

Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental
Comunitaria.

Trabajo Final de Máster

Trabajar desde y para el empoderamiento:

Un desafío actual en Rehabilitación en Salud Mental

Autora: *Verónica Graciela Barrera Cabrera*

Tutor: *Juan González Cases*

Fecha de lectura: 26 de Octubre de 2017



Resum / Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre una usuaria. La misma tiene 42 años y es residente de Sueca, Valencia. Desde los 18 años es usuaria de los servicios de salud mental debido a los problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas así como también con el trastorno mental que debuta a esa edad.

Estos problemas se han enfrentado durante el tiempo con recursos y dispositivos restrictivos que no han habilitado a la usuaria a fortalecer sus propias habilidades y gestionar adecuadamente ciertas problemáticas, generando una institucionalización de larga duración.

Se plantea un trabajo desde una perspectiva de recuperación con el objetivo de producir un cambio en la vida de esta persona a partir del concepto de «empoderamiento» reflexionando, paralelamente, sobre las líneas problemáticas que surjan durante la realización del mismo y que puedan interferir en el abordaje planteado.

Paraules clau / Palabras clave: trastorno mental/enfermedad mental, recuperación, empoderamiento, esquizofrenia, plan de rehabilitación individualizado (PIR), rehabilitación, salud mental.

ÍNDICE DE CONTENIDOS	Página
I. Introducción	4
II. Objetivos del TFM	6
III. Evaluación inicial del problema objeto de estudio.	6
VI. Fundamentación	8
V. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)	12
1. EVALUACION FUNCIONAL	12
a) FASE INFORMATIVA - Información previa	12
b) FASE DESCRIPTIVA	13
Historia personal y sociofamiliar	13
Factores de predisposición	16
Historia Clínica	17
Descripción de síntomas actuales	19
Factores de riesgo	20
Factores de protección	21
Análisis descriptivo por áreas de funcionamiento psicosocial actual	21
Exploración de los objetivos de la usuaria	26
2. DISEÑO DEL PIR	27
a) FASE ANÁLISIS FUNCIONAL	27
Análisis de secuencias actuales de funcionamiento	27
b) FASE INFERENCIAL	29
FORMULACIÓN - Hipótesis de origen	29
c) DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	31
	2

DISEÑO DEL PIR OBJETIVOS Y TÉCNICAS	31
3. DESARROLLO DEL PLAN	36
TRATAMIENTO Y EVALUACION CONTINUA	37
Aplicación de técnicas y evaluación de resultados	37
Evaluación de la usuaria	38
Evaluación profesional y personal	39
VI. Referencias Bibliográficas	43
VII. Anexos	45

I. Introducción

Quisiera comenzar destacando que la temática elegida deviene tal, a partir de experiencias y conflictos internos, entre la visión percibida del abordaje en salud mental en Uruguay (actualmente apenas modificando la Ley vigente desde 1936 y con desafíos importantes en cuanto a su implementación) y la perspectiva aportada en las prácticas realizadas en dicho Máster.

El contraste entre los enfoques genera una expectativa aún mayor al llegar a Europa, también determinada por los avances que generalmente existen en dicho contexto y que en América Latina, con otro tejido social y otros modos institucionales, se desarrollan de forma y tiempos diferentes.

Paradójicamente el concepto de «empoderamiento» surge en Latinoamérica, particularmente en el trabajo del educador Brasileño Paulo Freire (1970) quien no utiliza el término pero se aproxima al contenido de su significado a través de los conceptos de concienciación y de emancipación con sectores marginados y económicamente pobres de la población. Su trabajo en la educación popular en los años 60 se continúa en los años 70 con el enfoque participativo, reeducación de la vulnerabilidad e incremento de las propias capacidades, con este enfoque se favorecía el empoderamiento de este sector de la población, que retomaba el poder para su autogestión y mejoramiento de sus condiciones de vida.

A lo largo del tiempo el concepto de «empoderamiento» se ha ido extendiendo hacia otros colectivos vulnerables. El colectivo de mujeres es un ejemplo de esto, planteando el «empoderamiento» como cambio individual y acción colectiva que implica un cambio o, como afirma Young (1997) la «alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género» (pp. 104-105).

El concepto también ha adoptado diversas implicancias dependiendo de la disciplina que lo defina, pero es importante tener en claro, como Mourão (2001) afirma:

El uso de ideales del empoderamiento no constituyen un fenómeno genuinamente nuevo, sino una reapropiación y reelaboración de tradiciones ya existentes en un contexto histórico que, entonces, presenta importantes características nuevas que da a esas interpelaciones nuevas facetas. (p. 7)

En el área de Salud Mental nos interesará este concepto ya que refiere al poder de decisión, grado de elección y el control que la persona, con un trastorno o enfermedad mental, ejerce en su propia vida. Es de saber que este colectivo presenta una vulnerabilidad mayor en este

sentido, por lo que la meta de trabajar desde el empoderamiento será posibilitar la eliminación o la superación de barreras, tanto formales como informales y la transformación en las relaciones de poder existentes entre individuos, sociedad e instituciones en pro de la recuperación de la persona. En este sentido, el abordaje implicará que la persona pueda mejorar y desarrollar habilidades y fortalezas propias generando un aumento en la toma de decisiones, tanto personales como colectivas. Esto permite la promoción y reconocimiento de la persona como individuo, a la vez que facilita la mejora de la autoestima y su sensación de bienestar, su autoconfianza y su dignidad, su participación y su contribución a la sociedad.

Cuando planteo «desafío», en el subtítulo de este trabajo, hago referencia a que los avances en Salud Mental son evidentes, pero que todo cambio de paradigma implica un pensar y hacer diferente, desde lo Institucional y en los modos de accionar individuales, muchas veces aún condicionados por suposiciones, valores, conceptos y experiencias arraigadas al Modelo de Atención anterior.

Por tanto el cambio de paradigma implica la adaptación de los medios existentes, no solamente de los recursos materiales y formas institucionales sino también de la convicción de los propios profesionales de que otra forma de tratamiento es posible.

Este trabajo pretende mostrar por un lado, un abordaje práctico desde el empoderamiento a un paciente real, seleccionado en la estancia en prácticas y una reflexión sobre la implicancia de estos conceptos sobre el quehacer profesional. Esta última línea lleva consigo de forma implícita una hipótesis y es que el profesional, técnico, es un agente en el proceso de rehabilitación recuperación, y sus atravesamientos también definirán sus prácticas, de forma multidimensional y en relación a los modos de producción y reproducción de ciertos valores e ideales individuales; teniendo dentro de sí una concepción ética.

El trato hacia la persona y el lugar que se le habilita o no, a lo largo del tratamiento en rehabilitación así como su implicación en el diseño de su Plan Integral de Rehabilitación va a determinar el tipo de relación que se establece con el mismo, predominando o no la pseudo horizontalidad, el asistencialismo y la directividad, por encima de otros preceptos como el empoderamiento y la potenciación de las capacidades de la persona.

II. Objetivos del TFM

Objetivos generales:

Producir un cambio en la vida de una persona con Trastorno Mental Grave a partir del concepto de «empoderamiento».

Reflexionar sobre las líneas problemáticas que surjan durante la realización del trabajo y que puedan interferir en el abordaje planteado.

Objetivos específicos:

Planificar y ejecutar el proceso de evaluación de la usuaria seleccionada para la elaboración del PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación)

Planificar el PIR junto a la persona, haciéndola partícipe del mismo.

Realizar el PIR con el objetivo de la toma de control sobre sí misma, mejora de autonomía y toma de decisiones.

Mantener un contacto cercano con la persona usuaria del Servicio a la que se realizará el PIR, permitiéndole su participación activa en su proceso de recuperación.

III. Evaluación inicial del problema objeto de estudio

a. Reflexiones previas a la realización del TFM:

La selección de la persona para la realización del PIR estuvo delimitada por el acercamiento que se generó con ella a lo largo del período de prácticas. Se utiliza, en esta presentación, un seudónimo para proteger y respetar los datos de la persona en cuestión.

Cuando comencé en esta institución la usuaria estaba saliendo de un período de crisis que la llevó a pasar de la Vivienda Tutelada a la Residencia (CEEM) con otras 38 personas aproximadamente. Desde los primeros contactos ha mencionado lo difícil que es para ella el «aislamiento». Durante esos meses no podía salir a la calle y esto la angustiaba e irrumpía en llanto, mezcla de enojo y resignación. Por lo que a mi llegada al centro de prácticas logré un acercamiento hacia ella que me permitió contactar con lo doloroso de esta situación. A pesar de comprender el contexto de crisis por el que estaba atravesando, volví a repensar lo difícil del encierro; estas cuestiones se mezclaron con los padecimientos observados en otras

instituciones en mi país; evidentemente los niveles de encierro no son los mismos, pero el sentimiento en la persona puede llegar a ser similar. Me encontré reflexionando acerca de las herramientas posibles para permitir que las personas sientan el control sobre sus vidas, incluso en estas circunstancias difíciles. Me cuestionaba donde estaba pautado que ahora estuviera sucediendo algo que ella no quería. Las reflexiones se concadenan y me lleva a pensar en el lugar que ocupó, en el lugar que ocupamos los profesionales para que estos procesos se efectúen o no y cómo. Somos, si queremos, una herramienta de lucha; somos un engranaje más en la máquina pero que con nuestras acciones podemos habilitar el cambio, cuestionando las relaciones de poder, las formas institucionales, habilitando la escucha, brindando esperanza, comprendiendo, siendo transparentes y luchando por la igualdad de derechos. Este encuentro me moviliza a proponerme el trabajo con la usuaria desde el empoderamiento pero sabiendo que el poder no se otorga, sino que se habilita en un espacio de respeto y dignificación de la persona y eso depende del trato que podamos ofrecerle. Considerando las posibilidades y herramientas de que dispone la usuaria para incrementar la capacidad de decisión y sumar en autonomía y habilitar un espacio para la enunciación de las necesidades y objetivos planteados por ella misma, para luego trabajar en las herramientas y recursos que se podrán proporcionar.

Este acercamiento generado con la usuaria se fue sosteniendo en el tiempo y fue el que permitió que la invitara a realizar el PIR, al cual accedió con agrado.

Comenzamos trabajando sobre cómo delinear la primera fase, que es la evaluación. La usuaria me planteó que se iba de vacaciones por lo que nos interesaba comenzar cuanto antes y así lo hicimos. El protocolo de evaluación que se utilizó fue el estándar usado en la Institución, al que se le agregaron entrevistas y escalas complementarias. El enfoque de la evaluación así como de los encuentros pautados fueron siempre, señalando y destacando la importancia que implica para el proceso, su propia toma de decisiones. Muchas veces, durante el mismo, nos encontramos con falta de información, por lo que fue fundamental tener cierta apertura para cuestiones que quizás excedían la simple aplicación del protocolo y que podían tener que ver con la situación general de la persona en su contexto, con dificultades que estaba transitando con su compañera de habitación o simplemente con no saber si le correspondía o no una salida autónoma, entre muchas otras. Y esto también es parte de la evaluación, que no solo se trata de observar y medir al Otro, sino también de integrar lo que el Otro está viviendo.

b. Contexto del Recurso

La Fundación Santos Andrés Santiago y Miguel se encuentra ubicada en la Ciudad de Sueca, a 2 km del centro de la misma. Es de carácter de asistencia social, y aborda la atención socio-sanitaria, brindando herramientas para la recuperación y residencia de las personas con enfermedad mental grave. Atiende a una población amplia, en cuanto a rangos de edad y zonas poblacionales (poblaciones y ciudades que la rodean). Cuenta con tres tipos de Recursos, de los cuales se mencionarán dos en este trabajo:

C.E.E.M: Centro específico para personas con enfermedad mental. Dispositivo residencial para personas que no requieren hospitalización, pero aún presentan ciertos déficits en su funcionamiento psicosocial que les impiden cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte. Cuenta con 39 plazas. Es el único recurso residencial de la ciudad.

