



**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial
en Salud Mental Comunitaria Universidad Jaume I
de Castellón**

**CASO CLÍNICO: PIR desde un
Equipo Asertivo Comunitario (ETAC)**

2017- 2018

Autor: IRENE GÁLVEZ ALCOBA

Tutor: DANIEL PINAZO CALATAY

Fecha de Lectura: 27 Septiembre 2018

Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el desarrollo de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre el caso de una mujer de 40 años, actualmente ingresada en la Unidad Regional de Media Estancia (URME), que ha sido, y es, a la vez seguida por un Equipo Asertivo Comunitario (ETAC). La elaboración de este trabajo es una propuesta de tratamiento al alta basado en la continuidad de cuidados, llevada a cabo en su contexto natural, donde destaca la alta colaboración que se requiere de diferentes servicios, sanitarios y sociales, todos ellos embarcados en una misma línea de trabajo: cumplir los objetivos previamente establecidos entre usuaria y profesionales. Se realiza un análisis sobre la historia personal de la usuaria, fuertemente ligada a la historia de su familia; se obtiene una hipótesis de origen y de mantenimiento de la enfermedad; se plantean objetivos y un plan de acción con el fin de modificar algunas conductas que son entendidas como problema y que interfieren en el mantenimiento de la salud mental de la usuaria. Con el desarrollo de este plan y la colaboración multiprofesional se pretende que, la usuaria adquiera un nivel de salud y funcionalidad suficiente, que permita reducir el número de descompensaciones y de ingresos hospitalarios que están llevando a la familia, por su alta frecuencia en los últimos años, a pensar en solicitar otras medidas, tales como la incapacitación o una curatela, entendidas éstas como medidas más drásticas o demoledoras para cualquier persona.

Palabras clave: trastorno mental/enfermedad mental, rehabilitación psicosocial, incapacitación, plan individualizado de rehabilitación, colaboración sociosanitaria, autonomía.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| EVALUACIÓN FUNCIONAL..... | 9 |
| FASE INFORMATIVA..... | 9 |
| 1. INFORMACIÓN PREVIA | 9 |
| FASE DESCRIPTIVA..... | 11 |
| 1. HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR | 11 |
| • Ajuste premórbido..... | 11 |
| • Factores de predisposición y vulnerabilidad..... | 12 |
| 2. HISTORIA CLÍNICA..... | 13 |
| • Diagnóstico..... | 14 |
| • Factores precipitantes | 14 |
| 3. SITUACIÓN ACTUAL..... | 14 |
| 3.1. Descripción de síntomas actuales..... | 14 |
| 3.2. Tratamiento farmacológico actual..... | 15 |
| 3.3. Factores de Mantenimiento: factores de riesgo y factores de protección..... | 15 |
| 3.4. Análisis descriptivo de las áreas de funcionamiento psico-socio-laboral..... | 16 |
| DISEÑO DEL PIR..... | 22 |
| ANÁLISIS FUNCIONAL..... | 22 |
| 1. LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA Y ANÁLISIS DE LOS MISMO..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2. FORMULACIÓN DEL CASO..... | 25 |
| • Hipótesis de Origen..... | 25 |
| • Hipótesis de Mantenimiento..... | 28 |
| DISEÑO DEL LA DE INTERVENCIÓN..... | 30 |
| DISCUSIÓN..... | 34 |
| CONCLUSIONES..... | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 37 |
| ANEXOS..... | 38 |
| 1. Genograma..... | 38 |
| 2. Línea de vida..... | 39 |
| 3. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)..... | 42 |
| 4. Escala de evaluación HoNOS..... | 44 |
| 5. Hoja de recogida de datos de la EVDP..... | 49 |
| 6. Formulación del caso..... | 50 |

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas venimos observando un cambio de paradigma en cuanto a atención a la enfermedad mental se refiere. Construir modelos de vida que se alejen de la enfermedad y se acerquen a la salud, la fortaleza y el bienestar. Las personas no se recuperan solas; por ello, el proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido, en el medio comunitario y no en servicios segregados (Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

Sin embargo, en nuestra realidad laboral, al mismo tiempo que vamos adquiriendo conocimientos y trabajando en esta línea de confianza en la recuperación, potenciación de capacidades y adquisición de responsabilidades por parte de la persona con trastorno mental grave, es sorprendente sin duda, los datos recogidos, que muestran un aumento en las demandas y declaraciones de incapacitación, justificando en muchos casos esta medida judicial, como la única vía posible para poder controlar la enfermedad mental y “al enfermo”, conviviendo pues, esta manera de proceder, con la nueva filosofía de rehabilitación.

Analicemos brevemente este término de incapacitación, entendida como “*la privación total o parcial de la capacidad de obrar de una persona por sentencia y por las causas establecidas en la ley*”. Se trata por tanto, de una declaración judicial (la sentencia) en la que, después de una evaluación previa del presunto incapaz, se va a determinar si esa persona es o no capaz de gobernar y administrar su persona y bienes por sí mismo, fijando concretamente qué actos puede o no realizar según sus características individuales. Dicho de otra forma, la persona que es incapacitada judicialmente va a perder su capacidad de obrar y va a necesitar de una persona que la represente y asista para poder realizar actos jurídicamente válidos. La “causa” que lleva a tal incapacitación está recogida en el art. 200 del Código civil (Real Decreto de 24 de Julio de 1889), Código Civil):

“Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”

Según analiza Fernando Santos, Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba, durante años, para llevar a cabo una sentencia por incapacitación solo se ha tenido en cuenta esta parte, “*la causa*”. Basando la declaración de incapacitación únicamente en la presencia de una enfermedad, certificada a través de un diagnóstico, estableciendo así una fuerte unión entre “enfermedad” e “incapacidad”, y en la ausencia de capacidad para el autogobierno. Sin tener

en cuenta “*los motivos*”, si bien esta ley del C. Civil, es cierto que, no hace mención a ellos (Santos, 2004).

Pero qué beneficio puede buscar la ley si no el de procurarle beneficio a la persona, incrementando su *protección*. Este beneficio puede ser:

- La consecución de mejores condiciones de vida en cuanto a recursos y prestaciones sociales, sanitarias, etc...
- Poner fin a situaciones de riesgo personal o patrimonial.
- Poner fin a situaciones de desamparo.

Tras repasar cuáles pueden ser algunas de las principales finalidades que llevan a demandar la incapacitación para una persona, nos lleva a reflexionar cómo en muchas ocasiones, el beneficio obtenido no es tanto para el enfermo como para terceros y que además, la consecución de dichos fines no pasa necesariamente por la determinación de incapacidad de la persona, al menos de manera global.

Pongamos por ejemplo a una persona diagnosticada de una enfermedad mental, que se encuentre perfectamente atendida por su familia, con un soporte social y unos recursos comunitarios ajustados a sus requerimientos, tras la evaluación pertinente, no se podría negar que cumple con la “causa” de incapacitación según el art 200 del Código Civil (“*enfermedad psíquica con dificultad de autogobierno*”), sin embargo, nuestro planteamiento sería el siguiente: ¿cambiaría realmente la situación de este enfermo tras una sentencia de incapacitación?, es en este punto donde entraríamos a analizar no solo, la causa de la solicitud de incapacitación, sino los motivos, posicionando esta sentencia no solo como innecesaria, también como desproporcionada y demoledora para la persona.

Concretando, solo procedería a la declaración de incapacitación cuando la causa fuera acompañada de un motivo, siendo éste, un motivo concreto y aceptable.

Continuando con la segunda parte de la definición de incapacitación (“... *que impidan a la persona gobernarse por sí misma*”), profundizaremos un poco más sobre la noción de autogobierno.

Entiéndase por autogobierno “*aquella capacidad de resolver los propios asuntos, la capacidad de atender las necesidades, alcanzar los objetivos o cumplir los deberes*” (Santos, 2009).

El autogobierno, a menudo, viene relacionado con otros términos como ingreso involuntario, tratamiento ambulatorio involuntario u otras clases de medidas coercitivas que habitualmente son aplicadas en el terreno de la Salud Mental. Este tipo de medidas deben ser indicadas no solo con la prescripción de un facultativo especialista, sino también acompañadas de una orden o autorización judicial, elaborada ésta tras una evaluación de la capacidad de autogobierno que la persona muestre.

Con esto quiero decir en primer lugar que, a la hora de determinar que una persona carece del autogobierno suficiente para obrar o tomar decisiones, no debiérase fijar nuestra atención únicamente en el vínculo *diagnóstico- capacidad de autogobierno*, porque cada caso con el que nos encontramos es diferente. Y segundo, en la mayoría de los casos, no se carece de una manera global y en todos los aspectos, de dicha capacidad, es más habría que analizar más específicamente sobre las circunstancias personales de por qué existe una disminución o carencia de la misma (pueda ser por un déficit de conocimientos, de voluntad, recursos personales o de medios) y de si ésta es recuperable o definitiva. Al igual que analizamos a la persona, habría que valorar qué grado de responsabilidad en estas declaraciones de incapacidad tenemos los profesionales sanitarios, ¿existe falta de motivación y de fe para la consecución de objetivos ante casos complejos?, ¿existen deficiencias en el sistema, en la organización y/o dedicación de tiempo necesario para ofrecer una asistencia más efectiva y de mayor calidad?, ¿es a caso una coordinación y comunicación interinstitucional deficitaria lo que conlleva un fracaso en el tratamiento del trastorno mental grave?.

“No existirá motivo cuando la protección deseada no requiera para nada la incapacitación o se pueda lograr acudiendo a otras alternativas”, (Santos, 2009).

Reflexionemos pues, sobre la siguiente posibilidad. Ante una demanda de incapacidad se podría optar por una resolución menos agresiva, en la que antes que determinar el estado de incapacidad total de una persona, cupiera la posibilidad de una resolución específica a un acto en concreto, por ejemplo, incapacidad en la toma de decisiones económicas. Es decir, la persona mantendría su capacidad de decisión en general, exceptuando aquello sobre lo que se ha demandado, estaríamos hablando en este caso por ejemplo, de una curatela para el manejo económico. Pero continuemos viajando en nuestra imaginación, pongámonos en la situación de que fuera imposible poder solicitar la incapacitación. Esto es algo que ya ocurre en algunos países aunque relacionado con otras medidas restrictivas tales como el uso de

contención mecánica o ingreso involuntario ¿cómo trabajan los profesionales ante similares situaciones de enfermedad? Si nos encontramos ante una persona (un caso) que mantiene en el tiempo una vida desorganizada, sintomatología activa, negativa a recibir un tratamiento adecuado, una importante disfuncionalidad, una acusada sobrecarga del cuidador,...si no contásemos con esta opción judicial de incapacitación ¿qué alternativas nos quedarían?. Aventuro a decir que la resolución de dichas necesidades y situaciones problema pasarían por la búsqueda de soluciones que se ajustaran a esa persona en concreto (acordémonos que la incapacidad es una medida muy general), ofreciendo una alta coordinación sanitaria y social, facilitación del uso de los recursos existentes en la red, prestación del apoyo oportuno e individualizado para la recuperación de la funcionalidad de dicha persona, que por causa de enfermedad mental ha visto mermadas sus capacidades. Es de este modo, apostando por la elaboración de un plan individualizado, de alta colaboración entre diferentes profesionales (los que cada persona necesite según el momento en que lo requiera) podremos ofrecer una calidad asistencial en salud mental que proporcione resultados más satisfactorios para la persona y también para el profesional, reflejándose igualmente esta satisfacción en la familia y en el entorno social que la rodea.

