

MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA (RSM)



TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

CASO CLÍNICO:
PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN DE
UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL,
INMIGRANTE EN SITUACIÓN IRREGULAR
Y EN EXCLUSIÓN SOCIAL

AUTORA: Fátima del Carmen Quintana Castellano

TUTOR: Marcelino López Álvarez

FECHA DE LECTURA: 11 de octubre de 2019

AGRADECIMIENTOS

A *Mustafá*, por estar y querer. Me he enriquecido personal y profesionalmente en las vivencias compartidas.

A todas y cada una de las compañeras de los distintos dispositivos sociales que han intervenido en este caso, por su predisposición y excelente coordinación en cada una de las intervenciones llevadas a cabo.

A todas mis compañeras y compañeros trabajadores sociales de la Red de Salud Mental, por el sentimiento de unidad en el trabajo diario.

A Beatriz Alfonso, de los Servicios Jurídicos de CEAR Canarias, por sus aportaciones en el proceso de obtención del permiso de residencia.

A los directores del Programa de Rehabilitación Psicosocial, PIRP, que tuve la gran suerte de trabajar con ellos en diferentes etapas, don Rafael Inglott, don Rafael Touriño y don José Antonio Sánchez Padilla, pilares fundamentales en la reforma psiquiátrica en Gran Canaria.

A mis compañeras Cristina Abelleira, Jaime Fernández, Tamara Medina, Marina Peñate, Judit Herrera, Luz Marina Guerra y Victoria Díaz, por su acompañamiento de manera altruista. Y a todos los compañeros del ETAC y de los CDRPS.

A mi tutor, don Marcelino López, y a los profesores de este máster, por sus aportaciones en la mejora de mis conocimientos.

A mis tres hijos universitarios, Laura, Óscar y Carlos, por los momentos tan buenos que hemos pasado en el estudio en común. Por esa enseñanza diaria que me dan.

Y a mi esposo, Juan Carlos, por estar siempre y para todo. Sin ti este máster no hubiese sido posible. Gracias por tu inmensa generosidad.

La verdadera locura es tan rara como la sabiduría verdadera. Quizá no sea, en el fondo, otra cosa que la sabiduría misma, que cansada ya de saberlo todo y de descubrir las vergüenzas del mundo, ha tomado la sabia resolución de volverse loca.

HEINE, ENRIQUE. *Cuadros de viaje*, 1826

RESUMEN

El propósito de este Trabajo Fin de Máster es describir la elaboración y ejecución de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre un caso de una persona de 33 años, de origen africano, inmigrante indocumentado, en situación irregular y en exclusión social. La complejidad del caso hizo necesaria la intervención de múltiples recursos sociales, administrativos, judiciales y diversas ONGs, para conseguir el objetivo de cubrir sus necesidades básicas, de regularizar su situación y de lograr la recuperación.

En este paciente con trastorno mental grave se ha realizado una intervención temprana en los primeros episodios, en su contexto natural. Desde el primer momento ha sido llevado por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Gran Canaria. Se ha elaborado una exhaustiva evaluación funcional, y a partir de la misma se han planteado unos objetivos y un plan de acción con la finalidad de modificar hábitos y conductas que interfieren en el mantenimiento de su salud. La ejecución de este trabajo es una propuesta para la derivación a su Unidad de Salud Mental correspondiente y a los recursos normalizados de la Comunidad. En la ejecución de este PIR ha participado el equipo multidisciplinar que conforma el ETAC, el propio usuario y la monitora de alojamiento.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave | Esquizofrenia | Alianza terapéutica | Plan Individualizado de Rehabilitación | Acompañamiento | Seguimiento | Coordinación sociosanitaria | Exclusión social | Estigma | Inmigración | Recuperación | Autonomía

ABSTRACT

The purpose of this Master's Thesis is to describe the development and execution of an Individualized Rehabilitation Plan (PIR) on a case of a 33-year-old person, African, an undocumented immigrant, in an illegal situation and in social exclusion. The complexity of the case necessitated the intervention of multiple social, administrative and judicial resources and several NGOs, to achieve the objective of covering his basic needs, regularizing his situation and achieving recovery.

In this patient with severe mental disorder an early intervention in his first episodes has been performed, in his natural context. From the first moment he has been led by the Assertive Community Treatment Team (ACTT) of Gran Canaria. An exhaustive functional evaluation has been developed, and based on it some objectives and an action plan have been proposed in order to modify habits and behaviors that interfere with the maintenance of his health. The execution of this job is a proposal for referral to his corresponding Mental Health Unit and to the Community's standardized resources. The multidisciplinary team of the ACTT, the user himself and the monitor has participated in the execution of this PIR.

KEYWORDS

Severe mental disorder / Schizophrenia / Therapeutic Alliance / Individualized Rehabilitation Plan / Accompaniment / Follow up / Social-health coordination / Social exclusion / Stigma / Immigration / Recovery / Autonomy

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
RED DE SALUD MENTAL, SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS Y MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN GRAN CANARIA	3
Organización de la Red de Salud Mental en Gran Canaria	3
Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)	9
EVALUACIÓN FUNCIONAL.....	15
Información Preliminar.....	15
Historia Personal y Socio-Familiar.....	16
Historia Clínica.....	25
Descripción de Síntomas Actuales	27
Análisis Descriptivo por Áreas de Funcionamiento Psicosocial	28
FORMULACIÓN DEL CASO	32
Hipótesis de Origen	32
Hipótesis de Mantenimiento.....	32
PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)	33
Objetivos Generales.....	33
Objetivos Específicos y Acciones a Realizar	34
PUESTA EN MARCHA DEL PLAN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS.....	43
Informe Clínico 6-marzo-2014.....	44
Informe Clínico 19-octubre-2016.....	45
Escala de Lawton y Brody.....	46
Escala de Rosenberg.....	47
Escala HONOS	48
Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS).....	55
Test de Morisky-Green-Levine	56
Cuestionario Oviedo del Sueño	57

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave (TMG) precisan por parte de las administraciones públicas, tanto de las que tienen competencias sanitarias como de las sociales, una respuesta a sus necesidades. Los problemas que se presentan como consecuencia de un TMG son múltiples y diversos, donde inciden no solo aspectos clínicos sino también aspectos sociales, como el desarrollo de habilidades personales, la autonomía personal, la integración...

Por todo esto, la rehabilitación se convierte en la base del trabajo con estas personas, actuando en los síntomas de su patología, mejorando los hábitos de salud y progresando en su situación social, consiguiendo así que el individuo se pueda empoderar para afrontar su realidad y vivir de forma normalizada en su comunidad. El sentimiento de pertenencia a un lugar, a una comunidad, es un valor intangible que hace al ser humano más humano.

El objetivo de este trabajo fin de máster consiste en el diseño de un plan individualizado de rehabilitación, siguiendo de manera pormenorizada todas sus fases de evaluación funcional, diseño del plan, puesta en marcha y evaluación de resultados. El caso seleccionado es el de un joven, al que llamaremos Mustafá –nombre ficticio para preservar su intimidad–, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, inmigrante en situación irregular y en exclusión social. Elegí este caso entre los más de cien que son llevados en el ETAC por la gran complejidad a nivel administrativo que supuso antes de poder elaborar un PIR, puesto que Mustafá lo único que priorizaba en cada una de nuestras visitas era regularizar su situación en el país.

Natural de Sierra Leona, llega a Gran Canaria después de una gran peripecia a través de varios continentes y océanos, en busca de un bienestar social y de una mejor calidad de vida. Una vez instalado aquí, a los cinco años de su llegada debuta con su enfermedad mental, con buena evolución. Su mayor hándicap han sido los problemas legales que ha tenido que padecer.

Esta persona ha tenido que afrontar, por tanto, además del estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud que padece, los relacionados con la pobreza y los de su condición de extranjero africano.

La enfermedad mental ha venido marcada a través de la historia por la ignorancia y el miedo, siendo las personas con frecuencia objeto de abandono, exclusión social o persecución (Foucault, 1997). El estigma y la discriminación siguen asociados a la enfermedad mental, siendo un importante obstáculo para un abordaje normalizado de salud pública. Para ofrecer un panorama general de la dimensión del problema, según estimaciones recientes en

población general, una de cada cuatro personas experimenta un trastorno mental común y entre el 0,5 y el 1% un trastorno mental grave (Roca y cols., 2009; Giner y cols., 2014).

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud:

- Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales
- Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo
- Cada año se suicidan más de 800 000 personas
- La guerra y las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial
- Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales o intencionales
- La estigmatización y la discriminación de que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental
- En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental o psicológica
- Existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental

Según los datos recogidos en la Encuesta de Salud de Canarias de 2015, el 23,7% de la población sufre algún riesgo de padecer una enfermedad mental. Y al evaluar la prevalencia en base al nivel de estudios, se observó que en el grupo de personas “sin estudios” este riesgo se aumentaba hasta el 48,8%.

En cuanto a la pobreza y/o exclusión social, según se indica en el informe sobre “El Estado de la Pobreza 2008-2017”, vemos que el 40,2% de la población canaria la padece o está en riesgo de padecerla. En el último año la tasa se ha reducido 4,4 puntos porcentuales. Sin embargo, sigue siendo muy elevada, tanto en lo que respecta a la media nacional como a su valor en el último periodo anterior a la crisis. En primer lugar, la tasa AROPE de Canarias es 13,6 puntos porcentuales superior a la media del conjunto nacional, es decir, un 51% más elevada y es la segunda más elevada de todas las regiones, sólo inferior a Extremadura. Por otra parte, la tasa se mantiene 5,4 puntos porcentuales por encima de la que registraba en el año 2008, lo que supone un incremento del 15% en el conjunto del período. En términos absolutos, algo más de 840.000 personas residentes en Canarias están en riesgo de pobreza y/o exclusión social.

Por otro lado, el 19,2% de la población menor de 60 años que reside en las Islas Canarias, es decir unas 320.000 personas, vive en hogares con baja intensidad de empleo. La cifra es 6,4 puntos superior a la media nacional y la segunda más alta de todas las comunidades autónomas. Además, la evolución del período ha multiplicado por algo más de dos la tasa BITH del año 2008. Finalmente, por sexos, la evolución de la tasa BITH ha sido parecida, aunque algo superior entre la población masculina.

En el año 2017 la tasa de pobreza severa (medida con un umbral del 30 % de la mediana) en Canarias es del 10,3%. A pesar de que en el último año se redujo en 3,3 puntos, es decir, bajo algo más del 24%, la tasa es 3,5 puntos más elevada que la media y la más alta de todas las comunidades autónomas. Por otra parte, la tasa de pobreza también bajó, pero lo hizo solo en un 12,9%, que es más o menos la mitad de la reducción de la tasa de pobreza severa, lo que implica una mínima mejora de los grupos más desfavorecidos. Finalmente, Canarias tiene unas 217.000 personas que están en pobreza severa, es decir, que ingresan menos de 355 euros mensuales por unidad de consumo.

RED DE SALUD MENTAL, SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS Y MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN GRAN CANARIA

El modelo comunitario se inicia en la década de los años 60 y 70. En España aparece en los años 80 un nuevo modelo de atención a la salud mental, con la Ley 14/1986, General de Sanidad, donde se recogen las pautas que organizarán la salud mental en el país, con plena integración del paciente en el sistema sanitario general, con la potenciación de recursos de rehabilitación y atención en la comunidad y llevándose a cabo las hospitalizaciones en las unidades psiquiátricas de hospitales generales. La implementación varía en las distintas Comunidades Autónomas.

Un servicio de salud mental comunitario “es aquel que suministra un abanico completo de cuidados eficaces de salud mental a una población definida, y que se dedica al tratamiento y respaldo de las personas que padecen trastornos mentales, en proporción a su padecimiento o malestar, en colaboración con otros organismos locales” (Thornicroft y Tansella, 2014), “...y que en su conjunto ayuda a las personas con problemas de salud mental a recuperar su funcionamiento social normal” (Strathdee y Thornicroft, 1997).

Organización de la Red de Salud Mental en Gran Canaria

La Red de Salud Mental en Gran Canaria está compuesta por una serie de dispositivos sanitarios, y en coordinación con recursos socio-sanitarios y servicios sociales comunitarios.