Viviendas tuteladas supervisadas: Viviendas configuradas como un hogar funcional de dimensiones reducidas adecuadas al número y características de los usuarios e inserta en el entorno comunitario, en el que viven de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado para la adaptación e integración en el entorno comunitario, adquisición de destrezas para su autonomía y refuerzo o soporte social. Cuenta con 12 plazas.

En cuanto al entorno comunitario cabe decir que en la Ciudad los recursos para personas con Trastorno Mental Grave son aún insuficientes, presentando la oferta de recursos aglomerada en los centros de atención específicos y con articulación de red e integración en la comunidad escasa. Se destaca que ha sido observable una mayor integración de los usuarios de la Vivienda Tutelada, por estar residiendo en el entorno comunitario y utilizar diariamente los recursos que este ofrece. En particular esta usuaria tiene un acercamiento importante a un **CRIS** (Centro de Rehabilitación e Inserción Social) de Gandía, al cual acude en período no estival a un taller de Radio, y en donde encuentra mayores posibilidades de inserción comunitaria.

IV. Fundamentación

La Recuperación como línea directriz del tratamiento

Bien es sabido que el concepto de «Recuperación» ha calado y ciertamente en el abordaje de los problemas de salud mental, y que aquí en España se menciona en la «Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013». Sin embargo no está tan claro a qué nos

referimos cuando hablamos de recuperación. En este trabajo se tomará la conceptualización de Anthony (1993) que hace hincapié en lo subjetivo, como:

Un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad. (pp. 11-23)

Farkas (1996) plantea que es recuperar el sentido de uno mismo y la confianza en un futuro de auténticas posibilidades. Mientras que otros enfatizan en «el proceso de la persona de construir su propia vida más allá de la enfermedad» (Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. 2008, pp. 2-3). Por lo que la recuperación no refiere a la eliminación de la sintomatología clínica, sino a un proceso individual por el cual, a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad y con las condiciones de apoyo y ayuda dadas por el entorno próximo y social la persona logre una vida activa y satisfactoria y comprenda cómo gestionar los síntomas y dificultades diarias, gestando un proyecto de vida propio, Hogan (como se citó en Rodríguez, 2010) menciona que esto implica una adaptación positiva a la enfermedad, unido a la autoconciencia y a un sentido de empoderamiento.

El concepto de recuperación está ligado al concepto de empoderamiento individual y social de las personas con enfermedad mental (Barbic, Krupa, & Armstrong, 2009; Chen, & Li, 2009; Musitu & Buelga, 2004) en tanto se da a partir de lo que la persona, experta en su propia experiencia, pueda lograr retomando el poder y el control sobre su propia vida. Incluye conceptualizaciones como participación e inclusión social, participación en su proceso de recuperación, adquisición de habilidades para manejar la enfermedad y aumento de la propia confianza.

El empoderamiento como estrategia

Será el/la usuari@ un expert@ en salud mental, ya que vive de primera mano los efectos de la enfermedad, las características y el contexto de la misma, siendo conocedor/a de los dispositivos de salud mental y su funcionamiento. Afirmaremos, por tanto, que el/la usuari@ es capaz de intervenir directamente sobre su proceso de recuperación, aportando su conocimiento, experiencia e implicancia; «teniendo voz en su tratamiento y en la atención que reciben» (OMS, 2010, p. 12) y esto es fundamental para que retome el control sobre su vida. Para lograrlo, deberemos ser conscientes que primará la atención centrada en la persona, que

participará activamente en su proceso de rehabilitación, por lo que es fundamental comprender la participación de los profesionales y técnicos en cuanto al manejo de la información. No será posible lograr una participación real de la persona en su proceso si no cuenta con la información necesaria para la toma de decisiones. Así en el empoderamiento, como valor, el profesional pasa a tener un rol de colaborador, de facilitador y de proporcionador de recursos (Zimmerman, 2000).

El empoderamiento como proceso y como meta

Siguiendo las líneas ya comentadas arriba, es necesario aclarar que el empoderamiento es también el proceso por el cual «las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio de sus vidas» (Rappaport, 1984, p. 3). Es un proceso multidimensional. No debe entenderse que el papel activo pertenece sólo a un miembro participante, ni la persona por sí misma, ni las familias, las Instituciones o los profesionales; es un proceso que tiene cuatro niveles de actuación:

- Social
- Provisión de servicios y desarrollo profesional
- Comunitario
- Individual

Muchas veces las intervenciones que realicemos harán hincapié en alguna de las dimensiones mencionadas, pero sabiendo que podremos, con nuestras acciones incidir en todas ellas.

El proceso de empoderamiento de la persona consta de cuatro dimensiones (OMS, 2010, p. 4)

- Autoconfianza
- Participación en las decisiones
- Dignidad y respeto
- Pertenencia y contribución a una sociedad más plural

Desde la perspectiva individual, el empoderamiento implica un proceso de toma de control y responsabilidad de las acciones que tienen como propósito alcanzar la máxima capacidad posible. La persona logra tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Este proceso permite vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida y comienza por la definición individual de las necesidades y objetivos deseados, centrándose en el desarrollo de las capacidades y recursos que lo apoyen. El empoderamiento de las personas está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones personales, sociales y políticas; para que recupere su dignidad y respeto y actúe en consecuencia con los demás; contribuyendo activamente hacia

una sociedad más equitativa, actuando directamente sobre su entorno social y retomando su estatus de igualdad en la misma (OMS, 2010).

Incrementar la autonomía, calidad de vida, bienestar personal, participación social son objetivos de la recuperación personal (GPC, 2009). Para crecer en autonomía se requiere la adquisición de habilidades para desenvolverse autónomamente y también se requiere ganar en autoestima y en dignidad.

Cuando no existe empoderamiento nos encontramos con dependencia y sumisión, con desigualdad de poder tanto en relaciones interpersonales y/o institucionales. Admitiremos durante todo este trabajo que el proceso de recuperación de una persona no se logra si ésta no participa activamente del mismo. Para esto será necesario abandonar posiciones paternalistas, basadas en el poder del técnico sobre el usuario y construir una relación abierta basada en la confianza y honestidad.

Tomaré las líneas trabajadas en el documento de la OMS (2010) donde se plantean las condiciones necesarias para que la persona retome el control de su vida, estos son:

- Esperanza y respeto
- Reclamación de la propia vida
- Sentimiento de conexión con los demás
- Entender que las personas tienen derechos
- Desarrollo de aptitudes que la propia persona define como importantes
- Del secretismo a la transparencia
- Crecimiento y cambio continuo

La intervención que se plantea no pretende solo eliminar los déficits o las debilidades de la usuaria, eliminando todos los problemas actuales, sino que va en busca y moviliza los recursos y potencialidades propias y ajenas que posibiliten adquirir el dominio y control sobre la vida.

Asimismo existen cinco aspectos que deben ser cubiertos para actuar sobre el empoderamiento:

- Protección de los Derechos Humanos y lucha contra el estigma y discriminación
- Garantizar cuidados de alta calidad y responsabilidad de los servicios
- Acceso a información y recursos
- Inclusión en la toma de decisiones
- Disponer de capacidad de organización en el ámbito local para reclamar antes las instituciones y estructuras gubernamentales

V. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

1. EVALUACION FUNCIONAL

A. FASE INFORMATIVA

Información previa

Datos identificativos:

Nombre ficticio: Mirtha - Edad: 42 años- Fecha de nacimiento: 14/03/1975

En setiembre de 2016 debido al cuadro clínico, y luego de un ingreso hospitalario es derivada al recurso residencial CEEM (Internamiento no voluntario a disposición del Juzgado de Sueca) Previamente residía en una Vivienda Tutelada del mismo recurso desde 2010. Ingresó por una descompensación psicopatológica por el consumo de marihuana.- Consumo de tabaco (pipeta), en período de habituación. Antes consumo excesivo de tabaco

Diagnosticada con Esquizofrenia paranoide (F20.0) - Politoxicomanía - Trastorno Límite de la Personalidad (F60.31) -Primer ingreso a este Centro Rehabilitación: 11/01/2005- Situación Legal: Incapacitada por el Juzgado de Valencia, rehabilitando la patria potestad a favor de su madre.

Clínica descrita en informe previo:

-Síntomas positivos: Episodios de reagudización con alucinaciones auditivas y delirios de persecución y perjuicio; interpretativos y de contenido fantástico.

-Síntomas negativos: Leve deterioro cognitivo. Apragmatismo y tendencia al aislamiento.

-Déficits en las áreas de alimentación, aseo, administración económica y reparto de tareas; consumo de estimulantes (café, la usuaria no reconoce el efecto nocivo de esta sustancia).

Objetivo de la derivación al Recurso Residencial: Trabajar en estos aspectos con la finalidad de derivar nuevamente a Vivienda Tutelada.

Los objetivos que constan en su PIR son:

-Que adquiera adherencia al tratamiento.

-Que adquiera la capacidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos (autocontrol y afrontamiento al estrés, habilidades sociales, solución de problemas)

-Responsabilizarse del cuidado de su entorno. Mantener armario ordenado.

-Acudir a actividades deportivas que le resulten **motivantes**.

-Que mejore su conocimiento sobre aspectos clínicos. Evitar consumo excesivo de café y derivados (sosteniendo objetivo desde marzo de este año).

-Que adquiera una red de apoyo social estable.

Motivación: Ha mostrado motivación tratamiento previo. Se destaca su pérdida de motivación y adherencia en fases prodrómicas.

B. FASE DESCRIPTIVA

Historia personal y socio-familiar

Es la tercera de 4 hijas. (Hermana mayor R:45 años, abogada. Hermana del medio I: 44 años, psicóloga. Hermana menor M: 40 años, informática, con ésta última no mantiene relación alguna «tiene mucho estigma»). Todas viven en Valencia ciudad. Relación inestable y casi nula con sus hermanas.

Padre fallecido

Madre vive en la ciudad, relación que es estable a temporadas.

Separación de sus padres en el 2007. Ambos médicos. Peleas delante de las hijas. Infidelidades repetidas.

Hermanas todas con estudios universitarios. Alguna de ellas no ha hecho lo que le ha gustado pero «tuvieron que estudiar igual», según la usuaria. Aparentemente el estudio fue vivido con cierta obligación pero con mensajes contradictorios. Recuerda a su padre refiriéndose a su hermana «tú empollona vete a jugar» pero a ella dentro de todo la mimaban.

La usuaria siente que a su hermana I. «la molesta»; tiene la sensación de que ésta se siente por encima de ella, como un mecanismo de defensa suyo «yo no estoy enferma, mi hermana sí».

Infancia «normal», a los pocos meses de nacida su padre contrae meningitis y su madre pierde un bebé, por lo que «no podía darle de mamar». Ante esta situación es trasladada al pueblo a vivir con sus abuelos, esto se prolonga hasta sus 2 -3 años. Vuelve a la ciudad y comienza la etapa escolar. Acude a Colegio privado de orientación religiosa.

Se recuerda a sí misma como una niña débil, tímida, que no hablaba con nadie.

La madre la recuerda como una niña inquieta.

En su etapa de escolarización, acudió en numerosas ocasiones al psicólogo del colegio debido a que presentaba conductas antisociales, peleas con sus compañeros y pequeños hurtos.