No quiero con todo esto decir, que no existan casos que requieran de la determinación judicial de incapacidad. Me consta que a día de hoy, quedan situaciones de muy difícil solución, queda mucho donde trabajar y evolucionando estamos para ello. Sin embargo, por mi trayectoria laboral, me encuentro en posición de poder afirmar, que existe un gran volumen de casos donde sí recae en nuestras manos poder modificar estas cifras. Ello requiere de un gran esfuerzo, de eso no cabe duda, tanto organizativo como asistencial, por parte de los servicios de salud mental y de los servicios sociales, por parte de directivos y de profesionales, trabajar con y para la persona con un trastorno mental grave requiere de interés, actitud, habilidades y motivación pero el resultado obtenido supone un crecimiento personal tanto para el usuario como para profesional, y bien merece la pena intentarlo.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

DESDE UN ETAC

El plan individualizado de rehabilitación que aquí se presenta es desarrollado siguiendo un modelo de continuidad de cuidados (González, 2011)), siendo el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) el modelo elegido, por ser el que se encuentra establecido en la zona en donde nos encontramos. Ha sido precisa, dada la complejidad del caso y la ineficacia de tratamientos anteriores, de la colaboración de diferentes servicios sanitarios y sociales. Se ha apostado por elaborar un proceso único y personal, que se aleja de la enfermedad y se acerca a la salud, a las fortalezas, prioridades y al bienestar de la usuaria, donde las relaciones profesional- paciente toman distancia de aquel formato tipo experto-enfermo y se ha optado por una relación horizontal basada en la transparencia y la confianza. Consideramos que esta forma de entender el TMG, en concreto en esta persona, podría permitir avanzar en su recuperación, para salir de un largo periodo de tiempo estancados en un modelo de atención que no estaba siendo efectivo, con numerosos reingresos y descompensaciones de su enfermedad que llevaban a algunos miembros de su familia a pensar en la incapacitación como solución definitiva.

EVALUACIÓN FUNCIONAL

FASE INFORMATIVA

1. INFORMACIÓN PREVIA

Nombre: A, 40 años.

Recurso asistencial desde el que se llevará a cabo el PIR: Equipo Terapéutico Asertivo Comunitario (a partir de ahora ETAC).

En el momento de inicio de este PIR A está ingresada en el hospital, tras un mes en la Unidad de Corta Estancia (UCE) y un periodo de estabilización de cinco meses en la Unidad Regional de Media Estancia (a partir de ahora URME), se procede a preparar el alta a domicilio. Para ello, se realiza una derivación oficial al ETAC; se trata de retomar el seguimiento ya iniciado con A hace 7 años, elaborando previamente un plan individualizado de rehabilitación, en colaboración con los profesionales que la han atendido en URME, teniendo en cuenta la opinión de A y la de su familia más próxima.

Servicios sanitarios y sociales implicados en el Proceso de Rehabilitación de A:

- *Equipo Asertivo Comunitario*: psiquiatra y enfermera referente, como tutores principales del seguimiento del PIR de **A** en el domicilio. Han seguido en contacto con usuaria y familia durante la estancia hospitalaria.
- *Unidad Regional en Media Estancia (URME)*: ingresada en régimen abierto con permisos sola y/o acompañada de familiares, pernoctando al menos dos días a la semana en su domicilio.
- *Servicio de Familia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades*: intervienen supervisando el caso, por indicación de la Fiscalía de Menores dada la situación de riesgo de las hijas de **A**.
- *Equipo de Punto de Encuentro Familiar del Ayuntamiento (PEF)*, formado por dos psicólogas que realizan semanalmente un seguimiento de las hijas de **A**.

Personas significativas en la vida de A (Anexo 1):

- Tía paternas de A: P y A, ambas solteras, conviven junto **A** y sus hijas, en domicilio familiar. Han adquirido el rol de cuidadoras principales tanto de las niñas como de **A**. Tienen concedida por el juez del caso, de manera temporal y mientras se resuelve la situación clínica de la madre, la guarda de las hijas de **A**.
- Padres de A: mantienen relación distante y conflictiva con las tías de **A** (son hermanas del padre) disputándose desde hace años el cuidado y supervisión de **A**.
- Hermanas de A: ambas tiene ya su propia familia, han colaborado ocasionalmente en el cuidado de su hermana mayor en momentos de crisis y de descompensaciones.
- Hijas de A: L de 17 años y Le de 14, son conscientes de la enfermedad de su madre, mantienen una muy buena relación con ella. La custodia de estas niñas fue otorgada durante el divorcio al padre. Sin embargo, debido a la mala relación que mantenían con él, esta sentencia judicial fue quebrantada y desde hace varios años las niñas viven con su madre y con las tías de ésta. Dado que **A**, dependiendo de su estado clínico, pasa periodos de tiempo con sus padres, las principales cuidadoras de estas niñas son las tías paternas de **A**. Las condiciones de higiene del hogar y de los cuidados que estas menores reciben son precarias y es por ello que están en seguimiento por la Fiscalía de Menores, inmersas en proceso de revaloración de la custodia legal.

FASE DESCRIPTIVA

1. HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

A, desde niña, y a lo largo de su vida, ha cambiado en diversas ocasiones de domicilio. Creció en la casa familiar de su padre, junto a sus padres, sus tías paternas y sus abuelos; cuando los padres de A se casaron quedaron a vivir en este domicilio familiar debido a la precariedad económica y laboral que tenían. Entre la madre y las tías paternas de A existía, y existe, una relación dificultosa que lleva al matrimonio a abandonar esta casa cuando A tenía 13 años y reiniciar su vida fuera de este núcleo familiar. A, que es la mayor de tres hermanas, por aquel entonces tuvo que quedarse en casa con sus abuelos y sus tías, mientras sus padres encontraban un sitio idóneo para formar un nuevo hogar, llevándose con ellos a las hermanas pequeñas de A. Este es un hecho que marca de manera substancial la vida de A, puesto que la parte central de su crianza recaerá finalmente en sus tías; aunque pasa largas temporadas con sus padres, ella reconoce la casa de sus tías como su hogar principal. Discurre su infancia y adolescencia inmersa en un clima de hostilidad, reproches y disputas continuas entre sus tías y padres.

En el año 2000, a la edad de 23 años, contrae matrimonio y pasa a vivir a un piso de propiedad de la pareja, emplazado a tan solo 200 metros de la vivienda familiar paterna. En este mismo año, tiene a su primera hija (L) y a los 27 años a la segunda (Le). Según relata A, los problemas conyugales y la crianza de las niñas precipita que su tía A pase a vivir con ellos para ayudarlos en casa, empeorando con ello la relación de la pareja. En el año 2012 se divorcia. Durante el proceso de divorcio, A sufre una descompensación que le lleva a no presentarse a la cita del juicio sobre la custodia de las niñas, otorgándole ésta a su ex marido, junto con el derecho al uso del piso que tenían en común. A pasa entonces a vivir de nuevo con sus tías. Sus hijas y su ex marido, cierran el piso conyugal y se cambian de localidad. Debido a una mala relación padre- hijas y a la distancia con su madre, éstas deciden trasladarse a vivir con A y desde el año 2015 viven con ella y con las tías de ésta en la casa familiar.

Ajuste pre- mórbido: A se define como una persona sencilla, que se lleva bien con todos, buena relación con sus padres y con sus tías, que intentaba colaborar en casa todo lo que podía antes de que aparecieran los primeros síntomas, aunque cuando convive con sus tías, ella no tiene que hacer nada puesto que lo hacen todo ellas. Autónoma en las actividades

básicas de la vida diaria, sin embargo en las actividades instrumentales, reconoce que se encargaban sus padres o tías, o simplemente no reconocía que fueran responsabilidad de ella.

Refiere haber tenido una buena actividad social en la escuela pero, desde la adolescencia, no ser capaz de establecer relaciones con amigos por iniciativa propia. Solía apoyarse en sus hermanas menores, ha salido en ocasiones con ellas y sus amigas. Menciona una amiga de barrio con la que no mantiene contacto desde hace tiempo. Se entiende que A no presentaba problemas en alimentación, ni el aseo personal, vestimenta, cuidados de salud, pero sí conocimientos y hábitos deficitarios en cuanto manejo de tecnología, administración del dinero de su paga, etc.

Factores de predisposición y vulnerabilidad

Factores personales

- Antecedentes familiares de enfermedad mental: padre con depresión, tías paternas con clínica compatible con patología mental.
- Tendencia a baja autoestima,
- Déficits de habilidades para iniciar nuevas relaciones sociales,
- Ausencia de intereses personales,
- Estilo pasivo de comportamiento,
- Déficits en estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés,

Factores familiares

- Estilo de relacional autoritario de los padres,
- Estilo de relacional de sobreprotección de las tías,
- Alta emoción expresada entre padres y tías, por diferencias de intereses y conflictos en el pasado,
- Comunicación intrafamiliar ineficaz,
- Conocimiento deficitario de la enfermedad mental por parte de la familia.

Factores Ambientales

- Ausencia de un domicilio fijo: cambios frecuente entre domicilio de sus padres y el de sus tías.
- Nivel económico bajo.
- Bajo nivel cultural.

2. HISTORIA CLÍNICA

Primer contacto con Salud Mental a la edad de 17 años. Recuerda la primera vez que “*se puso enferma*” como algo ya lejano. Estando en casa de unos familiares, es testigo de cómo un primo suyo engaña a su mujer, éste la lleva a casa y le da “*demasiadas vueltas en coche*”, A teme que le vaya hacer daño para evitar que lo cuente. Recuerda pasar miedo y una sensación de no reconocer su casa ni a su familia. Durante un tiempo temía que él volviera hacerle daño y pasaba las noches sin dormir, escuchando voces de gente en la calle que le advertía que iban a ir a por ella. Su familia, sin entender qué pasaba, y al cabo de un tiempo,, la llevan a Urgencias del Hospital General, donde los profesionales que la atienden indican el ingreso hospitalario en la Unidad de Psiquiatría, siendo éste su primer ingreso.

