El papel de los servicios sociales en la rehabilitación psicosocial y atención social comunitaria a las personas con enfermedades mentales crónicas

La experiencia del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007) de la consejería de familia y asuntos sociales de la comunidad de Madrid

Abelardo Rodríguez González
Psicólogo. Responsable técnico del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica

Resumen

En esta conferencia se presentarán los principales elementos que han de articularse de cara al desarrollo de una atención comunitaria global e integral a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia y otras psicosis) y se enfatizará la atención psicosocial como un componente esencial para asegurar la cobertura de las necesidades psicosociales y sociales de esta población y promover la mejora de su funcionamiento y favorecer su integración y participación social en la comunidad. En esta línea, se presenta primero la problemática multifactorial y las diferentes necesidades tanto sanitarias como sociales de esta población y se ilustra la necesidad de abordar un modelo de Atención Integral donde se han de integrar todo un conjunto de servicios, programas e intervenciones desde un modelo de atención basado en la comunidad, a fin de cubrir las múltiples necesidades de este colectivo. Sobre esta base, se planteara el ámbito y principales componentes de la Atención Psicosocial como un conjunto de programas y recursos esenciales para una adecuada atención comunitaria.

Desde este contexto se presentará el papel y la implicación del Sistema de Servicios Sociales en relación con la cobertura de las necesidades sociales de las personas con enfermedad mental

Indivisa, Bol. Estud. Invest., 2006, Monografía VI, pp. 15-52
ISSN: 1579-3141

grave y crónica y su participación activa desde un lógica de estrecha coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental en el desarrollo de una atención comunitaria global e integral a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia y otras psicosis)

Posteriormente se expone la experiencia de la Comunidad de Madrid que desde 1988 viene trabajando en el desarrollo de una red de recursos de rehabilitación y atención social para esta población y se centra sobre todo en el impulso que ha supuesto la aprobación del **Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Esta Plan dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales** supone un ejemplo de la participación y colaboración del sistema de servicios sociales en la atención psicosocial y social a esta población y en suma en la organización, en coordinación con el sistema sanitario de salud mental, de un sistema de atención integral que mejore la atención y calidad de vida de este colectivo y sus familias en la Comunidad de Madrid.

Palabras Clave

Atención comunitaria, enfermedad mental grave y crónica, atención psicosocial, Sistema de Servicios Sociales, discapacidad, red de rehabilitación.

Abstract

This paper will present the main elements that are to be articulated for the development of global and complete community assistance to the people affected by serious and chronic mental illness (schizophrenia and other psychoses). Psychosocial assistance will also be emphasised as an essential component in order to make sure that the psychosocial and social needs of this group are covered. The aim is also to encourage the improvement of their performance and favour their social integration and participation in the community.

According to this, we firstly present this group's multifactor problems and their different sanitary and social needs. We also illustrate the need to include a Complete Assistance model. This model must integrate a whole set of services, programmes and interventions within an assistance model based on the community. The aim is for this model to cover the multiple needs of this group. On this basis, we shall consider the area and the main components of Psychosocial Assistance as an essential set of programmes and resources for adequate community assistance.

In this context, we will present the role and implications of the Social Services System in relation to the coverage of social needs for people with serious and chronic mental illness. We will also explain their active participation in close coordination and complementarity with the mental health system in the development of global and complete community assistance for people with serious and chronic mental illness (schizophrenia and other psychoses).

Afterwards the experience in the *Comunidad de Madrid* will be presented. Since 1988 *Comunidad de Madrid* has been working in the development of a resource network for this group's rehabilitation and social assistance. Above all, it focuses on the boost that the **Social Assistance Plan for people with serious and chronic mental illness 2003-2007** has meant. **This Plan depends on the Family and Social Issues Ministry**

and it is an example of the participation and collaboration of the social services system in the psychosocial and social assistance to this group and in the organisation in general. It acts in coordination with the mental health system and is an example of a complete assistance system that improves assistance and quality of life of this group and their families in the *Comunidad de Madrid*.

Key Words

Community Assistance, serious and chronic mental illness, psychosocial assistance, Social Services System, disability, rehabilitation network.

1. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: Problemática multifactorial sociosanitaria

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no solo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad. Esta dimensión de Discapacidad de la población «enferma mental crónica» permite entender el destacado papel que deben jugar la atención psicosocial y social y el sistema de servicios sociales en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de este colectivo.

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizados de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un «continuum» dentro de este colectivo, en el que podemos encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, has-

ta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y **necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial** peculiar de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- *ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL*
  Los pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- *ATENCIÓN EN CRISIS*
  Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- *REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL*
  Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

  Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- *REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO*
  La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a ad-

quirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y mantenerse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

- *ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA*
  Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, que se pueden «quemar» y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

- *APOYO ECONÓMICO*
  De igual modo muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario, ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Así mismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

- *PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS*
  La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente

indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- *APOYO A LAS FAMILIAS*
  Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Así mismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

  En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario «cuidar a los que cuidan»), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Así mismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

2. HACIA UN MODELO ATENCIÓN INTEGRAL SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD

Como ya se comento anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención integral, sociosanitaria y comunitaria a esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Resulta pues evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención, adecuada e integral, a la población con trastornos mentales severos en general y a las personas que sufren esquizofrenia en especial. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios, tanto sanitarios como sociales, de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales gra-

ves y crónicos en particular, esta asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico. Esto es, con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social. Este es un factor clave para el buen desarrollo de los procesos de Reforma y articulación de un modelo comunitario en salud mental, es decir, la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios tanto de atención psiquiátrica como muy especialmente de rehabilitación y soporte social que permita atender las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. La escasez de estos recursos o su inadecuada planificación ha sido uno de los hándicaps más importantes para el curso de la Reforma y para sus resultados en relación a la atención a la población enferma mental crónica y a sus familias.

En nuestro contexto para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma y la desinstitucionalización y en la adecuada implantación del modelo de atención comunitaria, tienen que ver con la escasa atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población y por , ende, a la poca prioridad e importancia otorgada a los programas de rehabilitación y al adecuado desarrollo de recursos de atención psicosocial y apoyo en la comunidad para atender las necesidades reales de esta población.

Como hemos reiterado, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamien-

to social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas. Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no solo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

La cronicidad y la discapacidad asociada a la enfermedad mental grave no desaparecen con la crítica y la superación de la institucionalización psiquiátrica (sólo la marginación asilar que no es poco) sino que forman parte del proceso personal y social de la psicosis. La cronicidad y las dificultades de funcionamiento reaparecen en la comunidad o emergen bajo nuevos patrones.

Sin embargo, esto ha sido en general escasamente reconocido. La atención a la crisis aguda, el control del síntoma, la importancia dada a la enfermedad y la curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento, llevaron a una relativa exclusión de enfermo mental del nuevo modelo asistencial y a descuidar la adecuada cobertura a sus múltiples necesidades, fundamentalmente psicosociales (perdida de autonomía, dificultades de funcionamiento, problemas en el desempeño de roles sociales, falta de soporte social, perdida de redes sociales, dependencia familiar, problemas de inserción laboral, etc.).

Teniendo presente que la atención debe ser integral e integrada y que toda división o delimitación de componentes dentro de ella siempre tiene parte de arbitrariedad y de convención, podemos aceptar que dentro del sistema de atención, se puede desglosar aquellos más ligados a los problemas psicopatológico-psiquiátricos y preferentemente orientados al tratamiento, de aquellos programas y recursos específicos que tienen relación con las necesidades y problemáticas psicosociales antes comentados y que se orientan esencialmente a la mejora del funcionamiento, la atención residencial y el apoyo al alojamiento, el apoyo a la integración social y laboral y el soporte comunitario.

Este último ámbito es el que podríamos agrupar y delimitar como el **Atención Psicosocial y Social** y que sintéticamente incluiría sobre todo los siguientes elementos o componentes principales:

- **Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial (recuperación de la máxima autonomía personal y social) y Apoyo a la Integración social.**
- **Apoyo y soporte social comunitario.**
- **Atención Residencial:** Alternativas residenciales comunitarias.
- **Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.**
- **Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias**

Estos componentes aluden a los problemas esenciales que afectan a la calidad de vida y la participación activa en la comunidad, y por tanto su adecuada atención es no solo un complemento imprescindible para el tratamiento sino un elemento prioritario para facilitar oportunidades efectivas a este colectivo para mejorar su funcionamiento y promover su derecho a una vida digna y normalizada en la sociedad. Sin embargo, a pesar de su importancia, la Atención Psicosocial y Social, ha sido considerada

como un aspecto secundario y de menor relevancia que el tratamiento psiquiátrico o la hospitalización. En estas áreas que hemos agrupado bajo el rotulo de atención psicosocial y social, es esencial la implicación de los Servicios Sociales en el desarrollo de programas y centros o recursos específicos que permitan la adecuada atención a dichas problemáticas y necesidades psicosociales y sociales, como un elemento esencial en el marco de un sistema coordinado e integral de atención comunitaria a esta población. Así pues, En estos ámbitos de intervención debe jugar un papel relevante el sistema de Servicios Sociales, tanto a través de los servicios sociales comunitarios o de base como de un modo significativo a través del desarrollo de servicios sociales especializados (Centros de Día, Centros de Rehabilitación Laboral, Residencias, Pisos supervisados, etc.) trabajando siempre desde una lógica de coordinación, complementariedad y continuidad de cuidados con la red sanitaria de salud mental.

