



"UN LUGAR PARA VIVIR. ORIENTADO HACIA LA RECUPERACIÓN"

Trabajo fin de Máster

- *Alumna: Tamara Del Pino Medina Dorta*
- *Tutores: La Doctora María Huertas Zarco.*
- *Máster Universitario de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.*
- *Hospital Juan Carlos I. Real Del Castillo S/n.*
- *Las Palmas de Gran Canaria , de de 2018*

INDICE:

1.Introducción.....	página4
2.Justificación del caso.....	página7
3.Evaluación inicial.....	página 8
4. Evaluación descriptiva.....	página9
4.1. Descripción de la historia vital.....	página9
4.2. Evaluación por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	página16
5.Análisis funcional.....	página22
6.Formulación del caso.....	página23
6.1.Hipótesis explicativa.....	página23
6.2.Hipótesis de mantenimiento.....	página23
7.Diseño del plan individualizado de rehabilitación y metodología de intervención.	página 24
8.Objetivos de rehabilitación.....	página28
9.Desarrollo del plan.....	página29
10.Evaluación continuada.....	página31
11.Discusión y conclusiones de elaboración del proyecto.....	página33
12. Referencias bibliográficas.....	página34
13.Anexos.....	página35

Agradecimientos:

He de agradecer en primer lugar la colaboración de mi tutora, a los profesores del máster , y al paciente ya que este enriquecimiento personal sin ellos no habría sido posible.

Por otro lado, darle las gracias a la Doctora Elena Navarrete, compañera del equipo del ETAC , que me ha ayudado muchísimo en este proceso y por su motivación como profesional.

Al Doctor Fernando Rodriguez Otero, por su cooperación y paciencia ante las miles de dudas planteadas.

Agradecer a todos mis compañeros que habían realizado este máster, por animarme a hacerlo.

Por último un grato reconocimiento a mi familia por estar siempre ahí en estos meses tan intensos.

1.INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo consiste en el diseño de un Plan Individualizado de Rehabilitación, realizando de manera exhaustiva todo el proceso de evaluación, diseño de intervenciones y objetivos a corto , medio y largo plazo, fijando como meta principal alcanzar los principios de la recuperación y la metodología de la rehabilitación en primer plano.

El caso que expongo a lo largo de este trabajo es de un joven diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, cuyas iniciales son D.R, y que presenta graves problemas a nivel socio-familiar. Natural de la isla de Gran Canaria, donde tras debutar con la enfermedad ha tenido una mala evolución.

Las personas con trastorno mental grave requieren de una atención que permita dar respuesta a sus necesidades sanitarias y sociales. El tipo de dificultades que se generan como consecuencia de este problema de salud, es múltiple, incidiendo en el área clínica, así como en el desarrollo de habilidades personales y sociales, en la reducción de la autonomía, en limitaciones en la participación e integración comunitaria, y repercutiendo en el medio familiar de convivencia. Asimismo, estas personas (y sus familiares) afrontan la discriminación y el estigma asociados a los problemas de salud mental.

Es por ello, que la recuperación se convierte en un elemento esencial , alejado de la patología y de los síntomas, acercándose a la salud, a la fortaleza y al bienestar de la persona. Es en este enfoque en el cual se orientan las intervenciones llevadas a cabo con este usuario. Poniéndole el énfasis en como la persona afronta su vida, a como aumenta su capacidad de vivir una vida satisfactoria, según sus intereses, metas, ideas culturales, valores personales y posibilidades .

En primer lugar, y antes de describir el caso, realizaré un breve resumen de la red de salud mental de la isla de Gran Canaria, en que se encuentra inmerso el usuario. Explicaré al final de forma más detallada el dispositivo desde el que se le realiza el seguimiento, que es el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

Reforma psiquiátrica. La desinstitutionalización de los pacientes con trastorno mental grave en Canarias , se realizó a finales de los años noventa. Desde entonces se han ido creando diversos dispositivos de psiquiatría en la comunidad.

Concretamente en la isla de Gran Canaria este cambio surge en 1986. Es en este año en que la Ley General de Sanidad , integra la asistencia psiquiátrica y de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud donde se reconoce a los pacientes con enfermedad mental una asistencia pública, gratuita y universal.

En 1989 se lleva a cabo la sectorización de la población crónica ingresada. Se crea las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) en Hospital Sabinal . A pesar de ello, seguía estando lejos de la ciudad.

El 27 de diciembre de 1994 se establece un marco de colaboración entre las Administraciones, y se establece un marco unitario e integrado funcionalmente, y a la vez con la coordinación de los servicios sociales.

El 11 de julio de 1994 aparece el Servicio Canario de Salud , gracias a una ley que dotaba a nuestras islas de mayor autonomía .

En junio de 1995 empiezan a aparecer las ocho Unidades de Salud Mental que existen actualmente en la isla de Gran Canaria.

Posteriormente , se crean dos Unidades de agudos de Internamiento Breve (UIB) con 30 camas cada una de ellas, una unidad en el Hospital Insular (Área sur de la isla) y otra en el Hospital Dr.Negrín (Área norte de la isla).

Con el Plan de Salud de Canarias del año 1997-2001 en relación al área de la Salud Mental se impulsó la necesidad de crear consejos de carácter insular, donde además de la sanitaria , estén conformados una representación de otros departamentos de la Comunidad Autónoma, de las administraciones locales y las asociaciones que deben actuar en los ámbitos que se relacione con la enfermedad mental crónica. Así fue , que el 19 de junio de 1998 la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias por el Decreto 83/1008 de 28 de mayo, publicó en el BOC la regulación por la que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para los enfermos mentales crónicos. Es por ello, que el control, la evaluación de los recursos destinados a estas personas corresponde a este órgano de carácter insular. Cada uno de estos CIRPAC cuenta con un responsable técnico en Salud mental que es el director de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). El programa insular de Rehabilitación psicosocial de Gran Canaria en la actualidad comprende los siguientes dispositivos:

- 10 Centros de Días de Rehabilitación Psicosocial : 5 de ellos en Las Palmas de Gran Canaria, otro en el municipio de Teror, en Gáldar, en Telde, en Vecindario y en Maspalomas. Están orientados a la recuperación.
- Alojamiento alternativos (pisos y plazas tuteladas). Recursos residenciales comunitarios organizados en pisos y pensiones insertados en el entorno social.
- Plan de Acceso al empleo. Se configura como un servicio de apoyo a las personas con enfermedad mental para favorecer su integración laboral.
- Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

En 2007 se cierran las Unidades de Rehabilitación Activa, y se crean las Unidades Clínicas y de Rehabilitación (UCYR) en el Hospital Juan Carlos I, esta vez sí más cercana a la ciudadanía, contando con tres plantas y en cada una de ellas con 30 camas.

En el año 2008 se crean las Unidades de Media Estancia (UME) también en el Juan Carlos I, dispositivo diseñado para dar atención a pacientes que debido su estado psicopatológico no responden a su tratamiento implantado en sus correspondientes Unidades de Salud Mental o por las unidades de Hospitalización Breve (UIB). Este dispositivo está orientado al paciente subagudo , menor de 65 años, con antecedentes de múltiples ingresos, con un grave deterioro psicosocial, con necesidad de negociar un régimen terapéutico y acorde con sus perspectivas de futuro, se trabaja desde un enfoque basado en la rehabilitación y está conformado por 25 camas.

Características del dispositivo

Las intervenciones del caso se llevan a cabo desde el Equipo de calle de Tratamiento Asertivo Comunitario . En el año 2005 se creó con el nombre de EMOSAN (Equipo Móvil De Salud Mental) con el objetivo de atender a las personas con Trastorno Mental Grave que encontraban en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo , para así reintegrarlos en los procesos normalizados.

En el 2011, y con la supervisión del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial , el equipo se reorganizó para dar unos servicios similares al modelo de Avilés. Se pasó a llamarse Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Gran Canaria (ETAC). Actualmente da cobertura a la capital , la zona norte y sur de la isla. También atiende a los usuarios alojados en las mini-residencias de

Salud Mental .Por lo que se distingue entre el ETAC “calle “ (104 pacientes) y de las mini-residencias (5 centros en total).

El ETAC calle está destinado al cuidado, la atención y soporte en la comunidad de las personas con Trastorno Mental Graves y Persistentes cuya sintomatología les genera discapacidad y por razones relacionadas con la enfermedad ,se resisten o evitan el contacto con los servicios tradicionales de Salud Mental. Presentan con frecuencia comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, enfermedad física y otras incapacidades, que agravan los síntomas psiquiátricos y requieren mayor prestación de servicios.

Los recursos humanos de este recurso está conformado por : cinco enfermeros de salud mental, dos trabajadoras sociales, cuatro psiquiatras, dos auxiliares de enfermería. Se trata de un equipo multidisciplinar que ofrece la ayuda en el medio natural de la persona, con una atención integral, flexible, individualizada y centrada en sus necesidades percibidas, considerando a la persona como sujeto activo de su proceso y llevando a cabo un sistema de continuidad de cuidados.

2.JUSTIFICACIÓN DEL CASO

Una de cada cuatro personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida. Estas cifras crecerán, en una tendencia común en el mundo occidental.