Tras el alta y desde ese momento sigue revisiones en Centro de Salud Mental con buena adherencia a tratamiento y a las citas con el psiquiatra. Sin embargo, según describe su familia, debido a los síntomas secundarios que le ocasionaban los fármacos, decide abandonarlo.

Otros datos relevantes en la evolución de la enfermedad de A son:

- 2004, tras el parto de su segunda hija, ingresa en Ginecología con interconsulta a Psiquiatría por descompensación psicótica.
- 2006, tercer ingreso en psiquiatría.
- 2010, abandona nuevamente el seguimiento en el Centro de Salud Mental y desde éste se realiza derivación a ETAC para intentar continuar el tratamiento.
- 2011, inicio de seguimiento a domicilio por ETAC, que se mantiene hasta 2014 cuando es interrumpido por negativa de ella a recibir al equipo y nula colaboración familiar.
- 2017:
 - o Abril, cuarto ingreso en Unidad de Corta Estancia. Tras éste, se retoma seguimiento con ETAC.
 - o Diciembre, quinto ingreso en Unidad de Corta Estancia
- 2018:
 - o Febrero, sexto ingreso en Unidad de Corta Estancia, estancia de un mes.
 - o Marzo, primer ingreso en URME, donde necesita de cinco meses de hospitalización.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide vs Psicosis Atípica Confusional.

Factores Precipitantes:

- Alta emoción expresada mantenida, entre sus personas más significativas,
- Ruptura del núcleo familiar durante la infancia de **A**,
- Ausencia de red de apoyo social externo a la familia (amigos, educadores,...),
- Ausencia de un modelaje adecuado en el aprendizaje de técnicas de afrontamiento.

3. SITUACIÓN ACTUAL

3.1. Descripción de los síntomas actuales

Para la evaluación psicopatológica actual de la clínica presentada por **A** se han llevado a cabo entrevistas individuales semanales, entrevistas familiares ocasionales con sus padres, con sus tías, con sus hijas y una intervención familiar conjunta en la que participaron padres y tías de **A**, esta última sin presencia de la usuaria. Con todo ello, se han recopilado datos relevantes referentes a la vida de la usuaria y de su enfermedad.

Para completar la información recogida, se ha utilizado la **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)**. Se trata de una escala heteroaplicada, evaluadora de síntomas psicóticos que proporciona una puntuación global, además de otras dos, una para síntomas positivos y otra para síntomas negativos (Overall y Gorham, 1962). La aplicación de ésta se lleva a cabo en el momento de ingreso en URME. Instrumento elegido por realizar una evaluación rápida y eficiente de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales (Anexo 3).

Los resultados obtenidos son mostrados en el siguiente cuadro:

| Puntuación Total en la BPRS: 61 (18-126) | |
|--|---|
| Puntuación en Cluster Positivo: <ul style="list-style-type: none">- Desorganización conceptual: no observado.- Susplicacia: episodios de desconfianza frecuentes (nivel moderado) que no están justificados con la situación, relacionados con presencia de ideas delirantes de perjuicio.- Conducta alucinatoria: no observada.- Contenido inusual del pensamiento: presenta la convicción delirante de estar embarazada y tener relación sentimental con una persona ficticia, pero con poca repercusión en su comportamiento. | Suma correspondiente a los ítems 4, 11,12 y 15 Puntuación obtenida: 14 (4-28) |

| | |
|--|---|
| <p>Puntuación en Cluster Negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento emocional: problemas moderados para relacionarse con el entrevistador y con sus compañeros. Poco contacto visual, respuestas con monosílabos, pero parece comprometida con la entrevista. - Enlentecimiento motor: se observa reducción del nivel de energía, evidenciado por una conversación con notorio retraso al contestar, aunque no forzada, acompañada de movimientos lentos. - Afecto Aplanado: respuesta afectiva disminuida, evidenciada por un déficit moderado de expresión facial, voz monótona y gestos corporales restringidos. - Desorientación/Confusión: desorientación en cuanto a tiempo, no recuerda el tiempo que lleva en el hospital, orientada en espacio, confusión en un grado alto de gravedad manifestada por el no reconocimiento casi permanente de personas significativas en su vida. | <p>Suma correspondiente a los ítems 3,13,16 y 18.</p> <p>Puntuación obtenida: 19 (4-28)</p> |
|--|---|

3.2. Tratamiento farmacológico actual:

- **Risperidona 3 mg: 1/2-1/2-1**
- **Biperideno 2mg: 1-0-0**
- **Loracepam 1mg: 1-1-0**
- **Levotiroxina 100mcg: 1-0-0**
- **Fluracepam 30mg: una cápsula antes de dormir.**

3.3. Factores de Mantenimiento: se han analizado los factores que contribuyen a la exarcebación de la sintomatología y aquellos factores, que por el contrario, son amortiguadores de su aparición. Siguiendo el modelo de vulnerabilidad al estrés para la psicosis, la exploración psicopatológica se completa haciendo un análisis de los factores de riesgo y de mantenimiento, recogidos en el siguiente cuadro:

| | Factores de riesgo | Factores de protección |
|-------------------|--|--|
| Personales | <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensación de fracaso en su rol de madre. ○ Baja autoestima ○ Relaciones sociales escasas fuera del ámbito familiar más cercano. ○ Relación de dependencia hacia sus tías. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Relaciones familiares con un alto contenido afectivo hacia ella. ○ Buena relación con sus hijas. ○ Actitud positiva a continuar el |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Escasa conciencia de enfermedad para el mantenimiento de tratamiento farmacológico y seguimiento médico. | <ul style="list-style-type: none"> ○ seguimiento a domicilio. ○ Experiencia previa de efectividad del tratamiento. |
| Familiares | <ul style="list-style-type: none"> ○ Relación conflictiva con su ex pareja. ○ Alta emoción expresada familiar. ○ Sobreprotección por parte de sus tías. ○ Desconfianza extrema hacia el sistema sanitario por parte de sus tías. ○ No disposición de colaboración por parte de sus tías. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Aceptación del seguimiento médico de A por parte de los padres y hermanas. ○ Aceptación por parte de las tías de la intervención del equipo de PEF. |
| Ambientales | <ul style="list-style-type: none"> ○ Procesos jurídicos abiertos. ○ Convivencia en el mismo domicilio de sus tías, su primo, sus hijas y ella. ○ Recursos económicos insuficientes. ○ Sentencia de divorcio desfavorable. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento por ETAC en el domicilio. ○ Supervisión por Servicio de Familia. |

3.4. Análisis descriptivo de la áreas de funcionamiento psico-socio-laboral.

El uso de escalas y cuestionarios para evaluar los síntomas y el funcionamiento de las personas con TMG puede ser útil para completar una evaluación psicosocial. En el caso de **A**, se han elegido dos instrumentos diferentes para evaluar las siguientes áreas:

- Situación psicopatológica: **Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)**, nos sirve para evaluar de forma breve el funcionamiento de las personas con problemas de salud mental (Servicio Andaluz Salud, 2010). Está constituida por un conjunto de subescalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Consta de 12 ítems recogidas en cuatro áreas diferentes cuyas puntuaciones siguen una escala Likert que abarca desde 0 (sin problema) a 4 (problema grave) (Anexo 4). Los resultados en el caso de **A** son los siguientes:

| Área a Evaluar | Puntuación Obtenida |
|---|---------------------------|
| Problemas Conductuales (Ítems 1,2 y 3) | 0 (rango de 0- 12) |
| Deterioro (Ítems 4 y 5) | 4 (rango 0-8) |
| Problemas clínicos: (Ítems 6, 7 y 8) | 7 (rango 0-12) |
| Problemas sociales (ítems 9-12) | 11 (rango 0-16) |

- Funcionamiento social: **Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP)**. Instrumento de medida habitualmente usado en servicios de rehabilitación. Dividida en 5 Áreas o Ejes, cada uno con una serie de ítems que se puntúan con una subescala tipo Likert desde 0 (semejante a una persona sin discapacidad) a 4 (propio de una persona con deterioro muy grave). Con el uso de esta escala se busca hacer una exploración minuciosa del nivel de competencias personales que presenta **A** para el desempeño de su vida diaria, además evalúa la disponibilidad de recursos familiares, sociales y asistenciales que conforman el área de evaluación de su soporte social (Pastor, Blanco y Navarro, 2010). En el caso de **A** se ha obtenido la siguiente puntuación:

| | |
|--|-----------------|
| Puntuación en competencia personal (ejes I-V): 49 de 104 | |
| Eje I: Capacidad de Cuidados | 8 de 24 |
| Eje II: Afrontamiento | 9 de 24 |
| Eje III: Autonomía | 10 de 28 |
| Eje IV: Capacidad Laboral | 9 de 12 |
| Eje V: Aspectos clínicos | 13 de 16 |
| Puntuación en soportes sociales (red de apoyos, eje VI): 8 de 24 | |
| Puntuación global: Competencia Personal + Soportes Sociales es de 57 (de un total de 128) | |

Consideramos esencial exponer una descripción detallada de la exploración de cada ítem de esta escala:

COMPETENCIA PERSONAL

Eje I: CAPACIDAD DE CUIDADOS

a. Autocuidados

- a.1. *Manejo de la higiene personal*. Higiene en casa adecuada. Solo durante los momentos de descompensación, el aseo personal pasa a un segundo plano, siendo adecuado solo bajo supervisión.
- a.2. *Vestido*. Sin problemas. Viste adecuada a la estación del año y usa ropa limpia.
- a.3. *Alimentación*. Autonomía para comidas muy básicas y precocinadas. Necesita de ayuda para una elaboración más compleja y para mantener una dieta equilibrada.

Tendencia a coger peso con facilidad. IMC actual: 40, correspondiente a Obesidad grado III, según la clasificación de la OMS. La encargada habitual de cocinar en casa es su tía A.

b. Hábitos de vida

b.1 *Hábitos de vida saludables*. Deterioro importante de los hábitos de vida saludables. Vida sedentaria, dieta no equilibrada, no seguimiento de sus problemas de salud física y mental,....

b.2 *Estructuración del sueño*. Sueño fragmentado, con dificultades en la conciliación y despertares frecuentes. Tiene indicada una medicación para dormir que no toma regularmente. Problemas relacionados con miedos a la oscuridad y a los ruidos desconocidos.