Entre los dispositivos sanitarios se encuentran ocho Unidades de Salud Mental (USM), distribuidas en dos Áreas de Salud. En el Área Norte tenemos:

- USM Bañaderos: atiende a la población del norte de Gran Canaria
- USM Canalejas: atiende a la población del centro de Gran Canaria y a unas determinadas zonas de salud del municipio capitalino de Las Palmas de Gran Canaria
- USM Ciudad Alta: atiende a varias zonas básicas de salud de Las Palmas de G.C.
- USM Casa del Mar – Puerto: atiende a la población de diversas zonas básicas de salud de Las Palmas de Gran Canaria

Y en el Área Sur, las siguientes Unidades de Salud Mental:

- USM Triana: atiende a la población de diversas zonas básicas de salud de Las Palmas de Gran Canaria
- USM El Lasso: atiende a la población de diversas zonas básicas de salud de Las Palmas de Gran Canaria
- USM Telde: atiende a la población de varios municipios del sureste y centro de Gran Canaria
- USM Vecindario: atiende a población de varios municipios del sur y sureste de Gran Canaria.

Estas unidades están compuestas por equipos multidisciplinares, en los que la organización general sería la siguiente:

- Un coordinador
- Psiquiatras para atender a población adulta y otros que atienden a población infantil
- Psicólogos clínicos para adultos y psicólogos clínicos infantiles
- Enfermeras / DUE
- Auxiliares de enfermería
- Una trabajadora social
- Auxiliares administrativos
- MIR, PIR y EIR

Además de las Unidades de Salud Mental, entre los dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental de Gran Canaria se encuentran también:

- Dos Unidades de Internamiento Breve (UIB), una situada en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, que atiende a la población del Área Norte, y otra situada en el Complejo Hospitalario Universitario Insular–Materno Infantil, encargada de atender a la población del Área Sur.
- Unidad Clínica y de Rehabilitación Psicosocial (UCYRP), situada en el Hospital Juan Carlos I, en Las Palmas de Gran Canaria, que dispone de 90 plazas.
- Unidad de Media Estancia (UME), situada en el Hospital Juan Carlos I, con 30 plazas.
- Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), cuyas dependencias se encuentran en el Hospital Juan Carlos I, pero que actúa en toda la isla de Gran Canaria, a excepción de nueve municipios (La Aldea de San Nicolás, Tejeda, Artenara, Valleseco, Firgas, Valsequillo, Teror, Santa Brígida y Vega de San Mateo). En la actualidad atiende a 106 personas.
- Hospital de día infanto-juvenil, situado en el Hospital Juan Carlos I, que atiende a 40 niños.

Entre los recursos socio-sanitarios se encuentran los siguientes:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial, situados en:
 - La Aldea de San Nicolás: 9 plazas
 - Gáldar: 30 plazas
 - Teror: 20 plazas
 - El Pino: 40 plazas
 - Casa del Marino: 30 plazas
 - San Francisco I: 43 plazas
 - San Francisco II: 44 plazas
 - Genoveva Díaz: 30 plazas
 - Telde: 30 plazas
 - Vecindario: 30 plazas
- Maspalomas: 30 plazas Alojamiento alternativo:
 - Viviendas/pisos tutelados: 44 plazas

- Plazas/pensiones tuteladas: 94 plazas
- Viviendas tuteladas de AFAES: 8 plazas
- Plazas/pisos tutelados de AFAES: 17 plazas
- Centros de día:
 - Centro de Atención Psicosocial Schamann: 30 plazas
 - Centro de día AFAES: 30 plazas
 - Centro de día AFESUR
- Miniresidencias:
 - San Juan de Dios: 30 plazas
 - El Pino – planta 8: 36 plazas
 - El Pino – planta 10: 36 plazas
 - San Lorenzo I – Ojos de Garza: 30 plazas
 - San Lorenzo II – Ojos de Garza: 30 plazas
- Plan de acceso al empleo (PAE):
 - Formación: 15 usuarios
 - Talleres prelaborales: 12 usuarios
 - Empleo con apoyo: 66 usuarios
 - Prácticas en empresas: 4 usuarios
- Atención domiciliaria especializada (ADE): 15.000 horas / 54 plazas
- Servicio de promoción a la autonomía personal (SPAP)–AFAES: 4500 horas / 25 plazas

En cuanto a los Servicios Sociales Comunitarios, los recursos con los que más se coordina la Red de Salud Mental son:

- Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS), perteneciente al Cabildo de Gran Canaria
 - Residencias de mayores
 - Residencias psicogerítricas
 - CAMP
 - SER, APROSU, ADEPSI

- Unidad tutelar de incapacitados
- Centros de día de mayores
- Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria
 - Centros de Servicios Sociales / Unidades de Trabajo Social
 - Dispositivos para personas en exclusión social (CAM Gánigo, CAM El Lasso, Centro de Inserción socio-laboral – Plan Urban)
- Gobierno de Canarias
 - Unidades tutelares, a través de la empresa Sagrada Familia
 - Prestaciones no contributivas
 - Ley de dependencia
 - Valoración y orientación de las discapacidades
 - Drogodependencia:
 - Unidades de Atención a la Drogodependencia (UAD)
 - Comunidades terapéuticas
 - Servicio Canario de Empleo
 - Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA)
- Estado
 - Seguridad Social (pensión contributiva, orfandad, viudedad, hijo a cargo...)
 - Subdelegación del Gobierno
 - Juzgados (social, penal, familiar)
 - Fiscalía
- Organizaciones no Gubernamentales
 - Cáritas diocesana (Las Palmas de Gran Canaria)
 - Centro de Atención e Intervención Promocional con Personas Sin Hogar (CAIPSHO) – Maspalomas
 - Cáritas diocesana parroquiales (en todos los municipios)
 - Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)
 - Cruz Roja Española

- Residencias de personas convalecientes Sor Lorenza (Hijas de la Caridad)
- Comedores sociales:
 - Comedor El Carmen
 - Comedor Santo Domingo
 - Comedor San Pedro
 - Comedor de Jinámar
- Embajadas / consulados
- Asociaciones de familiar y usuarios:
 - AFAES
 - ESPIRAL
 - AFESUR

Existen una serie de órganos colegiados, como son el Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria y el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial.

En el año 1998 se publicó el decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para enfermos mentales. En el CIRPAC están representados el Servicio Canario de la Salud, la Dirección General de Bienestar Social, la Dirección General de Empleo, el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS), los ayuntamientos y las asociaciones de familiares o de enfermos mentales.

Los CIRPAC se conciben como órganos colegiados, adscritos al Servicio Canario de la Salud en cada Área de Salud, que permiten complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que habrán de confluir en la atención al colectivo de enfermos mentales crónicos. Desde el CIRPAC se planificó el desarrollo de los dispositivos del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) integrados en el Plan de Atención a la Discapacidad.

Así, en el año 1998 se pone en marcha el PIRP con la apertura de los primeros Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. El Plan de Acceso al Empleo se inicia en el año 2001; la primera miniresidencia en el 2004; en el 2005 el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario y el convenio para el subprograma de alojamiento alternativo.

El CIRPAC debe ser un órgano de planificación, con carácter decisorio en todas las acciones que se vayan a realizar con personas con trastorno mental grave y en situación de dependencia. Asimismo, hay que tener en cuenta que la valoración de dependencia deja fuera

a muchas personas "con dependencia" por trastorno mental grave, pero que no alcanzan la puntuación necesaria para acceder a una prestación de la cartera de servicios del Servicio de Atención a la Dependencia y que no pueden quedar desatendidas por los servicios sanitarios de salud mental en sus necesidades de rehabilitación.

Dentro del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, se han planteado una serie de líneas estratégicas para trabajar con personas con enfermedad mental. Existen varias líneas estratégicas en las que se podría abordar el caso de Mustafá, entre ellas:

- Línea estratégica 3.1: Atención a las personas con trastornos mentales
- Línea estratégica 3.2: Trastorno mental grave
- Línea estratégica 3.6: La salud física de las personas con trastorno mental grave
- Línea estratégica 6: Atención a las personas con patología dual y adicciones
- Línea estratégica 7: Rehabilitación psicosocial
- Línea estratégica 10.1: Coordinación entre Salud Mental y el ámbito sociosanitario
- Línea estratégica 10.2: Coordinación entre Salud Mental y Justicia
- Línea estratégica 10.4: Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental
- Línea estratégica 10.5: Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias

Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)

El dispositivo donde ejerzo mis funciones como trabajadora social es el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC). Este equipo fue creado en 2005, si bien en sus comienzos tenía otra denominación (Equipo Móvil de Salud Mental – EMOSAM).

Se trata de un equipo multidisciplinar formado por cuatro psiquiatras, cinco diplomados en enfermería (más una a media jornada), dos auxiliares de enfermería y dos trabajadoras sociales. Su actuación va dirigida a pacientes con trastorno mental grave, en situación de exclusión social o en riesgo de padecerla, cuya sintomatología les genera gran discapacidad y que, por razones relacionadas con la enfermedad, están desvinculados de los servicios tradicionales de salud mental.

Atiende anualmente a una media de entre 100 y 130 pacientes, en diversos municipios de la isla de Gran Canaria.

La distribución actual sería:

- Las Palmas de Gran Canaria: 64 pacientes
- Telde: 6 pacientes
- Sureste: 8 pacientes
- Sur: 18 pacientes
- Norte: 10 pacientes

El ETAC se encarga de realizar un seguimiento de los pacientes en la comunidad, mediante intervenciones domiciliarias; de la atención en crisis de los usuarios en seguimiento; de la coordinación con dispositivos asistenciales, asociaciones...

Entre los objetivos que persigue se encuentran los siguientes:

- Asegurar la cobertura asistencial de las personas que atiende, para conseguir restablecer una atención normalizada en su USM correspondiente.
- Potenciar, en el propio ambiente de la persona, la autonomía y entrenamiento de habilidades básicas.
- Facilitar la permanencia de las personas en su comunidad, así como prevenir recaídas y reingresos.
- Prestar apoyo y ayuda a las personas que conviven con el usuario, sin eximirles de responsabilidades, ayudándoles en el manejo de los problemas.
- Llevar a cabo programas de psicoeducación.
- Seguir y apoyar aquellas actividades relacionadas con la reinserción sociolaboral de estas personas.
- Asegurar la administración del tratamiento.
- Fomentar la utilización del tiempo libre.

La prioridad para el ingreso en el ETAC va a depender de las características del paciente. Podemos clasificar a las personas con Trastorno Mental Grave según:

- A/POR ESTADO CLÍNICO Y APOYOS:
 - A1-Casos estables con déficits y con apoyo familiar.
 - A2-Casos estables con situación familiar desfavorable.
 - A3-Casos inestables con apoyo familiar.

- A4-Casos inestables sin apoyo familiar ni recursos sociales.
- B/POR CONTACTO CON LOS SERVICIOS:
 - B1-Vinculados a los servicios
 - B2-Desvinculados o en riesgo de desvinculación.

En base a esta clasificación, las prioridades para el ingreso serían las siguientes:

- Prioridad 1: Tipos a4-b2
- Prioridad 2: Tipos a4-b1
- Prioridad 3: Tipos a3-b2
- Prioridad 4: Tipos a2-b2
- Prioridad 5: Tipos a3-b1
- Prioridad 6: Tipos a2-b1
- Prioridad 7: Tipos a1-b1

Los criterios de exclusión serían:

- Menores de 18 años o mayores de 65 años
- Retraso mental
- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos de personalidad
- Toxicomanías (como diagnóstico principal)

Las fases por las que pasa la intervención del ETAC serían:

- Derivación del caso: llegan los informes de derivación, mediante un modelo consensuado en el que participan psiquiatra, enfermera, trabajadora social y psicólogos clínicos.
- Aceptación: se acepta el caso si procede, respetando la lista de reserva, en base a los criterios preestablecidos (según modelo Avilés).
- Primer contacto: si el paciente tiene enganche con la unidad de referencia iría a la visita un profesional de dicho dispositivo. Por parte del ETAC, en esta primera visita acuden habitualmente un psiquiatra acompañado de otro profesional que variará en función de lo que se haya valorado tras la lectura del informe y la coordinación con la unidad. Si necesitara recursos sociales acudiría una trabajadora social; si fuera un ingreso

hospitalario involuntario, una enfermera; y si necesitara aseo y/o higiene personal porque vive en la calle, un auxiliar de enfermería. Esto a grosso modo, ya que también intervienen en la decisión otros factores de diversa índole, como afinidad, conocimiento previo, experiencia en un perfil determinado, vacaciones sin cubrir u otras cuestiones clínicas o sociales ... El equipo se adapta a la situación real en cada circunstancia.