En nuestro país en los últimos años ha habido un avance sustancial es el consenso técnico sobre la tipología de centros y recursos de atención social y apoyo rehabilitador. Avances que se han ido produciendo en los últimos años, no solo en distintas comunidades autónomas, sino también especialmente en la elaboración desde las asociaciones profesionales de consensos técnicos que suponen un decidido impulso en la definición y homologación de una red de atención integral al enfermo mental crónico y específicamente en lo relativo a la atención psicosocial con la propuesta de centros y recursos de rehabilitación psicosocial y soporte social, rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo laboral, atención residencial y la estimación de estándares de plazas necesarias de este tipo de dispositivos . En esta línea cabe destacar, los documentos elaborados por la AEN (Asociación española de neuropsiquiatría, profesionales de la salud mental). Así en un documento *«Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad»* (Cuadernos Técnicos n.º 4, Madrid, 2000) y en el titulado *«Rehabilitación Psicosocial de la personas con trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones»* (Cuadernos Técnicos n.º 6, Madrid, 2002) ha establecido y consensuado una tipología y una guía de plazas de recursos de rehabilitación y apoyo social a la población enferma mental grave y crónica. Por ejemplo, la estimación de plazas establecida por la AEN en el año 2000 es la siguiente:

Cuadro: *Estimación de plazas por 100.000 hb. de recursos de rehabilitación y apoyo. AEN («Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad» Cuadernos Técnicos n.º 4, AEN, 2000)*

Recurso	Plazas x 100.000 hab. Mínimas	Plazas x 100.000 hab. Óptimas
Centros de Rehabilitación Psicosocial	20 plazas	50 plazas
Centros de Día y actividades ocupacionales	20 plazas	50 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral/Talleres protegidos/Apoyo al empleo normalizado	15 plazas	30 plazas Unidad Residencial*
20* plazas	20* plazas	MiniResidencia
20 plazas	50 plazas	Pisos tutelados
20 plazas	50 plazas	Pensiones supervisa-
das	5 plazas	10 plazas

* Las Unidades Residenciales se plantean para desinstitucionalizar a pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos en unidades hospitalarias de larga estancia con grave deterioro psicosocial y el n.º de plazas dependerá de la existencia previa de este tipo de pacientes.

Esta estimación tiene gran interés por cuanto supone un consenso específico establecido en relación a la situación global y necesidades de nuestro país. Esta estimación ha sido también desarrollada y adaptada en el otro documento específico de la AEN sobre Rehabilitación Psicosocial editado en 2002; asimismo el documento de consenso sobre «Rehabilitación e Integración Social» elaborado recientemente en grupos de trabajo liderados por el IMSERSO es otro informe de referencia en esta línea de avances en el consenso sobre tipología de recursos y modelos de intervención en el ámbito psicosocial y social.

Otra propuesta de interés es la planteada en la Comunidad de Madrid desde el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica, tomando como referencia los consensos anteriores y adaptándolos a las circunstancias específicas de la citada Comunidad, y en donde se establece el objetivo de alcanzar un desarrollo de centros y recursos que permita alcanzar las ratios mínimas planteadas para cada recurso y lograr por tanto una red mínima de centros comunitarios de atención social, bien distribuida en las distintas que permita ofrecer una atención coordinada con la red de servicios de salud mental y mayores oportunidades de mejora del funcionamiento, apoyo a la integración social y laboral y apoyo a las familias. Esta experiencia se verá en más detalle en la última parte de esta ponencia.

Cuadro. *Red de centros y recursos del PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS (2003-2007). Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Estándares de plazas)*

CENTRO RECURSO	Plazas x 100.000 hab. Mínimas	Plazas x 100.000 hab. Óptimas
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30 plazas	50 plazas
Centros de Día (actividades de soporte social)	15 plazas	30 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.	15 plazas	30 plazas MiniResidencia (MR)
15 plazas	30 plazas	P I S O S
supervisados/tutelados	6 plazas	10 plazas
Plazas en Pensiones supervisadas	1 plaza	2 plazas

Esta propuesta de estándares y ratios de plazas x 100.000 habitantes tiene un carácter orientativo y abierto por cuanto el desarrollo de recursos, las nuevas demandas y un mejor conocimiento de las necesidades obligará a una constante evolución y adaptación

Pues bien sobre la base de estos consenso y con la experiencia de distintas Comunidades Autónomas en el desarrollo de recursos de atención social y muy especialmente desde la experiencia de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid a través del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica, **se ofrece a continuación una propuesta general de una tipología de centros y recursos de atención psicosocial y social.** Los recursos que se indican son aquellos cuya misión fundamental es la atención a los ámbitos de necesidad o intervención psicosocial y social que antes hemos señalado. Estos recursos deben integrarse dentro del conjunto de servicios y programas que conforman la atención comunitaria integral a este colectivo y trabajar dentro de una lógica de coordinación, complementariedad y continuidad de cuidados. En la organización de una red de servicios y recursos para la atención integral a esta población es fundamental la coordinación y colaboración de la red sanitaria y de la red del sistema de servicios sociales articulando un efectivo espacio de atención sociosanitaria, junto con la colaboración y cooperación de la iniciativa social y el movimiento asociativo.

Los recursos de atención psicosocial y social que incluiremos en la siguiente tipología se adscriben de un modo más cercano al sistema de atención de servicios sociales que al sistema sanitario pero su organización puede variar en las distintas comunidades autónomas dependiendo de múltiples factores (distribución competencial entre Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales, desarrollo de recursos, factores sociales específicos, etc.). Lo importante no es la adscripción a uno u otro sistema, a una u otra Consejería sino la articulación de una red de recursos sociosanitarios que atiendan, desde una lógica de coordinación, complementariedad y continuidad de cuidados, las distintas necesidades de esta población y apoyen su integración y participación social efectiva como ciudadanos de pleno derecho.

Cuadro: *Ámbitos de Intervención y Tipos de Centros y Recursos*

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOCIAL	TIPO DE CENTROS Y RECURSOS
Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, soporte social e integración comunitaria	— Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). — Centros de Día de Soporte Social (CD).
Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Integración en el mundo laboral	— Centros de Rehabilitación Laboral — Programas de apoyo a la inserción Laboral.
Atención Residencial Comunitaria	— Residencias comunitarias con supervisión 24 horas. — Pisos supervisados — Plazas en Pensiones — Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda
Apoyo a las Familias	— Información y orientación a las familias — Programas de Psicoeducación de familias — Apoyo al movimiento asociativo

La derivación y coordinación de la utilización de los distintos centros o recursos de atención social, se debe organizar desde los Servicios de Salud Mental Comunitarios de cada zona como responsables del diagnóstico, tratamiento y seguimiento global de cada paciente. Es fundamental tener en cuenta la situación y necesidades de cada persona con enfermedad mental y los objetivos que se proponen de acuerdo al plan global de atención y seguimiento de cada paciente, así como la necesidad de que cada paciente reciba una atención coordinada y basada en una lógica de continuidad de cuidados y teniendo en cuenta su proceso individualizado de rehabilitación e integración en la comunidad. Es esencial también resaltar la importancia de trabajar desde un modelo comunitario comprometido con la atención a los problemas y necesidades de la persona en su entorno y orientado siempre a promover la autonomía, la calidad de vida y la integración y participación social activa en la comunidad. Los centros o recursos de rehabilitación y atención social no son fines en si mismos, son instrumentos de apoyo a estos procesos individuales de mejora del funcionamiento, de progresiva integración y desempeño de roles socialmente útiles y valorados y recuperación activa del control de sus propias vidas (Farkas, 1998). Los profesionales y la red de centros y programas han de trabajar desde esta filosofía y modelo comunitario, convirtiéndose en puntos de apoyo y ayuda en estos itinerarios individualizados de rehabilitación e inserción social.

4. EL PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Los Servicios Sociales deben pues jugar un papel esencial en el apoyo e integración social de los enfermos mentales

crónicos desde una decidida voluntad de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en la diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo «manicomial» y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos, pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de apoyo a la rehabilitación, integración y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social.

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)
CAPITULO TERCERO DE LA SALUD MENTAL

ARTÍCULO 20
Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
   Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. **Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la *necesaria coordinación con los servicios sociales.***
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Los servicios sociales, como ya se indicaba el artículo 20 apartado 3 de la Ley general de Sanidad de 1986, constituyen un elemento esencial para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población enferma mental crónica. Su intervención debe conjugar dos aspectos diferenciados y complementarios:

1. El **trabajo desde los servicios sociales generales** en los que como ciudadanos de pleno derecho las personas con enfermedad mental crónica reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas y posibilitar así su mantenimiento e integración en su entorno social, y
2. El desarrollo **de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de atención psicosocial y social:** apoyo a la rehabilitación psicosocial y a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral, atención residen-

cial y soporte comunitario, sin olvidar el apoyo a las familias.

Sin embargo en el contexto general de nuestro país, aún teniendo presente las diferencias regionales existentes, se puede afirmar que la implicación de los Servicios Sociales en la atención comunitaria y apoyo a la integración social de este colectivo aún es escasa y todavía deben avanzar decididamente en asumir que las personas con enfermedades mentales conforman un grupo específico sobre el que deben actuar a través tanto de prestaciones generales como de dispositivos especializados.

Las razones de esta necesidad de implicación son varias:

1. Ante las diferentes necesidades que plantean estas personas, los sistemas sanitarios y de servicios sociales no pueden actuar según una lógica rígida de compartimentación, en la que ninguno de ellos asume la responsabilidad por corresponder a otra instancia, y que conlleva que muchos pacientes se queden en «tierra de nadie».