Eje II: AFRONTAMIENTO

c. Afrontamiento personal y social

c.1 *Autocontrol y afrontamiento al estrés*. Deficiente manejo de situaciones cotidianas de estrés y tensión. Tiende a aislarse ante los problemas que actualmente tiene, transfiriendo la responsabilidad de su resolución a otros.

c.2 *Habilidades sociales*. Presenta dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social. Raramente está sola, suele ir acompañada a todos sitios de su tía A y ser ésta quien responde a preguntas o inicia conversaciones.

c.3 *Solución de problemas*. Capacidad de solución de problemas disminuida en la mayoría de las áreas. Generalmente no toma decisiones que le afectan, las delega en sus personas allegadas, por lo general sus tías.

Las relaciones sociales son nulas debido al déficit de afrontamiento personal y social. Las relaciones que actualmente tiene son con sus tías, sus hijas y su primo, miembros del núcleo familiar con quien convive. A veces, su padre la recoge y pasa unos días con sus padres en otra localidad. Es estando en casa de ellos donde amplía el círculo de relaciones, sale a pasear y toma algo con sus hermanas y las amigas de éstas. No existe en la actualidad ningún otro círculo de amigos propios, ni nadie con quien mantenga una relación de confianza ajeno a su familia cercana.

d. Capacidades Cognitivas

d.1 *Habilidades cognitivas básicas.* Deterioro leve especialmente en atención y concentración.

d.2 *Procesamiento de información.* Impresiona de cierta dificultad durante las conversaciones mantenidas con ella, es necesario pedir un feedback para ver si comprende lo hablado.

d.3 *Capacidad de aprendizaje*

Estudios hasta EGB, reconoce que siempre le ha costado estudiar. No se siente atraída por lectura o escritura, “*me cuesta concentrarme y me aburro*”.

Se detecta durante las sucesivas entrevistas un déficit en atención en cuanto a mantener la atención en una conversación larga, dando respuestas cortas, monosilábicas o incluso se sonríe dando respuestas a través de gestos. La memoria está deteriorada evidenciándose lagunas de información, en especial cuando está relacionada con experiencias negativas como puede ser la situación de angustia vivida que motivó el último ingreso.

Eje III: AUTONOMÍA

e. Autonomía básica

e.1 *Manejo del dinero.* Recibe una PNC (368 euros), de la que no hace uso ella pos sí sola. Transfería de esta pensión, 200 euros a su ex marido por ser él quien tiene la custodia de las hijas y estar así estipulado en la sentencia de divorcio, pese a estar éstas viviendo en casa de sus tías. Recientemente se le aconsejó, sin tener ella iniciativa propia, prescindir de realizar ese traspase de dinero mientras las niñas no vivan con su padre. **A** entrega su paga a sus tías quienes gestionan el dinero para el gasto común de la vivienda. Sin embargo, es capaz de manejar el dinero para operaciones sencillas y diarias.

e.2 *Manejo del transporte.* No suele viajar sola. Habitualmente si tiene que coger el bus o taxi, lo hace acompañada de sus tías o es llevada en coche por su padre o hermanas.

e.3 *Manejo del entorno.* Como en los puntos anteriores, **A** no tiene iniciativa para las actividades básicas o instrumentales de la su vida diaria y si las tiene, las comunica primero a sus tías buscando su aprobación lo cual hace que el manejo del entorno en general sea deficitario.

e.4 *Conocimientos educativos.* Los adquiridos durante la escuela hasta la EGB. No ha realizado ni realiza ninguna formación posterior.

f. Autonomía social

f.1 *Capacidad de gestión*. Limitada y escasa.

f.2 *Manejo de recursos sociales*. Sin iniciativa propia. Los recursos sociales de los cuales **A** ha podido beneficiarse, como puede ser alguna prestación social, han sido por iniciativa de algún familiar cercano. No muestra interés personal sobre posibles recursos de los que ella pueda hacer uso, son sus tías quienes dan el visto bueno o rechazan el recurso.

f.3 *Manejo de ocio y tiempo libre*. Su tiempo de ocio está ligado al tiempo que le dedican sus hijas en primer lugar. También a la disponibilidad de sus tías, sus padres o sus hermanas, siendo con ésta últimas con quien más realiza actividades como ir al cine o de compras. Nunca sola. No realiza ningún deporte, ni tiene ningún hobby o actividad gratificante a realizar.

Eje IV: CAPACIDAD LABORAL

g. Capacidad laboral

g.1 *Situación laboral*. Pensionista, cobra una PNC y tiene reconocida una minusvalía del 65%.

g.2 *Capacidad laboral*. El cobro de una prestación por minusvalía refuerza la idea de **A** y de su familia de su incapacidad para trabajar.

g.3 *Motivación laboral*. Muy poca motivación laboral. No contempla la opción de trabajar.

Eje V: ASPECTOS CLÍNICOS

h. Relación con el tratamiento

h.1 *Conciencia de enfermedad*. **A** es conocedora de las limitaciones que ha tenido a lo largo de su vida aunque le cuesta entenderlo como una enfermedad que cursa con clínica delirante. Cuando hablamos sobre sus creencias delirantes, dice no recordar nada, se sonríe cuando le recordamos el contenido de sus pensamientos en momentos de inestabilidad y no entiende cómo ella puede llegar a decir “esas cosas”. Encontramos que esto dificulta la continuidad del proceso de rehabilitación, puesto que la conciencia de problema es parcial.

h.2 *Responsabilidad en el tratamiento*. La responsabilidad de **A** tanto con el seguimiento médico como con su tratamiento farmacológico es muy baja. Tiende a no entender la

necesidad de mantenerlo en el tiempo, requiere de supervisión estrecha por el Equipo a Domicilio, oponiéndose ocasionalmente a las visitas y a la administración de la medicación.

h.3 Respuesta al tratamiento. La respuesta a un cumplimiento farmacológico es buena. De igual modo, el seguimiento con el ETAC es beneficioso para ella ya que permite explorar en **A** aquellos signos de preocupación, miedo, tristeza, etc... que sean indicativos de una descompensación.

h.4. Efectos secundarios. Cierta nivel de sedación matutino durante el ajuste farmacológico.

SOPORTES SOCIALES

Eje VI: SOPORTES

i.1 Actividad principal. La actividad principal con la que cuenta es su rol de madre. Cuidar de sus hijas.

i.2 Soporte familiar. Diríamos que **A** cuenta con un amplio soporte familiar. Es así, si de afecto hablamos. Unos padres, tías y hermanas que se preocupan por ella. Sin embargo, a efectos reales, la alta conflictividad que existe desde hace años entre padres y tías ha evolucionado a una manera muy diferente de entender a **A** y a su enfermedad. Resultando ser un soporte familiar no solo ineficaz sino invalidante para la usuaria.

i.3 Red de apoyo social. Las relaciones interpersonales que existen entre **A** y su entorno son casi inexistentes. Más allá de su familia, **A** no tiene amigos, compañeros de estudios o trabajo que conformen una red de apoyo para ella.

i.4 Autonomía económica. Cobra una pensión que le permite cierta estabilidad económica, pero que resulta insuficiente para poder optar a vivir sola con sus hijas, sin la convivencia con sus tías o sus padres.

i.5. Soporte residencial. Actualmente **A** no requiere de ningún recurso residencial.

i.6 Inserción en recursos sociales. El recurso social que interviene en la vida de **A** es el Punto de Encuentro Familiar, por parte del Ayuntamiento, para el encuentro de las hijas de **A** con ambos padres, en un espacio supervisado por psicólogos y con seguimiento realiza el Servicio de Familia de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

DISEÑO DEL PIR

ANÁLISIS FUNCIONAL

Una vez descritos los datos relacionados con la historia de A y su familia y descrita la situación actual de la usuaria, pasamos a definir y analizar las áreas que se consideran problema, para poder más tarde realizar una formulación del caso y el diseño de un plan de rehabilitación. Estas áreas problema, han sido analizadas junto a ella, resultando que profesional y usuaria, difieren en la priorización de las mismas. Por ejemplo, donde nosotros encontramos importante una modificación las conductas problema del área laboral, ella no lo siente como una prioridad en su vida.

1. LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS MISMOS

1. *Soporte familiar ineficaz*: alta conflictividad entre padres y tías, clima de sobreprotección en su vivienda habitual (casa de sus tías), relación de dependencia hacia éstas, desconfianza en el tratamiento y bloqueo al seguimiento médico por parte de las tías. Ha sido elegido como primer área de problema por ser el factor más condicionante en el proceso de rehabilitación de A.
2. *Descuido de la salud física y mental*: abandono de tratamiento farmacológico, interrupción del seguimiento por el ETAC, alimentación inadecuada, sedentarismo...
3. *Déficits de habilidades de afrontamiento y de autonomía personal y social*: afrontamiento de situaciones de estrés, resolución de problemas ella sola, autonomía en la gestión de su entorno)
4. *Ausencia de hábitos recreativos y/o de ocio saludable*.

Dado que conocer esta lista de problema de forma aislada nos es insuficiente, realizamos a continuación un análisis más preciso sobre la interacción que tienen estas conductas desadaptadas con el entorno en el que vive. El análisis funcional se realiza obteniendo información sobre aquellos factores personales, familiares o ambientales que aparecen previo a la conducta y los que siguen a ésta. En el cuadro siguiente se describe el análisis funcional de las áreas problema de A.