En el caso de Canarias, ya que se trata de la Comunidad Autónoma en que se desarrolla el trabajo, el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, sitúo la prevalencia de trastornos mentales en población adulta mayor de 15 años en el año 2011 en un 11,9%, más de dos puntos por encima de la de España (9.6%). En el 2008, la incidencia asistida en las Unidades de Salud Mental fue de 30 por cada 1.000 habitantes. Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria en dicha comunidad es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental.

En cuanto a problemas de riesgo de pobreza y exclusión social en España, destaca Canarias -44, 6 % junto con Ceuta- 41, 9% y Andalucía- 41, 7% con las tasas más altas ; todos estos datos según el último informe de la Red Europea de lucha contra la Pobreza.

El Plan de Salud (2016-2017), señala potenciar el Sistema Canario de Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas como es la Esquizofrenia. Desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Es por todo ello , que la elección de este trabajo ha surgido de la inquietud por intentar mejorar la calidad de vida de este paciente, teniendo en cuenta las características socio-sanitarias en las que se encuentra. Desde mi opinión reúne la mayoría de las áreas vistas en este máster y con la posibilidad de ser puesta en práctica desde el ETAC, dispositivo que favorece y facilita el abordaje en el ámbito comunitario ; desarrollando una alianza terapéutica; trabajando en la problemática familiar ; responsabilizando al paciente en la evolución de su enfermedad; fomentando hábitos de vida saludables; respetando la autonomía personal; eliminando las barreras del autoestigma y estigma...etc.

3.EVALUACIÓN INICIAL

El caso que presento , es el de un paciente de 30 años de edad. Soltero y sin hijos. Natural de Las Palmas de Gran Canaria. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide refractaria (CIE-10: F20.0) y grave deterioro psicosocial desde su debut en abril del 2012 coincidiendo con su primer ingreso.

Desde el inicio de la enfermedad se han objetivado una importante sintomatología negativa con tendencia al aislamiento social y donde lo frecuente es el abandono del tratamiento y del seguimiento en la Unidad de Salud Mental.

Su núcleo principal está constituido por su abuelo y su madre. Presentan problemas económicos y un bajo nivel cultural. Además en esta familia ha habido una inversión de roles, el paciente mantiene una relación fusional con su madre soltera , de la que se considera su cuidador principal. Supervisaba la medicación de ésta, la llevaba a las citas médicas...hasta que debutó el paciente. No tiene contacto con el padre biológico y es el abuelo materno, viudo desde el nacimiento de D.R , quien ha desempeñado la función parental masculina. El resto de la familia manifiesta alta emoción expresada, a expensas de criticismo, la sobreprotección y actitudes estigmatizadoras sobre la enfermedad mental.

Delimitación de los primeros objetivos para el PIR

- Estabilidad psicopatológica.
- Mejorar los afrontamientos familiares.

- Aumentar la red de apoyo socio-sanitario.
- Fomentar la autonomía en las deficiencias para la vida diaria.

4. EVALUCIÓN DESCRIPTIVA

4.1 Descripción de historia vital:

Se trata de un varón de 30 años de edad y sin hijos. Hijo único de madre soltera también diagnosticada de trastorno mental grave y usuaria del ETAC tras ser “auto-derivada” por el Equipo al constatar en el seguimiento domiciliario el estado de inestabilidad psicopatológica y la pobre adherencia al tratamiento y seguimiento ambulatorio en su unidad.

Situación sociofamiliar

Convive en una vivienda de Protección Oficial en el Polígono Cruz de Piedra en Las Palmas de Gran Canaria.

Se trata de una estructura familiar patriarcal ,con una cultura de subordinación de la mujer, que carga con toda la responsabilidad de las tareas domésticas. Estigmatización del trastorno mental. Consta en la historia y en informes las reticencias de la familia a recibir apoyos de los Servicios Sociales (se intentó organizar el Servicio de Ayuda a Domicilio pero no permitían la visita de la valoración de la trabajadora social de zona).

Miembros que residen en el mismo hogar con el usuario (variables familiares):

-Su madre: diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide , de inicio en la adolescencia. Madre soltera de este único hijo. Es la tercera de cinco hermanos. No trabaja .Recibe una pensión no contributiva reducida de 311 euros. A raíz del debut de la enfermedad de su hijo , ha tenido que ingresar varias veces en la Unidad de Internamiento Breve. Las relaciones de ocio y sociales están limitadas a su familia. Es la que se ha encargado de realizar las tareas domésticas. Mantiene una relación fusional con el paciente.

-Padre: se desconoce cualquier tipo de dato al respecto.

-El abuelo materno: Tiene 73 años, viudo desde antes del nacimiento del paciente , quien ha desempeñado la función parental masculina (le llama “ papá” y lo considera como tal “por haberlo criado” (Sic). Es el mantenedor de la familia y el que, hasta su vejez, ha ordenado las relaciones interpersonales entre miembros de la misma. Conflictividad en particular con su hija mayor M.R por llevar las riendas en ese sentido, favorecido por el deterioro psico-físico del hombre en los últimos años.

-Tía mayor materna: M.R reside también en la vivienda con su marido y sus dos hijos, tras haberles embargado su casa. Los hijos de éstas pasan la mayor parte del tiempo fuera del hogar, ya que se quedan con sus parejas en muchas ocasiones. Ella no trabaja, su marido sí . Contribuyen económicamente de forma escasa , tan solo con la luz y algún recibo del agua o comunidad. La comida que compran es solo para ellos. El paciente mantiene buena relación con sus primos, los cuales, lo invitan a salir a dar un paseo. Con su tía la relación no es tan buena, verbaliza que desde que ha llegado a la casa ha querido imponer sus normas.

-Su segundo tío materno: R.R es soltero y sin hijos. También se pasa la mayor parte del día fuera, trabaja limpiando cristales. Buena relación con el usuario, pero el paciente verbaliza que pasa casi desapercibido.

-Su tercer tío materno F.R : es separado, padre de tres hijos, en situación de desempleo; sospechas de patología mental no filiada, sin seguimiento ni tratamiento; regresó al domicilio familiar al empeorar su situación socioeconómica. Pasa mucho tiempo encerrado en su habitación, apenas se comunica con el resto de la familia.

-Tía menor E.R: es la menor de los hermanos de la madre de David. Es casada , con dos hijos .Es la única que no convive en el mismo domicilio. Vive con su familia (marido e hijos) en domicilio propio. David, mantiene buen contacto con ella, e incluso cuando los niños eran más pequeños él la ayudaba con ir a recogerlos al colegio o darles la merienda.

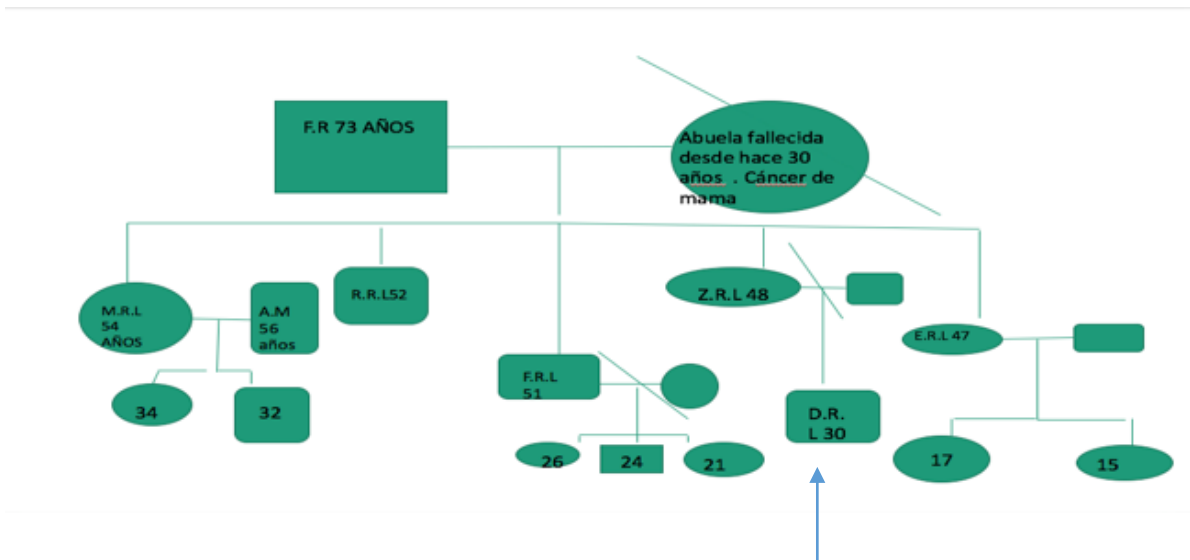


Figura 1- Genograma

Desarrollo temprano : Gestación en el contexto de una relación de pareja inestable, que no se mantiene una vez que la embarazada anuncia la llegada de un hijo. Coincide con el período de duelo por el fallecimiento de la madre por Cáncer de mama tras meses de enfermedad y el estrés de tener que asumir la gestión doméstica, el cuidado de los hombres de la casa y de sus sobrinas. Parto normal, desarrollo psicomotor normal.

Personalidad premórbida: Rasgos de introversión pero adecuado ajuste premórbido hasta la ruptura biográfica con el debut psicótico.