- En el caso de enfermedades duales, se gestiona el tratamiento con las Unidades de Atención a las Drogodependencias, se coordina y se acompañan.
- También se acude a reuniones con los recursos de la Comunidad y dentro de la Red de Salud Mental. Se hacen periódicamente, cada tres meses, con todos y cada uno de los dispositivos:
 - SPAA: Servicio del Programa de Alojamiento
 - ADE: Atención Domiciliaria Especializada
 - SPAP: Servicio de Promoción a la Autonomía Personal
 - UME: Unidad de Media Estancia
 - USM: Unidad de Salud Mental
 - UIB: Unidad de Internamiento Breve
 - UCYRP: Unidad Clínica y Rehabilitadora Psicosocial
- Con las miniresidencias se llevan a cabo una vez por semana, y con los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial se van organizando en función de los pacientes que atiendan en cada momento.
- Se realiza una reunión diaria con el equipo, donde se comentan las actuaciones del día anterior, se debaten casos complejos y se planifica el trabajo del día
- También se lleva a cabo una reunión semanal con las miniresidencias, S.A.F. de enfermería, director y trabajadora social del PIRP, donde se trata temas más estructurales, casos clínicos más complejos y derivaciones a otros dispositivos, entre otras cuestiones.

El ETAC se inició sin la figura del trabajador social, pero en menos de un año se detectó la necesidad de esta figura, debido a la problemática que presentaban los usuarios de este dispositivo a nivel judicial, social, administrativo, económico, familiar, falta de alojamiento, falta de documentación básica, etc. En la actualidad ya son dos las trabajadoras sociales que componen el equipo y se objetiva la necesidad de una tercera.

Comentar que se trata de un equipo de profesionales jóvenes y entusiastas, muy flexible en cada una de las situaciones tan complejas que tienen los usuarios, un equipo proactivo, y que ha adquirido una forma de trabajar muy en sintonía con la comunidad. En sus catorce años de trayectoria se han ido forjando muchas redes con los movimientos asociativos y servicios sociales comunitarios, entre los que se han establecido, por ejemplo, formas de funcionar más operativas. Sirvan como ejemplo las reuniones mensuales que se llevan a cabo con los dispositivos que trabajan con la población en exclusión social y sin techo de la isla de Gran Canaria, en las que las trabajadoras sociales del ETAC forman parte de estas comisiones-reuniones.

Señalar también que, al ser un dispositivo cuyo trabajo diario se desarrolla en plena comunidad, esto ha facilitado la interacción y la operatividad con el resto de servicios, asociaciones y dispositivos con los que se trabaja. En muchos de estos dispositivos es bien conocida la labor del equipo, y en la mayoría de las ocasiones se les facilita todo tipo de gestiones que apoyan el proceso de rehabilitación de los usuarios.

Me gustaría destacar algunos dispositivos con los que trabajamos día a día, en los que el feedback es mutuo, lo que nos facilita muchas de las tareas que se realizan cotidianamente. Un ejemplo de ello sería el CAM Gánigo, que en los comienzos del funcionamiento del ETAC pusieron muchísima resistencia para que nuestros usuarios pudiesen alojarse en sus dispositivos, mientras aparecía una plaza en los dispositivos socio-sanitarios. En la actualidad, hay una predisposición total a la aceptación de las personas con enfermedad mental en sus dispositivos, con una coordinación bastante buena. Todo esto es fruto del trabajo y la coordinación diarias y el feedback por ambas partes de todos los profesionales de ambos equipos. Como contrapartida, decir también que, si bien la mayoría de los casos llegan derivados de las diferentes unidades de salud mental, desde el equipo se tiene una consideración excepcional con varios dispositivos comunitarios, como Cáritas y Gánigo, en aquellos casos en que la persona que van a derivar no está filiada por alguna USM. El perfil de las personas que suelen remitir es español procedente de territorio peninsular o extranjero, que no están ni han estado nunca vinculados a una Unidad de Salud Mental.

Resumen de la actividad realizada por el ETAC de Gran Canaria durante el año 2018:

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Intervenciones Miniresidencias	107	108	115	107	119	97	142	95	87	86	87	90	1.240
Nº Consultas	615	782	911	870	907	882	850	912	835	900	780	695	9.939
Seguimientos	424	555	736	702	773	755	802	786	717	663	573	551	8.037
Contactos Telefónicos Pacientes	114	178	163	127	709	283	259	226	185	124	290	49	2.707
Acompañamientos	39	89	113	107	111	91	89	91	66	86	126	72	1.080
Localizaciones	28	29	40	42	59	46	34	32	37	19	47	24	437
Intervenciones Familiares	60	86	104	92	81	75	69	60	39	39	32	21	758
Coord. Dispositivos Sanitarios	86	126	131	115	154	148	131	88	56	64	62	45	1.206
Coord. Dispositivos no Sanitarios	75	162	197	236	242	218	265	223	207	200	204	136	2.365
Nº Intervenciones en Crisis	5	2	3	1	4	1	0	1	0	4	2	9	32
Kilometraje (fuera de la capital)	3.700,5	4.955,74	5.225,2	4.663,3	5.578,7	6.273,9	5.000,7	5.739,1	5.728,6	4.755,9	6.452	5.166,9	63.240,54
PTI	0	0	0	1	2	1	1	0	0	2	0	0	7

RESUMEN MEMORIA ACTIVIDAD 2018	
Intervenciones Miniresidencias	1.240
Nº Consultas Psiquiatría	2.736
Nº Consultas Enfermería	4.058
Nº Intervenciones Trabajo Social	1.570
Nº Intervenciones Aux. Enfermería	1.575
Kilometraje Sur	42.101,69
Kilometraje Norte	18.738,35

EVALUACIÓN FUNCIONAL

Información Preliminar

En el año 2005, cuando contaba con 19 años de edad, Mustafá partió de Freetown, Sierra Leona, en busca de un futuro mejor. Se trasladó en coche hasta Guinea Conakry, y una vez allí se dirigió en otro coche, con más viajeros, hacia Senegal. Aquí permaneció durante dos años, viviendo en una casa de alquiler y buscándose la vida por la zona del puerto (ayudando a descargar mercancía de los contenedores, pintando barcos...), esperando el momento de poder salir hacia un destino más próspero.

Tuvo un primer intento de embarcar como polizón, escondido en un contenedor, pero fue apresado por la policía senegalesa y encarcelado durante tres meses. A la salida de prisión vuelve a intentarlo de nuevo y esta vez sí lo consigue, recalando en Brasil tras seis días de dura travesía.

Una vez aquí, las autoridades portuarias lo detienen, junto a otros compañeros de viaje. Los llevan al hospital, donde comprueban su estado de salud y les hacen analíticas de sangre. Son instalados en una pensión en la ciudad de Santos, al suroeste del país, costeadas por la compañía del barco en el que llegó al país (Mediterranean Shipping Company - MSC). Transcurridos un par de meses de su llegada al país, tuvo problemas con alguno de los compañeros y un guardia de seguridad que custodiaba el apartamento llamó a la policía, por lo que fue trasladado a comisaría. Por este incidente fue enviado de regreso a Senegal, país de donde había partido, y una vez allí la compañía MSC le pagó un pasaje de avión de regreso a Freetown.

Estamos ya en el año 2007, y se encuentra de nuevo en casa, con su familia. Permanece aquí durante unos meses, hasta que en febrero de 2008 vuelve a realizar la ruta hacia Senegal, pasando por Guinea Conakry, con varios chicos que pagan un viaje en coche. Una vez en Senegal, se meten de polizones en un barco, destino Casablanca, donde las autoridades marroquíes no les permitieron bajar. Por este motivo tuvieron que seguir la ruta del barco, dirección Turquía, y aquí tampoco les dejan apearse del barco. Continuaron hacia Rusia, donde tampoco les dejaron salir, y regresaron de vuelta a Turquía, y de aquí hacia Israel. Tampoco aquí pudieron desembarcar.

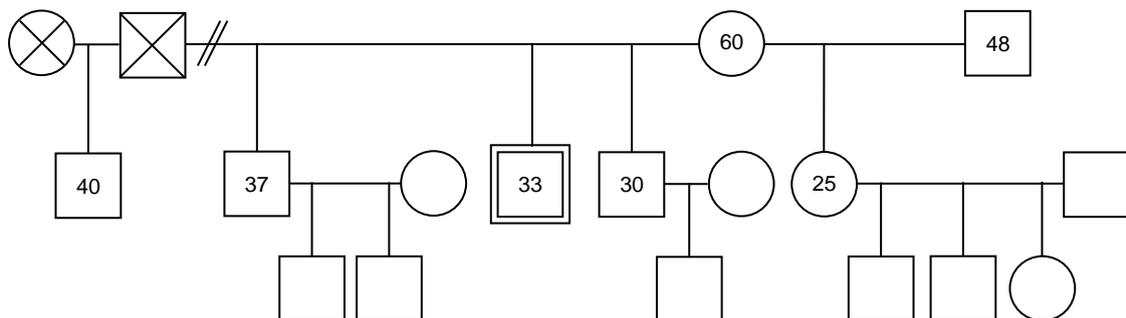
En Israel cambia el capitán del barco, y éste se dirige dirección Gran Canaria, a donde llegan el 14 de abril de 2008. Una vez aquí, las autoridades sí le dieron permiso para bajar del barco. Eran ocho chicos, los mismos que salieron de Senegal, y los llevaron al Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) de Barranco Seco, donde permaneció tres semanas, y

debían acudir todos los lunes a comisaría a firmar. De los ocho que llegaron, cuatro se volvieron a África, uno se fue a Holanda y tres se quedaron en Gran Canaria: uno de ellos es Mustafá, y de los otros dos, uno trabaja en una finca y el otro de mecánico, ambos sin documentación.

A los cinco años de su llegada a territorio español debuta en su enfermedad mental, y el caso es asumido por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, dado que carecía de apoyo familiar en la isla.

Historia Personal y Socio-Familiar

Mustafá es el tercero de una fratría de cinco hermanos tres de ellos de padre y madre, el mayor solo hermano por parte de su padre y la menor hermana por parte de su madre. Su padre ya fallecido, y su madre vive en Freetown junto con su actual esposo, uno de los hermanos pequeños de Mustafá y la esposa e hijo de éste. El hermano mayor vive en Liberia, con un grupo religioso, el siguiente vive en Freetown, con su esposa y dos hijos, y la hermana más pequeña en San Francisco–California, EE.UU., con su marido y tres hijos.



Comenta que de pequeño residía en un pequeño pueblo llamado Kono, hasta los siete u ocho años. Posteriormente se mudó con su familia a otro pueblo más pequeño, Marrampa Village, hasta los trece o catorce años. Por estas fechas se produjo el fallecimiento de su padre. De ahí se trasladó con su madre y hermanos a Freetown. Refiere que durante la guerra civil en su país, que se produjo entre 1991 y 2002, lo pasaron bastante mal.

Tiene buena relación con su madre y ésta le llama todos los fines de semana. También recibe llamadas un par de veces al mes de su hermana pequeña. Las conversaciones con una y con otra suelen ser cortas, y se basan principalmente en interesarse por cómo les va. Mustafá comenta que su madre y su hermana le expresan que están felices y contentas de que él viva en un piso, ya que anteriormente estaban preocupadas porque vivía en la calle. Verbaliza que le gustaría volver en algún momento a Freetown, pero solo para una visita familiar. Luego volvería a Gran Canaria.

La lengua que se habla en su país es el Krio, una mezcla de inglés y africano. De familia musulmana, estudió en un colegio cristiano. Actualmente dice pertenecer a la religión Rastafari, que se caracteriza por difundir el amor y la paz.

Finalizó estudios secundarios en su país de origen (historia, religión y leyes de su país), y en el momento de partir había comenzado a estudiar “Government Arts Stream”. Nunca llegó a trabajar asegurado, ni en Sierra Leona ni en España. En Gran Canaria sólo ha trabajado limpiando coches y en una empresa de productos químicos (productos para tratamiento de aguas y limpieza de piscinas), ambos de forma irregular y esporádica. Actualmente subsiste gracias al programa de alojamiento alternativo del Cabildo Insular de Gran Canaria.

Tras su llegada a la isla en el año 2008, ha estado residiendo en múltiples lugares. El primero fue en el CIE de Barranco Seco, donde permaneció tres semanas. De ahí pasó a un Centro de Acogida de Inmigrantes en la Zona Industrial de Miller Bajo, donde vivió durante un año. Tras este periodo se instala en un piso en La Paterna con su novia Fatimata y con una pareja de amigos, Benjamín y su novia. Entre los cuatro pagaban el alquiler, y él se “buscaba la vida” limpiando coches.