La madre la define como una persona inteligente aunque con pocas ganas de estudiar.

La usuaria, por su parte, refiere que le iba muy bien académicamente, y que eso se mantuvo hasta sus 14 años de edad, relacionándolo directamente con el consumo de «porros» en el Instituto.

A esa edad comienza una relación sentimental con un chico (consumidor y vendedor de drogas) con el cual tenía «dependencia emocional». Menciona haber sido maltratada y no haber tenido apoyo, decía que si lo dejaba era una «puta». «Me pasó de todo, viví violencia de género desde los 15 años».

A los 16 años de edad comienza el consumo esporádico de «tripis» y cocaína y de marihuana durante todo el día.

A los 17 años comienza el consumo de heroína.

A sus 18 años, coincidiendo con su primer crisis, fallece su abuelo, con el que se crió y al que sintió «como un padre», mostrándose angustiada cuando lo recuerda.

Ese mismo año realiza un aborto voluntario (estaba de 4 meses) muy angustiada y sin apoyo «en la clínica me di cuenta que no quería». La relación con su pareja se terminó, hubo muchos reproches por su parte. Cuenta haber sido violentada por el médico «la presionó». Comenta que sus padres se enojaron por su decisión y que quizás la hubiesen apoyado. Sintió vergüenza.

Comenta realizar actos sexuales a cambio de drogas durante varios períodos de su vida, de los que ahora se avergüenza y teme que le perjudiquen en su relación actual. Experiencias sexuales vividas con culpa.

A los 26 años fallece su abuela y al año siguiente la deja su novio. Esto supone un golpe para ella y comienza el consumo abusivo de crack, lo que la lleva a no poder trabajar, por lo que esos últimos 2 años estará de baja por el consumo de drogas.

Hasta ese momento llevaba trabajando tres años en una compañía de teléfonos, con buen rendimiento. Su madre le firmaba la baja por depresión y podía camuflar el consumo, esta situación se sostuvo por dos años hasta que finalmente abandonó el trabajo.

En esa época se encerraba en su domicilio, tenía mucho desorden y consumía la mayoría del tiempo.

La usuaria señala que hasta los 27 años tenía una vida «normal» (casa, novio, trabajo...).

Luego, su madre la llevó a vivir con ella. En este tiempo la convivencia se tornó insostenible. Reacciones agresivas, tanto física como verbalmente por parte de la usuaria ante la puesta de límites de su madre. Al parecer no acataba las normas de la casa, tenía los horarios sumamente desestructurados y realizaba algunos robos. Su madre ha sido su apoyo. Se ha mostrado exigente en cuanto al orden y la limpieza que su hija no puede sostener.

En este momento de crisis varias sus padres se separan, en malos términos, por lo que Mirtha toma partido por uno u otro según conveniencia.

Al año de la separación fallece su padre. La usuaria se muestra un tanto desafectiva al mencionarlo en la entrevista y no resalta importancia al hecho.

Desde aquí comienza un proceso de institucionalización que la llevará por varios sitios hasta ser derivada en enero de 2005 a este recurso residencial (CEEM). Se destaca en este período un posible IAE, intentando cortarse las venas dentro de su habitación; lo que recuerda de forma muy traumática y sintió como un «castigo» el uso de contención mecánica ante esta situación. Consta en informes que además se la obligó a limpiar la sangre de su habitación. Según su testimonio lo hizo por encontrarse «desesperada» y lo relaciona con el coraje. Aparentemente dejó una nota de la cual nadie se enteró.

En el año 2010 ingresa a la Vivienda Tutelada, permaneciendo allí hasta el 2016 que vuelve al recurso residencial a partir de una recaída por el consumo de marihuana.

En cuanto a las relaciones de amistad, ha tenido algunas amigas o pequeños grupitos. Actualmente mantiene una amistad (un poco inestable) con una compañera del Centro y con un amigo de muchos años con el que solamente contacta por teléfono.

Es beneficiaria de una Pensión de Orfandad Simple y una Prestación familiar por Hijo a Cargo. Dice no necesitar un trabajo. Participó en cursos de formación varios: Jardinería, mantenimiento de espacios verdes, etc. Durante un período de tiempo estuvo en un empleo protegido. Actualmente no le interesa realizar cursos formativos.

Mantiene una relación sentimental con un usuario del CRIS de Gandía, al que conoció hace tres años. Nico es muy importante para ella. Lo define como celoso, «bebe cerveza pero está obsesionado, está en proyecto de dejárselo» (concorre a «Proyecto Hombre»). Su madre no quiere que vivan juntos a pesar de que para la usuaria éste es uno de los objetivos a alcanzar.

Actualmente participa en actividades varias en un CRIS de Gandía, al que se trasladaba autónomamente. Realiza actividades en un taller de Radio.

AJUSTE PREMÓRBIDO:

Varias consultas psicológicas en la edad infantil por conductas antisociales, peleas con sus compañeros y pequeños hurtos. En la adolescencia consumo y abuso de sustancias. Ingresos múltiples en unidades de psiquiatría, con poco control y seguimiento de los tratamientos.

Personalidad premórbida con rasgos desadaptativos de la personalidad Cluster B, con marcado miedo al abandono, dependencia interpersonal y síntomas de ansiedad.

Funcionamiento laboral adecuado por períodos de tiempo, dependiendo de la gravedad de la sintomatología. Posee título de Bachiller, estudió cinco años de solfeo y dos años de estudios específicos de joyería. Déficit en las relaciones familiares y sociales.

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN:

1. PERSONALES:

- Esquemas negativos disfuncionales. Desarrollo de un autoconcepto negativo - pobre autoestima. Fuerte desvalorización
- Sesgos de razonamiento (salto a conclusiones, sesgo atribucional externo)
- Falta de capacidad de afrontamiento personal para manejar emociones negativas
- Conductas asociadas a la ansiedad, escape, evitación y conductas de seguridad
- Tendencia a sentirse abandonada, lo que la lleva a buscar la aceptación del otro
Se define como una persona «adictiva y pasiva», que se deja llevar
- Déficit en habilidades sociales

2. AMBIENTALES:

- Antecedentes familiares trastornos mentales: Padre diagnosticado con Trastorno de Personalidad, posible Ludopatía. Tía materna diagnosticada trastorno mental no especificado
- Modelo parental disfuncional. Demandas excesivas. Estilo de crianza laxo, con escasos límites. Padre autoritario y violento. Madre controladora y exigente.
- Sobreprotección materna
- Falta de apoyo y relación con sus hermanas. Conflictos varios en la adolescencia, competitividad.
- Red social familiar escasa
- Interacciones sociales negativas

3. SOCIALES:

- Red social familiar escasa
- Escasa red social con familiar extensa
- Estigma social y autoestigma

ACONTECIMIENTOS VITALES RELEVANTES

- Primeros dos años de vida con sus abuelos. Vinculo con progenitores escaso
- Consumo de sustancias a temprana edad (marihuana, cocaína, tripis)
- Violencia por parte de su primera pareja, con fuertes agresiones verbales, críticas, desvalorizaciones, control
- Fallecimiento de su abuelo
- Aborto con fuertes sentimientos de culpa
- Separaciones de parejas
- Separación de sus padres. Fallecimiento de éste al año siguiente
- Pérdida de las capacidades laborales

RELACIONES SIGNIFICATIVAS:

- Abuelos (ambos fallecidos)
- Relación cercana con su madre
- Relación de pareja hace 3 años

HISTORIA CLÍNICA

Primer contacto con Salud Mental a sus 18 años. Comienzan a manifestarse los primeros síntomas de la enfermedad coincidiendo con la muerte de su abuelo y un aborto provocado. Previamente consumo y abuso de sustancias tóxicas. A partir de este momento inician visitas a distintos profesionales, que le diagnostican una Esquizofrenia Paranoide. Dos años después valorarán Trastorno Límite de la Personalidad.

La usuaria señala haber cambiado, le pasaban «cosas raras» se volvió «muda ó hablaba sola». Tenía «pensamientos intrusivos», creía que «las personas podían ser otras», esta duda se presenta coincidiendo con los crímenes de tres chicas y la fuga de uno de los criminales responsables del hecho; un suceso que afectó a toda la población pero que la usuaria vivió afectivamente de manera muy cercana, por la edad similar a la de las chicas y por frecuentar estos espacios de ocio populares. El discurso delirante se centra en contenidos fantásticos relacionados con Antonio Inglés como si éste estuviera en el cuerpo de otra persona. Le sucedía de verlo en amigos, en una usuaria de este centro y finalmente en su madre desde hace 10 años. «No creía en ella, todo el tiempo dudaba si era Antonio Inglés dentro de su cuerpo». Mirtha relata que se fijaba en las manos y en la cara y no lograba reconocer a su madre. «Tenía miedo». Su madre nunca se enteró de esto. Le daba miedo contarle, además

«desconfiaba mucho de ella». El contenido delirante también está relacionado con viajes astrales «es alguien que sabe de todo, que conoce a las personas», esto la preocupaba y le quitaba el sueño. Cuenta que ha sentido «persecución» casi toda su vida. En ese entonces se encerraba en su domicilio, tenía mucho desorden y consumía drogas la mayoría del tiempo. No comía demasiado y se desvanecía en cualquier lugar. A partir de ese entonces ha requerido varios ingresos psiquiátricos en diferentes hospitales, a lo largo de toda su vida. Muchos de éstos debido a recaídas motivadas por el consumo de tóxicos o estimulantes. En un principio consumía cannabis, luego tripis, cocaína, heroína, crack y cafeína. Ha sido ingresada en varios centros específicos, permaneció mes y medio en la Clínica Mediterránea de Alicante, especialistas en patología dual. Posteriormente ha estado hospitalizada de forma intermitente en el Hospital Clínico de Valencia hasta septiembre de 2004 fecha en la que ingresa en otro centro Residencial de la misma ciudad. Desde allí será trasladada al actual centro en el 2005. En junio de 2010 es derivada a la Vivienda Tutelada en la que permaneció 6 años con una buena integración comunitaria.

Entiende la vuelta al consumo como una casualidad, minimiza el hecho y no se responsabiliza. «Fumamos por casualidad y me recordó lo relajada que estaba cuando fumaba», por lo que retoma el consumo diario «ya no me importaban los líos o problemas de mi compañera de la vivienda, pasaba de ella».

En la última salida de vacaciones su madre tiene un accidente en la administración de la medicación (se le cae el inyectable) y la usuaria regresa al recurso «viendo serpientes». Ella misma detecta este pródromo y consulta con psiquiatría, que le administra la medicación. Desde el centro mencionan que su madre es un apoyo pero muchas veces «boicotea» el tratamiento, siendo ésta la segunda vez que tiene estas conductas. Se menciona en informes que la paciente no es disciplinada en la toma de medicación.

Aparentemente las formas de afrontar los problemas han sido o enfrentarse o huir. Ante situaciones estresantes piensa que «lo va a aguantar», soporta y soporta, hasta que no aguanta más y ahí vienen los «pensamientos agresivos».

Observaciones:

Febrero 2017

Observo a la usuaria llorando, al parecer se despertó por la noche y uno de los monitores la incitó a que se fuera a dormir. Esta situación desata en ella una serie de delirios persecutorios,

el miedo y la angustia la desborda. Menciona que este chico estaba drogado, que consume cocaína y le quería pegar, que «los conoce cuando se drogan y se ponen así». Nos ponemos a conversar y logra aliviar un poco el malestar.