Análisis funcional del área problemática: SOPORTE FAMILIAR

| Problema | Antecedente | Respuesta | Consecuencias |
|----------------------------------|---|--|--|
| SopORTE Familiar Ineficaz | <p>-Enfrentamiento en el pasado entre M (madre de A) y sus cuñadas (tías de A).</p> <p>-La tía A corta con su novio en la juventud y a partir de ahí dedica su vida exclusivamente al cuidado de sus padres, de A y ahora de la hijas de ésta.</p> <p>- Posible patología mental de las tías.</p> | <p>-Alta conflictividad entre padres y tías de A.</p> <p>-Competitividad en cuanto al cuidado de A y de las hijas de ésta.</p> <p>-Relación patológica de las tías hacia A y sus hijas</p> <p>-Desconfianza, recelo y suspicacia de las tías hacia el personal médico y hacia la medicación.</p> | <p>-Comunicación ineficaz entre personas significativas de A, posicionándola a ella en una situación vulnerable.</p> <p>-Diferentes estilos de entender el problema de A</p> <p>-Alta dependencia de A hacia sus tías</p> <p>-Ausencia de autonomía para toma de decisiones.</p> <p>-Cuidados deficitarios de la salud de A: alimentación, inadecuada, no seguimientos médicos.</p> <p>-No cumplimiento con citas de salud mental de A.</p> <p>-Clima favorable al abandono de tratamiento</p> |

Análisis funcional del área problemática: CUIDADO DE LA SALUD

| Problema | Antecedentes | Respuesta | Consecuencias |
|--|--|--|--|
| Escasa conciencia de enfermedad | <p>-Mal manejo de la enfermedad por parte de la familia.</p> <p>-Falta de conocimientos sobre la enfermedad por parte de A y de su familia</p> | <p>-No explicación de la enfermedad de manera clara y honesta</p> <p>-Lagunas en la memoria que le impiden aprender sobre sus propias experiencias</p> | <p>-Descompensaciones frecuentes que requieren de ingreso hospitalario por imposibilidad de manejo en domicilio.</p> <p>-A no entiende la necesidad de</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | -Actitud de negación de la enfermedad por parte de su tías | -No ofrecer colaboración por parte de la familia con quien vive (tías) para el proceso de rehabilitación. | medicación o de seguimiento regular por Salud Mental -Pérdida de la custodia de sus hijas. |
| Abandono de tratamiento farmacológico y de seguimiento por el ETAC a domicilio | -No entiende la necesidad de medicación puesto que no vive sus ideas y creencias como delirantes | -Anula cada vez más visitas del ETAC, respaldado ello por sus tías, que tampoco tienen confianza ni creen necesario dicho seguimiento. -No cogen nuestras llamadas de teléfono. -No abren la puerta cuando acudimos casa | -Recaídas por reagudización de miedos, tensiones internas, insomnio global, etc... |

Análisis funcional del área problemática: DÉFICIT DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

| Problema | Antecedentes | Respuesta | Consecuencias |
|---|---|--|---|
| Déficits de habilidades de afrontamiento en situaciones de estrés y de resolución de problemas | -Cuando surge un problema (p.ejem judicial: su exmarido denuncia que tiene ella las niñas aún siendo él el tutor legal), suelen ser sus tías quienes dirigen la resolución del mismo. | -Su opinión pasa a un segundo plano. -Evitación de responsabilidades. | -Las decisiones importantes de su vida no las toma ella. -Dificultades para poder solicitar cambio de medidas en la tutela de sus hijas. |
| Déficits de Autonomía personal y social | -Conocimiento insuficiente de la enfermedad de A por parte de su familia | -Exigencia de los padres más de lo que podía asumir (alta exigencia) - Sus tías le privan de responsabilidades de su vida (proteccionismo). | - Limitación personal en el manejo de su entorno. - Dependencia elevada de los miembros de su familia. |

Análisis funcional del área problemática: OCIO/TIEMPO LIBRE

| Problema | Antecedentes | Respuesta | Consecuencias |
|--|---|--|--|
| Ausencia de hábitos recreativos y/o de ocio saludable | -Ruptura con amigos de su edad cuando abandona estudios. -Falta actividades recreativas en casa de sus tías. -Recursos económicos limitados | -Busca el apego en su familia cercana. -Falta de motivación por parte de sus familiares a que A inicie este tipo de actividades - Falta de hábitos de actividades recreativas durante su juventud | -Poca iniciativa en la búsqueda de nuevas actividades y estímulos gratificantes -Desconocimiento de recursos que pueda ella utilizar. -Vida dedicada en exclusividad a la dinámica de la familia |

2. FORMULACIÓN DEL CASO

Hipótesis de origen

Según hemos ido conociendo y ampliando información sobre **A**, su familia y su situación actual, hemos ido elaborando una idea cada vez más sólida sobre cómo en el origen de su enfermedad, juegan un papel trascendental, diversos factores de predisposición y precipitantes para desarrollar una enfermedad mental grave. La influencia de una serie de variables personales, familiares y ambientales dieron paso a que se incrementara la vulnerabilidad genética y aprendida para sufrir el trastorno psicótico del cual está diagnosticada.

A, durante la escolarización en la infancia, presenta algunas dificultades influidas por tener cierta limitación intelectual. Déficits de atención y dificultad de aprendizaje que podrían explicar la falta de interés de **A** por la escuela, lo que se tradujo en una escasa motivación en continuar los estudios después de la EGB. Perteneciente a una familia con estudios primarios, donde se apremia más por trabajar y ganar dinero pronto, (trabajando en la construcción, limpiando casas, cuidando ancianos,...) que por seguir una formación académica adecuada a su edad. No continuar en el instituto, no seguir de igual modo ninguna formación profesional, priva a **A** de la oportunidad de seguir rodeándose de sus amigos y mantener lazos de amistad duraderos. Se produce una distancia cada vez mayor entre ella y su grupo de iguales,

seguramente propiciado por un sentimiento de inferioridad que **A** siente al compararse con los adolescentes de su edad. Podríamos decir que **A** convierte la casa donde vive, la casa de sus abuelos paternos y tías, en su zona de confort, de la que apenas sale si no es acompañada de algún familiar, dificultando el inicio de nuevas amistades. Esta tendencia a la evitación de situaciones que la incomodan, resguardándose en su familia se perpetúan y desembocan en lo que a día de hoy es uno de sus principales problemas: la falta de autonomía, excesiva dependencia y la necesidad de aprobación en aquellas tareas que se presentan como novedosas en su vida.

Por otro lado, unas relaciones familiares basadas en la hostilidad, rencor, envidias, acusaciones y amenazas, donde la comunicación intrafamiliar es ineficaz y los enfrentamientos entre su madre y tía por eventos del pasado son constantes, posicionan **A** en medio de estas batallas entre sus seres más queridos, sin realizar un manejo efectivo de dicha situación, convirtiéndose este clima de alta emocionalidad expresada en un importante estímulo estresante para ella. Esto, unido a los frecuentes cambios de domicilio (**A** alternaba entre domicilio de los padres y domicilio de las tías) explica la ausencia de un modelo referente en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés.

De una enorme relevancia consideramos el papel que ejercen sus tías en la vida y el curso de la enfermedad de **A**, por eso estimamos importante hacer unas pequeñas referencias a la historia de éstas. Su tía **P** pasa gran parte de su infancia en un internado, acusada y llevada allí por sus padres por algo que no hizo y que la priva de los cuidados propios que recibe una niña de su edad, cuidados que sí que dieron, según ella nos cuenta, a sus otros hermanos, **J** y **A**. Tras una relación con un hombre casado, queda embarazada y cría en soltería a este hijo en la casa familiar.

Por otro lado tenemos a su tía **A**, es abandonada por su prometido por otra mujer, pasa dos años de su vida aislada en una habitación, tras este tiempo de duelo, asume por iniciativa propia el papel de cuidadora principal del hogar, primero de sus padres, más tarde lo hará de **A** y posteriormente de las hijas de ésta. Esto acentuará las disputas entre ella y los padres de **A**, a los que acusa de negligentes por abandonar a su hija y no darle el apego que ella estima necesario. **A** centra su vida en el cuidado de su sobrina, obviando su propia historia personal.

Como consecuencia de las rivalidades del pasado, surgen dos estilos de relación con **A** opuestos. Uno desde la exigencia y el autoritarismo, el otro desde la permisividad y el proteccionismo extremo.

Este ambiente hostil entre su madre y sus tías (convivían en un principio todos juntos en el mismo domicilio familiar) propició que los padres de **A** abandonaran esta casa (no está claro si fue por propia iniciativa o fueron invitados a irse) y con ello **A** de tan solo 13 años quedó al cuidado de sus tías favoreciendo así el vínculo de **A** hacia sus tías y potenciando el rol de cuidador de éstas.

A estas variables de predisposición familiar se suman otras que operan como factor de predisposición personal: antecedentes familiares de patología mental que existen en la familia (padre con depresión, tía paternas con rasgos indicadores de enfermedad mental aunque sin diagnosticar) y un déficit de habilidades de afrontamiento por parte de **A** para hacer frente a las situaciones de estrés y de tensión que surgían habitualmente entre sus seres más cercanos.

La acumulación de una serie de factores como la intensa conflictividad familiar, el abandono de sus padres con sus tías, cambios frecuentes de domicilio y falta de red de apoyo social externo a la familia interaccionaron con su propia vulnerabilidad y precipitaron la aparición de los primeros síntomas psicóticos y las conductas desadaptadas que se empezaron a observar cuando **A** tenía 17 años.

Esta interacción repetida ente las variables de predisposición, factores precipitantes y estresores de su vida provocaron en **A** la necesidad de un ingreso hospitalario, tratamiento farmacológico y seguimiento posterior en Salud Mental.

Es tras este ingreso que empiezan a aparecer síntomas negativos como la falta de interés en la toma de decisiones importantes en su vida, pérdida de motivación por mantener unas rutinas normalizadas, deterioro físico con importante aumento de peso...

Tras el abandono de medicación en el primer embarazo, **A** comprueba que la ausencia de medicación le devuelven las ganas y la energía para hacer cosas en casa. Con lo que se inicia un rechazo a la toma de medicación, con ello llega también la interrupción del seguimiento en Salud Mental y nuevas recaídas que requieren de ingreso en 2004,2006 y 2010.

El trascurso de los años y el progreso de esta enfermedad, sin una continuidad de tratamiento va produciendo una progresiva pérdida de autonomía en **A**. Son más visibles sus propias limitaciones y menos sus capacidades, puesto que es su tía **A** la que toma el control de la vida de **A** (ya casada y con una hija). La tía **A** pasa a vivir al domicilio matrimonial y

asume las responsabilidades que **A** tiene como madre, fomentando la dependencia y la incapacidad por parte de la usuaria por el manejo de su propia vida.

Esta pérdida de responsabilidades, la distancia con sus padres, la disminución de su actividad diaria, la usurpación de su rol de madre, el divorcio y la idea negativa que tiene de sí misma favorecen la reagudización y aparición de nuevos síntomas psicóticos y de nuevo un ingreso hospitalario en 2017.

Hipótesis de Mantenimiento.

Si continuamos profundizando en el caso, encontramos una serie de variables que ayudan a mantener las conductas problema en el tiempo.

La recuperación que alcanza en los ingresos viene de la mano de la restauración del tratamiento médico y la distancia que toma con aquellos factores que le producen malestar (frustración por un rol ineficaz como madre, pérdida de la custodia de sus hijas, pérdida de poder adquisitivo por pasar parte de su paga a su ex marido, constante recriminación entre sus tías y sus padres). Esta mejoría suele prolongarse durante unos meses, tras el alta, épocas que coinciden con vivir en casa de sus padres, donde además pasa tiempo con sus hermanas y sobrinos. Sin embargo, la presión que ejercen sus padres para que retome sus responsabilidades y el hecho de que sus hijas viven con sus tías, la llevan a volver pronto al domicilio con ellas.