2. Como se deriva del principio básico de «continuidad de cuidados», son las necesidades del paciente las que determinan la organización de la atención y no la estructuración político-administrativa del territorio, debiendo por tanto entrar a intervenir **todos** los sistemas necesarios de una forma coordinada. Y el de Servicios Sociales es de gran importancia para la atención a las necesidades sociales de esta población.

3. Las personas con enfermedad mental son, ante todo, ciudadanos de pleno derecho, por lo que debe intervenir el nivel primario de servicios sociales generales en caso de ser pertinente a través de sus diferentes prestaciones básicas (información y orientación, ayuda a domicilio, prevención de la marginación e inserción, rentas mínimas de inserción, etc.) colaborando en la cobertura de necesidades básicas, el apoyo al mantenimiento normalizado en la comunidad y la prevención de la marginación. Pero también se debe apoyar estos procesos desde el nivel de servicios sociales especializados, a través del desarrollo de recursos específicos (centros de día, centros de apoyo a la rehabilitación psicosocial y laboral, recursos residenciales, etc.).

Sin embargo en el contexto general de nuestro país, aún teniendo presente las diferencias regionales existentes, se puede afirmar que la implicación de los Servicios Sociales en la atención comunitaria y apoyo a la integración social de este colectivo aún es escasa y todavía deben avanzar decididamente en asumir que las personas con enfermedades mentales conforman un grupo específico sobre el que deben actuar a través tanto de prestaciones generales como de dispositivos especializados. La insuficiencia de recursos específicos de atención social, atención residencial y apoyo comunitario (véase AEN 2002) es, hoy por hoy, un obstáculo fundamental para el mantenimiento e integración comunitaria de muchos enfermos mentales, generando múltiples consecuencias negativas que van desde el aumento de ingresos o estancias hospitalarias, el riesgo de situaciones de abandono y marginación o sencillamente el mantenimiento de situaciones de aislamiento y dificultades de funcionamiento psicosocial que con los apoyos oportunos podría permitir la recuperación de un adecuado nivel de autonomía personal e integración de muchos enfermos mentales y aliviar las situaciones de sobrecarga de sus familias.

5. LA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007

5.1. PRESENTACIÓN

Nuestra Comunidad de Madrid desde finales de los 80 ha sido pionera y referente en cuanto a la implicación y colaboración desde el Sistema de Servicios Sociales en la atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población y sus familias desde un lógica de complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental. En esta línea desde 1988 la Dirección General de Servicios Sociales venía desarrollando un Programa específico desde el nivel de servicios sociales especializados dirigidos a atender las necesidades sociales de las personas con enfermedades mentales crónicas y a promover su rehabilitación e integración social, así como apoyar a sus familias.

Tras años de experiencia se hizo preciso avanzar en su consolidación y para ello en el año 2003 se planteo la necesidad de elaborar un ***Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007.***

El Plan se elaboro a partir de la experiencia de dicho Programa de Atención social a esta población dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales que había ido desarrollando desde 1988 una red de recursos sociales de apoyo a esta población. Asimismo el Plan se planteó también como **un complemento necesario y muy oportuno al Plan de Salud Mental (2003-2008) de la Consejería de Sanidad que fue aprobado en diciembre de 2002, por cuanto se hacia preciso potenciar y desarrollar la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica.** La elaboración del presente PLAN se realizó mediante un **proceso participativo,** contando con la estrecha coordinación y colaboración de la Consejería de Sanidad, como responsable de la red de atención en salud mental, y de la Consejería de Trabajo de la Comunidad de Madrid y asimismo con la participación de representantes de la Red Básica de atención social primaria designados por la Federación de Municipios de Madrid, con el movimiento asociativo de familiares y afectados a través de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM) así como con las Asociaciones de profesionales (Asociación Madrileña de Salud Mental y Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial) y profesionales de la red de centros de atención social a este colectivo dependiente de la Consejería de Servicios Sociales.

El ***Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007,*** elaborado por la Consejería de Servicios Sociales y **aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid,** supone una apuesta decidida de la Comunidad, por la mejora de la atención social y la integración de las personas con enfermedad mental crónica y el apoyo a sus familias, comprometiendo los esfuerzos financieros necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos previstos.

Va dirigido a las personas con trastornos mentales graves y crónicos (como esquizofrenia, otras psicosis, y otros trastornos mentales graves) que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, dificultades para su desenvolvimiento au-

tónomo en la comunidad y por tanto para su integración social y laboral. Con el presente Plan se **refuerza la implicación del sistema de Servicios Sociales** en la atención a las necesidades sociales y el apoyo a la integración social de las personas con enfermedad mental grave y crónica y a sus familias, **desde una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental, desarrollando la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica. La vía de derivación y acceso a la red de centros y recursos de este Plan es la red sanitaria de servicios de salud mental como responsables de la atención, rehabilitación y continuidad de cuidados de esta población.**

El Plan se articula como un instrumento estratégico para avanzar de un modo importante en la ampliación de la red de recursos sociales y en el desarrollo de otras medidas complementarias que permitan mejorar la atención social a este colectivo y su integración comunitaria, así como potenciar el apoyo a sus familias y al movimiento asociativo. Asimismo se llevarán a cabo acciones específicas de sensibilización social y lucha contra el estigma y se promoverán medidas de formación e investigación social y de implantación del modelo de calidad en la red de centros.

5.2. OBJETIVOS

Este *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, orienta su actuación para avanzar en la consecución de los siguientes ***objetivos generales:***

— **Mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias para promover su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.**

— **Profundizar y consolidar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta con la red de Salud Mental** para una atención integral a sus necesidades sociosanitarias.

— **Potenciar la coordinación con la red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria** para favorecer la integración social de estas personas.

— **Ampliar la colaboración de otras Consejerías (Consejería de Trabajo, etc.), Ayuntamientos y de la sociedad civil** (entidades, Fundaciones, Obras Sociales de Entidades Financieras) en la integración social y laboral de este colectivo.

— **Reforzar el Apoyo a las Familias y Potenciar la coordinación con el Movimiento Asociativo de Familiares de enfermos mentales** estableciendo mecanismos de apoyo y financiación al mismo.

— **Luchar contra el estigma social,** estableciendo medidas que mejoren el conocimiento y la comprensión social de la problemática y necesidades de este colectivo y potencien su integración social normalizada.

— **Impulsar la formación de los profesionales, así como la investigación social y los mecanismos que aseguren de la calidad de los servicios prestados.**

5.3. ESTRATEGIAS

El **PLAN** se estructura sobre tres estrategias o líneas de actuación fundamentales, cada una de ellas compuesta por un conjunto de programas dirigidos a

diferentes objetivos y, a su vez, cada uno de ellos organizado en un conjunto de medidas que consituyen la operativización concreta del Plan.

I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

Esta estrategia conforma el **núcleo central del Plan,** desde ella a través de sus distintos Programas **se plantea un crecimiento muy importante de la red de centros y recursos de atención social a este colectivo.** Se propone mediante un crecimiento anual sostenido alcanzar a final de 2007 una red con un mínimo de aproximadamente 4.300 plazas los que supone casi **triplicar las plazas existentes** a inicios del 2003 que eran 1.269.

La red de centros y recursos del Plan mantiene la tipología de recursos ya existentes y se les incorporan dos nuevos dispositivos: los Centros de Día de soporte social y los Equipos de Apoyo Social Comunitario cuya misión es apoyar la atención domiciliaria y el mantenimiento en el entorno social. Por tanto la red de recursos o dispositivos sociales específicos del Plan esta compuesta por: **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día de Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)** y Alternativas residenciales comunitarias que incluyen **MiniResidencias, Pisos supervisados** y **Plazas supervisadas en Pensiones.** Asimismo se desarrollan **Equipos de Apoyo Social Comunitario** y se potenciará la atención social a personas sin hogar enfermas mentales mediante la ampliación del **Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).**

Toda la red de centros y recursos del Plan trabaja en estrecha coordinación con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de los enfermos mentales crónicos y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos del Plan. **La red de recursos del Plan se organiza de un modo territorializado buscando facilitar la cercanía, accesibilidad y trabajo comunitario en el entorno de los usuarios.** En estos momentos en cada una de las 11 Áreas sanitarias existe ya algún recurso de la red del Plan siendo el objetivo alcanzar una red mínima de centros residenciales y de atención diurna psicosocial y laboral para atender adecuadamente las necesidades existentes. El objetivo del Plan es desarrollar una red mínima suficiente de recursos territorializados y cercanos a los potenciales usuarios para facilitar su integración comunitaria. Para ello se ha planteado alcanzar al menos en el periodo del plan la ratio mínima establecida para cada tipo de centro o recurso de la red del Plan.

OBJETIVOS DE COBERTURA DEL PLAN 2003-2007

CENTRO / RECURSO	Ratio Mínima Plazas x 100.000 hab.	N.º Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid	N.º Total de Centros Necesarios en la Comunidad de Madrid
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30 plazas	1750 plazas	22 CRPS (80 pl c/u)
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	15 plazas	750 plazas	22 CD (30/35 pl c/u)
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	15 plazas	750 plazas	15 CRL (50pl c/u)
MiniResidencias (MR)	15 plazas	750 plazas	25/30 MR (25/30 pl c/u)
Pisos supervisados	6 plazas	300 plazas	60/70 Pisos (4/5 pl c/u)
Pensiones supervisadas	1 plazas	50 plazas	50 plazas en Pensiones
TOTAL	***82 plazas de atención social x 100.000 hab.***	***4.350 plazas aprox***	

En suma en esta Estrategia I, a traves de sus distintos Programas, se plantea un sustancial incremento de la red de recursos de atención social a este colectivo y sus familias.