He usado para medir el ajuste premórbido la Escala de Ajuste premórbido de Cannon-Spoor y col (evalúa el grado de desarrollo alcanzado en los distintos periodos de la vida del sujeto antes del comienzo de la esquizofrenia) evalúa el nivel en cuatro áreas de cada uno de los distintos periodos de la vida del sujeto:

1. Aislamiento.
2. Relación con los compañeros.
3. Capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar.
4. Capacidad para establecer vínculos sociosexuales.

Se establecen cuatro periodos para cada uno de estos ítems:

1. Infancia hasta los once años.
2. Adolescencia temprana de los 12 a los 15 años.
3. Adolescencia Tardía de los 16 a los 18 años.
4. Adulto de los 19 años en adelante.

Incluye además una sección general para estimar el nivel de funcionamiento más alto alcanzado por el sujeto antes de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en mi caso son los siguientes:

ESCALA	Puntuación
Infancia	0,42
Adolescencia Temprana	0,54
Adolescencia Tardía	0,63
Adulto	0,72
General	0,64

Tabla 1 - Escala de ajuste premórbido

Cuánto más se acerca a uno peor es el funcionamiento, a continuación se explica de manera resumida los datos obtenidos.

Parece que no presenta tantos problemas en las distintas áreas en la infancia, que si parecen verse afectadas ya en la adolescencia tardía y ya de adulto. Siendo muy claro la afectación del área de sociabilidad, aislamiento y relacional desde la aparición de la enfermedad y la afectación de la vida sexual adulta, en la cuál destaca por completo la ausencia de relaciones mostrando un nulo interés en este aspecto.

Tiempo de psicosis no tratada: Previo al debut síntomas psicóticos atenuados de un año de duración.

FACTORES	
De vulnerabilidad	Rasgos premórbidos de introversión

personales	Dificultades para terminar los estudios
	Déficit de estrategias de afrontamiento
	Estilo pasivo de comportamiento y dependencia
	Déficit en habilidades de relación social
Familiares	Sobreprotección durante su crianza, pero a la vez le exigen una rápida recuperación de su ajuste premórbido.
	Madre con enfermedad mental, ausencia de figura paterna.
	Ausencia o permanencia mínima de normas y alta emoción expresada.
Sociales	Actitudes estigmatizantes del entorno.
	Bajo nivel cultural y económico
	Relaciones sociales restringidas con sus primas y con su madre.

Tabla 2 - Factores de predisposición y vulnerabilidad

Nivel de estudios: Trayectoria escolar deficitaria, realizando varios cambios de colegio. No obstante, consiguió completar sus estudios de ESO en un centro para Adultos en San Cristóbal. Intenta después cursar un ciclo formativo de grado medio en la rama sanitaria (Atención a personas dependientes), sin éxito por su irregularidad, absentismo y malos resultados debido a las dificultades que ya le generaban los síntomas de la enfermedad.

Situación económica: Percibe una pensión no contributiva reducida de 311 euros (por otras pensiones que se ingresan en la Unidad Familiar).

Red de apoyo: Pocas relaciones fuera del entorno familiar, esporádicas o superficiales. Los vínculos más intensos y persistentes son de hecho los que mantiene con este equipo, ya que tampoco participa en las actividades de ocio organizadas por el Centro de Rehabilitación Psicosocial fuera del

dispositivo ni queda con compañeros fuera del horario habitual. Ocasionalmente menciona mantener contacto con otro usuario de la Red, pero lo cierto es que esta relación luego no parece sostenerse en el tiempo. Durante su ingreso en la Unidad de Media Estancia acudió a la sede del colectivo GAMA (de gays y lesbianas en Canarias) a demandar información sobre actividades y por temporadas se ha dirigido a Espiral acompañado de su madre (grupo dirigido por los propios usuarios), sin ser constantes en la intención de enganchar en la Asociación.

Antecedentes familiares: Madre con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide Refractaria, actualmente en seguimiento por el ETAC y en tratamiento con clozapina. Tío materno con patología mental no filiada.

Antecedentes personales médico-quirúrgicos: No alergia medicamentosa conocida. Hipertrigliceridemia e hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. Obesidad.

Historia toxicológica: inicia hábito tabáquico (presente en todos los miembros de la familia) a los 18 años ; fumador de 1 paquete de tabaco al día . No ha tenido contacto con otro tipo de sustancias.

Antecedentes personales psiquiátricos: Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide con debut en abril de 2012 coincidiendo con su primer ingreso. Dos ingresos hospitalarios más, consecutivos, en los meses posteriores (mayo, junio-julio), relacionados con mantenimiento de descompensación psicopatológica por abandono del tratamiento farmacológico. En un primer momento la psicosis eclosiona con un complejo sintomático muy productivo (por un lado, alucinaciones auditivas que cumplen criterios de primer rango de Scheneider en forma de voces imperativa y acusatorias, fenómenos de eco/lectura/ inserción del pensamiento, y por otro, ideas delirantes de perjuicio centradas en una chica que quiere acabar con su vida y con la de su familia, pero a la que no identifica); sin embargo, pronto se impone el deterioro desde el punto de vista cognitivo e importante sintomatología negativa con tendencia al aislamiento social y apatoabulia. La disfunción sociofamiliar favorece el pobre cumplimiento con los tratamientos y el seguimiento irregular en la Unidad de Salud Mental.

Dada la tórpida evolución y pobres apoyos, se cursó el ingreso en la Unidad de Media Estancia desde el 6/11/12 a 27/9/13. Con la introducción de la clozapina se mitiga la angustia psicótica asociada a los fenómenos positivos y se lleva a cabo un abordaje psicoterapéutico de corte cognitivo-conductual para mejorar el manejo de sus alucinaciones auditivas. Previamente al alta se decide coordinación

con su equipo referente de la Unidad de Salud Mental y se remite al ETAC en agosto del 2013 para no retroceder en los progresos rehabilitadores logrados en la hospitalización.

Usuario del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial San Francisco I desde marzo de 2013, en la última fase de la estancia en la UME.

Tratamiento actual: Abilify 15 mg 1-0-0, Clozapina 200mg 1-0-1, Elontril 150 mg 1-0-0, Noctamid 2mg si precisa por insomnio, Valsartán-hidroclortiazida 1-0-0 y Secalip 145mg 0-0-1, Omeprazol 20 mg 1-0-0

A continuación se presenta los resultados de la escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS) , de escala de HONOS y de la SCIP.

<u>Escala</u>	<u>Puntuación</u>	<u>Percentil</u>
<u>PANSS-P</u>	<u>22</u>	<u>44</u>
<u>PANSS-N</u>	<u>28</u>	<u>57</u>
<u>PANSS-PG</u>	<u>47</u>	<u>23</u>
<u>PANSS-C</u>	<u>-6</u>	<u>80</u>

Tabla3- Puntuaciones escala PANSS

ESCALA DE HONOS : con el objetivo de evaluar el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, utilizables por profesionales de la Salud Mental de forma rutinaria y en un contexto clínico. Resultados 25/48

Como tercera escala utilicé Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry **SCIP** (Proyecto MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) , incluye subtest de memoria de trabajo, aprendizaje verbal, evocación diferida, velocidad psicomotora y fluidez verbal. Es de fácil administración no necesita personal especializado, y la duración de la administración es de 10 a 15 minutos, nos proporciona una rápida evaluación sobre los déficit cognitivos presentes en la psicosis y otras patologías afectivas .

- Puntuación 4/ 5 (Deterioro Cognitivo Moderado= 4 puntos).

Estigma: Las personas que sufren de trastornos mentales graves se enfrentan un doble desafío:

1º Lidiar con los síntomas y las incapacidades resultantes de la enfermedad.

2º Luchar con los estereotipos y prejuicios generados por conceptos errados sobre las enfermedades mentales y la falta de información.

En el caso de D.R , una historia llena de hospitalizaciones a temprana edad unido a una madre también con enfermedad mental puede llegar a ser bastante estigmatizantes. Se le pasó la escala de estigma internalizado de King. Integra tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). Incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías.

La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.

En el caso de David los resultados fueron:

-Subescala de discriminación:38

-Subescala de divulgación: 28

-Subescala de aspectos positivos: 23

Se obtiene un estigma internalizado de nivel medio con una puntuación de 89. Dentro de esta escala se obtuvo una puntuación de nivel medio para la discriminación, alta para la subescala de divulgación y de los aspectos positivos.

4.2 Evaluación por patrones funcionales de M. Gordon (1982) (AnexoI):

Valoración usada por enfermería en el ETAC, consiste en recoger datos del paciente (físicos, psíquicos, sociales y del entorno), enfocando la atención sobre 11 áreas o patrones , los cuales son interactivos e independientes . M. Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

La división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado (a través de Patrones Funcionales) no debe ser entendida de forma aislada sino teniendo en cuenta la interrelación entre cada uno de ellos ya que las personas somos un todo sin compartimentar pero sabiendo que el entorno, la cultura, el nivel social, los valores y las creencias...influyen en ese todo.

Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad

Patrón 1: Percepción - Manejo de la Salud

Presenta conciencia parcial de enfermedad. Se le pasa los tres primeros items del cuestionario de Insight de Amador, obteniéndose los siguientes resultados: 7 , conciencia parcial.