Es de nuevo en este punto, donde sus tías ejercen una influencia negativa sobre **A** en relación a la desconfianza que muestran hacia el tratamiento farmacológico y los efectos beneficiosos y secundarios de éste, manifiestan también su desconformidad a que los sanitarios realicen el seguimiento a domicilio, restando importancia al cuidado de la salud en general (ni ellas, ni **A**, ni las niñas acuden a sus exámenes de salud correspondientes) y es así como de nuevo aparecen síntomas propios de las descompensaciones de **A**: insomnio, ideas delirantes (creencia de estar embarazada de un primo lejano), conductas desadaptadas (búsqueda de soluciones por parte de **A** y sus tías para este embarazo ficticio), miedos (quieren hacerle daño a ella y a sus seres queridos, alucinaciones auditivas (“*van a venir y te van a llevar al hospital y allí te van a quitar a tu hijo*”), etc.

La alta convicción de **A** en la defensa de su sintomatología delirante se ve reforzada por la obstaculización por parte de sus tías a recibir la atención sanitaria que requiere.

Estas épocas de bloqueo al tratamiento rehabilitador se traducen en una reconducción de los esfuerzos del equipo de continuidad de cuidados, de nuevo hacia una fase de enganche para fortalecer el vínculo con la usuaria y sus tías, en una búsqueda continua de la motivación necesaria para restaurarlo, más que dedicar las visitas al proceso de recuperación, enlenteciéndose y alargando, por ende, la recuperación de **A**.

Entendemos que la familia es pues, un factor determinante y un factor mantenedor de la inestabilidad de **A** y que resulta imprescindible el abordaje familiar, tanto con sus padres como con sus tías.

A esta situación de descompensación clínica se le suman los procesos judiciales que nuestra usuaria tiene abiertos: intervención por parte de la Fiscalía de Menores que consideran a las hijas de **A** en situación de riesgo y una denuncia interpuesta por lo penal por su ex marido por el incumplimiento de la sentencia de divorcio y custodia de las niñas.

Todo ello, descompensación clínica de la patología de base, situación judicial en la que se encuentra y la no colaboración por parte de la familia con la que convive contribuye a la pérdida de funcionamiento de **A** y a situarla en un estado de indefensión que requiere de la intervención inmediata por parte de los servicios sanitarios y sociales de la Región de Muria.

Por otro lado, como factores de protección de **A** observamos cómo al seguir un tratamiento adecuado, con cumplimiento de sus citas en Salud Mental y tratamiento farmacológico, **A** muestra una rápida mejoría y consigue un aceptable equilibrio de salud mental y física.

Además, pasar tiempo con sus hermanas, le dan la oportunidad de evadirse de sus preocupaciones y angustias, saliendo de paseo y tomando algo en ambientes saludables y aconsejables para ella.

Sin olvidarnos del efecto que tiene la presencia de sus hijas, con quien **A** mantiene una relación sana y positiva. Estas niñas, alcanzan unas edades (14 y 17) en las que no solo son fuente de motivación a “estar bien” para su madre, sino que son también figuras de apoyo emocional importantes para ella, mostrando una actitud favorable a la recuperación de su madre.

Estas hipótesis han sido estudiadas en equipo y consensuadas con **A**, con el objeto de entender mejor su realidad y obtener más información sobre los factores que influyen en su enfermedad pero sin dejar atrás aquellos que influyen en su rehabilitación (Anexo 6).

PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

Una vez alcanzada la estabilización clínica de **A** en la Unidad de Regional de Media Estancia, y previo al alta de hospitalización, iniciamos el diseño de un plan de rehabilitación que se llevará a cabo entre el ETAC y la usuaria en su entorno natural, su domicilio. Por tanto, se tratará de establecer unos objetivos y un plan de acción, con características comunitarias, que se elaborará escuchando las necesidades y las prioridades de **A**; se mostrará a sus tías, entendiendo que éstas forman parte del núcleo familiar donde se van a llevar a cabo las visitas domiciliarias. El plan de rehabilitación de **A** es el siguiente:

| OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN | |
|--|--|
| <p><u>Alternativa residencial</u>: la residencia elegida por parte de A es el piso que tiene en propiedad (propiedad compartida con su ex marido), deseando alcanzar la autonomía y funcionalidad suficiente para irse a vivir ella con sus hijas. Durante el proceso de rehabilitación elige vivir en el domicilio de sus tías y el equipo de continuidad de cuidados así lo respetará.</p> <p><u>Actividad reconocida</u>: Recuperar el rol activo como madre, las responsabilidades acordes al mantenimiento de su hogar y alguna actividad recreativa más para su tiempo libre.</p> <p><u>Independencia económica</u>: Aparte de la PNC que cobra, obtener la asignación económica por parte de su ex marido por el cuidado de las hijas, complementada con aquellas ayudas que le puedan corresponder por derecho.</p> | |
| OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN | ACCIONES URGENTES |
| <p>Restablecer el enganche terapéutico perdido con A y sus tías.</p> | <p>Se llevan a cabo reuniones de colaboración entre URME, ETAC, A y sus tías. La relación entre personal de URME es más estable y existe un mayor vínculo de confianza actualmente. Se ofrece de esta manera un espacio para exponer dudas, clarificar malentendidos y establecer objetivos de las visitas a domicilio.</p> |

| NECESIDADES DE INTERVENCION | OBJETIVOS ESPECIFICOS: | ACCIONES Y TECNICAS: | INICIO |
|---|--|--|---|
| Área problema identificada: Soporto Familiar Ineficaz | | | |
| <p>Alcanzar un ambiente familiar terapéutico para A.</p> | <p>Las tías de A formarán parte activa del proceso de recuperación de la misma, sintiendo reconocidos los esfuerzos que realicen.</p> <p>Aumentar los conocimientos de las tías de A, sobre la enfermedad mental y su tratamiento, y de los padres cuando sea preciso.</p> <p>Mejorar la comunicación entre ETAC y las tías de A.</p> <p>Disminuirá la relación de desconfianza de las tías al tratamiento y seguimiento de su sobrina.</p> | <p>Intervención familiar de Enfermera Referente y Psiquiatra de ETAC en el domicilio de las tías de A durante las visitas a domicilio.</p> <p>Intervención familiar grupal dirigida por Enfermera Referente y Psiquiatra del ETAC en casa de los padres de A cuando ésta pase temporadas con ellos.</p> <p>En ambas se escuchará a la familia, se aclararán conceptos y se intentará rebajar la tensión acumulada entre familias</p> <p>Se pondrá a su disposición la asistencia a Grupos Multifamiliares.</p> <p>Se determinarán el horario de la visita semanal al domicilio, previo a la cita, con una llamada telefónica para que estén preparadas y no les pille de sorpresa.</p> | <p>Desde el inicio del PIR, tras el alta de URME y a mantener en el tiempo</p> <p>.</p> <p>Las visitas a domicilio principalmente será n por el tutor de referencia del caso: enfermera del ETAC y habitualmente y según sea necesario acudirá también psiquiatra del equipo.</p> |

| Área problema identificada: Descuido de la salud física y mental de A | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Cumplimiento adecuado de la medicación y de las visitas del ETAC</p> | <p>A entenderá los beneficios que conllevan la toma correcta de su medicación y los logros personales que consigue con el seguimiento por el equipo de continuidad de cuidados</p> | <p>Aclaración de conceptos sobre medicación</p> <p>Valoración de posibles efectos secundarios y ajuste de dosis según necesidad.</p> <p>Acompañamiento inicial a la farmacia para la obtención por parte de ella de su medicación.</p> <p>Valorar la opción de preparar un pastillero junto a ella durante los primeros meses.</p> | <p>Inicio al alta de URME con una supervisión semanal y según evolución se establecerán las visitas una cada 15 días en los meses siguientes.</p> <p>Enfermera y Psiquiatra de referencia, ETAC.</p> |
| <p>Conciencia de enfermedad aceptable sobre su proceso de enfermedad</p> | <p>A entenderá cómo ha sido su vida en relación a su enfermedad, identificando etapas de mejora y etapas de agravamiento y siendo capaz de reconocer alguno de los factores que la precipitan a la descompensación.</p> | <p>Intervención individual con A, en su domicilio o dando algún paseo por alrededores donde se realizará Psicoeducación y se establecerá con ella un plan de prevención de recaídas.</p> <p>Aclaración de conceptos, exploración sobre su historia, devolución de las hipótesis previamente desarrolladas.</p> | <p>Inicio al alta de URME y se mantendrá durante los primeros meses en cada visita semanal.</p> |
| <p>Adquirir estado físico saludable</p> | <p>Alcanzar un equilibrio nutricional adecuado</p> | <p><u>Intervención familiar:</u></p> <p>Tratar temas relacionados con la salud y la alimentación equilibrada. Informar</p> | <p>Seguimiento semanal por enfermería desde el alta de URME y prolongando</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>Reducir peso e IMC</p> <p>Adquirir hábitos alimentarios saludables</p> <p>Aumentar actividad física diaria, reduciendo sedentarismo</p> | <p>sobre estilos de cocción saludables y cantidades diarias recomendables.</p> <p><u>Intervención individual:</u></p> <p>Elaborar con A un menú semanal acorde a sus gustos y a sus necesidades calóricas, y revisión semanal de la ganancia o pérdida de peso.</p> <p>Control de peso, acompañamiento a la farmacia de confianza.</p> <p>Control analítico cada 3 meses.</p> <p>Establecer un horario semanal con la actividad elegida por ella: paseo. Andará media hora todos los días y además irá a llevar y recoger a sus hijas del colegio andando.</p> <p>Acompañamiento semanal en sus primeros paseos.</p> | <p>en el tiempo hasta alcanzar objetivos.</p> |
| <p>Área problema identificada: Actividades recreativas/ocio/tiempo libre</p> | | | |
| <p>Recuperar funcionalidad en las áreas recreativas y laboral</p> | <p>Conducta de motivación para el cambio</p> | <p><u>Intervención individual:</u></p> <p>-Planificación semanal de alguna actividad de interés.</p> <p>-Orientación vocacional y búsqueda de formación adaptada a</p> | <p>Inicio tras estabilización de vínculo entre Equipo y Familia y con estabilización clínica.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | sus capacidades. - Acompañamiento a puntos de información. | |
| Área problema identificada: Manejo de su entorno | | | |
| Recuperar funcionalidad en el manejo de su entorno | A recuperará responsabilidades que tenga en el cuidado y supervisión de sus hijas. Adquisición de responsabilidades en las tareas domésticas. Adquisición de responsabilidades en el manejo del dinero | <u>Intervención grupal:</u> Mediación entre A, tías e hijas para que vayan identificando tareas (compras, asistencia a reuniones de colegio, supervisión tareas escolares, etc...) que A pueda recuperar. <u>Intervención individual con A:</u> Acompañamiento y refuerzo para la realización de dichas tareas. | <u>Personal encargado:</u> Enfermera referente y terapeuta ocupacional del equipo. Se iniciará una vez estén restablecido el vínculo del equipo con las tías de A. |

DISCUSIÓN

En el caso de A, se ha considerado imprescindible un viraje en el modelo de atención ofrecido en los últimos años. Inicialmente y durante los primeros años de su enfermedad, el tratamiento se había centrado en las descompensaciones, en síntomas y fármacos, siguiendo la evolución en visitas al Centro de Salud Mental (si A aceptaba ir), resultando notoriamente insuficiente para poder hablar de recuperación total. Agravado quedaba esto por la sobrecarga y la deficiente organización (bajo mi parecer) que existe en la actual red de salud mental, que aún apostando por un modelo comunitario, ve como una quimera inalcanzable, asistir al TMG basándose en la cercanía y en la continuidad de cuidados.