	Situación en Mayo de 2003	Situación a final 2003	Situación a final 2004	Situación a final 2005	Previsión para 2006	Previsión 2007
Ampliación de la Red de recursos de atención social	**Total 1.269 plazas**	**Total: 1.654 plazas** **385 nuevas plazas creadas en 2003**	**Total: 2.166 plazas** **512 nuevas creadas en 2004**	**Total: 2.568 plazas** **402 nuevas creadas en 2005**	**Total: 3.632 plazas previstas para final 2006** **1.064 nuevas plazas previstas crear en 2006**	**4.350/4.400 plazas aprox. previstas para final de 2007**

Desde la aprobación e inicio del Plan en mayo de 2003 hasta el final del año 2005 se han duplicado las plazas de la red de atención social a personas enfermas mental crónicas. En mayo de 2003 la red contaba con 1269 y a final del 2005 contara con un total de 2568 plazas, por tanto ***se han creado en este periodo 1.299 plazas nuevas, lo que supone en dos años un incremento de mas del 100% en las plazas disponibles.*** La previsión es continuar esta línea crecimiento creando para este año 2006 más de 1.064 nuevas plazas, hasta alcanzar en el año 2007 un total de 4.400 plazas aproximadamente. Este crecimiento permite también un *acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que podrán estar más cercanos a los usuarios potenciales* que los necesiten y facilitaran el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas.

La red de recursos del Plan en este final de 2005 contara pues con un total de 2.568 plazas distribuidas como sigue:

- ***14 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)(1140 pl)***
- ***11 Centros de Día (CD) (340 pl)***
- ***8 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (390 pl)***
- ***14 Mini Residencias (MR) (353 pl)***
- ***26 Pisos supervisados (104 pl)***
- ***11 plazas Pensiones***
- ***Proyecto de rehabilitación e inserción de enfermos mentales sin hogar PRISEMI (80 plazas en total) (Equipo apoyo San Isidro y atención rehab calle y 5 pisos (21 pl)***
- ***5 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)*** **(150 plazas, 30 c/u)**

TOTAL PLAZAS FINAL 2005: 2.568 PLAZAS

TOTAL USUARIOS ATENDIDOS EN EL AÑO 2005: 2.916 USUARIOS

Además del crecimiento en nuevos centros **merece especial mención la puesta en marcha como una iniciativa innovadora del Plan de los 5 primeros Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC):** de ellos 3 en municipios metropolitanos : Getafe, Alcalá de Henares y Collado Villalba; y los otros dos en Madrid Ciudad (Usera y Puente de Vallecas).

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica estableció la necesidad de desarrollar ***Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)*** **que complementen la atención prestada en la red de centros y que permitan ofrecer atención domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario.** Con ello se complementa la atención de los demás centros y recursos de atención social a personas con enfermedad mental crónica dependientes del citado Plan.

El Plan se marcó como objetivo a lo largo del periodo de vigencia del mismo ir

avanzando en el progresivo desarrollo de EASC. Comenzando por la implantación en 2005 de al menos 4 EASC en distintas zonas de la Comunidad de Madrid en el horizonte de intentar contar a final del 2007 con unos 15 EASC en funcionamiento. En este año 2005 se pondrán en marcha los primeros 5 equipos. Cada EASC esta formado por 1 Trabajador social, 1 Psicólogo y 2 Educadores y su capacidad de atención se situa en unos 30 usuarios.

Los **Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)** constituyen un nuevo e innovador recurso del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica que se configuran como un equipo social multiprofesional **que trabajarán integrados en los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental desde una lógica de estrecha integración, coordinación, complementariedad y trabajo en red,** para servir a los siguientes ***objetivos generales:***

— Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
— Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno.
— Evitar situaciones de marginalización y abandono.
— Apoyar a la utilización de recursos.
— Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias.
— Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.

II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Esta estrategia tiene como objetivos **mejorar y potenciar el apoyo a las familias que cuidan y conviven con las personas con enfermedad mental grave y crónica, y profundizar en la coordinación con el movimiento de asociaciones de familiares de enfermos mentales** agrupado en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) incrementando el apoyo ecónomico al movimiento asociativo mediante las convocatorias anuales de subvenciones que les permitan consolidarse y avanzar en el desarrollo de programas y servicios de apoyo que complemente a la red pública de recursos.

III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

En esta tercera estrategia se agrupan distintos programas que tienen como elemento común la profundización y la extensión de los mecanismos de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social:

- **Se profundizará en la coordinación, planificación conjunta y complementariedad con la red de servicios de Salud Mental a fin de asegurar una adecuada atención integral a las necesidades sanitarias y sociales de esta población y sus familias y la necesaria continuidad de cuidados.**
- **Se potenciaran los mecanismos de coordinación y apoyo mutuo con la red de atención social primaria articulada por los Servicios Sociales Generales de los distintos municipios.**
- **Se ampliarán los mecanismos de corresponsabilidad y colaboración interinstitucional con otras Consejerías,**

Ayuntamientos y Entidades para facilitar el desarrollo de la red de recursos y el apoyo a la integración sociolaboral de esta población.

- **Se promoverán actuaciones que mejoren la sensibilización social y disminuyan el estigma que obstaculiza la integración social de esta población; así como potenciar la colaboración del voluntariado social en la normalización e integración.**
- **Se desarrollara un programa de formación y promoción de la investigación social en este campo así como la implantación de sistemas de calidad (modelo EFQM) en la red de Centros y Recursos del presente Plan.**

A continuación sintetizamos en los siguientes cuadros la evolución y el crecimiento de recursos y presupuesto realizado en el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Mas adelante reseñamos las características más específicas y definitorias de la experiencia que venimos desarrollando.

EVOLUCIÓN EN EL CRECIMIENTO DE RECURSOS DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA (2003/2007)

	Situación en Mayo de 2003 Inicio del Plan	Situación a final 2003	Situación a final 2004	Situación a final 2005	Previsión 2006	Objetivo 2007
Ampliación de la Red de recursos de atención social	Total: 1.269 plazas	Total: 1.654 plazas	Total: 2.166 plazas final 2004	Total: 2.568 plazas previstas para final 2005	Total: 3.632 plazas previstas para final 2006	Total aprox. Final 2007 Red de Centros y recursos 4.400 plazas en centros + 15 EASC (450 usuarios): 4.800/4.850 plazas aprox.
		385 plazas nuevas creadas en nov/dic de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas previstas para 2005	1.064 nuevas plazas previstas crear en 2006	
		30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic 2003	18 % incremento previsto respecto a dic 2004	41% incremento previsto respecto a dic 2005	

EVOLUCIÓN PRESUPUESTO PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

	Presupuesto 2003	Presupuesto 2004	Presupuesto 2005	Previsión Presupuesto 2006	Previsión Presupuesto 2007	Incremento Presupuesto 2003/2007
Presupuesto del Plan	9.753.827 €	14.234.581 € 45% de Incremento respecto al 2003	22.500.000 € 54% Incremento respecto a 2004	29.500.000 € 31% Incremento respecto a 2005	44.090.886 €	34.337.059 € 352 % INCREMENTO 2003 A 2007

PLAN de ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA (2003-2007)

Prioridades de Desarrollo de Nuevos Centros

CENTRO / RECURSO	Situación a final de 2005	N.º nuevos Centros a desarrollar 2006-2007	Total Red de Centros prevista para 2007
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	14 CRPS (1.140 pl)	8 nuevos CRPS con 610 pl aprox.	22 CRPS con unas 1750 plazas
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	11 CD (340 pl)	11 nuevos CD con 410 pl aprox.	22 Centros de Día de soporte social con 750 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.	8 CRL (390 pl)	7 nuevos CRL con 370 pl aprox.	15 CRL con 750 plazas
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)	5 EASC (150 pl)	10 nuevos EASC (300 pl	15 EASC (30 pl c/u) 450 plazas
Mini Residencias (MR)	14 MR (353 pl)	14 nuevas MR (30 pl c/u) 400 nuevas plazas de MR	28 MR aprox. (25/30 pl c/u) 750 plazas de MR
Pisos supervisados (se incluyen los 5 pisos del Prisemi)	31 Pisos (125 pl)	175 nuevas plazas de Pisos	70 Pisos aprox. 300 plazas
Plazas supervisadas en Pensiones	11 plazas en Pensiones	39 nuevas plazas en Pensiones	50 Plazas aprox. en Pensiones
Proyecto Rehabilitación e insercios enfermos mentales sin hogar (PRISEMI)	Ampliación Proyecto PRISEMI	Desarrollo de Centro de Atención de Baja Exigencia	
TOTAL	2.568 plazas existentes a final de 2005	2.324 nuevas plazas aprox. a desarrollar en el PLAN entre 2006-2007	Total aprox. Plazas 2007 Red de Centros y recursos 4.400 plazas en centros + 15 EASC (450 usuarios): 4.800/4.850 plazas aprox.