Marzo 2017

La usuaria se presenta con un discurso delirante en relación a su madre, de mecanismo interpretativo y contenido fantástico. Lo relata con miedo, resonando afectivamente de forma displacentera. Se planificó comienzo de la evaluación luego de lograr disminución de sintomatología psicótica.

DIAGNOSTICO

- Esquizofrenia paranoide (F20.0)
- Politoxicomanía
- Trastorno Límite de la Personalidad (F60.31)

FACTORES PRECIPITANTES:

- Aumento de las exigencias familiares, frustración de la usuaria al no poder superar expectativas en la etapa esperada
- Maltrato psicológico e inestabilidad en la casa. Conflictos parentales con fuertes discusiones delante de hijas
- Maltrato por parte de su pareja. Separación conflictiva
- Aborto inducido. Falta de apoyo social y familiar
- Fallecimiento de su abuelo

Descripción de síntomas actuales

Los síntomas psicopatológicos actuales son:

- Alucinaciones visuales: Ve «serpientes». Identifica su aparición en momentos de conflicto con su pareja por los celos de éste, sumados a la reducción errónea de la medicación por parte de su madre
- Alucinaciones cenestésicas. Dice tener «algo en la cabeza»
- Síntomas depresivos con fuerte autoinculpación, preocupación, sentimientos de culpa. Siente remordimientos por las cosas sexuales que ha hecho. «Soy guarra», dice «la serpiente porque he hecho tal y cual». Siente culpa y no tiene «la moral limpia»

- Sintomatología negativa: apatía
- Deseo sexual inhibido
- Ansiedad
- Problemas de atención y memoria
- No autonomía en la toma de medicación
- Falta de autocuidados
- Baja autoestima
- Angustia, tristeza y malestar

FACTORES DE MANTENIMIENTO

FACTORES DE RIESGO

1. PERSONALES

- Relación de pareja inestable. Celos y amenazas
- Falta de disciplina en la toma de medicación
- Consumo de tóxicos y estimulantes
- Autoconcepto negativo
- Fuertes sentimientos de culpa
- Ausencia de habilidades de afrontamiento personal y social
- Mal manejo de la ansiedad
- Susplicacia
- Estrés ambiental

2. FAMILIARES

- Olvidos y errores por parte de su madre en la administración de la medicación.
Madre «naturalista» no acepta la toma de medicación
- Ausencia de apoyos familiares
- Estigma de sus hermanas
- Interacciones familiares vivenciadas como negativas. Momentos de encuentro forzados por su madre. Negación de la enfermedad

3. SOCIALES

- Falta de red o apoyo social
- Acontecimientos estresantes

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Identificación de pródromos
- Disposición para el cambio
- Motivación al tratamiento
- Deterioro cognitivo leve
- Conciencia de enfermedad
- Apoyo y soporte social (Radio comunitaria)
- Empoderamiento mediante participación en proyecto de sensibilización social (relatos propios)
- Soporte económico

TRATAMIENTO ACTUAL:

- 2 zuclopentixol decanoato depot 200 c/28 días
- Antipsicótico atípico: 1 Amisulprida 400 mg mañana. 1 paliperidona 9 (x3)
- Antiparkinsoniano: 1 x mañana
- Antipsicótico típico: 25g haloperidol noche

ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

ACTUAL:

Recorrido por áreas de funcionamiento- Conductas Problema

La escala EVDP (Blanco, Pastor y Cañamares, 1992) nos permite observar el desempeño psicosocial de la persona. Presenta dos factores iniciales que se descomponen en ejes, por lo que nos brinda información complementaria para la comprensión de las áreas de funcionamiento de la usuaria. Los resultados se pueden consultar en Anexos TABLA I.

COMPETENCIA PERSONAL AUTOCAIDADOS

a. Vestido. Adecuada en su forma de vestir, limpieza y cuidado de la ropa. Requiere supervisión para el mantenimiento del orden de la misma.

Su madre menciona que cuando vivían juntas los conflictos en general tenían que ver con la dificultad de organización de su hija. La usuaria cree tener alguna dificultad en este aspecto.

b. Alimentación. Desestructuración de los hábitos alimenticios. Se levanta por la mañana a desayunar sólo a veces y vuelve a la cama hasta la hora de la comida. Se ha observado que no participa en todas las ingestas indicadas en el lugar de residencia.

A veces se la ve comiendo en la sala de espera bollería o tomando bebidas gaseosas. La usuaria comenta que de vivir sola se cocinaría y sería correcta en la alimentación.

HABITOS DE VIDA

c. Hábitos de vida saludables. Deterioro importante de los hábitos de vida saludables. Riesgo importante debido a consumos de estimulantes (café, coca-cola), durante el año pasado. Consumo de tabaco, durante este año ha moderado consumo por cambiar a pipa.

d. Estructuración del sueño. Sueño desestructurado importante. Dificultades en la conciliación del sueño. Por la noche se queda con el teléfono hasta tarde. Por el día cansancio y agotamiento. Duerme por el día o por la tarde cuando está muy cansada. Cuando está triste se va a dormir, esto es generalmente durante el día y sin causa aparente.

e. Consumo de sustancias tóxicas: Actualmente no consume sustancias tóxicas. Vulnerabilidad a utilizar el consumo como forma de afrontamiento al estrés. Las recaídas en el consumo generalmente están motivadas por situaciones estresantes.

AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

f. Autocontrol y afrontamiento al estrés. Deficiente manejo de situaciones cotidianas de estrés y tensión. Los mecanismos de afrontamiento son evitativos, en general puede observar críticamente y detecta las situaciones que le generan estrés pero no dispone de habilidades para afrontarlo. Las respuestas pueden incluir consumo de tóxicos, de estimulantes, evitar el contacto, dormir, etcétera.

g. Habilidades sociales. Importantes dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social. En escala complementaria EHS (Escala de Habilidades sociales) se observa puntuación global baja, indicando bajas habilidades sociales. Las puntuaciones de esta escala señalan, además, dificultades en Defensa de los Propios **Derechos como consumidor, Decir NO y cortar interacciones y Hacer Peticiones.**

Esta falta de habilidades se hace fuertemente visible en las relaciones de pareja, vivenciando situaciones desagradables sin poder poner límites y hacer respetar sus derechos.

h. Solución de problemas. Capacidad de solución de problemas muy disminuida en la mayoría de las áreas, incluso en aquellas aparentemente no conflictivas. Generalmente no toma decisiones que le afectan, estas son inadecuadas, y resuelve con escasa eficacia. La

usuaria es consciente y solicita se le brinde más autonomía, pero con apoyos para poder adquirir las capacidades necesarias para enfrentarse a la vida autónoma. Existe larga data de dependencia a recursos de salud mental.

Recuerda que en su última estancia en la vivienda tenía una compañera de piso con la cual conversaban mucho, pero ésta hacía referencia todo el tiempo a sus delirios persecutorios. En el comienzo la escuchaba pero luego intentó dejar de escucharla y prestarle atención pero no podía, sentía que la agobiaba pero no podía cortar con eso. Esta situación que soportó durante un tiempo se volvió intolerable y retomó el consumo de porros que la relajaban y la hacía olvidarse y pasar de todo.

CAPACIDADES COGNITIVAS

i. Habilidades cognitivas básicas. Deterioro leve en atención y concentración. El Screening del Deterioro Cognitivo, SCIP-S (Pino, O., Guilera, G., Rojo, J., Gómez-Benito, J. y Purdon, S. E. 2014) nos indica leve deterioro en estas áreas, obteniendo en el puntaje total de la escala, un nivel cognitivo por encima de lo esperado para su edad, formación y género. Dice no recordar cosas del día o no poder concentrarse para leer un libro. Esto la frustra y la hace pensar en que la medicación es muy dañina.

AUTONOMÍA BÁSICA

j. Manejo del entorno. Necesita apoyo para realizar algunas tareas de cuidado de su habitación. Actualmente en el ámbito donde reside no se habilitan mayores responsabilidades. Las tareas como limpieza de la cocina o espacios comunes es tarea de las empleadas de la residencia. Los usuarios se encargan de mantener la habitación y el baño limpios. Se le recuerda casi diariamente que ordene su habitación. Dice que eso le pasa aquí porque no le gusta estar en la residencia, que cuando va a lo de su pareja siempre limpia y le gusta que esté todo en orden. Menciona que si se va a vivir con él sabe que va a necesitar algún apoyo frecuente.

AUTONOMÍA SOCIAL

k. Manejo de ocio y tiempo libre. Utilización deficiente del mismo. Amplia motivación para realizar actividades creativas. (escritura, canto, piano) Ha tenido un historial de abandonos de las actividades por diferentes causas externas a ella. Últimamente mantiene el taller de Radio.

Actualmente la usuaria está motivada en realizar actividades con su tiempo libre, pero cree necesitar ciertas libertades para hacerlo, en los talleres de la residencia casi no participa, comenta que no se siente cómoda en esos espacios con el entorno con el que está ahora, prefiere ir a Gandía y realizar actividades con los compañeros del CRIS y de la Radio.

ASPECTOS CLÍNICOS

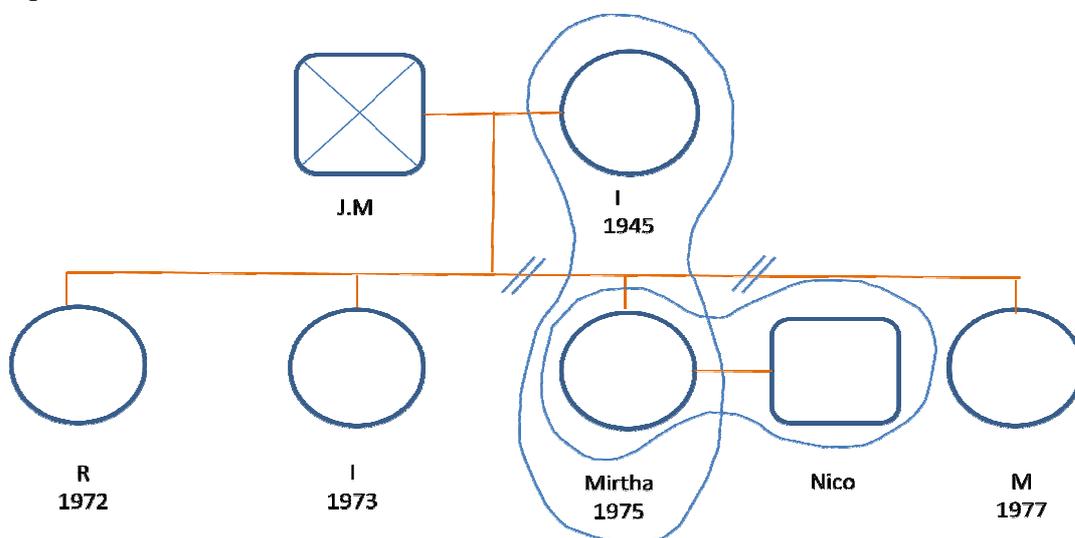
l. Respuesta ante el tratamiento: Resistencia grave. Existen abundantes crisis aún no abandonando el tratamiento. Si bien existen períodos en que las crisis no han requerido ingresos, por ejemplo durante los últimos 7 años; la paciente experimenta síntomas positivos diversos, sin encontrarle relación alguna con la medicación. Previamente las crisis habían sido aún peores, con sintomatología positiva predominante.

m. Efectos secundarios: Sintomatología secundaria importante que disminuye su capacidad de adaptación. La paciente se queja de diversos efectos secundarios como ser, mareos, demasiada somnolencia por la noche, rigidez de cuello, disfunción orgásmica, disminución de la libido.