Dadas las características y complejidad del caso, se convino hace unos años la derivación al ETAC de zona. Esto ya supone un punto de inflexión en el proceso de rehabilitación de A; se trata pues, de un intento de acercamiento al día a día de la usuaria y a su entorno natural. Se busca con ello conocer más sobre la vida de A, las cosas que para ella son importantes y sobre las circunstancias que la rodean. De esta manera, cabe resaltar como

aspecto positivo, que se alcanza a profundizar en el conocimiento de la historia personal y familiar de **A**. Sin embargo, el equipo siente cómo se estanca y cómo su presencia no termina de evitar descompensaciones ni permite avanzar en el proceso de recuperación establecido, teniendo la sensación de estar tan solo “poniendo parches” en los momentos difíciles de **A**. Este último ingreso hospitalario ha obligado, tanto al equipo a domicilio como al de la unidad de hospitalización, a esforzarse, reflexionar y hallar diferentes alternativas de tratamiento que resulten más efectivos, estables en tiempo y satisfactorios para **A**. Si ya contábamos con recursos apropiados para ello, ¿en qué estábamos fallando? Seis ingresos, el firme rechazo a medicación y a seguimiento médico y el empeoramiento progresivo de la situación personal de **A** nos llevó a las siguientes conclusiones:

En primer lugar, desconocíamos qué esperaba **A** de la vida. Centrados en establecer nosotros los objetivos a cumplir, dejábamos sin atender las necesidades y prioridades que ella tenía. Por tanto, el primer cambio que realizamos fue ofrecerle el espacio que le pertenecía en su Proceso de Rehabilitación, darle voz y respetar su opinión de forma sincera, estableciendo una relación de ayuda y apoyo más horizontal, asesorando y aconsejando en lo que ella nos demandaba.

Y en segundo lugar, consideramos que este caso requería de una alta colaboración multiprofesional; una colaboración multiprofesional *sociosanitaria* de la que antes carecía. Aunar esfuerzos, reuniéndonos periódicamente, para trabajar todos en la misma línea de trabajo: la rehabilitación de **A**. Fortaleciendo sus puntos fuertes para hacer frente a las limitaciones, pero no anclándonos únicamente en el tratamiento de síntomas positivos y/o negativos. Entendemos que es inherente a su estabilidad clínica: sentir que es capaz de cuidar de sus hijas, conseguir mantener un clima familiar que permita la convivencia con la gente que quiere, concluir satisfactoriamente con sus problemas jurídicos etc... y para todas estas cosas, nuestra presencia le ayudará en el desarrollo de habilidades y autonomía para el afrontamiento de estas y otras adversidades.

Como he expuesto en otro apartado anterior, la elaboración de este PIR se ha realizado de forma conjunta con la usuaria. El inicio fue aproximadamente hace 5 meses y durante este tiempo, podemos dar por alcanzado el objetivo que definido como *urgente* (“Restablecer el *enganche terapéutico perdido con A y sus tías*”), encontrándose a día de hoy restablecida la relación de confianza entre usuaria, equipo terapéutico y familia. Se han retomado las visitas

semanales a domicilio desde hace un mes. Superada por tanto la fase de enganche con usuaria y tías, se está trabajando en la consecución de los primeros objetivos generales.

CONCLUSIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA PROFESIONAL

Mi percepción como profesional de referencia del caso, significativamente implicada en el PIR de **A**, es que ésta se encuentra en una muy buena disposición para avanzar en su recuperación. Tomando esta vez ella las riendas de su vida. Adquiriendo poco a poco autonomía en la toma de decisiones importantes. En la actualidad, es responsable de la preparación de su pastillero semanal, ha mostrado interés y ha solicitado algún cambio en su medicación por presentar efectos secundarios, y se ha reforzado positivamente la iniciativa personal que tenido para exponer dicha solicitud. Convive actualmente en la misma casa que sus hijas y esto hace que se esté involucrando cada vez más en aspectos de su educación; por otro lado, la relación conflictiva entre sus familiares cercanos que tanto le ha perjudicado con anterioridad, parece de momento estar en un segundo plano de su vida.

Por tanto, el proceso de rehabilitación de **A**, no ha concluido, seguimos inmersos en él, consideramos que va ser largo pero la sensación tanto de profesionales como de usuaria, tías e hijas de **A** es de optimismo, dado que ya son observables cambios positivos para la dinámica y el equilibrio familiar y para la adquisición de una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

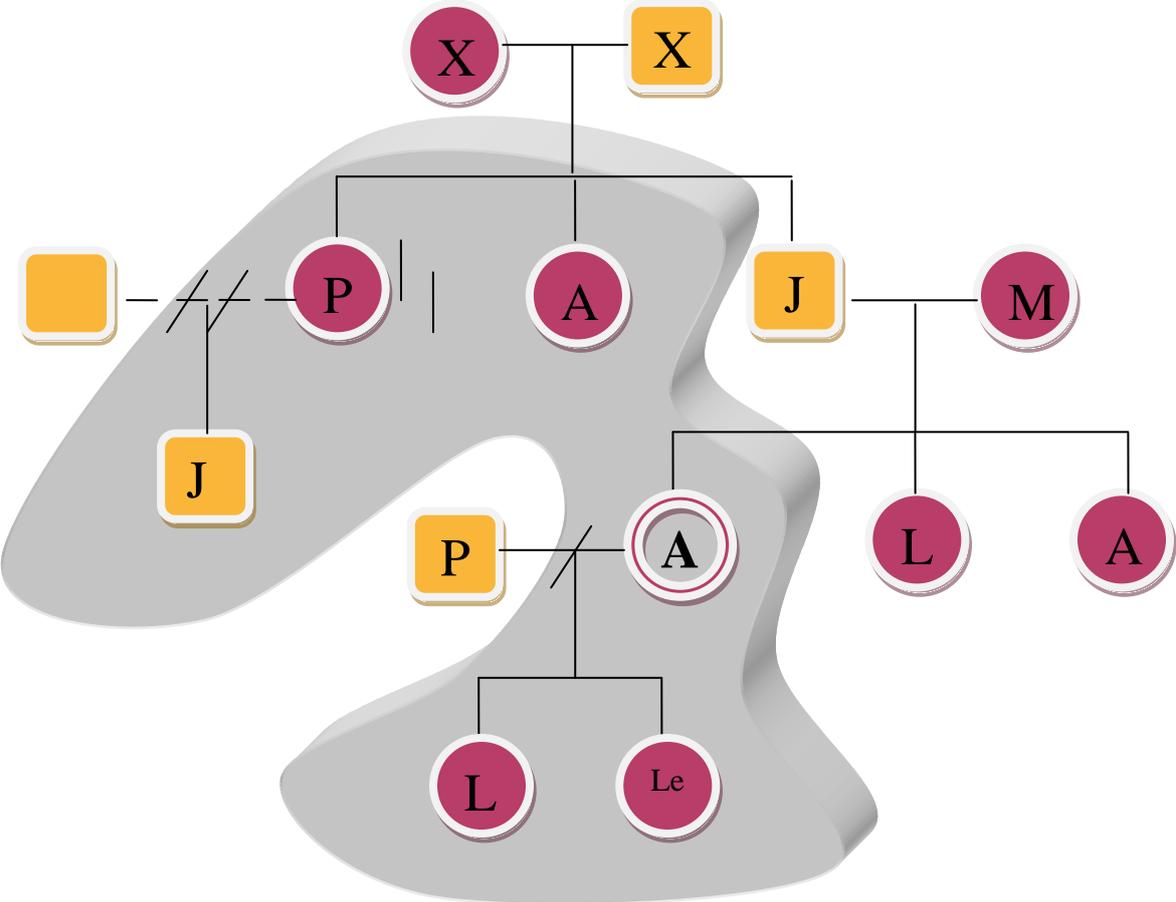
- González Rodríguez, A. (2011). Programas de Continuidad de Cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología*, 16(3), 305-312.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep.* 10: 799-812.
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
- Real Decreto de 24 Julio de 1989, Código Civil. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de Julio de 1989. Artículo 200. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>
- Santos Urbaneja, F. (2009). Capacidad y Autogobierno. Trabajo publicado en Documento Sitges 2009- *Análisis de la capacidad para decidir durante la evolución de una demencia*. Sitges.
- Santos Urbaneja, F. (2004). Causa y Motivo de la Incapacidad Civil. Una reflexión sobre el artículo 200 del Código Civil. Trabajo presentado en las *Jornadas sobre la Revisión de de los procedimientos relativos a la Incapacidad*, Madrid.
- Servicio Andaluz Salud (2010). Escala de evaluación HoNOS. *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco*. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=426>
- Sheperd G., Boardman J., y Slade M. (2008). *Hacer de la Recuperación una Realidad*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Hacerrecuperacionrealidad.pdf>

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Bobes, J., G-Portilla, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.
- Contreras, J.A. y Navarro, D. (2008). Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXVIII, núm. 102, pp. 451-475.
- Fernández, JA., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (Editores.). (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. FEARP. Valladolid.
- Navarro, D y Carrasco, O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. *Fundación de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. FISLEM*. Toledo.
- Piñana, R. (2002). *Guía Jurídica para Familias de Personas con Discapacidad psíquica*. Murcia: FEAPS.
- Santos Urbaneja, F. (2004). La Guarda de Hecho . Trabajo publicado en su blog Fernando Santos Urbaneja. Disponible en <http://fernandosantosurbaneja.blogspot.com/>