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.
SUB DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA TÉCNICA Y COORDINACIÓN DE PLANES
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

CUADRO SINTÉTICO SOBRE TIPOLOGÍA DE CENTROS, RATIOS Y PLANTILLAS

TIPO DE CENTROS	**RATIO DE PLAZAS DE CADA TIPO DE CENTRO X 100.000 HB RATIO MÍNIMA OBJETIVO DEL PLAN**	**N.º DE CENTROS EXISTENTES EN FINAL 2005 RATIO PLAZAS X 100.000 HB (18-65)**	**PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO**
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) Los CRPS tienen una capacidad de entre 60 y 90 pl.	30 PLAZAS DE CRPS X 100.000 HB	14 CRPS (1.140 PLAZAS) Ratio media actual : 29 plazas de CRPS x 100.000 hb	Director (psicólogo), 2/3 psicólogos, 1 Trabaj Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 3/ 4 Educadores, 1 Aux Admitivo, ? aux limpieza.
CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD). Los CD tiene una capacidad de 30 pl	15 PLAZAS DE CD X 100.000 HB	11 CD (340 PLAZAS) Ratio media actual : 8,7 plazas de CD x 100.000 hb	1 psicólogo (con funciones de Director), 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadores, 1 Aux Admitivo, $^1/_2$ aux limpieza.
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL). Los CRL tiene una capacidad de 50 pl	15 PLAZAS DE CRL X 100.000 HB	8 CRL (390 PLAZAS) Ratio media actual : 10 plazas de CRL x 100.000 hb	Director (psicólogo),1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Aux Admitivo, $^1/_2$ aux limpieza.
MINIRESIDENCIA (MR). Las MR tiene una capacidad de entre 20 y 30 pl	15 PLAZAS DE MR X 100.000 HB	14 MR (353 PLAZAS) Ratio media actual: 9 plazas de MR x 100.000 hb	Director (psicólogo),1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 12/14 Educadores, 1 Aux Admitivo. Personal de Cocina y limpieza
PISOS SUPERVISADOS (PS) Los Pisos tienen una capacidad de 3 o 4 plazas por piso	6 PLAZAS DE PS X 100.000 HB	26 PISOS SUP (104 PLAZAS) Ratio media actual : 2,6 plazas de PS x 100.000 hb Además hay 5 Pisos (21 pl) específicos del Proyecto PRISEMI para enf ment. Sin hogar	Los pisos supervisados funcionan vinculados a las MR. Al menos hay un Educador de apoyo para la supervisión de cada piso. Estos Educadores para pisos se añaden y son complementarios a las plantillas de la MR.
PLAZAS en PENSIONES SUPERVISADAS	1 PLAZA DE PENSIÓN X 100.000 HB	11 PLAZAS EN PENSIONES	Las plazas en pensiones son una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huéspedes. No cuentan con plantilla específica. Se supervisan los usuarios desde los SSM o los CRPS o MR.

5.4. EL MODELO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES Y ESPECIFICIDADES

En cada Comunidad Autónoma se ha ido desarrollando distintos modelos organizativos en relación a la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica y muy especialmente en relación al desarrollo de recursos de atención social de apoyo comunitario. En esta diversidad inciden múltiples factores y variables específicas de cada CCAA (Grado de desarrollo de los procesos de reforma psiquiatrita e implantación de un modelo de salud mental comunitaria, nivel de consolidación del sistema de Servicios Sociales, grado de desarrollo de recursos sociales de apoyo, implicación y grado de colaboración entre las Consejerías competentes en materia de salud mental y de servicios sociales, liderazgos técnicos, peso de los movimientos asociativos de familiares, grado de influencia de las asociaciones de profesionales, etc.).

Todo ello hace que en este campo de la atención social a este colectivo no haya un único modelo organizativo común en las distintas CCAA. En algunas como Andalucía o Castilla-La Mancha se ha optado por un modelo de organización de recursos de atención social y apoyo sobre la base de la creación de Fundaciones Públicas como FAISEM o FISLEM respectivamente; en otras como Madrid y después la Generalltat Valenciana o Cataluña o incipientemente en otras como Navarra, hay un compromiso activo de las Consejerías competentes en Servicios Sociales en el desarrollo de recursos de atención social y residencial. En fin los modelos son variados y específicos de las circunstancias propias de cada CCAA. No se puede afirmar rotundamente que unos modelos sean sustancialmente mejores o más eficientes que otros; cada uno debe se valorado en función de las circunstancias y posibilidades propias de cada Comunidad.

En definitiva hay en las diversas CCAA modelos organizativos distintos con características específicas propias de cada territorio aunque también se advierte una confluencia en cuanto a tipología de recursos en este ámbito.

Quisiéramos a continuación exponer las que consideramos que son las características más específicas de la experiencia que venimos desarrollando en la Comunidad de Madrid desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, a través del citado Plan de Atención Social, en este ámbito de la organización y desarrollo de la red de centros y recursos de atención social a la población con enfermedad mental grave y crónica.

➔ Compromiso activo y específico del Sistema de Servicios Sociales en la atención comunitaria.

Ya hemos indicado anteriormente que en nuestra Comunidad de Madrid se apostó, desde 1988, por un papel activo y un compromiso efectivo del sistema de servicios sociales en la atención comunitaria a las necesidades sociales de la población con enfermedad mental crónica. De hecho la experiencia de nuestra Comunidad de Madrid ha sido plonera y referente en este campo para otras CCAA.

Ya desde 1988 y ahora aún más desde la aprobación del citado Plan de Atención Social, se viene a reconocer que la problemática de esta población se

expresa en distintas dificultades no solo sanitarias sino también psicosociales y sociales y que por tanto los Servicios Sociales tiene un papel relevante en la atención a dichas necesidades y en el apoyo a la integración de estas personas. Las discapacidades y dificultades en el funcionamiento personal, familiar y social y en la integración social y laboral de este colectivo y las necesidades de apoyo social que tanto los afectados de enfermedad mental crónica como sus familias presentan, conforman de hecho un conjunto de problemáticas que se ajustan perfectamente a los objetivos de intervención y necesidades que son competencia del sistema de Servicios Sociales. Por ello, los Servicios Sociales como sistema han de asumir su responsabilidad en la atención social a esta población y han de trabajar de un modo coordinado y complementario con el sistema sanitario de salud mental para organizar un sistema de servicios y recursos para una adecuada atención integral a las necesidades socio-sanitarias de esta población y de sus familias.

El ejemplo que nuestra Comunidad de Madrid viene realizando en esta línea constituye de hecho una de sus principales señas de identidad. Y esperamos que sirva de impulso para que en el resto del estado se siga avanzando en esta línea, para lo cual el apoyo desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y desde el IMSERSO será esencial para reforzar que en todas las CCAA se siga avanzando en una mayor implicación de los Servicios Sociales en la atención social y el desarrollo de una red mínima de recursos de apoyo social a esta población.

➔ Coordinación y Complementariedad con la red sanitaria de Salud Mental: Ejemplificando la coordinación socio-sanitaria en la atención comunitaria de las personas con enfermedad mental.

La coordinación y colaboración entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales es una pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población enferma mental crónica. Ya hemos indicado reiteradamente que en nuestro país para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando **sistemas de atención y soporte comunitario** cuyos pilares básicos se deben asentar en la **colaboración entre el sistema sanitario** a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; **y entre el sistema de servicios sociales,** tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la **decidida colaboración de los servicios sociales,** sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Otro elemento característico de la experiencia que desde 1988 se ha venido articulando en la Comunidad de Madrid es esta línea de coordinación y complementariedad con el Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Esta lógica de coordinación se ha articulado además en una sectorización de los recursos sociales hasta ahora desarrollados de acuerdo a la zonificación sanitaria de salud mental y que el único canal de derivación a los recursos sea a través de los Servicios de Salud Mental de cada distrito. La aprobación del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad vino a reforzar esta línea de coordinación, planificación y actuación conjun-

ta entre ambas Consejerías (Sanidad y Servicios Sociales) en este campo de la atención socio-sanitaria integral a las personas enfermas mentales graves y crónicas. **Con la aprobación en 2003 de nuestro Plan de Atención Social además se viene a consolidar y profundizar esta imprescindible línea de trabajo de complementariedad con la red sanitaria de salud mental** que se venía desarrollando, a fin de ofrecer una adecuada atención integral sanitaria y social a las distintas necesidades de esta población. Con todo ello **este Plan en colaboración con Salud Mental se convierte un magnífico ejemplo de la tan necesaria coordinación sociosanitaria en la atención integral.**

La red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad es la responsable de la atención, rehabilitación, seguimiento psiquiátrico y continuidad de cuidados de la población enferma mental crónica. En relación con la población enferma mental grave y crónica, **los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental son el eje vertebrador desde el que se organizan y coordinan los procesos de atención, rehabilitación psicosocial y continuidad de cuidados de esta población.** Para atender las necesidades sociales específicas de esta población los Servicios de Salud Mental requieren el apoyo de recursos o servicios de atención social dentro del campo de los Servicios Sociales, que cubran necesidades sociales específicas de apoyo a la rehabilitación e integración social, atención residencial y soporte comunitario. Por otro lado, dichos recursos de atención social necesitan el apoyo de los Servicios de Salud Mental no sólo para atender la problemática médico-psiquiátrica, sino para asegurar un trabajo integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados. **Por ello constituye un criterio fundamental para el adecuado funcionamiento del Plan en general y de sus recursos sociales específicos en particular, el desarrollo de un trabajo coordinado y complementario con los Servicios de Salud Mental.**

Así en nuestra experiencia y en coherencia con esta necesaria línea de coordinación y complementariedad, hemos organizado que el único canal de acceso a los diferentes centros y recursos de atención social dependientes del Plan, es a través de la derivación desde los Servicios de Salud Mental de distrito que atiendan a la persona enferma mental crónica. Los recursos del Plan están sectorizados en las diferentes áreas sanitarias y trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con los Servicios de Salud Mental como responsables del tratamiento, atención y seguimiento de las personas con enfermedad mental grave y crónica.

➔ Apuesta por una red diversificada de recursos de atención social.