Estuvo viviendo en este piso de La Paterna durante 8 meses, y luego se traslada a vivir al barrio de San Francisco, en Las Palmas de Gran Canaria, con Fatimata y su padre, donde residió durante 2 meses, trasladándose después a vivir a Schamann con Fatimata y su amiga Alicia. En esta vivienda alquilaban habitaciones por separado y habitaban más personas, pero sin relación con ellos. Aquí pasaron seis meses, hasta que regresan de nuevo al piso del barrio de San Francisco con el padre de Fatimata.

Estando en este piso, en 2010 Fatimata da a luz a un niño, que refiere ser hijo de Mustafá pero que éste pone en duda. A los pocos meses se traslada a vivir a Schamann con Fatimata, su hermano, su padre y el niño, donde permanecieron un año y medio, hasta 2012 en que se separa de Fatimata y se va a vivir a Escaleritas con un compatriota durante cinco meses.

En abril de 2013, los compañeros de piso le invitan a abandonar el domicilio porque no tenía dinero para pagar el alquiler, y pasa a vivir en exclusión social, con otro compañero de Sierra Leona, en un edificio abandonado en la Zona Industrial de Miller Bajo, área enclavada en medio de una zona residencial de la parte alta de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. Éste otro compañero padece una enfermedad mental grave y está siendo tratado por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

En enero de 2014 llega la derivación de Mustafá al ETAC a través de una compañera psicóloga de una Unidad de Salud Mental, indicando que había visto a este chico con conductas inadecuadas, subiéndose a los árboles, con soliloquios... Acuden a valorarlo una

psiquiatra, una MIR y yo como trabajadora social del Equipo, a una de las calles donde estaba pernoctando. Repite de forma reiterada que es un chico de Dios, “vivo en la calle para hacer trabajo de Dios”. Se preguntó también a los compañeros que se encontraban por la zona y comentaron que el chico estaba mal. Finalmente se decide el ingreso involuntario en la UIB del Hospital Dr. Negrín por prescripción psiquiátrica, donde permaneció ingresado desde el 1 de febrero hasta el 6 de marzo.

En ese momento vivía en la calle, en situación de franca exclusión social, con síntomas psicóticos que le impedían tener control de su situación. Se localiza en las inmediaciones una bolsa de plástico, llena de excrementos de ratones y gatos, donde se encontraba el pasaporte caducado y varios documentos estropeados. Se recogieron todos estos papeles, al considerar que era lo único que tenía para poder identificarlo.

Durante el periodo que permanece ingresado en la UIB se intentaron realizar varias gestiones, pero al carecer de permiso de residencia y estar el pasaporte caducado resultó infructuoso. Es en este momento cuando comienza para la trabajadora social del ETAC la odisea de conseguir regularizar la situación de Mustafá en el país, como primer paso para poder continuar con el trabajo rehabilitador.

Se lleva a cabo una coordinación estrecha con el Ayuntamiento de Las Palmas, para ver si estaba empadronado, con el albergue municipal Gánigo, con Cruz Roja y con la Comisión Española de Atención al Refugiado (CEAR). En la coordinación con CEAR, se plantean varias alternativas, entre otras que Mustafá consiga un contrato de trabajo (no fue posible), o que se le ofrezca la posibilidad de solicitar el permiso de residencia por situación de emergencia por enfermedad sobrevenida en el país.

Según se establece en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, al referirse a las Autorizaciones de Residencia Temporal por Circunstancias Excepcionales, se exigen los siguientes requisitos:

- Acreditar que se padece una enfermedad sobrevenida (es decir, una enfermedad que no padecía con anterioridad a su entrada en España).
- Que dicha enfermedad posea un carácter de gravedad importante y demostrable.
- Que la enfermedad sufrida precise de una asistencia sanitaria especializada y que además el hecho de ser interrumpida o no continuada en su tratamiento específico supondría graves riesgos para la salud y la vida del solicitante.
- Se deberá acreditar por parte del interesado, además y dentro de la medida de lo posible, que la enfermedad sufrida no puede ser tratada en el país de origen del interesado.

El medio probatorio y acreditativo de sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave será la presentación, junto a la solicitud de este permiso de un certificado médico que acredite el tipo de enfermedad, características de la misma y consecuencias que podrían derivarse en caso de no ser tratada clínicamente o que la misma fuera interrumpida. La concesión de este tipo de permisos de residencia por razones humanitarias no llevará implícita la concesión de permiso de trabajo, por lo que los interesados podrán, con las tarjetas que les sean asignadas, residir en forma legal en nuestro país, pero en cambio no podrán trabajar.

Deberá tenerse en cuenta que las personas que consigan la obtención de este tipo de permisos de residencia por razones humanitarias podrán, una vez obtenida su tarjeta, solicitar ante el órgano competente su autorización administrativa para trabajar con la que tratar de integrarse en el ámbito laboral.

La vigencia inicial de este tipo de permisos de residencia será de un año, al cabo del cual el interesado bien podrá renovar su tarjeta si consigue probar/demostrar que las circunstancias que dieron lugar a la primera concesión de este tipo de permiso continúan en el momento de solicitud de la renovación o bien regresar a su país de origen en caso de que no continúen cumpliendo con los requisitos iniciales y la enfermedad que sufrían inicialmente se hubiera extinguido.

Los requisitos para obtener dicho permiso eran:

- Informe médico, en el que se exprese que padece una enfermedad sobrevenida
- Pasaporte en vigor
- Informe que indique que no tiene antecedentes penales en los cinco años anteriores a su llegada a España
- Impreso de solicitud
- Tarjeta sanitaria
- Certificado de empadronamiento histórico e individual

Ante la inexistencia de un pasaporte en vigor, desde CEAR proponen realizar una cédula de inscripción en la Policía Nacional y la gestionan. Tras obtener dicha cédula de inscripción, se le empadrona en Cáritas.

En cuanto al informe clínico, para que tenga validez para este objetivo, aparte de la información que ha de contener habitualmente un informe, la compañera psiquiatra debe indicar en él lo siguiente:

Se trata de un paciente con un trastorno mental grave que precisa de atención especializada (psiquiátrica) no disponible en su país de origen (Sierra Leona), y que en caso de no recibirla supone un grave riesgo para su salud, así como un obstáculo importante en su proceso de recuperación.

Se solicitó una ayuda de emergencia social del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria para costear una pensión alojativa. Dado que no tenía pasaporte en vigor ni documento alguno que justificara su identidad, hubo que realizar gestiones con Intervención del Ayuntamiento, haciendo entrega de un informe social que expusiera su situación. Finalmente le fue concedida.

En marzo de 2014, al alta de UIB, se le acompaña a la pensión, donde estuvo residiendo durante 45 días. En este periodo fue cuando se forjó el enganche con el equipo. Dicho enganche fue dificultoso, pues ya tenía algunas conductas de personas en exclusión social. Por ejemplo, las primeras noches no dormía en la pensión, sino que seguía pernoctando en la calle. Hubo que hacer un trabajo terapéutico para que adquiriera hábitos de las actividades de la vida diaria, como ducharse, comer y dormir en la pensión. Durante esta época, las visitas del equipo eran diarias.

Una vez finalizada la ayuda de pensión que le proporcionó el ayuntamiento, se intentó gestionar una segunda ayuda, que resultó infructuosa. Se gestionó también alojamiento en distintas ONGs, pero Mustafá se negaba a residir fuera del centro de la ciudad. Lo intentó en Remar durante 9 días, pero finalmente abandonó debido a la lejanía (el centro alojativo se encontraba en los altos de Teror).

Después de Remar regresa a Miller Bajo y permanece un tiempo en el mismo edificio abandonado donde había estado viviendo, en exclusión social, hasta que lo vallan y se muda otro enfrente de aquel. Aquí permaneció durante un tiempo y luego se trasladó a vivir debajo de un puente, a la altura del Centro Comercial La Ballena. Empieza a acudir al programa de ducha, desayuno y almuerzo y lavado de ropa de Cáritas, en horario de lunes a viernes, respetando la normativa y acudiendo diariamente.

Se lleva a cabo una coordinación con Prestación no Contributiva (PNC), para ver si tenía alguna posibilidad de percibir la prestación, pero no fue posible porque uno de los requisitos es vivir cinco años ininterrumpidamente, con residencia legal en España.

Se le gestiona con muchísima dificultad la tarjeta sanitaria “Tarjeta Situación Especial”, debido a que no cumplía los requisitos que exige el decreto (por ejemplo, se exigía un año de empadronamiento y no sólo no lo estaba, sino que además no había posibilidad de empadronarlo). Para ello, se necesitaba un anexo tercero, informe a cumplimentar por los

profesionales de trabajo social, en el procedimiento establecido para la inclusión de las personas extranjeras sin recursos en las actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de asistencia sanitaria. Finalmente, en abril de 2014 consigue que se le conceda una tarjeta sanitaria en situación especial (nº tarjeta SSXX85122...). Solo es válida en los términos del Real Decreto Ley 16/2012 y su normativa desarrollada. El 25 de junio de 2014 pierde el derecho a la atención sanitaria, a partir de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, vigente desde mediados de 2012.

En aquel entonces se intentó obtener el pasaporte, pero la embajada de Sierra Leona se encuentra en Londres, sin posibilidad de embajada móvil ni consulado en Madrid o Canarias. Tampoco había familiares que se pudieran hacer cargo de esta gestión.

En noviembre de 2014 le llega una carta desde Subdelegación del Gobierno con una sanción de 501 euros, que ya le habían puesto en el pasado por estar de manera ilegal en territorio español. Se coordina con la abogada de CEAR esta nueva situación. Para dar respuesta, hay que entregar en Subdelegación un duplicado de la multa y el aplazamiento en Hacienda de dicha multa. Se acompaña a Mustafá a Hacienda y se realiza coordinación con cinco departamentos distintos, que nos iban derivando de uno a otro. El asunto era muy complejo. Se necesitaba un aplazamiento de Hacienda con sello de registro. Para hacer ese documento se necesitaba un número de cuenta corriente y DNI o NIE en vigor. Mustafá no contaba con ninguno de estos requisitos, ni posibilidad de conseguirlos. Se rellena toda la documentación y se registra en Hacienda. No la aceptan porque no hay número de cuenta bancaria. Después de insistir, y de ver a otras personas de otros departamentos, finalmente se consigue registrar el aplazamiento de forma “no ortodoxa”. Más adelante vuelve a llegar carta de Hacienda certificada pidiendo más documentos, que no se pueden aportar. Se mantiene de nuevo entrevista con el responsable de Hacienda y se consigue.

El 11 de diciembre de 2014 le viene aprobado el permiso de residencia por un año. Una vez conseguido el objetivo número uno, se procede con el resto de objetivos:

- Conseguir plaza en los comedores sociales y alojamientos de distintas ONGs
- Derivar a alojamiento alternativo
- Solicitar la valoración para el Grado de discapacidad
- Solicitar la PNC (a los cinco años – 12/12/2019)
- Realizar el empadronamiento
- Solicitar la valoración para el Grado de dependencia
- Gestionar la tarjeta sanitaria normalizada

- Comprar teléfono móvil
- Derivar al Programa de Atención al Empleo (PAE)

El 18 de marzo de 2015 le llega aprobado el alojamiento alternativo, para lo cual es necesario abrir una cuenta en una entidad bancaria para que el Cabildo le pueda ingresar el dinero para pagar dicho alojamiento. Como aún no le había llegado el documento del NIE, no fue posible abrir la cuenta, por lo que hubo que esperar un par de meses hasta que le llegara. Por tratarse de una persona africana y de Sierra Leona, el abrir la cuenta supuso una entrevista larga y compleja, en la que le pidieron muchísimos datos, y se tuvo que entregar muchos documentos para justificar el motivo por el que residía en España. Conjuntamente, se le gestiona una plaza en el comedor Nuestra Señora del Carmen, de las Hijas de la Caridad.

Se tramita la discapacidad y se le reconoce el 50%. Caduca justo el día que caduca el permiso de residencia. Cada año hay que entregar nuevo permiso de residencia para realizar un EVO administrativo y ponerle la nueva fecha de temporalidad.

En junio de 2015 insiste en varias ocasiones en que le hagamos entrega de su NIE original. Todos sus documentos se estaban gestionando desde el ETAC con su autorización, ya que decía que él los podía perder, y muchos de ellos se necesitaban para poder seguir realizando gestiones. Tras varias entrevistas de negociación, manifiesta que va a ir a Ámsterdam con un amigo que le pagaba el pasaje, y que era solo por dos o tres días. Afirma también que él no sabía muy bien cuál era el objeto del viaje. Se le explican todas las posibles consecuencias que pudiera tener el ir a Ámsterdam sin saber para qué exactamente. En esta circunstancia se me planteó un gran problema ético, si procedía o no entregarle sus documentos, pues era conocedora de las repercusiones que podía tener, y de lo que significaba perder todo lo que se había conseguido hasta ese momento para regularizar su situación legal en España. Se le ofreció hacerle una entrevista al amigo, el cuál no aceptó. Finalmente, se lo pensó mejor y a la vista de los posibles inconvenientes que le podía acarrear desistió de acudir a dicho viaje.