SOPORTES

n. Soporte Familiar: Distanciamiento familiar y escaso apoyo, con hostilidad y agresividad. Apoyo variable en función de sus miembros. La paciente se siente estigmatizada por su familia. Los encuentros con la familia son concretados por su madre, quien intenta, sin efecto, que se mantenga cierta relación entre los miembros. Sus hermanas han negado la enfermedad como tal, y no la han apoyado. La usuaria necesita distancia, ya que no están bien cuando están cerca. A pesar de esto comenta que si faltase su madre se sentiría apoyada por su hermana de 44 años.

o. Esquema Familiar:



La usuaria cuenta con un núcleo reducido de relaciones de aproximadamente 5 personas, entre ellos mantiene un amigo de su adolescencia, una amiga desde el ingreso a este CRPS y su pareja de dos años. Las redes en las que está inmersa son el CRIS de Gandía, el CRPS de Sueca y la Radio Comunitaria,. Éstas redes se componen principalmente de personas con TMG. Dentro de esta población, se vincula con más comodidad con las personas que se encuentran en un rango de edad entre 30 y 45 años aproximadamente. El grupo en el que se siente más aceptada es el de la Radio y el CRIS del que actualmente vive lejos y al que concurre una vez por semana. La usuaria vive las interacciones como unidireccionales, siendo difícil para ella sentir que cuenta con el apoyo de las personas, por lo que muchas veces se siente cansada de brindarse a los otros. Reconoce el apoyo de su madre y su pareja. La calidad de los vínculos es deficiente y oscilan entre la aceptación/rechazo, sintiendo siempre, cierta amenaza de separación.

p. Inserción en recursos sociales: Uso de recursos normalizados muy esporádicos; utiliza de forma preeminente recursos específicos de salud mental. Este año ha realizado actividades deportivas en un Gimnasio normalizado, pero no se ha sentido del todo adaptada, se siente lenta y que no puede continuar la clase o que la profesora es muy rápida o le realizó algún comentario incómodo. Cree que las personas se dan cuenta que ella está enferma o que no es normal. Posiblemente este estigma no le permita integrarse o utilizar recursos más normalizados.

MANEJO DE LA ANSIEDAD

Se indagan situaciones donde la usuaria presenta una ansiedad desproporcionada o incapacitante:

1- Cuando su pareja duda de su fidelidad o de lo que ella dice.

Respuesta: «desesperación», «insisto, intento convencerlo, llamo mil veces, me siento perdida, no sé qué hacer (...) No paro hasta que se resuelve»

2- Cuando sus compañeros de residencia comienzan a hablar de sus delirios.

Respuesta: «Agobio (...) no sé qué hacer, me voy, me aílo»

EXPLORACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA USUARIA:

Dentro de la evaluación se han indagado los objetivos que la usuaria se plantea y que, en la medida de lo posible, formarán parte de los objetivos de su PIR. Éstos son:

Recuperar algunas actividades que le gustaba realizar, dentro de éstas está la escritura. Antes iba a un curso de escritura creativa y leía mucho. Ahora no se concentra, le cuesta terminar de leer un libro y sólo escribe para la radio, un día antes. Menciona que desde hace un tiempo tiene dificultades en concentración y memoria, y que esto le impide realizar algunas actividades que le motivan. Recuerda que le agradaba mucho el senderismo y las actividades deportivas, las que también le interesa recuperar. Aunque menciona que prefiere realizar estas actividades fuera del centro (CRPS) y estar en contacto con otras personas, incluso sabiendo que le cuesta integrarse a los recursos normalizados.

Irse a vivir con su pareja. Él se lo propuso y ella siente que le hace ilusión. Su pareja dispone de un hogar familiar y apoyo por parte de sus hermanos. La usuaria comenta que cuando va los fines de semana se siente muy cómoda, limpia y ordena y hasta podría cocinar. Por momentos se siente cansada, sobre todo cuando mira hacia atrás y ve que en todo este tiempo de tratamiento no ha podido lograr la independencia y autonomía que antes sí tenía. Ha trabajado sobre la puesta de límites de forma constante y con esfuerzo. Se le plantea que cree que tiene que lograr para cumplir con este gran objetivo. A lo que la usuaria responde: «Tengo que cambiar mucho, dejar de consumir café o cola; tener orden en mi habitación y en la casa... me va a apetecer tenerlo bonito. No tengo que dormir mucho, hacer actividades y arreglarme más. Sería tener cuidado y tener voluntad para no dejar, porque cuesta...(…) Lo veo largo.. ya tengo ganas de volar (...) hace muchos años que estoy aquí (...) Irme sería darme una oportunidad, empezar una vida autónoma, claro que con supervisión (...) venir a verme donde esté..»

Conseguir el apoyo de su madre. En cuanto al resto de su familia, no se plantea como objetivo recuperar la relación con sus hermanas, y menciona que no aceptará que se lo plantee, ya que siente que ese capítulo está cerrado; y que cada una debe hacer su vida. Quiere sentirse apoyada por su madre en los objetivos que ella se plantea, pero sabe que ésta no estaría de acuerdo «no se lo qué querrá, no quiere que viva con Nico, creo que quiere que este aquí».

Aceptarse y aceptar la enfermedad. Reconoce que le cuesta mucho aceptarse a sí misma y que siente que posee autoestigma y esto le impide realizar algunas actividades normalizadas. También le gustaría quererse más y no ser tan negativa consigo misma.

Lograr no ponerse tan ansiosa o manejar mejor la ansiedad. Plantea que no tolera esa situación de «no saber qué hacer» cuando se pone muy nerviosa.

En cuanto a la **motivación**, cabe mencionar que durante todos los encuentros la usuaria se mostró dispuesta y con marcado interés por la tarea que estábamos realizando en conjunto. Solo en una oportunidad me solicitó finalizar una entrevista debido al cansancio que experimentaba por la mañana, pero luego por la tarde me buscó para retomar la evaluación.

En relación a la **motivación en la participación a otras actividades**, se siente desmotivada para realizar algunas actividades, no siente interés por ninguno de los talleres dentro del centro (solo participa en el Entrenamiento Metacognitivo) esto lo relaciona con la incomodidad que siente al ver el deterioro de sus compañeros de residencia. Cabe mencionar que en la Escala *Whoqol Breef World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL Group, 1993) la usuaria valora como positiva su salud física, salud psicológica y relaciones sociales y puntúa en menor medida, sus factores ambientales.

2. DISEÑO DEL PIR

a) FASE ANÁLISIS FUNCIONAL

Análisis de secuencias actuales de funcionamiento.

Área Problema	Antecedentes	Consecuencias
DEFICIT DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (no sabe cómo resolver los problemas)	-Sobrepotección materna - Falta de empoderamiento -Miedo al abandono	-Dependencia institucional -Consumo de tóxicos y estimulantes -Escasa capacidad de autoprotección
FALTA DE AUTOCUIDADOS	-Sobrepotección materna -Escasos límites	-No sabe mantener un adecuado orden en su habitación

Escaso empoderamiento	-Paternalismo institucional	-No logra mantener hábitos saludables -No logra una vida autónoma -Baja autoestima
DÉFICIT EN AUTONOMÍA SOCIAL No utiliza adecuadamente su tiempo libre	-Autoestigma al participar de actividades normalizadas -Estigma	-Aislamiento -No logra utilizar recursos comunitarios -Falta de motivación en actividades del recurso
CAPACIDADES COGNITIVAS DETERIORADAS Falta de memoria y concentración	- Falta de compromiso con los tratamientos	-No logra concentrarse para leer, escribir y disfrutar de actividades que antes hacía
ASPECTOS CLÍNICOS Crisis abundantes	-Falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento - Falta de confianza en el tratamiento farmacológico -Falta de apoyo familiar -Efectos secundarios intensos	-Abandono de tratamiento -Falta de adherencia -Disminución de la capacidad de adaptación -Crisis
SOPORTES No cuenta con soportes necesarios para una vida autónoma.	-Estigma familiar -Sus hermanas no creían en el diagnóstico de la enfermedad -Exigencias por parte de su madre	-No quiere retomar la relación con sus hermanas -Se siente sola y poco apoyada -Baja autoestima
ANSIEDAD Se encuentra agobiada, no puede controlar la ansiedad	- Relaciones conflictivas - Miedo al abandono	- Aislamiento - Desesperación -Conductas de escape o abandono de situaciones ansiógenas - Culpa

b) FASE INFERENCIAL

FORMULACIÓN

Hipótesis de origen

Plantearé una hipótesis de origen, entendiendo que, para explicar la aparición del Trastorno no disponemos de criterios exactos. Estas líneas que presento son las mismas expresadas a la usuaria, en un lenguaje comprensible y cordial, y desde una posición humilde y de apertura; ya que para permitir el empoderamiento es necesario, vuelvo a reiterar, salirnos de posiciones altaneras, no tenemos la verdad absoluta, tenemos hipótesis que contrastaremos con la usuaria.

«Existieron determinadas variables en tu vida que pudieron dar lugar a la aparición del trastorno, lo veremos mediante el Modelo de Vulnerabilidad al Estrés (Zubin y Spring, 1977) que indica que existe cierta predisposición en algunas personas a que pueda aparecer una enfermedad mental cuando las situaciones vitales superan un umbral de tolerancia al estrés.

Tú mencionabas en una entrevista que «lo psicológico y el ambiente son más importantes de lo que piensas» bueno, a esto podríamos llamarlos factores, algunos incluso vienen desde la infancia, en tu caso podríamos pensar que fueron determinantes tus dos primeros años de vida, donde desarrollaste un vínculo con tus abuelos muy intenso pero que también hizo que el vínculo con tus padres fuera escaso. Hay otros factores biológicos que no los podemos determinar con certeza. Y otros personales: como los problemas de conducta en la niñez, la baja autoestima, la timidez y debilidad, la tendencia a sentirte abandonada, la pasividad y la desvalorización.

Estos factores, también se sumarán a estresores ambientales como la hostilidad en el hogar, las demandas excesivas y la falta de límites por parte de tus padres y la competitividad entre las hermanas.

Tú mencionaste en una entrevista anterior que la enfermedad «debuta a partir de problemas de la vida»; con este modelo vemos que hay algunos factores que estaban antes de la primera crisis, como el consumo de drogas, la violencia de pareja, la falta de aceptación del entorno y de tus hermanas, que también son importantes para comprender su aparición.

Todos estos factores junto a los acontecimientos vitales estresantes, precipitan la aparición de la enfermedad, que irrumpe en tu juventud, coincidiendo con dos sucesos muy relevantes para ti, el fallecimiento de tu abuelo, que te provocó mucho dolor, ya que era una figura masculina

diferente a las que conocías (todas autoritarias o violentas) y la violencia de tu pareja que termina en un embarazo y aborto que te generó muchos sentimientos de culpa, y que en ese momento no tenías la seguridad ni el apoyo para tomar una decisión.

Vemos, también como esta baja autoestima y autoconcepto, la falta de apoyo social, sumado al consumo de tóxicos pudieron ser factores que llevaron a vínculos de pareja violentos y a ser víctima de esa violencia de género que tu mencionas desde tus 14 años y que además te llevan a desvalorizarte aún más; y hasta a realizar conductas que no deseas para lograr la aceptación de los demás.

A partir de este momento comienzan los delirios y alucinaciones que te llevaron a aislarte, a no mantener casi contacto con el exterior y cuando lo hacías te encontrabas es un estado de alerta y desconfianza incluso de tus vínculos más próximos. Como estrategia de afrontamiento utilizabas el consumo, lo que a su vez hacía que se agravaran los pensamientos persecutorios y se profundizaran los problemas familiares y pérdida de las relaciones sociales.