Otra característica relevante de la experiencia de la Comunidad de Madrid es que se han tomado en cuenta las principales problemáticas psicosociales y sociales que presentan las personas con enfermedad mental grave y crónica y sus familias y se ha intentado articular una red de recursos diversificada para cubrir estos ámbitos de necesidad. En este sentido los ámbitos de intervención de la red de Centros y recursos del Plan se orientan en las siguientes direcciones fundamentales:

➔ Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, recuperación de habilidades personales y sociales, y apoyo a la integración social a través del trabajo desarrollado en los ***Centros de Rehabilitación Psicosocial.***

➔ **Apoyo, asesoramiento y psicoeducación a las familias de los enfermos mentales crónicos,** también desde los ***Centros de Rehabilitación Psicosocial.***

➔ **Soporte social y apoyo al mantenimiento de los usuarios con mayores niveles de deterioro psicosocial y social** a través del trabajo desarrollado en los ***Centros de Día de Soporte social.***

➔ **Orientación, preparación y apoyo a la inserción laboral,** a través de las actividades de los ***Centros de Rehabilitación Laboral.***

➔ **Atención residencial comunitaria** que favorezca la autonomía y mantenimiento e integración en la comunidad, a través de: ***MiniResidencias, Pisos supervisados y Plazas supervisadas en Pensiones.***

➔ **Apoyo a la rehabilitación y reinserción social de las personas sin hogar con enfermedad mental crónica** a través del trabajo desarrollado desde el ***Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI)*** que trabaja en coordinación y apoyo con el Centro de Acogida Municipal San Isidro y con otros recursos de atención a sin hogar así como en coordinación con el equipo de atención psiquiátrica a personas sin hogar dependiente de Salud Mental.

Por tanto la red de recursos o dispositivos sociales específicos del Plan esta compuesta por: **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día de Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)** y Alternativas residenciales comunitarias que incluyen **MiniResidencias, Pisos supervisados** y **Plazas supervisadas en Pensiones.** Asimismo se desarrollan ***Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)*** para apoyar la atención comunitaria y el mantenimiento en la comunidad de aquellos pacientes más aislados y en riesgo de marginación. Por último se potenciará la atención social a personas sin hogar enfermas mentales mediante la ampliación del **Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).**

Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de las necesidades de atención social e integración comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica.

➔ **Apuesta por modelo de atención e intervención comunitario, multiprofesional y técnicamente eficaz.**

Se ha hecho desde el inicio **una apuesta por una red de centros de calidad que están comprometidos con las metodologías de intervención psicosocial que han demostrado mayor eficacia y relevancia.** Para ello que en cada centro (CRPS; CRL MR, etc.) **se cuenta con equipos multiprofesionales** formados por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales como maestros de taller o técnicos de apoyo a la inserción laboral. Se han diseñado u organizado los distintos tipos de centros con **equipos multiprofesionales suficientes y con profesionales formados y comprometidos con este campo.**

En relación a la figura de los Terapeutas Ocupacionales resaltar su importancia en esta red de centros en los que en cada uno de ellos (CRPS, Centros de Día, CRL o Residencias) se cuenta con un Terapeuta ocupacional en la plantilla de cada centro

Se trata además de recursos cuya filosofía y estilo de atención se asienta en

los principios de normalización, integración, autonomía, individualización y apoyo social y cuya organización se articula sobre la base de un modelo de atención comunitaria de acuerdo a los modelos mas modernos y eficaces en esta campo y en coherencia con las indicaciones y recomendaciones europeas. Se apuesta por tanto por una red de centros insertos en el entorno comunitario y orientados a mejorar la autonomía, el funcionamiento psicosocial y la participación activa e integración de los usuarios en el entorno sociocomunitario. Centros que trabajan en red en coordinación y complementariedad con la red pública de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo; así como también en estrecha cooperación con los servicios sociales generales y con otros recursos socio-comunitarios para favorecer la normalización e integración social de los usuarios atendidos.

Los resultados de la atención prestada vienen a avalar el sentido y la eficacia de esta apuesta por la calidad, la profesionalización y **la implantación de modelos de intervención psicosocial eficaces.** Así por ejemplo: **los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) mejoran sustancialmente su nivel de autonomía personal, aumentan y mejorar sus relaciones sociales y su participación en actividades y recursos sociocomunitarios, mejoran su conocimiento y manejo de la enfermedad y su seguimiento y adherencia al tratamiento, se reducen significativamente las recaídas** y hospitalizaciones, se mejoran asimismo la convivencia familiar y el nivel de conocimiento y manejo de la familia en la resolución de las dificultades de convivencia con su familiar, etc., etc.. **Mención especial merece también el esfuerzo específico de preparación, rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral que se viene desarrollando desde los *Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).*** Estos CRL vienen demostrando que con los entrenamientos y apoyos oportunos un número significativo de personas con enfermedad mental crónica se pueden integrar o reinsertar en el mercado laboral. Así se vienen obteniendo porcentajes de casi del 50% de los usuarios atendidos en los CRL se incorporan en puestos de trabajo y la mayoría en el mercado laboral ordinario.

➔ Modelo de Gestión: Responsabilidad y financiación pública y gestión indirecta.

Otro aspecto específico en nuestra experiencia que merece ser reseñado tienen que ver con el modelo de gestión de la red de centros que se ha venido organizando. **Toda la red de recursos se organiza y articula sobre la base de una red responsabilidad pública.** Red pública en la que la Consejería asume la responsabilidad en la planificación, diseño, organización y total financiación, pero en donde la gestión específica de los distintos centro se organiza de acuerdo a un modelo de gestión indirecta.

La gestión se organiza mediante las formulas establecidas en la Ley de contratos de las administraciones públicas, y entre ellas a través de la formula de **Contratos de Gestión de Servicios Públicos.** Mediante esta formula se hacen contratos de gestión con dos modalidades: centros propios en los que la Consejería aporta los locales e infraestructura y en los que se contrata la gestión, o Conciertos con entidades que cuentan con centros y en los que estás aportan por tanto también la infraestructura.

Estos contratos de gestión de servicios públicos se adjudican a través de convocatorias públicas reguladas median-

te unos pliegos de prescripciones técnicas muy detallados sobre las características y funcionamiento de cada centro. Estos contratos tienen un carácter estable y amplio en el tiempo para asegurar la estabilidad de la gestión y de las plantillas de los centros (que en más del 85% tienen contratos indefinidos). La duración inicial de estos contratos en por 4 años prorrogables hasta un total de 20 años.

Desde la responsabilidad y financiación pública el Plan se organiza pues desde un modelo de gestión indirecta que se basa en la colaboración de la iniciativa privada y social en la gestión de los recursos y que permite la mejor optimización de los recursos y una adecuada calidad de la atención. Aunque es importante aclarar que esta formula de gestión indirecta no supone una red privada ni una privatización de la atención: La atención a los usuarios es gratuita, son derivados desde la red de salud mental y se organiza de acuerdo a la organización y funcionamiento establecidos y controlados por la Consejería quien es responsable de la planificación, evaluación, control y financiación completa de la red.

Es por tanto una red que se asienta en una plena responsabilidad publica y con esta formula de gestión indirecta, mediante contratos de gestión de servicios públicos, se ha podido ganar en flexibilidad, asegurar la contratación de equipos de profesionales adecuados, formados y comprometidos con este campo de atención y optimizar la gestión de los centros. Asimismo aunque sean distintas las entidades que gestionan los distintos recursos de la red, la Consejería asegura que los Centros funcionen sobre unas bases comunes y además se ha fomentado y logrado una cultura común en la atención y una practica de estrecha colaboración y cooperación entre las distintas entidades.

No es solo nuestra Comunidad de Madrid la que utiliza este modelo de gestión indirecta; en muchas otras también se utilizan para la gestión de centros formulas de contratos, conciertos o convenios con entidades. Lo importante es mantener y asegurar una clara responsabilidad y control públicos en el diseño, evaluación y supervisión de la red de centros que aseguren unos estándares adecuados de calidad y una homologación de la atención prestada, asimismo es fundamental asegurar la equidad en el acceso. Otro elemento clave es la financiación pública, una financiación adecuada y suficiente que permita una atención de calidad y que evite situaciones de precariedad o inestabilidad. Esta formulas de gestión indirecta no deben ser un instrumento al servicio del ahorro sino al contrario al servicio de la agilidad, flexibilidad y optimización de la gestión y por encima de todo al servicio de los usuarios y de la calidad de la atención.

➔ Resumen Final del Modelo de la Comunidad de Madrid: Características, y fortalezas del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica.

El Plan supone por tanto una oportunidad excelente para avanzar sustancialmente en la mejora de la calidad de vida y las expectativas de integración y participación social de este colectivo de enfermos mentales crónicos y de sus familias. *Su adecuado cumplimiento supondrá muchas ventajas y beneficios para esta población* y para, en coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental, promover una adecuada atención sociosanitaria a sus necesidades y las de sus familias. Entre otras quisiéramos resaltar las siguientes:

— **Supondrá triplicar el número de plazas y recursos de atención social a este colectivo, pasando de 1269 plazas en Mayo de 2003 a más de 4.300 en diciembre del 2007.** Si en el año 2003 se han atendido en la red de centros y recursos a un total de 1.907 usuarios, y en el año 2004 se atendieron a 2.398 usuarios, se prevé que en el año 2007 se podrían atender una número de usuarios que se estima en torno a más de 6000 usuarios que podrían recibir atención en alguno de los recursos de atención social del Plan.

— Desde el inicio del Plan en **mayo de 2003 hasta el final del 2005, el Plan ha puesto en marcha 1299 nuevas plazas,** pasando la red de 1.269 plazas en mayo de 2003 a un total de 2.568 plazas a final del 2005.