El 25 de abril 2016 le llega una carta de la Subdelegación del Gobierno indicando que se le suspende el permiso de residencia debido a varias causas judiciales que tenía pendientes. Se investigan esas causas en el decanato y en los juzgados. Varias se encuentran archivadas, y otras estaban pendientes de localizarlo. Se mantiene entrevista con Mustafá y comenta que, en su día, cuando llegó a Gran Canaria, tuvo problemas con su pareja, Fatimata. y que vino la policía. Con la coordinación de CEAR, se realizó escrito con todas las causas archivadas, y de las diligencias de la otra causa, y se presenta en la Subdelegación del Gobierno.

El 18 de mayo de 2016, se rellena solicitud de Promoción de la Salud de Mustafá, en su actual centro de salud de Guanarteme.

En octubre de 2016 es ingresado en UIB, el único ingreso que ha tenido desde la primera vez que lo hizo de forma involuntaria, y aquí se mantiene entrevista con Mustafá y manifiesta insistentemente que quiere regresar a su país. Se dejó pasar un tiempo prudencial, y al alta ya hacía crítica y comentaba que no tenía sentido regresar a su país sin regularizar su situación.

El 20 de octubre de 2016 llega una carta de Bankia indicando que había que actualizar los datos de la cuenta, con su tarjeta de residente y cédula de inscripción. Este mismo procedimiento había que hacerlo también todos los años en las dependencias de Discapacidad.

El 10 de enero de 2017 le aparece en su cuenta de Bankia el embargo que tenía con Hacienda. Se vuelven a realizar gestiones con CEAR para el levantamiento del mismo.

En agosto de 2017 se le propone desde CEAR la búsqueda de empleo, y nos conceden entrevista. Allí hace un curso de informática.

En octubre de 2017 vuelve a aparecer la deuda de Hacienda, que a estas alturas asciende ya a 647 euros. Se coordina con el PIRP, y del escaso dinero que se ha ido ahorrando de alojamiento alternativo se realiza el pago y a la semana siguiente se pide un certificado negativo de la deuda en Hacienda.

En febrero de 2018 se acude al Servicio Canario de Empleo y se apunta como demandante de empleo. Aquí también es necesario llevar todos los años la renovación del permiso de residencia y el pasaporte.

En marzo de 2018 Mustafá comenta que quiere solicitar el pasaporte, y que está en contacto con su madre en Freetown. Pide 300 euros para que se lo puedan gestionar, que se le financian desde el programa de alojamiento alternativo.

En julio de 2018 se le plantea desde el PAE trabajar en el taller de lavado de coches. No acepta, comentando que consigue más dinero lavando los coches por su cuenta en Miller Bajo. Este mismo mes, debido al cierre de la pensión Tamadaba, donde se estaba alojando, se hace necesario buscar un nuevo alojamiento. Se le plantea un piso compartido con su compatriota, en un edificio habitado por más personas con enfermedad mental. Se le presentan nuevas propuestas convivenciales, de piso compartido con otras personas. Se le acompaña a visitar varios pisos, pero no acepta, verbalizando que prefiere vivir solo. Finalmente, en octubre de 2018 se consigue que acepte vivir en un piso compartido con un compatriota en el barrio de Schamann. Aquí empieza a consumir cannabis y cerveza, y a traer a otros chicos africanos al piso. Se habla con ellos y de momento no se repite la situación.

En 2019 ya se consigue que tenga su pasaporte, que caduca en 2024. Actualmente se está planteando la obtención del carnet de conducir cuando tenga dinero suficiente.

Cuando se le pregunta por su relación actual con Fatimata y su hijo, comenta que al principio de la separación se veían con más frecuencia, pero que ahora lleva cinco años sin verlo, y la relación con Fatimata es distante. Al finalizar la entrevista, Mustafá verbaliza de forma espontánea que Fatimata le había comentado que el hijo no era suyo, y que en la actualidad se está realizando la prueba de paternidad.

Con la nueva Ley de Servicios Sociales de Canarias, recientemente aprobada por el Parlamento regional, ley 16/2019, de 2 de mayo, se abre una nueva puerta para la resolución de la problemática de las personas en esta situación, ya que en su Título 1, apartado 9, en el que se define el acceso de las personas al sistema público de Servicios Sociales, por un lado en el punto 1.f se indica que “Todas aquellas personas no contempladas en los apartados anteriores que se encuentren en Canarias en situación de URGENCIA SOCIAL, con independencia de su situación administrativa”. Sin embargo, en el punto 2 dice que “lo establecido en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de los requisitos adicionales respecto de un periodo de empadronamiento previo o de otra naturaleza que se establezcan para el acceso a los diferentes servicios y prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, en esta ley o en otras disposiciones que resulten de aplicación”. Por tanto, habrá que esperar para ver cómo se desarrolla esta nueva ley y en qué medida afectará a personas como Mustafá.

Por otra parte, la Resolución de creación de la Comisión Temática de Personas sin Hogar del Ayto. de Las Palmas de Gran Canaria, de mayo de 2019, según los antecedentes, entre otros: Primero: la Estrategia Nacional Integral, para personas sin hogar 2015-2020, (acuerdo del Consejo de Ministros de 6 de noviembre de 2015), señala que “el enfoque de esta estrategia emana de los derechos que tienen las personas sin hogar y de la necesidad de garantizar los compromisos de los poderes públicos para que las personas sin hogar puedan ejercerlo con efectividad. Estar en situación de pobreza y exclusión extrema apela al derecho de las personas a ser protegidas por los poderes públicos frente a las consecuencias que genera”.

Con el objeto de conseguir una atención integral de las personas que componen el colectivo en las que, además de la condición específica de sin hogar, inciden notablemente problemas de drogodependencia y salud mental, y cuya inserción requiere de fórmulas alojativas apropiadas y de actuaciones específicas para contrarrestar su mermada empleabilidad.

Desde mi punto de vista, desde la Red de Salud Mental debemos avanzar en la coordinación transversal con las distintas administraciones implicadas en este objetivo.

Historia Clínica

Dadas sus especiales condiciones, no existe información clínica previa al contacto que realiza el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario con el paciente. Según comentan sus compañeros, desde abril de 2013, cuando se cumplían cinco años de su llegada a España, Mustafá comenzó a presentar alteraciones de conducta que hacían sospechar de la existencia de trastorno mental: soliloquios, comportamiento desorganizado, desconfianza y tendencia a la agitación. Estos síntomas provocaron, en última instancia, el aumento de su vulnerabilidad, con descuido de su salud, aislamiento progresivo y, finalmente, la exclusión social.

Es contactado por el ETAC y se realiza valoración:

- Presenta un cuadro de alteraciones conductuales y comportamiento desorganizado en la vía pública de varios meses de evolución, con progresión hacia la heteroagresividad.
- Alucinaciones sensoperceptivas de tipo auditivo, que identifica con la voz de Dios.
- Nula conciencia de enfermedad.
- Sin alergias conocidas.
- Consumidor importante de cannabis de larga evolución. Consumo esporádico de cocaína en el pasado.
- Prioridad del caso para ingreso en el ETAC: A4-B2

Tiene una biblia e indica que “esto es el mundo de Dios, ustedes también lo pueden leer. Mi sangre es de Dios. Yo soy chico de Dios, tengo que trabajar para Dios”. Mustafá verbaliza que en mayo de 2013 comenzó a realizar el trabajo de Dios (posible fecha aproximada del inicio de la clínica psicótica, no quedando muy claro si tuvo un comienzo brusco o insidioso).

A finales de enero de 2014 se promovió el ingreso en la Unidad de Internamiento Breve del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, donde permaneció alrededor de cinco semanas. Al alta salió con diagnóstico clínico de esquizofrenia paranoide (CIE-10 / F21.0), con evolución favorable, disminución de alucinaciones auditivas, y permaneciendo las ideas delirantes en segundo plano, sin repercusión afectivo-conductual. Libre de psicopatología aguda, se muestra tranquilo, sin impulsividad y sin agresividad. Eutímico.

El diagnóstico de enfermería al alta es el siguiente: afrontamiento inefectivo, mantenimiento inefectivo de la salud, déficit de autocuidados (baño e higiene), trastorno de la percepción sensorial, conocimientos deficientes del proceso de enfermedad y tratamiento, trastorno de los procesos del pensamiento, tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

Posteriormente ha tenido un único ingreso en la UIB en 2016, por reagudización de síntomas psicóticos. En esta época muestra poco contacto visual, ideas religiosas que pasan de ser sobrevaluadas a delirantes. Afirma ser un espíritu, “el segundo Jesucristo”, que Dios habla con él y le ha dicho que el fin del mundo está cerca. “No soy mortal”, “es una revelación”, “hay más personas a las que Dios hace revelaciones”, “hablo a través del espíritu”.

Nulo insight de estas ideas, aunque en principio no interfiere en sus actividades ni repercute afectivamente. Contacto visual intermitente y sonriente. Transmite un furor bíblico, se le ilumina la cara al hablar sobre la biblia. La hojearnos y está subrayada, con algunas anotaciones, y muchos folios escritos por él. No conseguimos entender sobre qué escribe.

Lábil, angustiado, trata de contenerse y presenta un lenguaje algo más difícil de entender (farfalle, habla poco el castellano). Pronto comienza a verbalizar su ideación delirante místico-religiosa, esta vez con repercusión afectiva, tornándose lloroso y angustiado. Refiere tener que cuidar de nosotros, que está trabajando con Dios, con el clima, pero que tiene que ver muchas desgracias y “mucho sangre”. Reconoce que ha aumentado el consumo de cannabis. Según él, con el objetivo de calmar su angustia. Hasta más de diez porros al día (sic), si dejo de fumar me muero (sic). Deja la medicación porque no le permite trabajar con Dios. Hermético, actitud entre suspicaz y megalóide, contacto psicótico, por momentos aumento de la latencia de respuesta, y perplejidad evidente, impresionando invasión alucinatoria. Fluye en una verborrea incontenible, con exaltación psicomotriz creciente. Disfórico, vociferante e hipergesticulador. Presenta su biblia y su Rosario constantemente, habla del poder de su sangre, como pruebas de realidad de lo que va relatando. Refiere ser el siguiente mesías, el hijo de Dios, enviado como Moisés o Jesucristo para salvarnos a todos.

Convicción delirante de que un apocalipsis se cierne sobre nosotros, en cuestión de un mes, y de que debe detenerlo, para lo cual ha de regresar en menos de 24 horas a Sierra Leona. Importante repercusión emocional de los delirios y conductual. Ha estado insomne las últimas noches, y ha comenzado a abordar a policías locales para considerarlos sus aliados. Verbaliza, de forma un tanto desorganizada, ideas heteroagresivas, como parte de su defensa delirante. Se supone que lleva tres o cuatro días sin tomar la medicación. Opositor al ofrecimiento de medicación oral o inyectable para control sintomático, que hace inviable el manejo ambulatorio de la actual crisis, con riesgo de paso al acto, teniendo en cuenta el compromiso funcional que genera la actividad psicótica. Nula conciencia de enfermedad. Se gestiona traslado no voluntario al Hospital Dr. Negrín. Llegó a consumir quince porros diarios.

Desde entonces, ha tenido muy buena evolución, en relación con remisión de la sintomatología de forma importante, así como en relación con la limitación en el consumo de tóxicos y en el mantenimiento de un alojamiento.

El tratamiento actual:

- Risperidona 4mg (0-0-1), a días alternos
- Olanzapina 5mg (0-0-1), a días alternos

Descripción de Síntomas Actuales

Descripción de sintomatología positiva y negativa

- Aislamiento progresivo.
- Soliloquios.
- Comportamiento desorganizado.
- Desconfianza y tendencia a la agitación.
- Alucinaciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo que identifica con la voz de Dios, que toman tintes comandatarios.
- Discurso bien elaborado y estructurado, donde verbaliza ideas delirantes de tinte megalóide, mesiánico y místico-religioso.
- Afecto hipertímico, de manera congruente con los síntomas psicóticos.
- Ideación delirante en primer plano.
- Fenómenos interpretativos en relación con la climatología.
- Reconoce consumo de tóxicos (cannabis diariamente): “no puedo vivir sin fumar hachís” (sic).

