supervisión de los cuidados que precisa. El personal del piso protegido garantizaría estas supervisiones, al tiempo que se seguiría promocionando la autonomía del paciente en las áreas de desempeño ocupacional.

El piso protegido, sin embargo, entendemos que no es suficiente para atender las necesidades que presenta en estos momentos. Como ya señalamos con anterioridad, dos cuestiones que nos preocupan al alta son: la no conciencia de enfermedad, así como la no adherencia al tratamiento terapéutico. Por ello, entendemos que la atención en el piso protegido debe complementarse con el servicio de centro de rehabilitación psicosocial y laboral.

El **centro de rehabilitación psicosocial y laboral** es otro de los dispositivos de tipo complementario de apoyo comunitario. Presta una atención diurna, globalizadora y multidisciplinar, dirigida a enfermos mentales crónicos estables y a sus familiares, con la finalidad de la rehabilitación e integración social y familiar⁽¹⁶⁾.

Teniendo en cuenta la información recabada en su evaluación ocupacional, entendemos que una atención diurna de tipo terapéutico, y en jornada de lunes a viernes, puede mejorar muchas de las destrezas que presenta al alta en esta UHRP. De entre las actividades que desarrollan estos centros queremos destacar: Adiestramiento en habilidades sociales; Psicoeducación del usuario y

prevención de recaídas; Actividad prelaboral; Terapia Ocupacional; y Programa de apoyo a la familia.

Conclusión

En el caso que hemos presentado proponemos como modalidad de intervención al alta de la UHRP, la derivación conjunta a dos dispositivos complementarios de la Red de dispositivos de salud mental de Galicia: un piso protegido y un centro de rehabilitación psicosocial y laboral.

No queremos finalizar la exposición de este caso clínico sin señalar de nuevo la falta de coordinación en el ámbito sociosanitario y la escasez de recursos con la que nos encontramos a diario. Por ello, en la resolución de esta pregunta para el lector, hemos propuesto los dispositivos que consideramos más adecuados para nuestro usuario.

Sin embargo, la realidad diaria de falta de plazas disponibles nos lleva a los técnicos, casi siempre, a buscar todo tipo de recursos alternativos. Como podemos comprobar con frecuencia, esta "realidad" influye de manera negativa en el mantenimiento del estado de salud alcanzado por el usuario y eleva el riesgo de recaídas de su proceso psicopatológico, lo que supone claramente un detrimento de la calidad de vida de las personas con TMG.

Bibliografía

1. Xunta de Galicia. Plan estratéxico de saúde mental Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2007.
2. Moruno Miralles P. Evaluación Ocupacional. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P, coordinadores. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
3. Universidad de Valencia [sede web]. Valencia: Unitat per a la integració de persones amb discapacitat de Universitat de Valencia y Asociación por la salud integral del enfermo mental; 2012 [acceso 25 de enero de 2014]. Unitat per a la integració de persones amb discapacitat. Guías prácticas. Disponible en: <http://upd.uv.es/index.php/guias-para-pdipas.html>
4. Xunta de Galicia. Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Servizo galego de saúde; 1997. Colección saúde mental: 18.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. World Health Organization [sede Web]. Geneva: WHO; [acceso 22 de enero de 2014]. Mental Health. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/en/
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
8. Neistadt ME. Teaching clinical reasoning as a thinking frame. Am J Occup Ther. 1998; 52: 221-9.
9. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso 22 de enero de 2014]; [85p.] Disponible en: <https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
10. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 1045-53.
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
12. Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15 de diciembre de 2006).
13. Decreto por el que se regula la salud mental en Galicia. Decreto 389/1994 de 15 de diciembre. Diario Oficial de Galicia, nº 1, (02 de enero de 1995).
14. Orden de 29 de enero de 2008 por la que se regula las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia. Diario Oficial de Galicia, nº 42, (28 de febrero de 2008).
15. Decreto por el que se regula los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales para personas con trastornos mentales persistentes. Decreto 347/2002 de 5 de diciembre. Diario Oficial de Galicia, nº 245, (20 de diciembre de 2002).
16. Orden de 23 de octubre de 1998 por la que se regula los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario. Diario

Oficial de Galicia, nº 212, (02 de noviembre de 1998).