Conoce la sintomatología de la misma y es capaz de enumerar algunos de sus pródromos. Sintomatología positiva, que se exacerban ante agentes estresores externos ; la sintomatología negativa: apatoabulia .

Se aprecia una cierta disfunción cognitiva (de las funciones ejecutivas); disfunción en actividades instrumentales de la vida diaria, empobrecimiento cultural y académico. Y se detecta sintomatología ansiosa: pobre tolerancia a estresores cotidianos, ansiedad secundaria a síntomas psicóticos.

El paciente toma el tratamiento si se realiza una supervisión estrecha. Estando en la Unidad de Media Estancia, participó en el taller de Prevención de recaídas y en el taller de Medicación. Presenta dificultades en la anticipación de la compra de medicación o en la renovación de la Receta Electrónica.

-El **test de Morisky-Green** 2 de 4. En el caso del paciente se obtuvo un nivel de respuesta que lo califica como no adherente.

En cuanto al consumo del tabaco está en fase Contemplativa. El paciente advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de los 6 meses. Fumador de 1 caja al día.

-Se pasó el **Test de Fagerström** para la dependencia de la nicotina (6 puntos) obteniéndose una dependencia media al tabaco.

Criterios diagnósticos del **Síndrome Metabólico**, según la NCEP-ATPIII

1. Obesidad abdominal son de 110 cm. (hombres > 102).
2. Triglicéridos 160 mg/dl (> 150 mg/dl).
3. HDLc 36,5 mg/dl (>40 mg/dl).
4. Tensión arterial 140/85 mmHg.(> = 130/80 mmHg).
5. Glucemia basal 136 mg/dl (>110).
6. IMC de 31,67 el cual nos indica una obesidad de grado II

A la vista de los datos obtenidos (cumple tres criterios) junto con los hábitos poco saludables de falta de ejercicio, consumo de tabaco y dieta poco saludable valoramos en el equipo la necesidad de un trabajo intensivo en la prevención del Riesgo de Síndrome Metabólico.

Patrón 2: Nutricional/ Metabólico

Hipertensión arterial y hipertrigliceridemia .La alimentación es inadecuada(exceso de grasas , picoteo entre horas e ingesta compulsiva; se provoca el vómito tras los atracones por malestar gástrico).

Ingesta hídrica adecuada.

Piel y tegumentos : Normal. En la actualidad presenta problemas de sequedad y grietas en zona de ambos talones con aplicación diario de crema hidratante y exfoliante que el mismo se compra por indicación de Médico de Familia.

- Peso: 94,7
- Talla: 1,73 c
- Perímetro abdominal : 110cm

Patrón 3: Eliminación

No presenta problemas de eliminación. El paciente posee buen control de esfínteres.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Necesita supervisión para las actividades de la vida diaria, cada vez más marcado por su sintomatología negativa. Higiene y vestido: tiende a descuidar su higiene personal (ducha, afeitado, cepillado de dientes...), mal manejo con el vestido (descuida la limpieza, no separa la ropa sucia de la limpia, no se cambia de ropa con la frecuencia adecuada, no emplea prendas ni calzado adecuados al clima o la situación).

En cuanto al ejercicio está apuntado en la piscina pero acude con irregularidad. Conoce los beneficios del ejercicio físico, aún así no cumple con la frecuencia estimada.

Hace salida con sus primas, fuera de su entorno familiar tiene escasas relaciones sociales. Incumplimiento irregular con el Centro de día.

Le gusta cocinar, escuchar música y estudiar aunque con dificultades para concentrarse. Le cuesta llevar a cabo el cumplimiento de las mismas aún habiéndose planificado correctamente. También verbaliza que le gusta ir al sur de la isla de paseo.

En cuanto a la vivienda existen ciertas dificultades generales: no tener agua corriente, lavabo en mal estado.

Tiene habilidades domésticas básicas : capaz de preparar comidas sencillas ; no sabe usar la lavadora, no cambia ni lava las sábanas.

Descuido en la limpieza de la vivienda y de la habitación. Ventilación inadecuada de las habitaciones de la vivienda.

En base a sus deficiencias ejecutivas y a la situación disfuncional sociofamiliar, requiere intervención para la gestión económica de cantidades más grandes de dinero .Han gastado más de lo que ingresaban en el pasado.

Se la pasa la escala de **Lawton y Brody** (valoración con objeto de evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria). Obteniéndose una puntuación de : 5 puntos (dependencia intermedia).

Sin experiencia laboral. No descartamos en el equipo en un futuro la posibilidad de plantearse alguna actividad prelaboral protegida. Aunque ahora mismo no lo demanda el paciente.

Patrón 5: Sueño-descanso.

Excesivas horas de sueño, le cuesta despertarse temprano, pero con apoyo, es capaz de hacerlo. Tratamiento hipnótico.

-Cuestionario de Oviedo del Sueño:

ESCALA	Puntuación
Satisfacción subjetiva del sueño	4
Insomnio	16
Hipersomnio	15

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Orientado en las tres esferas (tiempo, persona, espacio).

Mini mental: 26/30

Actitud respecto al entorno, es normal.

No alteraciones de memoria. Sí alteraciones sensoperceptivas (Alucinaciones auditivas).

Pensamiento enlentecido, con tiempo de respuesta alargada. Participa en actividades de estimulación cognitiva en el Centro de Día. En cuanto al discurso es coherente, es capaz de identificar las alucinaciones auditivas.

Patrón 7 Autopercepción / Autoconcepto

Tendencia a la introversión. Autopercepción personal negativa. Refiere sentimientos sobre sí mismo como el miedo o la ansiedad, con dificultades para relacionarse fuera de su entorno familiar. A pesar de ello, a veces, verbaliza ideas sobrevaloradas de sus capacidades.

- **Escala de Autoestima (Rosenberg 1969)** Puntuación de 22 de 40
- **Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS).** Obteniéndose la siguiente puntuación: 15 puntos en total.
 - Ansiedad psíquica: 11 puntos
 - Ansiedad somática: 4

Usa un adecuado tono de voz y mantiene un buen contacto visual.

Cree que su vida puede mejorar con un cambio alojativo, aunque le cuesta distanciar algunos lazos familiares.

Patrón 8: De rol/ relaciones

Estructura familiar atípica, en la que se aprecian figuras de sumisión y otras dominantes. Criticismo generalizado. Lucha contra el sentido del deber autoimpuesto como cuidador de su madre (TMG).

Se le pasa la **escala de Zarit** (Sobrecarga del cuidador). Obteniéndose una puntuación de 72 de 88, sobrecarga intensa.

Apoyo familiar por parte del abuelo que se presenta como la persona más significativa de su entorno.

Las relaciones sociales se centran en el seno familiar. Le cuesta bastante la planificación, gestión de actividades y tiempo libre. No ha logrado establecer relaciones de amistad sólidas, apenas se relaciona con sus compañeros del Centro de Día.

Necesidad expresa de individuación e independización .

Patrón 9 : De sexualidad/ reproducción

Soltero y sin hijos. No se le conocen parejas estables ni esporádicas. Interés no manifiesto en su vida sexual.

Patrón 10: De adaptación/ Tolerancia al estrés

Su principal foco de ansiedad son los conflictos familiares, la inestabilidad psicopatológica de su madre, la no consecución de algunos de sus objetivos, muchas veces poco reales. Suele buscar apoyo en el equipo del ETAC y en su abuelo.

Frecuente problemas económicos a finales de mes por pobre cooperación de los miembros de la familia extensa que conviven en la vivienda, lo que le genera una mayor fuente de estrés.

Patrón 11: Valores y creencias

No refiere pertenecer a ninguna religión en concreto ni la práctica.

Obteniéndose los siguientes diagnósticos enfermeros:

-0079 Incumplimiento/ falta total o parcial al plan terapéutico, conducta indicativa de incumplimiento.

-00122 Trastorno de la percepción sensorial, alucinaciones auditivas.

-00052 Deterioro de la interacción social/ interacción disfuncional (con la madre) uso de conductas de interacción social infructuosas (aislamiento y disminución de la red social).

FACTORES	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Personales	No compra anticipada del tratamiento en vista de acabársele ni cita con	Alianza terapéutica con el ETAC

	previsión para renovar la receta electrónica	
	Sintomatología positiva y sintomatología negativa	Conciencia parcial de enfermedad
	Bajo autoconcepto de sí mismo	Aceptación de seguimiento por parte del equipo ETAC
	Insuficiente capacidad de afrontamiento	Derivado a un Centro de Rehabilitación Psicosocial para mejorar estos aspectos.
	Déficits en las actividades instrumentales de la vida diaria.	Supervisión del ETAC y refuerzo del Centro de día.
Familiares	Bajo nivel cultural y económico	Ayuda del ETAC a la gestión económica.
	Agotamiento del cuidador principal (Abuelo)	Buen vínculo con sus primas
	Madre con enfermedad mental	Seguimiento de su madre también por parte del equipo.
Sociales	Nula red social.	Muestra interés por la música y la cocina .
	No realiza actividades de ocio fuera de su habitación	Cobra una paga por invalidez que le permitirá realizar actividades.