Factores de riesgo

- Nula conciencia de enfermedad
- Inexistencia de apoyo familiar
- Consumo de tóxicos (cannabis)
- Abandono de la medicación
- Barrera idiomática
- Problemas derivados de las diferencias culturales
- Déficit en habilidades sociales
- Déficit en habilidades de afrontamiento
- Ausencia de actividades sociales gratificantes

- Falta de recursos económicos
- Problemática social derivada de sus problemas para conseguir el permiso de residencia
- Problemas a la hora de obtener permiso de trabajo

Factores de protección

- No deterioro cognitivo
- Periodos intercrisis estable (solo se ha producido una descompensación)
- Sin problemas judiciales actualmente
- Adherencia terapéutica con los profesionales del ETAC
- Intervención temprana
- Incremento de habilidades de autonomía
- Alojamiento garantizado, con la supervisión de una monitora

Análisis Descriptivo por Áreas de Funcionamiento Psicosocial

Este análisis descriptivo se ha realizado en base a entrevistas personales, a la observación y a las siguientes escalas y cuestionarios realizados:

- *Escala de Lawton y Brody*, para evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria: puntuación de 5 sobre 8. Se observan ciertas carencias en la realización de la compra, en la preparación de comidas y en el lavado de ropa.
- *Escala de Rosenberg*, para explorar la autoestima personal: puntuación de 35 sobre 40. Se deduce que tiene una autoestima elevada, considerada como autoestima normal.
- *Escala HONOS*, para evaluar el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Puntuación de 15 sobre 48. Se aprecia una mayor repercusión en los problemas clínicos y en los problemas sociales.
- *Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)*, para valorar el grado de ansiedad. El resultado en la ansiedad psíquica ha sido de 6 y en la ansiedad somática de 2. Por tanto, la ansiedad no es uno de los problemas a tratar.
- *Test de Morisky-Green-Levine*, para evaluar la adherencia al tratamiento. Puntuación de 2 sobre 4. Es necesario trabajar en la mejora de la adherencia al tratamiento.

- *Cuestionario Oviedo del Sueño*: en la subescala de satisfacción subjetiva del sueño ha puntuado 4; en la subescala de insomnio, 29; y en la subescala de hipersomnio, 6. Se deduce que padece algo de insomnio, aunque no en exceso.

Autocuidados

- *Higiene personal*: no realiza su aseo diario, por tener aún hábitos de persona en exclusión social.
- *Vestido*: se mantiene con la misma ropa puesta durante semanas. Si bien se le ofrece otra ropa distinta, es muy selecto en lo que se pone, y si no le gusta no la acepta.
- *Alimentación*: su alimentación no es variada ni equilibrada, a pesar de disponer de cocina y utensilios para hacerla. Básicamente come algún bocadillo y algo de fritos.

Hábitos de vida

- *Hábitos de vida saludables*: deterioro importante de los hábitos de vida saludables. Lleva una vida semisedentaria. El único ejercicio que hace una vez al día es acudir caminando desde su residencia actual hasta Miller Bajo, unos tres kilómetros entre la ida y la vuelta.
- *Hábitos de sueño*: No suele lograr un sueño reparador. Se suele despertar durante la noche con dolor en la pierna y necesidad de orinar, despertándose antes de lo habitual. Suele tener pesadillas. Toma pastillas para conciliar el sueño
- *Consumo de sustancias tóxicas*: consume cannabis. Fuma unos ocho porros al día.

Afrontamiento personal y social

- *Autocontrol*: tiende a aislarse ante los problemas. Manejo deficitario en situaciones de estrés y tensión.
- *Habilidades sociales*: posee adecuadas habilidades para la comunicación y el trato social, si bien no mantiene un contacto visual adecuado, en muchas ocasiones intermitente o nulo. A veces también es parco en palabras, y otras, las menos, limitado en su vocabulario por la barrera idiomática.
- *Solución de problemas*: tiene capacidad para solucionar sus propios problemas. Toma decisiones que le ayuden a cubrir sus necesidades. En la convivencia con su compañero tiende a minimizar los conflictos.

Capacidades cognitivas

- *Habilidades cognitivas básicas*: deterioro leve, especialmente en concentración y atención.
- *Procesamiento de información*: en ocasiones impresiona de cierta dificultad para que entienda lo que se le está hablando, aunque no se ha podido determinar si es debido a la barrera idiomática.
- *Capacidad de aprendizaje*: realizó un curso de informática y fue receptivo a los conocimientos que se le transmitían.

Autonomía básica

- *Manejo de dinero*: no recibe ningún tipo de pensión económica. Hasta la actualidad no reúne los requisitos que el estado español exige para ello. Si bien, posee dinero que gana lavando coches y lo administra para el consumo de tóxicos y algún que otro gasto personal muy puntual. De resto, todas las necesidades se le cubren a través del dinero del programa de alojamiento alternativo.
- *Manejo de transportes*: no suele hacer uso del transporte público. La mayoría de los trayectos los hace caminando desde su casa, normalmente hasta la zona de Miller Bajo.
- *Manejo del entorno*: no tiene iniciativa para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Se maneja de manera deficitaria en su entorno, y necesita acompañamiento para conseguir llevar una vida medianamente normalizada en la comunidad.
- *Conocimientos educativos básicos*: si bien cuenta con estudios secundarios, al pertenecer a otro sistema educativa totalmente diferente, se ve muy limitado en los conocimientos diarios.

Autonomía social

- *Capacidad de gestión*: limitada y escasa.
- *Manejo de recursos sociales*: si bien en alguna ocasión ha acudido a CEAR, a Cáritas, a diversas Administraciones Públicas, acompañado las primeras veces por la trabajadora social del ETAC, en ocasiones sucesivas ha acudido por sí mismo.
- *Manejo de ocio y tiempo libre*: su tiempo libre y ocio no está estructurado. Todos los días repite la misma rutina: se levanta, desayuna, se va a Miller Bajo, donde pasa el día y regresa por la tarde noche.

Capacidad laboral

- *Situación laboral*: actualmente en su permiso de residencia específica que no tiene autorización para trabajar en España, solo para residir por causas excepcionales de urgencia, enfermedad sobrevenida. Para poder trabajar, debería cumplir con los requisitos que dice la ley de leyconsecutivo.
- *Capacidad laboral*: tiene capacidad y conocimientos para realizar un trabajo protegido, muy bien definido y delimitado.
- *Motivación laboral*: tiene motivación para trabajar, pero al conocer su situación administrativa lo mantiene en un segundo plano.

Relación con el tratamiento

- *Conciencia de enfermedad*: es conector de que padece una enfermedad que cursa con clínica delirante. Le cuesta entenderlo, pero es consciente de ella. Tiene una conciencia de enfermedad parcial, con el agravio del consumo de tóxicos, que hace que tenga siempre en un primer plano el adquirirlos.
- *Responsabilidad ante el tratamiento*: en la actualidad tiene adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y al seguimiento y pauta de los profesionales del ETAC. Necesita de una supervisión estrecha y diaria por el Equipo y por la monitora del piso. Si se acude al sitio donde se encuentre, bien sea en su piso o en Miller Bajo, nos recibe adecuadamente y siempre con predisposición.
- *Respuesta al tratamiento*: los periodos que ha estado tomando correctamente el tratamiento farmacológico, la respuesta al mismo ha sido positiva.
- *Efectos secundarios*: en algún momento sí se ha dado, pero en la actualidad no existen efectos secundarios.

Soportes sociales (red de apoyos)

- *Actividad principal*: su actividad principal es conseguir dinero para comprar algo que comer y sustancias tóxicas.
- *Soporte familiar*: no cuenta con soporte familiar en la isla. Su madre, que vive en Sierra Leona, le llama una vez a la semana. También su hermana pequeña, que vive en Estados Unidos, lo llama una o dos veces al mes.
- *Red de apoyo social*: las relaciones interpersonales que tiene es única y exclusivamente con el entorno de sus paisanos, y principalmente en la zona de Miller Bajo, donde se concentran un gran número de ellos para lavar coches. No se relaciona con el resto de

personas que viven en el edificio, a pesar de disponer éste de un salón de reuniones que invita al encuentro.

- *Autonomía económica*: no posee ningún tipo de ingresos, solo los que percibe lavando coches.
- *Soporte residencial*: vive en una vivienda recién reformada, que reúne todas las condiciones de habitabilidad, en un barrio residencia en la zona alta de la capital, bien comunicado, y en el que predominan sobre todo las casas autoconstruidas y con buena relación vecinal. Sin barreras arquitectónicas, y con todo el mobiliario y enseres necesarios para llevar una vida digna.
- *Inserción en recursos sociales*: los ha utilizado, pero solo con objetivos bien delimitados: para cubrir sus necesidades básicas, para conseguir su documentación. Pero no con fines de relaciones ni de disfrute en la comunidad.

FORMULACIÓN DEL CASO

Hipótesis de Origen

El origen de muchas de sus conductas problema están relacionados con su situación de emigrante irregular y la odisea que ha tenido que vivir hasta llegar a un destino estable. Ha pasado por varias situaciones estresantes y traumáticas, como es la separación de su familia, los cambios culturales, alejarse de su zona de confort, por lo que muchos de sus hábitos de vida saludables empezaron a deteriorarse. Y el culmen de esta situación inestable se produce en el momento en el que le aparece el brote de la enfermedad, viviendo en exclusión social, sin techo, sin un lugar donde comer o asearse de forma regular.

Por otro lado, su situación de inmigrante irregular, sin un pasaporte en vigor, le impiden poder conseguir regularizar su situación y conseguir un permiso de trabajo, por lo que le resulta imposible conseguir unos ingresos estables para poder llevar una vida normalizada y conseguir una inclusión plena en la comunidad para conseguir su recuperación. Los pocos ingresos que consigue haciendo trabajos esporádicos (principalmente lavado de coches) los dedica en mayor medida a comprar sustancias tóxicas.

Hipótesis de Mantenimiento

A partir de su diagnóstico, su situación gira de forma imprevista en la consecución de objetivos para su proyecto de vida. Se le generan nuevos planteamientos del tipo “por qué

estoy enfermo”, “regreso a mi país, ventajas e inconvenientes”, “dudas sobre la evolución de la enfermedad y el desarrollo de un nuevo proyecto vital”.

Varios son los factores que influyen en que en la actualidad se mantengan los problemas:

- El apoyo familiar sigue siendo prácticamente imposible, dada la lejanía a la que se encuentra ésta, y las comunicaciones telefónicas suelen ser bastante banales.
- La integración en la comunidad es muy escasa. De hecho, continúa su reticencia a convivir si no es con su compatriota. Tampoco se relaciona con otras personas, y es de la opinión de que “los amigos te arruinan la vida”.
- La barrera idiomática sigue estando presente, dado que sus relaciones son básicamente con personas de su misma nacionalidad.
- La cultura y los valores son distintos a los de su país de origen
- Persiste el consumo de cannabis, unido a la falta de recursos económicos estables, hacen que buena parte de los ingresos que consigue los dedique a comprar dichas sustancias tóxicas, y descuide otras necesidades básicas.
- El largo periodo de tiempo que ha permanecido viviendo en exclusión social ha hecho que se acostumbre a esta situación, y que haya adoptado ciertos hábitos de vida que aún permanecen, a pesar de su situación actual, con un alojamiento estable.