— Este crecimiento permitiría también un **acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que podrán estar más cercanos a los usuarios potenciales** que los necesiten y facilitaran el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas.

— **Con los distintos tipos de centros y recursos de atención social previsto se organiza una red coherente de recursos que permitirá atender las distintas problemáticas psicosociales y sociales** de esta población y apoyar a sus familias.

— **Con el Plan además se viene a reforzar y profundizar la excelente línea de trabajo de complementariedad con la red sanitaria de salud mental** que se venía desarrollando a fin de ofrecer una adecuada atención integral sanitaria y social a las distintas necesidades de esta población. Con todo ello **este Plan en colaboración con Salud Mental se convierte un ejemplo real y efectivo de la tan necesaria coordinación sociosanitaria en la atención integral a esta población.**

— El desarrollo de la red de recursos de atención social y las metodologías de intervención así como el estilo de atención ofrecido en los mismos, supone importantes **beneficios directos para la población con enfermedad mental que es usuaria de los mismos y para sus familias:** ayudan a mejorar la autonomía personal y social, mejoran la convivencia familiar y social, favorecen la normalización y la integración y participación activa de los enfermos mentales en la sociedad, alivian la sobrecarga familiar, facilitan la inserción laboral etc.

— Se ha hecho desde el inicio **una apuesta por una red de centros de calidad que están comprometidos con las metodologías de intervención psicosocial que han demostrado mayor eficacia y relevancia.** Para ello que en cada centro (CRPS; CRL MR, etc.) **se cuenta con equipos multiprofesionales** formados por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales como maestros de taller o técnicos de apoyo a la inserción laboral. Centros con **equipos suficientes y con profesionales formados y comprometidos con este campo.**

Los resultados de la atención prestada vienen a avalar el sentido y la eficacia de esta apuesta por la calidad, la profesionalización y **la implantación de modelos de intervención psicosocial eficaces.** Así por ejemplo: **los usuarios de los CRPS mejoran sustancialmente su nivel de autonomía personal, aumentan y mejorar sus relaciones sociales y su**

participación en actividades y recursos sociocomunitarios, mejoran su conocimiento y manejo de la enfermedad y su seguimiento y adherencia al tratamiento, se reducen significativamente las recaídas y hospitalizaciones, se mejoran asimismo la convivencia familiar y el nivel de conocimiento y manejo de la familia en la resolución de las dificultades de convivencia con su familiar, etc., etc..

Mención especial merece también el esfuerzo específico de preparación y apoyo a la inserción laboral que se viene desarrollando desde los Centros de Rehabilitación Laboral. Estos CRL vienen demostrando que con los entrenamientos y apoyos oportunos un número significativo de personas con enfermedad mental crónica se pueden integrar o reinsertar en el mercado laboral. Así con el esfuerzo y la intervención de los CRL se obtiene que **en torno al 50% de los usuarios atendidos cada año en dichos CRL se integran en el mercado laboral, sobre todo el mercado ordinario, en puestos de trabajos variados y diversos predominantemente del sector servicios.** La mayoría se integraron con contrato a jornada completa y menos de 10% abandonaron o fueron despedidos.

— Pero además de estos beneficios directos, esta red de recursos de atención social genera **otros beneficios añadidos con una importante rentabilidad económica y social:** la mejora de la autonomía personal y social revierten en menores recaídas e ingresos hospitalarios y en una mejora adherencia al tratamiento psiquiátrico lo que supone una reducción de gastos sanitarios (hospitalización, etc.). El desarrollo de esta red de centros de atención social generan empleo cualificado y estable: en torno a 500 profesionales cualificados trabajan en Madrid en la red de centros de Plan, de los cuales el 10% son terapeutas ocupacionales; además de todos los usuarios a los que se le apoya para su reinserción laboral y por tanto pasan de ser receptores de ayudas a poder participar y contribuir económicamente a la sociedad reduciendo a la par gastos en Pensiones, contribuyendo además a mejorar la convivencia familiar y social y a mejorar el bienestar tanto de los usuarios como de sus familias y entorno. En suma avanzar en la extensión y mejora de la atención social a este colectivo no solo mejora su calidad de vida y sus posibilidades de integración y participación activa sino que también genera destacado beneficios añadidos. La inversión en servicios sociales no solo es un gasto necesario sino también una oportunidad de crecimiento, creación de empleo y cohesión social

— **El desarrollo de la ampliación de recursos y las medidas específicas previstas en el Plan permitirá mejorar sustancialmente el apoyo a las familias,** aliviando las situaciones de sobrecarga que muchas sufren y ofreciendo el apoyo y asesoramiento que necesitan. Asimismo supondrá un sustancial incremento del apoyo al movimiento asociativo de familiares tanto en lo relativo a aumentar las subvenciones que reciben como en cuanto a la coordinación y apoyo técnico a las asociaciones de familiares.

— El **Plan prevé asimismo reforzar la colaboración interinstitucional** con otras Consejerías, como con la de Empleo para potenciar medidas que faciliten la integración laboral de este colectivo; o con el IVIMA para promover la cesión de locales y/o la construcción de centros.

— **Otro elemento de gran interés del Plan es su compromiso con la Evaluación así como el de reforzar programas de formación de profesionales** en colaboración con las Universidades y promover actividades de investigación social sobre las necesidades y la atención social a este colectivo.

— **El rechazo social y el estigma negativo que sufre los enfermos mentales es hoy un fenómeno social cada vez más importante y preocupante** y es una de las principales barreras que se están elevando y dificultando la participación social y la integración de este colectivo en la sociedad y también esta creando cada vez más obstáculos y dificultades a la hora de ubicar y poner en marcha nuevos recursos de atención que son tan necesarios. Por ello **uno de los programas del Plan es el de Lucha contra el estigma y sensibilización social que prevé articular distintas medidas que permitan mejorar el conocimiento y aceptación social de este colectivo y reducir el estigma** y rechazo social que sufren. **En el año 2005 se desarrollo en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid una investigación sobre la realidad del estigma y el rechazo social en relación a la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid cuyos resultados serán presentados en el primer trimestre de 2006.**

— **Desde la responsabilidad y financiación pública el Plan se organizó desde un modelo de gestión que se basa en la colaboración de la iniciativa privada y social en la gestión de los recursos** y que permite la mejor optimización de los recursos y una adecuada calidad de la atención.

— Asimismo la experiencia pionera en este campo que se venía teniendo desde 1988 en el desarrollo de recursos de atención social a enfermos mentales se había convertido en un **referente para muchas de las Comunidades Autónomas** sirviendo de ejemplo y modelo para el desarrollo de este campo en otras CCAA como Cataluña, Valencia, Castilla La Mancha, Cantabria, etc. **Con la aprobación del Plan se ha venido además a reforzar este valor de referente y modelo** para el resto del Estado en la implicación y colaboración desde el sistema de Servicios Sociales en la atención comunitaria a enfermos mentales crónicos desde la coordinación con la red sanitaria

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

Es evidente que en nuestro país existen aun importantes carencias e insuficiencias en la atención comunitaria a la población con trastornos mentales severos. Aunque el progresivo desarrollo de la atención comunitaria al enfermo mental crónico ha mejorado sustancialmente la situación de este colectivo, aún queda mucho camino por recorrer. El desarrollo amplio y suficiente de recursos sociales comunitarios de apoyo a la rehabilitación psicosocial, atención social y soporte comunitario es hoy una de las principales asignaturas pendientes y uno de los elementos centrales para mejorar la situación y la calidad de vida de la población psiquiátrica crónica siendo fundamental aquí la activa participación e implicación del Sistema de Servicios Sociales. La red sanitaria y la red del sistema de servicios sociales han de trabajar en estrecha coordinación y complementariedad a fin de enfrentarse juntos a este reto esencial para asegurar una calidad de vida a esta población tradicionalmente marginada y excluida.

A modo de conclusión final de este trabajo quisiéramos, muy brevemente, apelar a dos grandes valores o principios: justicia y eficiencia, para reiterar la pertinencia de promover y organizar un sistema integral, completo y suficiente, de servicios, recursos y programas que aseguren la adecuada atención, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias.

Por justicia: La población enferma mental crónica ha sufrido una larga historia de marginación y abandono, es hora ya de restañar esta deuda histórica y asegurar a las personas que sufran los problemas y consecuencias de una enfermedad mental grave, que no seguirán estando abocados a la estigmatización, la marginalización o la muerte social, sino que serán tratados y considerados como los que he hecho son, ante todo y por encima de todo, personas y ciudadanos de pleno derecho, que necesitan atención a sus diferentes problemáticas y el apoyo y las oportunidades efectivas que les permitan su plena participación social. El derecho de los enfermos mentales graves y crónicos a una vida lo más autónoma e integrada que sea posible, exige y obliga, para su efectivo ejercicio, a contar con los recursos y servicios, tanto sociales como sanitarios, que son necesarios para asegurar la efectiva cobertura de sus diferentes necesidades y para promover su rehabilitación e integración social normalizada.