Tabla4- Factores de riesgo y factores de protección

5. ANÁLISIS FUNCIONAL

Tras realizar la evaluación descriptiva de David, he detectado diversas áreas a trabajar con el paciente durante el seguimiento con el ETAC. Para ello he tenido también en cuenta la información que otros miembros del equipo han aportado al caso (auxiliar de enfermería, trabajadora social, psiquiatra...), la recogida de datos de su entorno y del propio protagonista.

Por otro lado, el desglose de la escala de HONOS (Anexo II), refleja una mayor repercusión en los problemas clínicos y sociales.

Siendo la puntuación global de 25/48.

Descripción de áreas de problemas (Anexo III) :

- Conciencia parcial de enfermedad y adherencia intermedia al tratamiento.
- Presencia de sintomatología positiva y cada vez más de sintomatología negativa.
- Dificultades en la relación con su madre/abuelo .

- Alta emoción expresada en casa.
- Déficits en las habilidades interpersonales, y de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Hipersomnia.
- Déficits en los autocuidados.
- Mala gestión económica.
- Falta de relaciones de amistad.
- Escasa actividades de ocio.

6.FORMULACIÓN DEL CASO

6.1.Hipótesis explicativa:

En el caso de D.R partimos de que se trataba quizás de una de las personas más sanas en una estructura familiar con una dinámica disfuncional. Su propia timidez surge de un sistema familiar muy cerrado, con pocos puntos de apoyo exteriores, que se defiende de amenazas externas, y de la ausencia de figuras de referencia válidas sobre las que modelar su estilo de relación . Con todo este ambiente poco estimulante y pobre a nivel económico y cultural, arrastra las dificultades en el rendimiento académico pero consigue completar sus estudios. Se trata de un niño que deposita todas sus esperanzas de superación en la vocación de cuidador, rol para que se considera apto y que llevaba ejerciendo desde la adolescencia temprana con su madre.

Su funcionamiento comienza a volverse torpe al instaurarse de manera insidiosa el defecto cognitivo que antecede la eclosión psicótica. Probablemente las exigencias cada vez mayores de la vida adulta, tanto en lo ocupacional como en lo interpersonal, sumados al estrés de la responsabilidad de los cuidados de una madre permanentemente inestable terminaron por desbordar sus limitadas capacidades de afrontamiento y adelantar un debut temprano de la enfermedad, con lo que esto representa para el pronóstico a largo plazo. A los 24 años se trunca su desarrollo personal y la completa maduración psicosexual. D.R queda congelado en una apariencia de pseudonormalidad y mayores habilidades de las que realmente dispone.

6.2.Hipótesis de mantenimiento:

La familia , que mantiene ya actitudes bastantes estigmatizantes con su madre Z.R , porque ni entienden ni saben manejar la enfermedad, reaccionan a esa limitación fuerte y claro a través de una elevada emoción expresada. La ambivalencia así supone aún un estrés mayor, por un lado lo

sobreprotegen, recordándole constantemente su posición de enfermo y de incapaz, pero por otro le exigen en tono crítico la recuperación del rendimiento premórbido.

Independientemente de esto , la enfermedad sigue caminando. La sintomatología negativa se vuelve cada vez más pronunciada, acentuando hasta lo patológico el retraimiento basal de D.R. Abandona sus tareas habituales, pierde su autonomía para el autocuidado, se aísla y ensimisma, huyendo de la angustia que le producen tanto la presión familiar como los fenómenos alucinatorios vejatorios que parecen hacer eco constantemente de esos mensajes. O peor, de una especie de impulso a defenderse de una manera insultante frente a los mismos (intolerable para él). Tiene un ingreso tras otro porque no hay ningún tipo de reorganización interna en la familia que asegure como mínimo el cumplimiento del tratamiento. En casa se cuestionan a menudos los efectos secundarios y la eficacia de la medicación, facilitando los abandonos del tratamiento.

En cuanto se le consigue una estructura que le permite una contención lo suficientemente ordenada, cálida y segura durante un tiempo suficiente , D.R , comienza a ser capaz de reconocer y trabajar sus síntomas, pero persiste hoy una especie de actitud negadora de sus limitaciones y una expectativa sobrevalorada sobre sus metas y proyectos. Se ve manejado por una importante ansiedad anticipatoria ante la confrontación de la realidad de sus dificultades, el rechazo, las situaciones novedosas o la sintomatología psicótica, que trata de ocultar y que maneja con estrategias muy poco adaptativas (como los atracones o la evitación), pues terminan generándole mayores repercusiones (vómitos postprandiales con mala absorción de la medicación y reactivación sintomática consecuente, sentimientos de soledad y fracaso).

7.DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR) Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.

El Plan individualizado de Rehabilitación que se plantea con D.R , está enfocado en intervenciones en la comunidad, en el propio contexto natural del usuario .

Necesidades y recursos

Problemas relacionados con su psicopatología:

- Sintomatología positiva: fenómenos de carácter alucinatorio auditivo e inserción del pensamiento , egodistónicos, que se exacerban ante estresores externos.
- Sintomatología negativa: apato-abulia.

- Disfunción cognitiva y de la función ejecutiva; disfunción en Actividades instrumentales de la vida diaria , empobrecimiento cultural y académico.
- Sintomatología ansiosa: pobre tolerancia a estresores cotidianos, ansiedad secundaria a síntomas psicóticos.
- Adherencia al tratamiento: buena adherencia al tratamiento pero precisa de supervisión en la preparación del pastillero.

Autocuidados/ hábitos de vida saludables:

- Higiene personal y vestido: tiende a descuidar su higiene personal (ducha, afeitado, cepillado de dientes...), mal manejo con el vestido (descuida la limpieza, no separa la ropa sucia de la limpia, no se cambia de ropa con la frecuencia adecuada, no emplea prendas ni calzado adecuados al clima o la situación.
- Hábitos de vida saludables: alimentación inadecuada (exceso de grasas, picoteo entre horas e ingesta compulsiva; se provoca el vómito tras los atracones por malestar gástrico).
- Sueño: tiende a la hipersomnolia diurna y a la clinofilia. Se levanta tarde.
- Consumo de tabaco en fase contemplativa.
- Realiza muy poca o nula actividad física, apenas sale de casa, obesidad y baja forma física.
- Cuidados básicos de salud: no hace adecuado uso de los servicios sanitarios-incapaz de acudir a las citas pactadas con antelación, conoce su Centro de Salud y la manera en que se pide cita pero no lo hace sin recordatorio expreso del equipo.
- Enfermedades orgánicas: hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico; obesidad, reflujo gástrico y pirosis. El paciente cumple con el tratamiento pero es incapaz de prever cuándo se le termina la medicación para acudir a la farmacia. No adopta medidas para bajar de peso.
- No es capaz de prever cuándo se le acabará la medicación ni de ir a la farmacia para reponerla o llevar un control en la solicitud de las analíticas rutinarias (hemograma).

Vivienda:

- Existen ciertas dificultades generales en la vivienda. No hay agua caliente , lavabo en mal estado, falta de electrodomésticos y suministros básicos.
- Tiene habilidades domésticas básicas: capaz de preparar comidas sencillas; no sabe usar la lavadora, no cambia ni lava sus sábanas.
- Descuido en la limpieza de la vivienda y de la habitación. No está ordenado sus armarios ni sus pertenencias.

Relaciones personales:

- Muy escasa red social, fundamentalmente el entorno familiar (madre, abuelo y sus tíos).
- Tiene unos primos a los que ve de vez en cuando.
- No ha logrado establecer relaciones de amistad sólidas, apenas se relaciona con compañeros del Centro de Día.
- Realiza alguna salida de ocio con otro usuario de la Red, conocido de cuando asistía al instituto.

Familiar:

- Apoyo disfuncional e insuficiente por parte de su abuelo y de su madre.
- Relación fusional con su madre.
- Existen otros familiares que conviven con él en el domicilio familiar, pero apenas prestan apoyo y obstaculizan las intervenciones terapéuticas.
- Falta de conocimiento respecto a la enfermedad y sus limitaciones funcionales.
- Criticismo generalizado.
- Dificultades en la convivencia que se desprenden de todo ello. Hiperreactividad emocional y mal control de la ansiedad secundario a estos conflictos.
- Lucha contra el sentido del deber autoimpuesto como cuidador de su madre (también con Trastorno Mental Grave). Necesidad expresa de individuación e independización.
- Derivación al Programa de Alojamiento Alternativo.
- Conciencia parcial de las deficiencias en autonomía para la vida diaria y de que requiere apoyos para la cobertura de necesidades básicas e instrumentales.

Laboral/educativa:

- Proyectos de futuro sobrevalorados con respecto a sus capacidades actuales.
- Completó estudios secundarios en la Escuela de Adultos. Justo en el momento del debut psicótico se había matriculado en curso de FPAuxiliar de enfermería , que no pudo terminar, al igual que no ha podido terminar ninguno de los cursos de cocina a los que se ha apuntado.

Económica:

- Percibe una pensión no contributiva reducida.
- En base a sus deficiencias cognitivas y ejecutivas y a la situación disfuncional sociofamiliar, requiere

intervención para la gestión económica. Ha contraído deudas e incluso ha llegado a entrar en números rojos.