En el lado positivo, la alianza terapéutica con los profesionales del ETAC ha permitido en todo momento el asesoramiento y seguimiento del caso.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

Objetivos Generales

Los objetivos generales de este Plan Individualizado de Rehabilitación sería los siguientes:

- Conseguir que sea más perceptivo a su diagnóstico.
- Aumentar su autonomía.
- Aumentar su integración en la Comunidad.
- Conseguir la derivación a su Unidad de Salud Mental de referencia.
- Conseguir que pueda disponer de unos recursos económicos estables y suficientes

Objetivos Específicos y Acciones a Realizar

PROBLEMA	OBJETIVO	ACCIONES	PROFESIONAL	EVALUACIÓN
SINTOMATOLOGÍA:				
Sintomatología residual con riesgo de descompensación o de recaída si no sigue el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia al tratamiento. - Mantener estabilidad. - Que él se ocupe de la compra y de la gestión de su medicación. - Que se encargue de preparar su pastillero 	<ul style="list-style-type: none"> - Se le entregará receta electrónica y dinero para que él acuda a la farmacia. - Se le supervisará el pastillero. - Se le orientará en la toma de la medicación. 	- Enfermera	Semanal
AUTOCUIDADOS:				
Falta de higiene y orden en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener orden y limpieza de la vivienda. - Evitar que mezcle ropa limpia y sucia. - Conseguir que seque bien la ropa, para que no se quede con olor a humedad. - Mantener la vivienda ventilada correctamente. - Conseguir que utilice las sábanas adecuadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - En cada visita se supervisará la limpieza de baño, cocina y habitación, en especial inodoro, bañera y lavamanos. - Controlar que el cubo de basura contenga basura reciente, y en caso contrario indicarle que la tire con regularidad. - Revisar nevera y despensa, tirando aquellos productos no aptos para el consumo (caducados, inservibles...). - Orden en los armarios, sábanas limpias, zapatos en la zapatera, ceniceros vacíos y fuera de la habitación. - Abrir las ventanas con frecuencia, mínimo una hora al día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera - Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social 	Mensual

PROBLEMA	OBJETIVO	ACCIONES	PROFESIONAL	EVALUACIÓN
Descuido personal	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la higiene personal. - Cuidar la vestimenta de forma adecuada. - Cuidar la higiene de cabeza y pelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar que la ropa esté limpia y planchada. - Supervisar el afeitado, el tamaño y la limpieza del pelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera - Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social 	Quincenal
Alimentación deficitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que se alimente de forma equilibrada - Conseguir que tome una comida completa y variada al día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborará, junto a su compañero, su propia comida en su casa. Una vez determinado qué es lo que va a cocinar, deberá ir al mercado y supermercado a comprar, con una lista previamente elaborada de lo que necesite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar de Enfermería 	Mensual
No acude de forma regular a su Centro de Salud	<p>Conseguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se vincule a su Centro de Salud. - Que pida cita telefónicamente. - Que acuda a la visita del médico. - Que gestione su receta electrónica - El seguimiento de su problema maxilofacial 	<ul style="list-style-type: none"> - Se le supervisará que ha pedido cita y que está incluido dentro de los programas específicos de salud y que ha gestionado su receta electrónica. - Que se realice una analítica de control y que se trate un absceso cutáneo 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera - Auxiliar de Enfermería 	Bimestral
Consumo de cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar el consumo de forma gradual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se le hará una derivación a la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD) - Se le llevará registro diario de la cantidad de porros consumidos. - Se confeccionará una tabla con la confección progresiva por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera - Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social 	Cada mes

PROBLEMA	OBJETIVO	ACCIONES	PROFESIONAL	EVALUACIÓN
AUTONOMÍA EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS:				
Uso deficiente de recursos ocio-culturales	- Potenciar actividades de ocio y culturales, tanto a nivel formal como informales	- Conseguir que acuda una vez a la semana a cualquier actividad de ocio (cine, teatro, centro cívico...) o deportiva (partido de fútbol, baloncesto...) - Conseguir que acuda a las salidas de ocio que realiza el ETAC una vez por semana	- Trabajadora Social	Cada mes
Uso deficiente de recursos formativos	- Que se matricule en la Escuela Oficial de Idiomas, en el curso de español para extranjeros - Que acuda a las clases que proporcionan Cruz Roja y CEAR - Que obtenga el carnet de conducir	- Conseguir que acuda a la Escuela de Idiomas a pedir información - Conseguir que se matricule en el periodo destinado para ello - Lograr que acuda regularmente a clase	- Trabajadora Social	De manera puntual en cada proceso
INTERACCIÓN FAMILIAR:				
Escasas relaciones con sus familiares	- Facilitar y fomentar las relaciones familiares vía telefónica, con su madre y hermana, y con el resto de hermanos - Mejorar el contenido de las comunicaciones con sus familiares, para que sean menos superficiales	- Fomentar las comunicaciones telefónicas con su familia - Conseguir a medio o largo plazo que acuda a Freetown a hacer una visita a su familia	- Trabajadora Social	Mensual

PROBLEMA	OBJETIVO	ACCIONES	PROFESIONAL	EVALUACIÓN
RED SOCIAL:				
Tendencia al aislamiento	- Aumentar su red de apoyo social.	- Integrarse con sus compañeros y compañeras de la Escuela de Idiomas - Potenciar que acuda a las salidas de ocio que organiza la Escuela - Potenciar la relación con los vecinos del edificio donde vive, acudiendo al salón de reuniones que se encuentra en la planta baja del mismo	- Psiquiatra - Enfermera - Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social	Bimestral
SOPORTE ECONÓMICO:				
No cuenta en la actualidad con recursos económicos	- Conseguir que disponga de una Prestación no Contributiva	- Realizar una nueva solicitud del grado de discapacidad, para intentar conseguir el 65% - Renovar el siguiente año del permiso de residencia, para que cumpla el requisito de vivir cinco años consecutivos de forma legal en territorio español	- Trabajadora Social	Trimestral
Carece de permiso de trabajo	- Conseguir que algún empresario le haga un contrato de al menos un año de duración	- Continuar con la firma de la cartilla del paro - Acudir a las oficinas del INEM para la búsqueda activa de empleo - Elaboración de currículum vitae y entrega en empresas de empleo protegido	- Enfermera - Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social	Trimestral

PUESTA EN MARCHA DEL PLAN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tras el trabajo previo realizado, de adherencia terapéutica con el paciente, trámites administrativos, consecución del permiso de residencia, inclusión en el programa de alojamiento alternativo, se comienza a trabajar con los nuevos objetivos establecidos en el plan, consensuados entre Mustafá y los profesionales del equipo que le atienden.

Para la puesta en marcha del plan, se han establecido unas prioridades, centrándonos en primer lugar en aquellos objetivos que consideramos más urgentes, que se han detectado a partir de la observación y de las entrevistas individuales y a través de las escalas y cuestionarios administrados.

Se llevará a cabo una evaluación continuada de resultados. Por un lado, se realizará una revisión del PIR, de forma semestral, lo que permitirá observar los cambios que se vayan produciendo, conocer el grado de cumplimiento de los objetivos y revisar las acciones a realizar en caso de que fuera necesario. Por otro lado, se realizará una revisión de la evolución de las conductas, de forma que se pueda cuantificar los cambios que se vayan produciendo en las conductas que se desea corregir.

Con todos estos datos en la mano, se elaborarán nuevos objetivos específicos o acciones a realizar, si fuera necesario. Asimismo, se darán respuesta a las incidencias no previstas en el plan que puedan surgir.

Para evaluar las conductas se utilizarán tanto hojas de autorregistro como escalas y cuestionarios. Respecto al autorregistro, se monitorizarán las siguientes conductas:

- Número de salidas de ocio (ETAC y/o Escuela Oficial de Idiomas)
- Número de porros que fuma al día
- Tickets de la compra de mercado y supermercado
- Número de comidas semanales elaboradas en la casa
- Número de días que ha acudido a clases
- Número de veces que ha acudido al Centro de Salud y relación de pruebas diagnósticas que se ha realizado
- Día que ha realizado el pastillero adecuadamente
- Número de lavadoras puestas a la semana, y si la ha puesto correctamente (ropa blanca, ropa de color, productos, tenderla, recogerla cuando esté seca, doblarla y ordenarla)

En cuanto a las escalas y cuestionarios, en la evaluación continuada pasados seis meses se volverán a realizar aquellos en los que se apreciaron ciertos déficits y que se han marcado como objetivos para trabajar:

- Escala de Lawton y Brody
- Escala HONOS
- Test de Morisky-Green-Levine
- Cuestionario Oviedo del Sueño

Actualmente han transcurrido algo más de dos meses desde la puesta en marcha del PIR y ya se puede observar que se han ido consiguiendo algunos objetivos a corto plazo:

- Se ha conseguido que acuda a alguna actividad de ocio, y a la vuelta indica que le han gustado. Entre ellas, ha acudido un par de veces a darse un baño en la playa de Las Canteras.
- En cuanto a la dieta, está elaborando algunos menús junto con su compañero de piso, supervisado por la monitoria del programa de alojamiento alternativo. Verbaliza que suele hacer comida para dos días. Suele preparar comidas típicas de su país, pero está incluyendo dentro de su menú algunas comidas canarias. La monitora le da 20 euros a la semana. Mustafá previamente elabora una lista de los alimentos y acude al supermercado a comprarlos.
- Está llevando una vida algo más organizada, con un sueño más estructurado, reduciendo el insomnio.
- Acude mensualmente al Centro de Salud, y ha pedido cita para una analítica para observar su estado de salud general. Esto último le ha costado mucho, porque verbaliza que no le gusta ver su sangre.
- Se ha percibido una mejoría en los hábitos de higiene, duchándose diariamente, cambio de ropa diario y la compra de los productos adecuados de aseo, incluido desodorante.
- La vestimenta es más adecuada en relación a la situación climatológica, excepto el gorro de lana que lleva en pleno agosto, que refiere que es para proteger sus rastas de la polución ambiental.

Por otra parte, no se han conseguido algunos objetivos:

- No se matriculó en la Escuela de Idiomas
- No acude regularmente a las salidas de ocio
- No quiso ir el 10 de octubre al acto de la Salud Mental celebrado en Agüimes
- No ha acudido al maxilofacial
- No ha reducido el consumo de cannabis

CONCLUSIONES

Este trabajo fin de máster se ha orientado a la rehabilitación de una persona con enfermedad mental grave, sobre la que concurren, además, otros condicionantes como son su situación de inmigrante irregular y de exclusión social.

Este chico emigra en busca de un futuro mejor, desde un país africano, Sierra Leona, con una de las rentas per cápita más bajas del mundo y sobre el que pesan aún los efectos devastadores de una reciente guerra civil. Tras una larga y complicada travesía, consigue establecerse en un país desarrollado, donde poder alcanzar un estado de bienestar. En medio de este proceso de integración, cuando contaba con 27 años, su nuevo proyecto de vida se ve truncado por la irrupción de su enfermedad mental.

La intervención temprana y en los primeros episodios del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario sobre este caso creo que ha sido un punto crucial para evitar un mayor deterioro de Mustafá. A pesar de las vicisitudes que le ha tocado vivir, y de la complejidad de la burocracia administrativa para conseguir los documentos necesarios para su integración, él se ha mantenido ilusionado y proactivo con su proceso de recuperación, y se le ve feliz y agradecido con los profesionales del ETAC, con las instituciones canarias y con el estado español que le ha acogido.

Buena parte del trabajo realizado se ha conseguido gracias a la coordinación sociosanitaria, a la disponibilidad de los profesionales de las distintas administraciones y ONGs, que han entendido la situación de Mustafá como vulnerable y, en alguna ocasión, han actuado al límite de la normativa.

El objetivo que se plantea es mantener la estabilidad clínica, su alojamiento alternativo, conseguir una prestación económica que le permita vivir mejor, un trabajo a media jornada y continuar con su proyecto de vida. A largo plazo, la intención es poder continuar viviendo en Gran Canaria, si bien le gustaría realizar alguna visita a su familia en Sierra Leona. El paciente y el equipo consideran que se puede comenzar a evaluar su posible derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia.

Desde mi punto de vista, el desarrollo de este trabajo, con la evaluación funcional y diseño del Plan de Individualizado de Rehabilitación, sería una forma organizada para trabajar el personal multidisciplinar que conforma el ETAC, y debería ser un modelo de protocolo sistematizado y obligado para todos los casos. De esta forma, los profesionales del equipo, así como sus posibles sustitutos, MIR, PIR o EIR, podrán, de una manera objetiva, saber en cada momento cuál es el trabajo a realizar con cada uno de los pacientes que están siendo tratados. Así mismo, considero que sería interesante que se fomentara entre el personal el cursar este tipo de másters, así como cursos específicos orientados a aprender a realizar estos PIR y que los podamos realizar de una forma más operativa y rutinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltar, J., Domínguez, C., Hernández, E. y Gutiérrez, M. (2018). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2013*. Canarias, España: Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental*. <https://bi.cibersam.es/>
- De Pedro, J., Noguera, I., García, F. y Rodríguez, C. (2018). *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia Epidemiológica*. Madrid, España: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
- Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, España: FEARP.
- Foucault, M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Giner, J., Saiz Ruiz, J., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., Rico-Villademoros F., Álamo, C., Cervilla, J.A., Ibáñez Cuadrado, Á., Ibáñez Guerra, E., López, S., Morán, P., Palao, D.J. y Romacho, M. (2014). *Recommendations on Physical Health in Patients with Depression. Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 195-207.
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias*. <http://sede.gobcan.es/boc/boc-a-2019-094-2431.pdf>.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
- Llano, J.C. (2018). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017*. Madrid, España: EAPN España.
- Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es>
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid, España: Ed. Síntesis.
- Resolución del Concejal de Gobierno del Área de Cohesión Social e Igualdad en relación con la creación de la Comisión Temática de Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria*.
<https://sedeelectronica.laspalmasgc.es/3webc/validacionFirmas.do?opcion=1&modo=0&csv=JLFjbVld19cYMdWnaVYwHg==>

- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J. y Comas, A. (2009). *Prevalence and Comorbidity of Common Mental Disorders in Primary Care*. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3):52-8.
- Strathdee, G. y Thornicroft, G. (1997). Community psychiatry and service evaluation. En *The Essentials of Psychiatry* (ed.R.Murray,P. Hill & P. McGuffin), pp. 513–533. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thornicroft, G. y Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

ANEXOS

Informe Clínico 6-marzo-2014

Motivo de ingreso:

Paciente traído por ETAC por alteraciones del comportamiento en vía pública para estudio.