Desde ese período hasta tus 26, se ponen en juego varios factores de protección que permiten cierta estabilidad psicopatológica, trabajo, pareja, apoyo de tu madre y tratamiento con psicofármacos. Pero volvemos a ver, cómo determinadas situaciones estresantes vuelven a desencadenar una estrategia de afrontamiento de escape, el consumo abusivo de crack, y el inicio de la descompensación.

Ese nivel alto de estrés y la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas puede generar nuevas recaídas, también en la actualidad. Como mencionabas, las alucinaciones que aparecieron luego de los conflictos con tu pareja. O la última recaída que podemos explicar a partir del estrés que sufrías en la vivienda y que enfrentaste con el consumo, como forma de aliviar la situación y «olvidarte del problema».

También estas conductas que vimos que están asociadas a la ansiedad y que hacen que utilices esas estrategias, escaparte del problema, evitarlo o sentir que tienes que soportarlo, como una especie de castigo, reagudizando las ideas de culpa por una sexualidad que es parte de tu pasado. Por esto también es importante que lo identifiquemos y podamos construir nuevas estrategias o modificar las que no funcionan o no son adecuadas.»

Al finalizar se le solicita a la usuaria que plantee si está de acuerdo o discrepa con este planteo.

«Siempre que pienso qué fue, por qué me pasó a mí, digo que fueron las drogas... si pudiera volver atrás no lo haría (consumir), pero tendría que aprender cómo enfrentar los problemas (...) pero fue todo, sí, me pasaron muchas cosas en la vida (...)»

c) DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se fue pactando con la usuaria así como la construcción de los objetivos.

DISEÑO DEL PIR OBJETIVOS Y TÉCNICAS

OBJETIVOS DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN		
<p>Determinación de los objetivos últimos a alcanzar básicamente en tres áreas:</p> <p><u>Alternativa residencial:</u> Recurso residencial, para luego dar tránsito a hogar familiar con su pareja</p> <p><u>Actividad reconocida:</u> Talleres de ocio y actividades de su preferencia. Concurrir al CRIS de Gandía.</p> <p><u>Independencia económica:</u> Soporte económico: prestaciones que le corresponden.</p>		
<p>El objetivo de la intervención es acrecentar la actividad funcional de la usuaria, y potenciar su inclusión en actividades placenteras normalizadas; reducir la sintomatología actual a través de la disminución y modificación de los esquemas cognitivos distorsionados, fortalecer la autoestima y el autocuidado en la preparación para una vida autónoma.</p>		
PROBLEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	ACCIONES Y TÉCNICAS:
<u>AUTONOMÍA SOCIAL</u>		
<p>OBJETIVO GENERAL: Corto plazo: Desarrollar actividades normalizadas que proporcionen bienestar</p>		
<p>PROBLEMA:</p> <p>Nula utilización del tiempo libre</p>	<p>-Encontrar actividades que sean gratificantes para realizar en el tiempo libre.</p> <p>-Realizar actividades normalizadas</p>	<p>-Potenciar en la búsqueda de recursos o el aprovechamiento de los recursos ya existentes que brinden actividades de su interés</p>

COMPETENCIA PERSONAL. AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL: Corto- Medio plazo: Lograr conductas de autocuidado y hábitos de vida saludables en la preparación para una vida autónoma

PROBLEMA: Organización de su ropa	OBJETIVO ESPECÍFICO -Tener una rutina diaria en el orden de la ropa en su habitación	-Entrenamiento AVD constante e individual
PROBLEMA: Alimentación inadecuada	-Sostener durante dos meses una rutina organizada. -Regular horarios para comer. -Lograr una alimentación saludable. -Preparación de comidas los fines de semana en domicilio	-Entrenamiento en el entorno natural: acompañar a la usuaria en la realización de las tareas los fines de semana en el hogar. -Preparación para la vida normalizada. Utilización de técnicas para la generalización de los aprendizajes
PROBLEMA: Hábitos de sueño inadecuados	-Estructurar los hábitos de sueño para que ayuden al descanso y permitan aprovechar el día.	-Identificación y modificación de conductas que refuerzan positivamente las conductas problema (tristeza=sueño). -Pactos con la usuaria en el uso del dispositivo móvil. Se acordarán y trabajarán otras técnicas para relajarse e inducir el sueño.

AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

OBJETIVO GENERAL Corto-plazo: Que la usuaria afronte de forma competente situaciones de estrés y consolide/mejore/potencie su red social con la mejora de las habilidades sociales, manejo de las relaciones interpersonales asertivamente y adquisición de estrategias de solución de problemas para enfrentarse a la vida autónoma.

<p>PROBLEMA: Deficiente manejo de situaciones cotidianas de estrés y tensión</p> <p>PROBLEMA: Dificultades en habilidades para la comunicación y el trato social.</p> <p>PROBLEMA: Dificultades para la solución de problemas</p>	<p>-Adquirir estrategias de autocontrol y afrontamiento al estrés que me sirvan en situaciones cotidianas. -Identificar situaciones estresantes. -Prevenir consumos. -Identificar situaciones de riesgo. -Disminuir la ansiedad. -Regular consumo de estimulantes, refresco cola. -Incrementar la capacidad de autoprotección</p> <p>-Conseguir poner límites de forma asertiva. -Conseguir pedir ayuda cuando lo necesite. -Incrementar habilidades sociales</p> <p>-Aumentar la capacidad de solución de problemas sin realizar patrones de comportamiento evitativos</p>	<p>-Desarrollo de programa individual de autocontrol y manejo del estrés. -Técnicas para el manejo de la ansiedad. -Entrenamiento en manejo de la ansiedad</p> <p>- Entrenamiento en Habilidades sociales en un programa individual. -Intervención psicológica individual.</p> <p>-Entrenamiento en manejo y solución de problemas. Programa específico que tenga en cuenta los problemas vivenciados por la usuaria. - Detección de situaciones que le generan ansiedad y que pueden disparar el consumo.</p>
<p><u>CAPACIDADES COGNITIVAS</u></p> <p>OBJETIVO GENERAL Medio plazo: Tener conservadas las capacidades cognitivas que le permitan vivir autónomamente</p>		
<p>PROBLEMA: Falta de memoria y concentración</p>	<p>-Aumentar progresivamente la atención y la memoria.</p>	<p>-Trabajar en ejercicios de estimulación. -Motivar al uso de estrategias de compensación</p>

AUTONOMÍA BÁSICA

OBJETIVO GENERAL: Medio-largo plazo: Mantener un entorno adecuado para la vida normalizada.

PROBLEMA: Dependencia en el manejo del entorno	- Sostener una organización en el cuidado y limpieza del entorno	-Supervisión y colaboración in-vivo los fines de semana, durante un período limitado, para luego dar paso a un período de apoyo
---	--	---

ASPECTOS CLÍNICOS

OBJETIVO GENERAL Corto-medio plazo: Mejorar estabilidad psicopatológica

PROBLEMA: Sintomatología positiva persistente	OBJETIVO ESPECÍFICO -Mejorar sintomatología positiva persistente. -Disminuir sesgos cognitivos	-Participar de grupos de entrenamiento Metacognitivo. - Intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual de duración prolongada -Tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes (STOPP)
PROBLEMA: Sintomatología negativa inhabilitante	-Disminuir la sintomatología depresiva afectiva y cognitiva. -Mejorar conciencia sobre la importancia de la toma de medicación. -Conseguir apoyo familiar para la toma correcta de medicación	-Psicoterapia cognitivo-conductual para el manejo de sintomatología depresiva. -Psicoeducación. -Entrevistas con la familia, de corte psicoeducativo.
PROBLEMA: Autoestima autoconceptos negativos y	-Aumentar la autoestima y eliminar el autoconcepto negativo. -Eliminar el autoestigma. -Encontrar actividades que potencien el bienestar. -Lograr toma autónoma de medicación -Construir, re-construir autoimagen	-Entrenamiento Metacognitivo. -Terapia cognitivo-conductual. -Promover producción individual en el espacio de la radio -Taller normalizado de escritura creativa

SOPORTES

OBJETIVO GENERAL Corto plazo: Contar con una red de apoyos y soportes necesarios para la vida autónoma

PROBLEMA: Escaso o nulo apoyo familiar	<ul style="list-style-type: none">-Recuperar soporte familiar (madre)-Disminuir exigencias maternas.-Lograr clima familiar de seguridad-Eliminar autoestigma familiar	<ul style="list-style-type: none">-Incentivar la participación de la familia en este nuevo proceso.-Psicoeducación. Existe negación del Trastorno por parte de la familia. Abordaje cuidadoso, buscando la adherencia.-Puntualización con su madre sobre herramientas comunicativas
PROBLEMA: Núcleo de relaciones muy reducido	<ul style="list-style-type: none">-Retomar relaciones sociales o buscar nuevos apoyos en entornos conocidos-Aumentar y sostener una red de apoyo social	<ul style="list-style-type: none">-Seguir motivando participación en recursos existentes y nuevos .-Movilizar recursos del entorno cercano (Ver posible derivación al CRIS Gandía)-Entrenamiento en HHSS
PROBLEMA Posible relación de pareja conflictiva	<ul style="list-style-type: none">-Comprender los elementos que componen las relaciones saludables y los que NO.-Conocer los derechos de las mujeres y cómo hacerlos valer.-Aumentar el apoyo social percibido.-Lograr clima familiar seguro-Participar en grupos de mujeres	<ul style="list-style-type: none">-Trabajar sobre la autoestima y sentimientos de culpa.-Proporcionar información sobre sus derechos-Acompañamiento y confidencialidad-Coordinación con el CRIS de Gandía para abordaje en conjunto de la problemática.-Sensibilizar sobre violencia de género
PROBLEMA: Autoestigma que le impide involucrarse en recursos normalizados	<ul style="list-style-type: none">-Continuar participando en las actividades del CRIS y Taller de Radio-Lograr vinculación en otros espacios de interés-Participar en un grupo de ayuda mutua	<ul style="list-style-type: none">-Incentivar la participación en espacios sociales y de apoyo mutuo-Psicoterapia Cognitivo conductual. Modificación de esquemas negativos de sí misma.-Trabajar expectativas negativas de sí misma, de los demás y del futuro.-Reestructuración de sentimientos y emociones.

OBJETIVO GENERAL: Largo plazo: Retomar un proyecto de vida individual		
PROBLEMA: Falta de un proyecto vital que sea eje de su programa de Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar un proyecto vital que incluya objetivos propios a corto, medio y largo plazo. -Lograr la independencia y autonomía. -Reversión de la Tutela. -Recuperar competencias sobre sí misma. -Conseguir el apoyo familiar para la independencia -Concretar medidas terapéuticas a aplicar en caso de crisis (protocolo de actuación-voluntades anticipadas) 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar y trabajar sobre la autodeterminación (autonomía, autorregulación, empoderamiento y autorrealización) -Espacio para reflexionar sobre sus deseos, metas, proyectos. -Fomentar y posibilitar la autonomía progresiva. -Programa Autoestima. - Trabajar en pro de una independencia institucional

3. DESARROLLO DEL PLAN:

Secuenciación temporal de las acciones y técnicas a desarrollar en el proceso de intervención:

1ª FASE:

Comienzo de las sesiones de psicoterapia que van a extenderse por un período de tiempo largo y sostenido, siendo preparación y sostenimiento de los logros para una vida autónoma, realizando acompañamiento y empoderamiento de la usuaria en todo momento de su tratamiento. Parafraseando a García Badaraco (1990) será importante poderle acompañar sin que nuestra presencia anule la individualidad intentando siempre no fomentar la dependencia.