ANEXOS

Anexo 1: GENOGRAMA



Anexo 2: LINEA DE VIDA

| Línea de vida familiar de A | |
|---|--|
| Síntomas / Problemas | Eventos Vitales |
| <p>Primer brote psicótico: Miedos, falsos reconocimientos de lugares familiares, y de personas importantes. Ideas de perjuicio (cree que la van a matar, insomnio, mutismo...)</p> | -1960 aprox : P con una ampolla trata de herir a su hermana A. Por ello es enviada 10 años a un internado. |
| | -1977. Nace A |
| | -1982. Nace el hijo de P, primo de A |
| | -1990 aprox: los padres de A (13 años) se marchan del domicilio familiar. |
| | -1994. - Es testigo de cómo un primo de la familia engaña a su pareja con otra mujer. - Muere su abuela paterna - A se va a vivir con sus padres a Patiño. |
| | -1995, primer ingreso psiquiátrico. |
| <p>Rol de cuidadora de la tía A, se potencia la dependencia de A hacia su tía que pasa a encargarse del cuidado de las niñas.</p> | <p>-2000: - A los 23 años, A contrae matrimonio con P y pasa vivir al domicilio de la pareja, vivienda cerca a sus tías. - Al poco tiempo su tía A pasa a vivir con ellos. - Nace hija mayor de A (L)</p> |
| <p>Alteración conductual durante el ingreso por ideas de perjuicio centrados en el personal sanitario y compañera de habitación. Agitación psicomotriz por pesar que le iban a hacer daño.</p> | <p>-2004. Nace hija menor de A (Le). Requiere de un ingreso posterior (2º ingreso hospitalario) al parto por acudir para expulsión de restos placentarios, al parecer sin restos en la exploración ginecológica. Realizan interconsulta y el ingreso pasa a cargo de psiquiatría.</p> |
| <p>Angustia psicótica, insomnio e inhibición psicomotriz importante. No sale de casa por temor a que le pueda suceder algo, abandonando sus actividades habituales. Mutismo, aumento de latencia de respuesta. Ideación delirante de perjuicio</p> | <p>-2006. Tercer Ingreso hospitalario Llevada al hospital por familia de origen (padres y hermana)</p> |
| <p>Considerable aumento de peso (140 kg) debido a la medicación y al sedentarismo extremo en domicilio.</p> | <p>-2011. Inicio seguimiento por ETAC</p> |
| <p>Situación insostenible en la pareja por las mala relación y las disputas continuas.</p> | <p>-2012: -Separación, divorcio y custodia de las niñas para el padre. Las niñas viven con él durante un tiempo. Mala relación de las niñas con su padre.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>- Las hijas de A (por iniciativa de ellas) vuelven a vivir en el domicilio de sus tías.</p> |
| | <p>-2014-2015. A y sus tías interrumpen seguimiento médico por el ETAC.</p> |
| <p>Miedos a ser escuchada “por otros” estando en su casa, mutismo de varios días. Repercusión conductual pasando la noche despierta y despertando repetidamente a sus hijas para verificar que están vivas. Piensa que le están adulterando lo cigarros y que unos hombres de la calle la amenazan. Admite haber dejado la medicación por consejo de sus tías. Abandono importante de higiene y cuidado personal.</p> <p>Tras dos meses de estabilización clínica, discute con sus padres por no tener contacto regular con sus hijas, comenzando de nuevo episodios de miedos, insomnio e irritabilidad.</p> <p>Empeoramiento clínico. Miedo a perder a sus hijas. Importante ansiedad, comienza de nuevo el insomnio y las ideas de perjuicio con alucinaciones auditivas (escucha voces que la amenazan desde la calle con llevarla al hospital). Embotamiento afectivo. Abulia y abandono de actividades, permanece encerrada en casa.</p> <p>Desde hace unos días duda de la identidad</p> | <p>-2017. Abril: Cuarto ingreso hospitalario Llevada por su hermana a Urgencias. Abandono de tratamiento farmacológico.</p> <p>Junio- Julio: - Nueva derivación a ETAC. - Al alta se va vivir a domicilio de sus padres. - Durante este tiempo, interpone denuncia penal a sus tías por tener la guarda de sus hijas en vez de sus progenitores, por situación de cuidado insuficiente de las menores y no escolarización de la pequeña.</p> <p>Agosto: A vuelve a casa de sus tías, donde están sus hijas.</p> <p>Septiembre: el exmarido de A, interpone contra ella por no cumplir con sentencia de la custodia (niña viven con sus tías en vez de con su padre).</p> <p>Octubre- Diciembre: - Interrumpe nuevamente seguimiento con ETAC. - Abandono de tratamiento farmacológico. - Varios intentos por parte del exmarido de A de recuperar a las niñas mediante la intervención de la Guardia Civil.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>de todas las personas que le rodean, piensa que sus padres han muerto y no son los que ve. Pasa gran parte del tiempo fuera del domicilio por ser el lugar donde más se siente amenaza</p> | <p>Diciembre: Quinto ingreso hospitalario, llevado a cabo por el ETAC, donde se da alta por fuga, al no volver de un permiso terapéutico.</p> |
| <p>Ideación de perjuicio (cree estar en peligro de muerte, al igual que han matado ya a sus padres). Falsos reconocimientos (no reconoce a sus tías, ni al equipo médico que la sigue desde hace años), Deambula por la calle sin rumbo fijo durante la mayor parte del día (se siente más amenazada en casa). Importante abandono físico Posible ideación delirante erotomaníaca (cree estar embarazada de una relación con un primo lejano), Alucinaciones auditivas en forma de voces que la amenazan y le informan de desgracias que van acontecer.</p> | <p>-2018. Enero: Continúa en casa sin seguimiento, ni medicación, en convivencia con sus tías que no abren la puerta a ETAC. Interviene la Consejería de Familia, como respuesta a un Informe enviado por Psiquiatra de ETAC y Psiquiatra de CSMI dirigido a la Fiscalía. Se declara situación de riesgo de las niñas y se inicia seguimiento por Servicio de familia de la Comunidad Autónoma. Llega citación para nuevo juicio de custodia de las niñas. Febrero: sexto ingreso hospitalario Marzo: -Ingreso en Unidad de Rehabilitación de Media Estancia. - Inicio de nuevo seguimiento con ETAC durante dicho ingreso con propósito de continuar al alta y tras elaborar un plan individualizado para A.</p> |

Anexo 3: ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

- Concepto: Desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. Se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
- La escala Likert de 7 valores, oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave). Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista (1 semana).
- Puntuación:
 - La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, pudiendo oscilar entre 18 y 126. *f*
 - La puntuación en el cluster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28. *f*
 - La puntuación en el cluster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 4 y 28.

Nombre.....Historia.....
 Evaluador/a.....Fecha.....

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

| | No presente | Muy leve | Leve | Moderado | Moderado Grave | Grave | Muy Grave | No evaluado |
|---|-------------|----------|------|----------|----------------|-------|-----------|-------------|
| 1. Preocupación Somática | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 2. Ansiedad Psíquica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 3. Aislamiento Emocional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 4. Desorganización Conductual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 5. Autodesprecio y sentimientos de culpa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 6. Tensión. Ansiedad somática | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 7. Manierismo y posturas extrañas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 8. Grandeza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 9. Humor depresivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 10. Hostilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 11. Susplicacia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 12. Alucinaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 13. Enlentecimiento Motor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 14. Falta de cooperación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 15. Contenido inusual del pensamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 16. Embotamiento, aplanamiento afectivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 17. Excitación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 18. Desorientación y Confusión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):

Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):

(No sumar los "9") TOTAL:

Anexo 4: ESCALA DE EVALUACIÓN HoNOS

Health of the Nation Outcome Scale

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

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 15

3. Marcada apetencia 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 seria 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 17
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 18
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. 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

Anexo 5: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL (EVDP)

| 1. COMPETENCIA PERSONAL | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>EJE I: CAPACIDAD DE CUIDADOS</i> | | | | | |
| A) AUTOCUIDADOS | | | | | |
| a.1 Higiene personal | | | | | |
| a.2 Vestido | | | | | |
| a.3 Alimentación | | | | | |
| B) HÁBITOS DE VIDA | | | | | |
| b.1 Hábitos de vida saludables | | | | | |
| b.2 Hábitos de sueño | | | | | |
| b.3 Consumo de sustancias | | | | | |
| <i>EJE II: AFRONTAMIENTO</i> | | | | | |
| C) AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL | | | | | |
| c.1 Autocontrol | | | | | |
| c.2 Habilidades sociales | | | | | |
| c.3 Solución de problemas | | | | | |
| D) CAPACIDADES COGNITIVAS | | | | | |
| d.1 Habilidades cognitivas básicas | | | | | |
| d.2 Procesamiento de información | | | | | |
| d.3 Capacidad de aprendizaje | | | | | |
| <i>EJE III: AUTONOMÍA</i> | | | | | |
| E) AUTONOMÍA BÁSICA | | | | | |
| e.1 Manejo de dinero | | | | | |
| e.2 Manejo de Transportes | | | | | |
| e.3 Manejo del entorno | | | | | |
| e.4 Conocimientos educativos básicos | | | | | |
| F) AUTONOMÍA SOCIAL | | | | | |
| f.1 Capacidad de gestión | | | | | |
| f.2 manejo de recursos sociales | | | | | |
| f.3 Manejo del ocio y tiempo libre | | | | | |
| <i>EJE IV: CAPACIDAD LABORAL</i> | | | | | |
| G) CAPACIDAD LABORAL | | | | | |
| g.1 Situación laboral | | | | | |
| g.2 Capacidad laboral | | | | | |
| g.3 Motivación laboral | | | | | |
| <i>EJE V: ASPECTOS CLÍNICOS</i> | | | | | |
| H) RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO | | | | | |
| h.1 Conciencia de enfermedad | | | | | |
| h.2 Responsabilidad ante el tratamiento | | | | | |
| h.3 Respuesta al tratamiento | | | | | |
| h.4 Efectos secundarios | | | | | |
| 2. SOPORTES SOCIALES | | | | | |
| <i>EJE VI: SOPORTES</i> | | | | | |
| i.1 Actividad principal | | | | | |
| i.2 Soporte familiar | | | | | |
| i.3 Red de apoyo social | | | | | |
| i.4 Autonomía | | | | | |
| i.5 Soporte residencial | | | | | |
| i.6 Inserción en recursos sociales | | | | | |

Anexo 6: FORMULACIÓN DEL CASO