Datos de filiación:

Paciente varón, 28 años, natural de Sierra Leona, actualmente en situación de exclusión social. Reside en Las Palmas desde hace 5 años. No apoyo social ni familiares.

A. Somáticos: NAMC

A. Psiquiátricos: Sin interés

Hábitos tóxicos:

Consumo perjudicial de cannabis de larga evolución. También reconoce consumo previo de cocaína.

EA:

Traído por la Policía por cuadro de varios meses de evolución de alteración de la conducta en la vía pública que progresan a heteroagresividad. Según parece, ha presentado conducta errática, soliloquios y tendencia importante a mostrarse inadecuado, invasivo, así como con importante desconfianza y suspicacia. En las últimas semanas le han visto con comportamiento desorganizado, extraño, cortando árboles de los jardines municipales. Según refiere el propio paciente el cuadro podría haber estado presente desde hace años.

EPP:

C,O, colaborador y abordable. Discurso bien elaborado y estructurado, donde verbaliza ideas delirantes de tinte megalóide, mesiánico y místico-religioso (convencimiento de ser un enviado de Dios a cumplir una misión a nivel mundial, justificando con esa misión sus alteraciones de conducta). Reconoce alucinaciones auditivas que identifica con la voz de Dios y que toman tinte comandatorio, pero negando angustia acompañante. Afecto hipertímico de manera congruente con los síntomas psicóticos. Nula conciencia de enfermedad. Nula capacidad de introspección y de análisis de su situación actual, que es bastante precaria.

Cannabis+

EVOLUCIÓN:

La evolución ha sido favorable, disminuyendo las alucinaciones auditivas y permaneciendo las ideas delirantes en segundo plano sin repercusión afectiva o conductual. Se desarrollan varias reuniones con ETAC durante el ingreso. El paciente se muestra colaborador y acepta el seguimiento por el ETAC, así como el tratamiento depot administrado. Al alta libre de psicopatología aguda. Se muestra tranquilo sin impulsividad y sin agresividad. Eutímico. Se realizan numerosas gestiones en el plano asistencial consiguiendo el alta a una pensión "Miraflores". ETAC viene a buscarlo.

DIAGNÓSTICO: Esquizofrenia paranoide CIE-10:

TRATAMIENTO:

Akineton retard 4mg: 1-0-0

Olanzapina 10mg: 0-0-1

Olanzapina 5mg: 0-0-1

Clopixol depot 1 ampolla i.m. cada 14 días

PLAN:

Al alta realizará seguimiento médico por ETAC

Informe Clínico 19-octubre-2016

Se trata de un paciente que es remitido por psiquiatra de referencia por presentar signos propios de descompensación psicopatológica, en contexto de negativa a la toma de tratamiento oral. Al parecer, el paciente se había mostrado inquieto, insomne y verbalizando ideación delirante de tipo místico-megaloide, con repercusión afectiva y conductual.

Consciente, orientado, perplejo, hiperalerta y con inquietud psicomotriz. Discurso entrecortado, en el que expresa temática místico-megaloide y de tipo hipocondriaca, refiriendo cefaleas y “dolor en las venas”, que atribuye de forma delirante al trabajo que tienen que hacer para Dios, y que consiste en redimir los pecados de las demás personas a través de la sangre, que asegura que brota de sus venas.

Reconoce alteraciones senso-perceptivas, en forma de voces procedentes de Dios, probable cenestopatías, que interpreta como “toques” que le hacen los espíritus para hacerle heridas y que derrame su sangre. No conciencia de enfermedad mental ni de descompensación actual, por lo que ingresa de forma involuntaria.

JUICIO CLÍNICO: CIE: F20.0

EVOLUCIÓN:

Remisión progresiva de la sintomatología descrita, una vez reinstaurado el tratamiento con antipsicóticos en preparación depot y vía oral.

El paciente mantiene ideas delirantes en segundo plano, sin que se aprecie repercusión afectiva ni conductual.

TRATAMIENTO:

Clopixol depot – 1 vial administrado vía intramuscular cada 21 días.

Risperdal flas 3 ml – 0-0-1

Dormodor cápsula si hay insomnio

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94) 4 JUNIO 2019

Paciente <u>MUSTAFA</u>	Edad <u>33</u> Sexo <u>HOME</u>
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria	
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

Puntuación: 5

Escala de Rosenberg

Mustafa 4 JUNIO 2019

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α)

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás		X		
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	X			
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	X			
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	X			
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a		X		
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a		X		
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				X
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo			X	
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				X
10. A veces creo que no soy buena persona				X

Puntuación: 35

Escalas de Evolución

HoNOS

Uriarte JJ, Beramendi V*, Medrano J***

*Wing JK***, Beevor AS***, Curtis R****

Versión en Lengua Castellana de:

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES

(Wing, Beevor, Curtis)

*Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Sº Rehabilitación. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

**Hospital Psiquiátrico Las Nieves. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

***Royal College of Psychiatrists. College Research Unit

Resumen de las Instrucciones de Puntuación

1. **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12
2. **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global
3. **Puntuar** el problema MÁS SEVERO ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado
4. **Todas las escalas** siguen el formato:

0 = sin problema

1 = problema menor que no requiere intervención

2 = problema leve pero claramente presente

3 = problema de moderada gravedad

4 = problema grave o muy grave

Glosario de la Hoja de Puntuación HoNOS

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada

Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)

No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala 6

- 0 Sin problema de este tipo durante el periodo evaluado
- 1. Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud etc. que no requiere intervención
- 2. Incluye actitudes agresivas; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación
- 3. Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres
- 4. Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena

2. Autolesiones no accidentales

No incluye las autolesiones accidentales (debidas, por ejemplo, a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5

No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).

- 0 Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
- 1. Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones
- 2. Riesgo leve durante el periodo evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas)
- 3. Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación)
- 4. Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el periodo evaluado

3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1

No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5

- 0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
- 1. Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales
- 2. Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas pero sin dependencia seria

3. Marcada apatencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación
4. Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas

4. Problemas Cognitivos

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3

0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
1. Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo olvido ocasional de nombres)
2. Problemas leves pero claros (por ejemplo se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples
3. Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental
4. Desorientación severa (por ejemplo incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor

5. Problemas por enfermedad física o discapacidad

Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal

Incluye a los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4

0. Ningún problema de salud física durante el periodo evaluado
1. Problema menor de salud durante dicho periodo (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.)
2. Problema de salud física que provoca limitación leve de la movilidad y actividad
3. Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física
4. Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física

6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones

Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico

Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes

No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1

0. No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el periodo evaluado

1. Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del paciente
2. Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir clínicamente presente pero de forma leve
3. Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica
4. El estado mental y la conducta del paciente están seriamente y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el paciente

7. Problemas en relación con el humor depresivo

No incluye la hiperactividad o la agitación, que se puntúa en la Escala 1

No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2

No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6

0. Ningún problema asociado con humor depresivo durante el periodo evaluado
1. Tristeza; o cambios menores en el estado de ánimo
2. Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo sentimientos de culpa; pérdida de la autoestima)
3. Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación acerca de sentimientos de culpa
4. Depresión severa o muy severa, con ideas de culpa o autoacusación

8. Otros problemas mentales o conductuales

Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A fóbico; B ansiedad; C obsesivo-compulsivo; D sobrecarga mental y tensión; E disociativo; F somatoforme; G alimentación; H sueño; I sexual; J otros, especificar

0. Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del periodo evaluado
1. Problemas menores solamente
2. Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo el paciente tiene un cierto grado de control)
3. Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, etc.) es decir nivel de problema moderadamente severo
4. Problema grave que domina la mayoría de las actividades

9. Problemas con las relaciones

Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas

0. Ningún problema significativo durante el periodo evaluado

1. Problema menor sin entidad clínica
2. Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para los demás
3. Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo
4. Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales

10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana

Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas como la administración del dinero, la organización de donde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.

Incluye : cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento

No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11 y 12

0. Sin problemas durante el periodo evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas
 1. Problemas menores solamente (por ejemplo desordenado, desorganizado)
 2. Cuidados personales adecuados pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (ver arriba)
 3. Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas
 4. Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas

11. Problemas con las condiciones de vida

Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana

¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)? Si es así, ¿se dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?

No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota : puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual.

0. El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la Escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo

1. El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.)
2. Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo elección restringida; el personal o las personas que viven con el paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de como limitar la discapacidad o de como ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas)
3. Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo carencia de algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del paciente son mínimos o inexistentes
4. El alojamiento es inaceptable (por ejemplo carece de las necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son por lo demás intolerables), agravando los problemas del paciente

12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades

Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar capacidades ocupacionales y recreativas y actividades?. Considerar factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres, clubes sociales, etc.)

No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota : Puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el periodo previo al ingreso.

0. El entorno cotidiano del paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.
1. Problema menor o transitorio (por ejemplo retraso en cobrar el paro): recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.
2. Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas u otros lugares públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadores; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado
3. Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso
4. La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del paciente

HoNOS
Hoja De Puntuación

Nombre : MUSTAFA
Fecha : 31 JUNIO 2039

- | | | |
|---|-----------|--------------------------|
| 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Autolesiones no accidentales | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problemas cognitivos | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemas por enfermedad física o discapacidad | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Problemas en relación con el humor depresivo | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otros problemas mentales o conductuales | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| Especificar el tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J <input type="checkbox"/> | | |
| 9. Problemas con las relaciones | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problemas con las condiciones de vida | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades | 0 1 2 3 4 | <input type="checkbox"/> |

Puntuación Total : 0 - 48

Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

MUSTAFA 4 de JUNIO 2019

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Test de Morisky-Green-Levine

HUSTAFA 3 de JUNIO 2019

Test de Morisky-Green-Levine		
1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	<input type="radio"/> Sí	<input checked="" type="radio"/> No

Cuestionario Oviedo del Sueño

Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS)

MUSTAFA 4 JUNIO 2019

Durante el último mes

COS-1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- 1 muy insatisfecho 2 bastante insatisfecho 3 insatisfecho
 4 término medio 5 satisfecho 6 bastante satisfecho
 7 muy satisfecho

COS-2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para ...

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
COS-21. Conciliar el sueño	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
COS-22. Permanecer dormido	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5
COS-23. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	<input checked="" type="radio"/> 5
COS-24. Despertar a la hora habitual	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
COS-25. Excesiva somnolencia	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3	4	5

COS-3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 1 0-15 minutos 2 16-30 minutos 3 31-45 minutos
 4 46-60 minutos 5 más de 60 minutos

COS-4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- 1 Ninguna vez 2 1 vez 3 2 veces
 4 3 veces 5 más de 3 veces

Si normalmente se despertó, usted piensa que se debe a...

Dolor Necesidad de orinar Ruido

Otros. Especificar:

COS-5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

- 1 Se ha despertado como siempre 2 media hora antes
 3 1 hora antes 4 entre 1 y 2 horas antes
 5 más de 2 horas antes

COS-6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)

- Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? 6
 ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? 7
 1 91-100% 2 81-90% 3 71-80%
 4 61-70% 5 60% o menos

COS-7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- 1 Ningún día 2 1-2 d/s 3 3 d/s
 4 4-5 d/s 5 6-7 d/s

COS-8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento/a, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- 1 Ningún día 2 1-2 d/s 3 3 d/s
 4 4-5 d/s 5 6-7 d/s

COS-9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?

- 1 Ningún día 2 1-2 d/s 3 3 d/s
 4 4-5 d/s 5 6-7 d/s

COS-10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS-101. Ronquidos	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5
COS-102. Ronquidos con ahogo	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5
COS-103. Movimientos de las piernas	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5
COS-104. Pesadillas	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
COS-105. Otros	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5

COS-11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

- 1 Ningún día 2 1-2 d/s 3 3 d/s
 4 4-5 d/s 5 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir: PASTILLAS