Se elaborara en conjunto con la usuaria una agenda de actividades que la motiven y se irá monitoreando el cumplimiento de éstas así como también las repercusiones anímicas de cada una.

Intervención en cuanto al orden de su vestimenta y espacio personal mediante supervisión, programa específico de AVD's. Se pacta con la usuaria el abordaje individual y el acompañamiento de algunas actividades los fines de semana en la realización de actividades domésticas y de autocuidado. Se pactará el uso del teléfono móvil priorizando el descanso; se trabajará sobre las emociones que llevan a esta conducta.

Se trabajará con la usuaria sus vínculos dependientes y se potenciarán las actividades y conductas de autonomía.

Se monitorearán los problemas psicopatológicos actuales. Se comenzará con el Entrenamiento Metacognitivo haciendo hincapié en el Módulo *Salto a las conclusiones y Autoestima y estado de ánimo*. Se realizará evaluación al finalizar el entrenamiento.

Se trabajará la autoestima y se reforzarán las conductas logradas por mínimas que sean.

Se pautará su «Plan de crisis».

2ª FASE: Se contactará a la familia para encuentros psicoeducativos y habilidades de comunicación.

Reforzar positivamente las conductas que generen beneficios para su salud así como las actividades que la usuaria pueda ir sosteniendo.

Trabajar AVD's necesarias para la mayor autonomía posible de la paciente. Se reforzaran los logros. Se trabajará en la autoestima.

Se coordinará con el CRIS de Gandía y el Taller de radio la participación o estimulación a la creación de grupos de Apoyo Mutuo o de dispositivos lo más horizontales posibles.

Se consensuarán los logros necesarios y pasos previos para el tránsito a la vivienda familiar.

3ª FASE: Se abordará la construcción del proyecto de vivienda con la paciente. Se trabajarán los riesgos y dificultades de realizar este tránsito y se consensuarán mecanismos de protección y cuidado.

a) TRATAMIENTO Y EVALUACION CONTINUA

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Funcionamiento Psicosocial: EVDP: Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (Blanco, Pastor y Cañamares, 1992).

Funcionamiento cognitivo: SCIP-S (Pino et al., 2014).

Afrontamiento personal y social: SECHS: Sistema de evaluación conductual de las habilidades sociales. (Carballo, 1988).

EHS: Escala de Habilidades Sociales. (Gismero, 2000).

Clínica: Adaptación española de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos PANSS. (Peralta, Cuesta, 1994).

Adaptación española del Inventario de las Ideas Delirantes de Peters-21 (López-Ilundain, Pérez-Nievas, Otero y Mata, 2006).

Calidad de Vida: Escala WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; 1993, Extraído de: *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía*, 2010).

Otros:

- Entrevista de conciencia de enfermedad
- Evaluación multidisciplinar
- Entrevistas abiertas
- Entrevistas semiestructuradas
- Observación

Evaluación de la usuaria:

Se le propone de una evaluación continuada durante los encuentros, generalmente a modo *feedback*, intentando observar los resultados de las intervenciones; y una al final de la estancia en prácticas para realizar un cierre y devolución.

Transcribo parte de las evaluaciones iniciales: «Me ha servido mucho hablar (...) no recordaba parte de mi historia (...) es dolorosa pero me hace muy bien contarla ...además me he sentido muy en confianza contigo y estoy cómoda..»

Haciendo referencia a las técnicas aplicadas: «Hoy lo que hicimos, ya me lo han hecho bastantes veces (...) me agobia un poco, pero sé que hay que hacerlo, es para que me conozcas mejor y sepas en que trabajar.»

«El estigma es muy difícil de superar, sobre todo cuando hay muchas personas que tienen estigma, yo el mío lo voy superando, aunque me tengo que cuidar un poco más la piel y verme mejor.»

Fragmentos del *feedback* de la usuaria en la entrevista de cierre:

«Desde este tiempo que comenzamos me he sentido mucho mejor. El Entrenamiento (Metacognitivo) que hicimos me pareció muy interesante y me ayudó a darme cuenta que a veces pienso cosas sin tener las pruebas para pensarlo, y con la tarjeta (amarilla) me hacías pensar si tenía la evidencia o no, eso es bueno y te vas dando cuenta como es la enfermedad»
«Sé cuando tengo mucho estrés, me vienen las alucinaciones, lo de ver serpientes, o a veces cuando no tomo bien la medicación; sé que tengo que hablar con la psicóloga o el psiquiatra si no puedo controlarlo (...) Siempre pienso en lo que hablamos de poner límites y me siento mejor, aunque lo logre poco, sé que puedo decir que no si quiero (..) me cuesta sobretodo con Nico pero lo he podido hacer»

«También me di cuenta que tengo que estar informada de mi tratamiento y eso es importante, antes que me daba igual pero ahora no quiero que oculten nada y si tengo que hablar lo hago»

«Qué pena que te vayas, ojalá puedas volver (...) me sentí muy cómoda todo este tiempo (...) Es verdad que ahora estoy más segura, estoy motivada en hacer todo para lograr mi objetivo (...) sé que no es fácil pero lo voy a intentar.»

Evaluación profesional y personal:

La evolución durante el período de trabajo con la usuaria fue favorable. Al comienzo encontré a una persona invadida por el miedo, la angustia, y la desconfianza. Su situación residencial la enfadaba. Se la veía un poco perdida por los pasillos del lugar, y no lograba salir de sí y relacionarse con el entorno; mostrándose siempre suspicaz.

Al comienzo del trabajo los delirios de persecución y perjuicio fueron disminuyendo; la usuaria reconocía que en ese entonces «sentía eso y no podía controlarlo», pero que luego pudo ir dándose cuenta de que lo que le sucedía «era parte de la enfermedad». Ya en los últimos encuentros la usuaria relacionaba las alucinaciones con períodos de estrés importantes, y reconocía utilizar herramientas para manejarlas.

En el transcurso del tratamiento se notó la evolución favorable, tanto en la imagen que la usuaria mostraba a los demás como en la actitud que tenía en relación a sus compañeros.

Se realizó la evaluación pautada al finalizar el Entrenamiento Metacognitivo, dicha información se plantea en el siguiente apartado.

Se objetivan cambios en cuanto a:

Hábitos de vida saludables: Modera y controla consumo de tabaco con pipeta. Controla uso del móvil dejándolo en sala de técnicos por la noche. Detección de situaciones que pueden motivar el consumo.

Afrontamiento personal y social: La usuaria trabajó, a demanda, sobre la puesta de límites, tanto en relación a su pareja como a sus compañeros de residencia. Se notó un cambio en este sentido, pero al finalizar mi estancia en prácticas se plantea continuar con los entrenamientos pautados.

Capacidades cognitivas: Se continuará con lo propuesto en el PIR

Autonomía básica. Si bien se le sigue recordando que ordene su habitación, se hace en menor medida que al comienzo.

Autonomía social: Al momento de finalizar la estancia en prácticas la usuaria retomaba sus actividades en el CRIS de Gandía.

Aspectos clínicos: Cambios sumamente significativos desde el comienzo del tratamiento; las escalas en este ítem (TABLA V, TABLA VI) muestran importantes cambios. Los resultados en Ideas Delirantes de Peters-21 (López-Ilundain et al. 2006) se vieron reducidos significativamente, mostrando la disminución de las ideas o fenómenos psíquicos ya mencionados. Asimismo las variaciones en la escala PANSS (Peralta, Cuesta, 1994) muestran reducción significativa de sintomatología positiva y negativa.

Soportes: Acercamiento familiar escaso. Se plantea continuar trabajando en este aspecto. Se pauta comenzar próximamente las actividades normalizadas ya fijadas en el PIR.

En este período de evaluación la usuaria retoma la relación con su compañera de habitación, luego de varios conflictos de convivencia y desconfianza por parte de las dos.

Se ha intentado coordinar con Grupos de Ayuda Mutua o Grupos de Mujeres, pero se ha identificado una falta de este tipo de dispositivos en la zona. Planteando la posibilidad de construirlo o habilitar un espacio entre las redes existentes.

Personalmente, además de los objetivos propios de la realización del PIR, me planteaba poder «Reflexionar sobre las líneas problemáticas que surjan durante la realización del trabajo y que puedan interferir en el abordaje planteado» y justamente me he encontrado con varias líneas de reflexión:

- El poder circula a veces sin ser conscientes de ello; en mi caso en particular: «Priorizar los tratamientos psicoterapéuticos en detrimento de dispositivos de cuidado más horizontalizados,

centrados en la perspectiva del *empowerment*, en la auto y/o co-gestión de los servicios y en el soporte mutuo» (Mourão, 2000, p. 175). Destaco, en particular, que debido a mi formación en Psicología muchas veces priorizo, sin darme cuenta, determinadas intervenciones por sobre otras potenciales. Dentro de esta acción existe una idea de «lo que yo creo que es mejor», que ya me ubica en un lugar de poder por encima de los «otros». Estas ideas limitan y acotan el campo posible de trabajo y pueden no habilitar la participación de la persona en su propio proceso; impidiendo la toma de control y decisión en su vida. Esto exige un constante cuestionamiento y toma de conciencia de los movimientos que debemos hacer para habilitar espacios de empoderamiento de l@s usuari@s.

- Apoyar en la toma de decisiones, informar a las personas de forma suficiente para que puedan elegir.

- Las dificultades estructurales con las que nos encontramos los profesionales. Muchas veces es escaso lo que puede ofrecer la red y lo que podemos nosotros proporcionar a los usuarios.

- La defensa de derechos de las personas con Trastorno Mental Grave no exige más que eso; no hablamos de derechos especiales, hablamos de derechos humanos fundamentales.

- Las personas no son objetos pasivos de atención. El empoderamiento debe ser una parte bien establecida de la atención de salud mental y la base de los servicios de rehabilitación psicosocial. Personas que han vivido en residencias de grupo o instituciones, durante largos períodos de tiempo, suelen tener dificultades identificando problemas personales y haciendo elecciones, como resultado de que las decisiones se han tomado, en su mayoría, por los profesionales (Sakellari, 2008). «Sin apoyo en la toma de decisiones, los usuarios quedan atrapados en relaciones de dependencia que se prolongan en el tiempo» (OMS, 2010, p. 6).

- Los profesionales de la Salud Mental somos parte de la red de atención y por lo tanto debemos plantear, vincular y potenciar al movimiento asociativo; tanto de familiares como de usuarios; aún cuando en la red con la que contamos no exista. En este punto, cabe remarcar la necesidad de que seamos conscientes que la potenciación de las relaciones de dependencia institucionales dificultan el empoderamiento y autonomía de las comunidades.

- Debido al tiempo, parte de este PIR no se llevó a cabo. Por lo que ha sido difícil evaluar los resultados de la intervención .

- Teniendo en cuenta que los beneficios derivados del empoderamiento pueden incluir una mayor autoeficacia y confianza en uno mismo y se puede afirmar que, se objetiva una mejora del funcionamiento de la usuaria en todas las áreas mencionadas; desenvolviéndose con mayor determinación y seguridad. Se puede afirmar, en cuanto a la participación de la usuaria en su proceso de rehabilitación, que al comienzo se mostraba alejada del mismo, no estaba al tanto de su situación actual, o en que parte del proceso se encontraba. A medida que se fueron concretando los encuentros se notó un mayor involucramiento por su parte, modificando y planteando cambios en su tratamiento de forma asertiva.