- Manejo adecuado de dinero de bolsillo.

Ocio/ tiempo libre:

- Tendencia al autoaislamiento en el domicilio; algunas salidas esporádicas solo o con sus primos.
- Asociado a la Espiral (creado por los propios usuarios de la red); abandono del mismo.

8.OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN

OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN	ACCIONES URGENTES
Conseguir la motivación para el cambio	Realizar seguimiento estrecho semanal en su domicilio y en el entorno, con una visión motivacional.
Fomentar un mejor manejo de la gestión económica.	Llevar a cabo con él un desglose de los gastos fijos que tiene al mes y de lo que puede ahorrar. Informarse con ayuda de la trabajadora social de las posibles ayudas sociales de las que pueda beneficiarse.

OBJETIVOS GENERALES DE REHABILITACIÓN
1. Conseguir la individualización y la demarcación diferenciada del rol hijo y el maternal. 2. Mejorar la autonomía para llevar a cabo una vida integrada en la comunidad e independiente. 3. Aumento de conciencia de enfermedad.

4. Disminuir el aislamiento, aumentando su red social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN

A corto plazo: -Mejorar autocuidados (aseo, vestido, alimentación, higiene oral, ejercicio físico...).

-Llevar a cabo los controles médicos (cumplimiento de citas , realización de analíticas para la clozapina...).

-Fomentar la autonomía con el pastillero y la adherencia al mismo.

-Aumentar ingresos económicos.

-Estabilidad psicopatológica.

A medio plazo: -Conseguir auto-regulación de horarios.

-Mejorar autonomía con las actividades instrumentales de la vida diaria.

-Perfeccionamiento de habilidades sociales básicas en las salidas de ocio.

-Estimular participación en el Centro de Día y en talleres-cursos normalizados.

-Mejorar la conciencia familiar de enfermedad.

A largo plazo: -Estimular la reintegración en Asociación Espiral.

-Estimular recuperación del interés por la lectura para mejorar rendimiento cognitivo.

-Proponer derivación al Programa de Alojamiento alternativo.

-Apoyar en la incorporación académica .

9.DESARROLLO DEL PLAN:

Desarrollo de objetivos: Secuenciación temporal de las acciones y técnicas a desarrollar en el proceso de intervención con D.R.

Después de la fase de enganche con él, trabajaríamos con los objetivos que hemos consensuado en conjunto (equipo y paciente) . Trabajaremos en un primer momento con el personal de enfermería , trabajadora social y psiquiatra. Para empezar nos centraríamos en los más urgentes que hemos detectado desde lo motivacional con entrevistas individuales. Y por otro lado, potenciando su autonomía económica : ayudándole a planificar los gastos y asesorándole en los trámites de posibles ayudas.

En cuanto a los objetivos generales para trabajar la individualización y la demarcación diferenciada del rol hijo y el maternal, estableceríamos límites consistentes del trabajo terapéutico con D.R. y su madre. Mejorando la autonomía para llevar a cabo una vida integrada en la comunidad e independiente, reforzando las habilidades sociales básicas preservadas y el uso adecuado del transporte público.

Presentaríamos el plan con las intervenciones que se llevarán a cabo con el paciente y la frecuencia, a los familiares que convive con él. En especial con su abuelo y su madre.

Es un usuario que colabora, muestra interés para mejorar . Pero necesita un seguimiento estrecho para ello.

1ªFase: A corto plazo

Tras haberse iniciado el plan, habría que trabajar la autonomía en el manejo del tratamiento y de los recursos sanitarios. Con ayuda de enfermería preparación del pastillero y control de disponibilidad de medicación antes del día de preparación del mismo , al menos una vez a la semana ; llevar control de citas médicas y analíticas: solicitud de citas en el Médico de Atención Primaria , acudir a extracciones para control de hemograma (mensualmente)con ayuda del auxiliar de enfermería.

Potenciar el autocuidado de forma continuada con el personal de enfermería , fomentando el aseo diario , la higiene oral, la supervisión de vestido cada vez que se le visite. Con ayuda también de la trabajadora social que le ayudaría a conseguir la instalación de termo eléctrico y reparaciones en el baño por la mejora en gestión económica . En esta fase también trabajaríamos la reducción o abstinencia del consumo de tabaco (enfoque motivacional, con pauta descendente de tabaco). Además, llevaríamos un control del peso y de los factores de riesgo cardiovasculares: actividad física,

mejoría de la dieta elaborando menú semanal y acompañamiento a la compra (selección de productos saludables). Supervisión del número de comidas (no repetir almuerzo en casa los días que almuerza en el centro de día). Con ayuda del equipo de enfermería los días que no acude al Centro.

Haríamos una supervisión estrecha de su estado psicopatológico, para conseguir la mayor estabilidad posible, para prevenir recaídas y minimizar las hospitalizaciones. Con una evaluación en cada visita, la ayuda de administración de escalas e instrumentos de evaluación (PANSS, HONOSS...) y la facilitación de técnicas de relajación y de afrontamiento ante situaciones nuevas.

2ª Fase: Medio plazo

Comenzaríamos a trabajar la auto-regulación de horarios: patrón de sueño-vigilia adecuado para permitir asistencia al Centro de Día; trabajar la puntualidad. Con supervisión indirecta de los horarios (coordinación con el enfermero del Centro de día), con llamadas telefónicas para recordarle las citas hasta ir disminuyendo el control. Uso del despertador personal. Establecer el hábito de madrugar y acostarse temprano entre semana con ayuda del equipo de enfermería de lunes a viernes. Además, se llevará a cabo las intervenciones para mejorar las actividades instrumentales de la vida diaria: supervisión del orden y limpieza; entrenamiento en labores domésticas deficitarias.

En esta fase desde lo motivacional lo estimularemos para conseguir la asistencia al Centro de Día, trabajando el manejo de síntomas, habilidades sociales y de afrontamiento de tipo psicoeducativo para aumentar la conciencia de enfermedad. Las habilidades sociales le permitirá ampliar la red social y actividades fuera del domicilio (actividad física en el polideportivo municipal, paseos, compras...) y del entorno familiar, de forma continuada con ayuda de psiquiatría y enfermería.

3ª Fase: A largo plazo

Trabajar la motivación para retomar la participación en la Asociación Espiral, con el fin de favorecer la socialización. Incentivar en el Centro de día especialmente los talleres que trabaje la rehabilitación cognitiva-metacognitiva, estimulando de nuevo su hábito por la lectura con acompañamiento a la biblioteca para alquilar libros de su interés. Con el equipo de enfermería supervisando el acompañamiento en gestiones para apuntarse en algún curso que desee, con seguimiento estrecho de la adaptación al rendimiento académico normalizado. Monitorizando el progreso académico. Trabajando con él las dificultades con resolución de problemas.

En esta fase, lo apoyaríamos en su deseo de independización a través del Programa de Alojamiento Alternativo. Trabajando este aspecto también con la familia, con reuniones periódicas para

intervención psicoeducativa y trabajar estilo de comunicación intrafamiliar .

Actividades a realizar (Anexo IV)

10.EVALUACIÓN CONTINUADA

Se llevará a cabo para obtener información de los cambios acontecidos tras las intervenciones aplicadas, esto nos permitirá comparar la situación de ahora con la de inicio y conocer el grado de eficacia.

Para ello se seguirá la siguiente metodología:

- Revisión del PIR: ver cumplimiento de los objetivos a los seis meses . Se volverá a valorar los objetivos planteados y los que se han cumplido ; las actividades llevadas a cabo y la evolución de las conductas ; las incidencias ocurridas y las soluciones propuestas. Para finalizar se evaluará los próximos objetivos para el siguiente semestre.

Para la monitorización de las conductas se han seleccionado las siguientes variables:

Registros de conducta:

- Número de salidas de ocio .
- Participación en el Centro de Día.
- Tiempo que dedica a su autocuidado.
- Control del dinero.

Tests y cuestionarios:

- Escala de Lawton y Brody: actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Rosenberg : cuestionario para explorar la autoestima.
- Escala de Zarit: carga del cuidador
- Sintomatología psicótica y general: PANSS.
- Escala de Honos: evaluar el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental.
- Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS).Escala SCIP (Proyecto MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) .
- El test de Morisky-Green : para evaluar si cumple con el tratamiento pautado.

Algunos resultados preliminares:

Aunque no se han cumplido los seis meses desde que se ha planteado el PIR, se han ido consiguiendo los objetivos que se propusieron a corto plazo. Uno de ellos era mejorar el manejo del dinero mensual. Se ha hecho un desglose de los gastos (Anexo V). De 311 euros que cobra está pudiendo ahorrar: 124,5

Por lo que al mejorar esta gestión está pudiéndose permitir participar en muchas salidas de ocio , disminuyendo también la ansiedad y la angustia en relación a la preocupación económica.

El hecho de hacer más actividades y almorzar en el Centro de Día le ha ayudado a comer más sano e incluso a bajar de peso (unos 1-2 kg en un mes). Mejorando el perfil del síndrome metabólico.

Por otro lado, está llevando una vida más organizada (realización de salidas de ocio con el equipo, actividades en el Centro de Día...), esto ha contribuido a que duerma unas 8-9 horas, reduciendo la hipersomnia. También ha facilitado a que esté más atento a sus citas médicas de forma mensual (hemogramas o para renovar la receta electrónica).