VI. Referencias Bibliográficas

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, pp. 11–23.
- Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatric Services*, 60(4), pp. 491–497. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.60.4.491>
- Caballo, V. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Corrigan (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10): pp. 1493-6. PubMed PMID: 17035571.
- Farkas, M. (1996). Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En: Aldaz, J.A. Vázquez, C.(Ed.) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos en la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Freire, Paulo (2005). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- García Badaraco, J.E. (1990). *La comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Gismero, E. (2000). *EHS: Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004). Desarrollo Comunitario y Potenciación. En: G. Musitu, J. Herrero, L.Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 167-195). Barcelona: UOC.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/empoderamiento-salud-mental-3006/>
- Peralta, V., Cuesta, M. J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-*

- Españolas Neurología Psiquiatría y Ciencias afines*. 22 (4): pp. 171-177. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7810373/>
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S. E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pulido, F. R. (2010). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo de red de redes: presente y perspectivas de futuro*. Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, (3) pp. 1-7. Recuperado de: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J293v03n02_02
- Sakellari, E., (2008). Empowering mentally ill people: A new health promotion challenge?, *International Journal of Caring Sciences*, 1(1): pp. 21-25.
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía*. Anexo 3.1. Escala de Calidad de Vida Whoqol- Bref. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad: edición en castellano*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Vasconcelos, EM. (2000). Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. En: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 169-194). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Young, K. (1997). El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y el proceso de planificación. En: M. León (Ed.) *El poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 104-105). Bogotá: Tercer Mundo.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23,(5), pp. 581-599.

VII. Anexos

I. Escalas Aplicadas

1. Funcionamiento Psicosocial:

TABLA I

Escala de Valoración de Desempeño en personas con Enfermedad Mental Grave (EVDP) (Blanco, Pastor y. Cañamares, 1992)

		EJE	PUNTUACIÓN 08/2017	PRECISA INTERVENCIÓN
COMPETENCIA PERSONAL		EJEI: CAPACIDAD DE CUIDADOS	11	NO
		EJEII: AFRONTAMIENTO	10	NO
		EJEIII: AUTONOMÍA	7	NO
		EJEIV: CAPACIDAD LABORAL	3	
		EJEV: ASPECTOS CLÍNICOS	7	SI H3=3
		TOTAL COMPETENCIA PERSONAL		37
SOPORTES SOCIALES		EJE VI: SOPORTES	12	SI
		TOTAL RED DE APOYOS		12
		PUNTUACIÓN GLOBAL		48

2. Funcionamiento cognitivo:

TABLA II

SCIP-S (Pino et al., 2014)

Prueba específicamente desarrollada para detectar principales déficits cognitivos en personas con enfermedad mental (Aplicación de la forma 2)

FACTORES	PERCENTIL
Aprendizaje verbal inmediato (AV-1)	61
Memoria de trabajo (MT)	35
Fluidez verbal (FV)	88
Aprendizaje verbal diferido (AV-D)	40
Velocidad de procesamiento (VP)	72
TOTAL	69

3. Afrontamiento personal y social:

TABLA III

Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS) (Caballo, V. 1988)

Evalúa habilidades sociales distribuidas en tres elementos claves: componentes no verbales, paralingüísticos y verbales.

COMPONENTES NO VERBALES		COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS		COMPONENTES VERBALES	
1.- EXPRESION FACIAL	5	10.- VOLUMEN DE LA VOZ	3	17.- CONTENIDO	4
2.- MIRADA	3	11.- ENTONACION	3	18.- HUMOR	3
3.- SONRISAS	4	12.- TIMBRE	3	19.- ATENCION PERSONAL	4

4.- POSTURAS	3	13.- FLUIDEZ	2	20.- PREGUNTAS	3
5.- ORIENTACION	3	14.- VELOCIDAD	3	21.- RESPUESTAS A PREGUNTAS	4
6.DISTANCIA/ CONTACTO FISICO	3	15.- CLARIDAD	4	--	
7.- GESTOS	4	16.- TIEMPO DE HABLA	4	--	
8.- APARIENCIA PERSONAL	4	--		--	
9.- OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS	3	--		--	
TOTAL (HH normales= 27)	32	TOTAL (HH normales = 21)	22	TOTAL (HH normales = 15)	18
TOTAL SECHS				72	
A partir de 63 empieza a tener habilidades sociales adaptativas.					

TABLA V

Escala de Habilidades Sociales (EHS) Gismero, E. (2000).

Escala autoadministrada explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y revisa hasta qué punto las habilidades sociales modulan estas actitudes.

Ítem	PERCENTIL	Nivel HS
Autoexpresión en situaciones sociales	50	Medio
Defensa de los propios derechos como consumidor	5	Bajo
Expresión de enfado o disconformidad	40	Medio
Decir no y cortar interacciones	15	Bajo
Hacer peticiones	5	Bajo
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	60	Medio
GLOBAL	20	Bajo

4. Clínica:

TABLA V

Escala de Síndromes Positivos y Negativos PANSS- Adaptación española (Peralta, V., Cuesta, M J. 1994)

	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-C	PANSS-PG
Primera toma	21	9	12	31
	P= 25	P= 5	P= 80	R= 5-10
Segunda toma	13	7	6	24
	R= 5-10	R= 05	P= 60	R= 0-5
	P = Percentil	R = Rango		

TABLA VI

Inventario de Ideas Delirantes de Peters-21- Adaptación española (López-Ilundain, Pérez-Nievas, Otero y Mata. 2006)

Primera toma	Segunda toma	Diferencia de puntuación
73	11	62

5. Calidad de Vida

TABLA VII

Escala WHOOL-BREF (WHOQOL Group , 1993)

FACTORES	PUNTUACIÓN
Calidad de Vida Global (CG)	3
Salud General (SG)	2
Salud Física (SF)	2.86
Salud Psicológica (S.PSIC)	2.67
Relaciones Sociales (RS)	2.67
Ambiente (AMB)	2.25

6. Conocimiento de la enfermedad.

Entrevista de conciencia de enfermedad

(Se transcribe sólo una parte de la misma)

¿Por qué crees que estás en este centro?

-Para rehabilitarme, porque tengo esquizofrenia paranoide.

¿Sabes en qué consiste tu enfermedad?

-Síntomas positivos: Delirios y alucinaciones

-Síntomas negativos: Apatía, falta de ganas

¿Qué notas, como te sientes?

-Últimamente en los períodos malos, dormía (aún lo haría), estaba enfadada con el mundo

¿Qué piensas?

-Pensaba cosas extrañas de religión, asesinatos (conspiraciones). Tenía miedo, me pasaba con gente cercana «Este es Antonio Inglés», primero con gente de afuera, con amigos, en todos lados. Tenía miedo

¿Qué cosas haces, cómo te comportas?

-Lo aguanto, creo que puedo, pero no puedo. Dialogaba con mi propio pensamiento, me encerraba en eso.

-Ahora pienso en que pruebas tengo, a veces me viene algún pensamiento y lo critico.

¿Crees existe alguna causa de tu enfermedad?

-Debuta a partir de problemas de la vida. Cosas que te pasan, recuerdo una recaída importante cuando murió mi abuelo, él era como mi padre para mí. Me crié con mis abuelos en el pueblo durante mis primeros años de vida, y siempre estuvimos muy unidos, su muerte me afectó muchísimo.

Y yo consumí muchas drogas. Si bien mucha gente consume drogas y quizás no les pasa, a mí me pasó, empecé muy pronto. Si hubiese sabido lo que me iba a pasar no hubiese hecho eso. Es muy difícil darse cuenta. Yo consumía con mis hermanas, con mis amigos... y a mí me pasó esto.

Hablemos un poco de esa época.

-Estaba rodeada de todo eso. En esa época habían muchas drogas. Trabajaba en un bar de camarera y en la noche había todo. Cuenta que tenía un novio que la maltrataba, piensa que lo

sabía todo el mundo incluso en el instituto lo sabían. Tenía dependencia hacia él, si lo dejaba era una «puta». Dice que consumían drogas juntos a pesar de que él decía que no quería que ella consumiera, tomaban «tripis», cocaína. «Él era camello y yo estaba todo el día drogada.» Cuenta que con el porro es con lo que más se enganchó y que no quiere caer otra vez en eso. Cree que sus hermanas aún consumen.

En cuanto a la medicación, ¿sabes que tomas?

-Sí. 2 clopixol 200 iny c/28 días

1 invega 9 (x3)

1 solian 400 mg mañana

1 akineton mañana

25g haloperidol noche

Hace un mes me daban cada 15 días zuclopentixol

¿Crees que el tratamiento con medicamentos es importante?

-Es importante pero es más importante lo psicológico, el ambiente, lo que pienses. Ayuda a dejarte más tranquila pero nada más. Me gustaría dejarla, falta que me vean bien durante un tiempo. Por lo menos me gustaría reducir. Mientras trabajaba tomé 2 o 3 años 1 Risperidal, a los 3 años y 8 meses recaí.

(...) Soy autónoma para la medicación.

¿La medicación te genera algún tipo de efecto secundario?

- Sí, los sufro mucho. Sueño, dolores de cuello, cansancio. A nivel sexual estoy muerta, no la paso bien. No me gusta que se me vea por fuera que vas decaída.

Al transcurrir la entrevista profundizamos en algunos temas que nos interesan, es así que surge el tema del estigma. Le pregunto si sabe que es.

-Estigma tengo conmigo misma. Me etiqueto, me discrimino, me burlo de mi misma. No termino de aceptar la enfermedad. Me veo enferma, se me nota, me da rabia...Aquí me pasa peor, estoy rodeada de patología. Antes tenía más empoderamiento.

Y ¿qué crees que es el empoderamiento?

Estar bien con uno mismo, tener autonomía, aceptarse, que eres importante (...)

¿Qué cosas crees que el personal de atención a la salud mental puede hacer para ayudarte?

Darme una oportunidad. El alta. Empezar una vida autónoma, con supervisión claro. Venir a verme donde esté, en la casa de Nico, ver si está todo bien, si estoy haciendo las cosas bien, conversar, preguntarme como estoy, si necesito algo...

¿Qué cosas crees que puedes hacer tu?

Mantenerme ocupada. Necesito distancia con mi familia, tengo una buena relación cuando estoy lejos. Tengo amigos en Gandía, hacer cosas con ellos.

7. Línea de Vida

(Ver siguiente página)



Edad aproximada:

Desde 3 meses 4 a 12 14 15 16 17 18 26 27 29 30 32 33 35 40 41

Nacimiento

		Colegio		Período del Instituto									
vive 2-3 años con sus abuelos en el pueblo	Muy bien académicamente	Comienza consumo de tabaco, y de «porros»	Comienza consumos cocaína, «tripsis» Durante todo el día «porros»	Comienza consumo de heroína	Muerte de su abuelo	Fallece su abuela	La deja su novio	Fin de trabajo en una compañía importante de telecomunicaciones en la que estuvo 5 años	Separación Padres	Fallece su padre	Consumo de marihuana por casualidad y retoma consumo para relajarse		
Padre con Meningitis	Débil, tímida, no hablaba con nadie	Maltrato por parte del novio. «Dependencia hacia él»			Primer Aborto (4 meses de embarazo)	2 años de baja en ese trabajo por el consumo de drogas (baja por depresión firmada por su madre)				Crisis			
Madre pierde bebé y no podía darle de mamar	Amigas sola o pequeños grupitos			Primer Crisis		Consumo de crack	5 meses en otro CRPS	Ingreso a CEEM Posible IAE (?)		Vivienda Tutelada	Ingreso a CEEM		
						Crisis intermitentes							