Se ha percibido también una gran mejoría en cuanto a los hábitos de higiene, su vestimenta es más adecuada y acorde con el tiempo.

El usuario se encuentra motivado al ver resultados, además sigue verbalizando su deseo de independizarse desde que salga la plaza para Alojamiento Alternativo.

A continuación se exponen algunos cuestionarios que se incluían en la evaluación continuada:

- Escala de Lawton y Brody: actividades instrumentales de la vida diaria puntuación 7 aumento en 2 puntos.
- Escala de Rosenberg : cuestionario para explorar la autoestima puntuación 24, aumento en 2 puntos.
- Escala de Zarit: carga del cuidador puntuación 64, reducción en 8 puntos.
- Escala de Honos: evaluar el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental puntuación de 23.
- Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS) puntuación 10 reducción en 5 puntos.

- Escala SCIP (Proyecto MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) se mantiene los 4 puntos.
- El test de Morisky-Green : para evaluar si cumple con el tratamiento pautado se sigue manteniendo la puntuación 2 de 4.

Actualmente se está trabajando en los objetivos a medio plazo, por lo que no ha sido posible concluir resultados de momento.

Con un poco más de tiempo se podrá detallar si se ha conseguido o no los objetivos, también comprobar la hipótesis explicativa y el PIR planteado según las necesidades del paciente, o si, por el contrario se han producido errores en su elaboración o si han surgido nuevas necesidades por lo que habría que plantearse otros objetivos e intervenciones para cubrirlas.

11.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO

Limitaciones y logros

Una de las principales limitaciones me las he encontrado en la familia . Puesto que los únicos que aportan información es su abuelo, y su madre. El resto de los miembros de la unidad prácticamente no suponen ningún soporte para obtener información y no participan en las entrevistas. Añadir que su madre recientemente ha sido ingresada en La Unidad de Internamiento Breve por un nuevo episodio de descompensación , para posteriormente ser derivada a la Unidad de Media Estancia por un período de al menos de dos a seis meses.

No obstante el paciente, enumera las diversas ventajas de que su madre ingrese en dicho dispositivo. Verbaliza estar menos sobrecargado , al saber que ella está recibiendo los cuidados profesionales necesarios en estos momentos. Impresiona que esa relación fusional empieza a demarcarse con límites más sanos.

Por tanto, el equipo ha recogido datos no solo objetivos sino también subjetivos de que el usuario ha mejorado en las diferentes esferas , disminuyendo entre otros aspectos su ansiedad y siendo capaz de usar diferentes estrategias para hacerle frente a esta nueva situación con la que se encuentra , su madre.

Por otro lado, he usado diversas escalas en las que el usuario ha colaborado siempre, esto nos ayudará a valorar cuál de las escalas son más eficaces para un trabajo de rehabilitación en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Donde la mayoría de las veces dado el gran volumen de carga asistencial, el equipo abandona la elaboración de los PIR para cada uno de los pacientes y no se pasa las escalas correspondientes ni en los tiempos establecidos para reevaluar. Me parece prioritario en el equipo llevar a cabo de forma rutinaria los PIR y que no sea algo a elección del personal.

Conclusiones:

Este trabajo está enfocado hacia la recuperación de un chico con Esquizofrenia Paranoide, en donde la ruptura biográfica de la enfermedad sucedió siendo muy joven, limitando su desarrollo. Supuso una involución en su vida, con un retroceso a nivel académico, social y personal. Impidiéndole llevar a cabo su proyecto de vida.

A pesar, de la complejidad de la familia. En el equipo pensamos que seguirá mejorando dado sus factores de protección, a su buen enganche y actitud colaboradora. Mediante el análisis descriptivo y funcional, se ha podido conocer las necesidades y los objetivos del mismo. El paciente llegado a este punto, manifiesta su deseo de ser derivado al Programa de Alojamiento Alternativo, como una medida terapéutica para el avance rehabilitador, a pesar de la falta de apoyo por parte de la familia a esa toma de decisión.

En cuanto, la hipótesis explicativa y de mantenimiento nos ha permitido hacernos una idea hacia donde tenemos que trabajar haciendo uso de la herramienta del PIR y de la importancia del mismo. Por lo que hay que buscar tiempo para invertirlo en la elaboración del mismo, donde se requiere la participación de todo el personal.

Considero que dada las ventajas innegables que supone diseñar planes de evaluación e intervención con cada uno de los pacientes, debería ser obligatorio que todos los tengan hecho y se revisen de forma periódica. También que se le facilitara al personal entrenamiento al respecto, con la finalidad de que no resulte tedioso y que sea lo más práctico posible.

12.REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS (ANEXO VI)

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (ANEXO I)

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos. Prescripciones médicas y de enfermería.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos. Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación. Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- **Pretende** conocer los patrones de la función excretora de la persona.
- **Incluye:** Patrón de eliminación intestinal. Patrón de eliminación vesical. Patrón de eliminación a través de la piel.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

- **Describe** los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.
- **Incluye:** Actividades de la vida diaria. Cantidad y tipo de ejercicio y deporte. Actividades recreativas. Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

- **Describe** los patrones de sueño, reposo y relajación.
- **Incluye:** Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo. Ayudas para el sueño y el descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

- **Describe** los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
- **Incluye:** Situación de los sentidos sensoriales. Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

- **Describe** los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.
- **Incluye:** Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía. Imagen corporal y patrón emocional.. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

- **Describe** los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.
- **Incluye:** Percepción de las responsabilidades de su rol. Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

- **Describe** los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- **Incluye:** Satisfacción con la sexualidad. Trastornos de la sexualidad. Problemas en etapa reproductiva de la mujer. Problemas en la menopausia.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES

- **Describe** el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.
- **Incluye:** Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad. Manejo del estrés. Sistemas de soporte y ayuda. Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

- **Describe** el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.
- **Incluye:** Cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes. Las expectativas relacionadas con la salud.

ESCALA DE HONOS (AnexoII)

	Puntuación		Puntuación
Problemas conductuales	0/12	Agresividad	0/4
		Autoagresiones	0/4
		Uso de sustancias	0/4
Deterioro	3/8	Disfunción cognitiva	2/4
		Discapacidad física	1/4
Problemas Clínicos	10/12	Depresión	3/4
		Alucinaciones / I. Delirantes	4/4
		Otros Síntomas. D	3/4
Problemas Sociales	12/16	Relaciones Sociales	4/4
		Funcionamiento General	3/4
		Problemas de Residencia	3/4
		Problemas Ocupacionales	2/4 (Se le han ofertado)

PUNTUACIÓN TOTAL 25/48

DESCRIPCIÓN DE ÁREAS DE PROBLEMAS(AnexoIII)

	Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Síntomas positivos	Especialmente ante actividades estresantes.	Desórdenes conductuales	Toma irregular del tratamiento.
		Aumento de demanda de hipnóticos	Abuso de dormodor, noctamid...
		Aumenta el aislamiento en casa	Retraimiento Social
		Aumento del consumo del tabaco	Problemas respiratorios
		Aumento excesivo de comida	Problemas de vómitos tras los atracones.
Síntomas generales	Cuando comienza una nueva actividad por encima de sus capacidades	Síntomas ansiosos.	Empieza a ausentarse.
		Elevada ingesta por la ansiedad.	Vómitos por la elevada ingesta.
		Quejas de despiste con las horas de comienzo de la actividad .	No hace las actividades pautadas.
			Deja las actividades a medias.
Síntomas negativos	Sobre todo cuando está en el entorno familiar, sin salir de casa.	Falta de iniciar cosas.	Abuso de café y del cigarro.
		Apato-abulia	Empieza a comer de forma compulsiva.

		Aislamiento	Más inseguridad a la hora de ir al Centro de Día.
Conciencia parcial de enfermedad.	Cuando hablamos sobre la enfermedad y los síntomas relacionados con la misma.	Reconoce parcialmente lo que le pasa, pero no acepta que tiene ciertas limitaciones a la hora de establecer ciertos objetivos .	Frustración al no poder terminar con las actividades a las que se apunta, ya que superan en su mayoría sus capacidades.

Tabla 1 - Área psicológica

	Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Dificultades en la relación con su madre/abuelo relación familiar de alta emoción expresada	No figura del rol paternal.Es su abuelo quién ejerce ese papel.	Se siente el cuidador de su madre y así se lo imponen también su familia.	Sobrecarga del rol del cuidador.
	Madre enferma también.Bajo nivel cultural.	Deseo expreso de querer salir de casa a un programa de Alojamiento Alternativo.	Poco apoyo de su familia al respecto.

Tabla 2 - Área sociofamiliar.

	Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Dificultad en el cumplimiento farmacológico	Cuando hablamos de un tratamiento continuado	-Dificultad para la compra anticipada del fármaco cuando se le va a terminar o para la renovación de la receta electrónica. - Dificultad para la continuidad del tratamiento.	Dificultad para la preparación y la toma de forma autónoma si se deja de hacer un seguimiento estrecho.

Hipersomnia	Durante todas las semanas	Excesivo sueño. No usa despertador.	Llega tarde al Centro de Día o a la actividad de piscina e incluso a las citas médicas.
Hábitos alimenticios inadecuados	Sin iniciativa para bajar de peso	Realiza atracones de comida sin respetar horarios	Obesidad de tipo II Diabetes Hipertensión Arterial Colesterol
Consumo de tabaco	Especialmente cuando está en casa sin hacer ninguna actividad	Aumenta el consumo ante el aburrimiento.	Aumento de gastos Económicos Riesgo cardiovascular dado sus antecedentes orgánicos.

Mala gestión económica	Gastos compulsivos	Gastarse su pensión en cosas innecesarias, sin asegurarse de cubrir lo imprescindible (luz, agua, comida, gastos para el Centro de día).	-No tener dinero para acabar el mes. Escasez de comida. -No poder realizar actividades por no tener dinero.
No realiza tareas domésticas	Sobre todo en relación a la sobrecarga familiar y a la sintomatología negativa.	No uso de la cocina. No ordena su habitación. No uso de la lavadora	Haciendo uso muchas veces de la comida rápida (basura). Ropa sucia para salir a la calle.
Autocuidado	Sobre todo sin supervisión	Dificultad para el aseo diario.	Desprendimiento de mal olor

Tabla 3 - Área problema de autonomía personal

	Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Falta de relaciones de amistad	En el contexto de ejercer el rol del cuidador de su madre .	Pendiente de su madre	Mantenimiento de la sintomatología negativa
		Le cuesta llevar a cabo el cumplimiento a los días pautados en el Centro de Día o salir con un amigo que tiene.	Acaba no consolidando las amistades dado su aislamiento.
			Ambivalencia a la hora de decidirse a salir de su casa.
No realiza actividades de ocio fuera del domicilio	Como resultado de la sobrecarga de cuidador y la falta de apoyo de la familia.	Incumplimiento de las actividades propuestas con él (piscina, Centro de Día, Salidas de ocio...).	Aislamiento social.
			Relación fusional con su madre.

Tabla 4-Área problema social y de ocupación tiempo libre.

ACTIVIDADES A REALIZAR(Anexo IV)

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Intervenciones	Profesional y Frecuencia
<p><u>Área sociofamiliar</u></p> <p>1.-Conseguir la individualización y la demarcación diferenciada del rol hijo y el maternal.</p>	<p>Mejorar la conciencia familiar de enfermedad.</p>	<p>-Entrevistas familiares psicoeducativas.</p> <p>-Mejorar la comunicación intrafamiliar.</p> <p>-Mejorar las crisis psicóticas en el entorno familiar.</p>	<p>Psiquiatra y enfermero / a 2 veces/semana</p>
	<p>Proponer derivación al Programa de Alojamiento alternativo.</p>	<p>-Seguir el abordaje rehabilitador psicosocial en un entorno no invalidante, en contacto con iguales que favorezca la ampliación de la red social y la ganancia de la autonomía personal para la vida independiente.</p>	<p>Monitor 3 veces en semana / más enfermería o psiquiatra de forma conjunta o alterna 2 veces en semana .</p>
		<p>Entrevistas familiares tipo motivacional para disminuir la ambivalencia ante el deseo que tiene el paciente de irse al piso.</p>	<p>Psiquiatra de forma pactada .</p>

<p><u>Área de autonomía personal</u></p> <p>2. Mejorar la autonomía para llevar a cabo una vida integrada en la comunidad e independiente.</p>	<p>Mejorar autocuidados (aseo, vestido, alimentación, higiene oral...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión de aseo, gestiones para reparación del baño e instalación del termo. -Supervisión de afeitado. -Supervisión de la higiene oral. -Supervisión de vestido y calzado. -Control del peso, de los factores de riesgo cardiovasculares y de la alimentación saludable. -Fomentar la participación en el taller de hábitos saludables del Centro de Día. -Planificación y acompañamiento a actividad física. -Consejo antitabaco. 	<p>Personal del equipo de enfermería y trabajadora social para la economía. 1 vez-2 veces/sem</p>
	<p>Llevar a cabo los controles médicos (cumplimiento de citas, realización de analíticas para la clozapina...).</p>	<p>Supervisión de la solicitud de citas médicas y del control del hemograma mensual.</p>	

	Fomentar la autonomía con el pastillero.	Preparación del pastillero con supervisión indirecta. Control de la disponibilidad de medicación y de su reposición en farmacia.	
	Aumentar ingresos económicos.	Intervención de gestión económica.	
	Conseguir auto-regulación de horarios.	Uso del despertador personal. Supervisión cada vez más indirecta del cumplimiento de horarios (retirada progresiva de la llamada telefónica para que acuda al Centro de Día).	
	Mejorar autonomía con las actividades instrumentales de la vida diaria.	Supervisión del orden y limpieza de su habitación y armario. Supervisión de la colada, elaboración de comidas los días que no acude al Centro de Día).	

		Supervisión en el uso adecuado del transporte público.	
<u>Área psicológica</u> 3. Aumento de conciencia de enfermedad	Estabilidad psicopatológica.	-Evaluación clínica -Desarrollo y potenciación de estrategias de autorregulación de la ansiedad: técnicas de relajación, y de control de ansiedad ante nuevas situaciones para evitar atracones ,actividades de ocio distractoras.	Psiquiatra y enfermería/continuada
		Administrar escalas e instrumentos de evaluación (PANSS, HONOSS...).	Psiquiatra al inicio y cada 6 meses.
<u>Área social y de ocupación del tiempo libre</u> 4. Disminuir el aislamiento,	Perfeccionamiento de habilidades sociales básicas en las salidas de ocio.	Entrenamiento en habilidades sociales. Inclusión en el taller de ocio con salidas grupales e individuales.	Enfermería 1 vez/semana

aumentando su red social.	<p>Estimular participación en el Centro de Día , Asociación Espiral y en talleres-cursos normalizados.</p>	<p>-Acompañamiento al Centro de Día y la Asociación. -Llamado telefónicas para despertarlo y acuda al Centro. - Entrenar en la producción de auto-recordatorios en el corcho de su habitación (uso de calendario, manejo de una agenda, alarmas del móvil mensajes y avisos).</p>	<p>Enfermería, trabajadora social de forma continuada hasta conseguir enganche.</p>
	<p>Estimular recuperación del interés por lectura para mejorar rendimiento cognitivo.</p>	<p>-Procurar la asistencia a los talleres de rehabilitación cognitiva del Centro de Día. -Acompañamiento a la biblioteca para ayudarle con la adquisición de libros de interés. -Evaluación de escalas minimal, SCIP-S...</p>	<p>Enfermería de forma semanal.</p>

	Apoyar en la incorporación académica .	<ul style="list-style-type: none"> -Explorar intereses y facilitarle información de posibles cursos o talleres normalizados. -Acompañamiento en los primeros días al Centro. -Ayuda con los trámites de la matrícula. -Monitorización del progreso académico. -Trabajar las dificultades (resolución de problemas). 	<p>Enfermería y trabajadora social hasta conseguir el enganche en las actividades.</p> <p>Control continuado de los progresos y de las dificultades por parte de enfermería y psiquiatría.</p>

Tabla - Desarrollo de objetivos a corto , a medio plazo y largo plazo.

DESGLOSES DE LOS GASTOS(ANEXO V)

COBRA 311 EUROS DE PENSIÓN REDUCIDA:

- 12 euros para 8 comidas en el Centro de Día a 1,5.
- 100 euros para contribuir en la vivienda (comida).
- 5euros para recarga de móvil.
- 8,5 para recargar el bono del autobús.
- 24 euros repartidos en la asignación de 2 euros cada lunes, miércoles y viernes.
- 37 euros en cigarros.

TORAL: 186, 5

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS (Anexo VI)

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry. 1993 Jun;150(6):873-9.
2. Bravo Ortiz, MF, Recalde Iglesias, F, Vázquez Souza, M.I. Evaluación de Población Sin Hogar con Enfermedad Mental. En Fernández J., Touriño R., Benítez N. y Abelleira (coord.). Evaluación en rehabilitación psicosocial. FEARP:2010;18:257-270.
3. Cibanal Juan L, Arce Sánchez M^a del Carmen, Carballal Balsa M^a del Consuelo. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. ED. (2^a). Barcelona: Elsevier España, S.A.; 2010
4. Fernández Blanco J (2010). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. En Fernández J., Touriño R., Benítez N. y Abelleira (coord.). Evaluación en rehabilitación psicosocial. FEARP:2010.
5. Folstein M, Folstein S, McHugh P, Fanjiang G. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental (adaptación española). Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2002.
6. Gobierno de Canarias . (1999). *Servicio Canario de Salud. Dirección General de Servicios Asistenciales*. Recursos de Salud Mental en Canarias.
7. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación 3^o edición Mosby/Doyma. Libros. Madrid 1996.
8. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medicine and Psychology, 32, 50-55.
9. Miller W y Rollnick S, (1999) Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas. Editorial Paidós. Barcelona.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74.
10. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
11. Vázquez-Morejón, A ; Vázquez-Morejón, R, y Bellido Zanini, G. Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. Apuntes de Psicología 2013, Vol. 31, número 1, págs. 37-43.
12. Zarit SH, Reever KE., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist, 20, 649-655.