Por eficiencia: Pero además de ser más justo, es de hecho más eficiente. Es decir, contar con un adecuado sistema de servicios de apoyo comunitario no sólo es más justo, sino que asegura una mayor autonomía, calidad de vida y satisfacción de los enfermos mentales en la comunidad y una mayor permanencia en la misma, es de hecho por tanto, eficaz en términos de los objetivos planteados en el modelo de atención (mantenimiento, autonomía e integración social) (Véase Phips y Liberman, 1988/1993; Stein y Test, 1985; Shepherd, 1996;). Mas eficaz que la atención basada en el anterior modelo de institucionalización, y más eficaz que la situación actual de un modelo comunitario pero con un desarrollo fragmentado, desigual e insuficiente, especialmente, en lo relativo a recursos psicosociales y sociales de apoyo a la rehabilitación y reinserción, lo que lleva a un uso inadecuados y más frecuente de las camas hospitalarias, a una situación de mayor tensión y sobrecarga en las familias, a deterioros y discapacidades que se podrían evitar o aminorar, etc. Todo ello supone un gasto económico que se podría modular con una red completa y suficiente de recursos. De hecho, actualmente, aunque la reforma psiquiátrica ha promovido un modelo de atención en salud mental basado en la comunidad, la mayor parte del gasto sanitario en salud mental sigue realizándose en atención hospitalaria, además los ahorros generados con los procesos de transformación de los hospitales psiquiátricos no han revertido, en su mayor parte, en el desarrollo de recursos alternativos en la comunidad. Asimismo, en diferentes estudios, (véase entre otros Stein y Test, 1978, 1985, Phipps y Liberman 1988/1993; Stroul 1989) se ha demostrado que la atención desde los programas y recursos de atención y rehabilitación y soporte social comunitarios amplios, flexibles y continuados, son de hecho muchos más eficaces en relación a diferentes parámetros (reducción de recaídas e ingresos hospitalarios, mejora del funcionamiento psicosocial, mayor satisfacción, mayor tiempo de permanencia en la comunidad, etc.) y además tienen un coste económico igual o menor que los programas de atención tradicionales ba-

sados en la hospitalización breve y la atención ambulatoria, es decir, son más **eficientes** por que son más económicos y además más eficaces.

Por último, reiterar el reto que ha de asumir el sistema de servicios sociales en la promoción y organización de una red suficiente de recursos de atención social y apoyo comunitario y el reto paralelo de la red sanitaria de salud mental para articular una mejora en la atención de salud mental y en la organización de un sistema de atención integral sanitario y social a las necesidades de este colectivo y sus familias.

Dirección de contacto

Abelardo Rodríguez González.
Psicólogo. Responsable técnico del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica.
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
C/ Alcalá n.º 63, 1.º pl. 28014 Madrid. (Tfno.: 91 420 69 98, Fax.: 91 420 70 01)

Referencias

AEN (2000): *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad.* Cuadernos Técnicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

AEN (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones.* Madrid: AEN, Cuadernos Técnicos n 6.

ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.* Edit. S. XXI. Madrid.

ANDERSON, C.; REISS, P.; HOGARTY, G. (1986/1989): *Esquizofrenia y Familia: Guía Práctica de Psicoeducación.* Edit. Amorrortu. Buenos Aires

ANTHONY, W. A. (1980): A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin, 24,* 6-21.

ANTHONY, W. A. NEMEC P. (1984) Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed): *Schizophrenia: treatment and care.* Grunne & Stratton. N.Y

ANTHONY, W. COHEN M., COHEN. B. (1984): *Psychiatric Rehabilitation.* En TALBOT, J. A., *The Chronic Mental Patient: Five years later.* Grunne & Stratton (ed) N.Y.

ANTHONY, W. A. Y LIBERMAN, R. P. (1986): The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historial, Conceptual and Research Base. *Schizophrenia Bulletin, 12(4).*

ANTHONY, W.; COHEN, M.; FARKAS, M. (1990): *Psychiatric Rehabilitation.* Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

APARICIO, V (1993): *La Reforma Psiquiátrica en 1985.* En V. APARICIO (coord.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental.* A.E.N. Madrid.

BALLÚS-CREUS, C. Y GARCÍA, M. (2000): *Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia.* Colección Salud y Bienestar. Editorial Mondadori. Barcelona.

BIRCHWOOD, M. (Ed) (1995): *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia.* Edit. Ariel. Madrid.

CAÑAMARES, J CASTEJÓN, M.; FLORIT, A.; GONZÁLEZ, J.; HERNÁNDEZ, J. y RODRÍGUEZ A. (2001): *Esquizofrenia.* Editorial Síntesis. Colección Psicología Clínica. Guías de Intervención n.º 5. Madrid.

CAPLAN, G. (1962/1966): *Principios de Psiquiatría Preventiva.* Edit. Paidos. Buenos Aires.

Consejería de Integración Social (1988): *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.* Consejería de Integración Social. Madrid.

Consejería de Integración Social (1991): *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.* Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social. Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1997): *Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.* Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Madrid.

Consejería de Integración Social (1994): *Memoria 1988/1993 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.* Dirección General de Servicios Sociales Especializados. Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1995): *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica.* Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (1999): *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica.* Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007.* Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Defensor del Pueblo (1991): *Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España.* Oficina del Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos. Madrid.

DESVIAT, M. (1995): *La Reforma Psiquiátrica.* Ediciones DOR S. L. Madrid.

DION, G. L. AND ANTHONY, W. A. (1987): Research in Psychiatric Rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bolletin.* March.

FALLOON, I. R.; BOYD, J. L. AND MC GILL, C. W. (1984): *Family Care of Schizophrenia.* The Guilford Press. N.Y.

GARCÍA, J.; ESPINO, A.; Y LARA, L. (EDS) (1998): *La Psiqulatría en la España de fin de siglo.* Editorial Díaz de Santos. Madrid.

GISBERT, C. (COORD.) (2003): *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo.* AEN, Colección Estudios n.º 28. Madrid. Ponencia Congreso AEN. Oviedo.

GODSTEIN, M. J.: *Family Intervention Programs.* En BELLACK A.S. (ed) (1984): *Schizophrenia: treatment, management and Rehabilitation.* The Guilford Press. N.Y.

GOLDSTEIN, A. P.; SPRAFKIN, R. P. and GERSHAW, N. I. (1976): *Skill Training for Community Living: Applying Structured Learning Therapy.* Pergamon Press. N.Y.

GOLDMAN, H. H.; GATOZZI, A. A.; TANBE, C. A. (1981): *Defining and counting the chronically mentally ill.* En *Hospital and Community Psychiatry* 22-32.

GONZÁLEZ, J. Y RODRÍGUEZ A. (COORD) (2002): *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención.* Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales n.º 17. Madrid.

HATFIELD, A. B. AND LEFLEY, M. P. (1987): *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation.* The Guilford Press. N.Y.

LARA, L. Y LÓPEZ; M. (1998): *La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía.* En GARCÍA, J.; ESPINO, A.; Y LARA, L. (Eds) (1998): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo.* Díaz de Santos. Madrid.

LIBERMAN, R. P. (1988/1993): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico.* Martínez Roca. Barcelona.

LÓPEZ, M.; LÓPEZ, A. Y FERNÁNDEZ, G. (1998): *La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico.* En GARCÍA, J.; ESPINO, A.; y LARA, L. (Eds) (1998): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo.* Díaz de Santos. Madrid.

Ministerio de Sanidad (1985): *Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

MONTEJO, J.; Y ESPINO, A. (1998): *Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España.* En GARCÍA, J.; ESPINO, A.; y LARA, L. (Eds) (1998): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo.* Editorial Díaz de Santos. Madrid.

PILLING, S.(1991):*Rehabilitation and Community Care.* Routledge. London.

PHIPPS, C. Y LIBERMAN, R. P. (1988/1993): *Apoyo Comunitario.* En R. P. LIBERMAN (Ed). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico.* Martínez Roca. Barcelona

REBOLLEDO, S.; LOBATO, M.ª J. (1994): *Como Afrontar la Esquizofrenia: Guía para las familias.* Asociación Psiquiatría y Vida. Fundación ONCE. Madrid.

REBOLLEDO, S. (COMP.) (1997). *Rehabilitación Psiquiátrica* (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

RODER, D y otros (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia.* Edit. Ariel. Madrid.

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A. (1992): Alternativas Residenciales Comunitarias para Enfermos Mentales Crónicos. En *Intervención Psicosocial* Vol.1, N.º 2, (15-29).

RODRÍGUEZ, A. (1993). Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico. III Jornadas de Psicología de la Intervención Social (Nov. 1991). Publicadas por el INSERSO -Ministerio de Asuntos Sociales-. *Colección Servicios Sociales* n.º 9. Madrid.

RODRÍGUEZ, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Editorial Pirámide. Madrid.

RODRÍGUEZ, A. (1994). Sobre la Rehabilitación Psicosocial: Reflexiones y perspectivas. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.* N1 0, Año I, p.3-9. Madrid.

RODRÍGUEZ A. (Coord) (2001). *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención.* Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales n.º 14. Madrid.

SARRACENO, B. Y MONTERO, F. (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En V. APARICIO (coord): *Evaluación de Servicios en Salud Mental.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, (313-321).

Servicio Regional de Salud (1989). *La Reforma Psiquiátrica en Madrid.* Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid.

SHEPHRED, G. (1996). Avances recientes en Rehabilitación. En ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, C. (Comps) (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.* Edit. S. XXI. Madrid.

STEIN, L. Y TEST, M. A. (1985). The training in Community Living Model: A decade of experience. *New Directions for Mental Health Services* n.º 26. Jossey-Bass. San Francisco.

STROUL, B. A. (1989): Comunity Support Sistems for Persons with Long-term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* Vol. 12. N.º 3.

TALBOTT, J. A. (Ed) (1984). *The Chronic Mental Patient: Five Years Later.* Grunne and Stratton N.Y

TEST, M. A. (1989). Community Support Programs. En A.S. BELLACK (ed): *Schizophrenia.* Grune & Statton. N.Y.

WATTS, F.; BENNETT, D. (1983/1992). *Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica.* Edit. Limusa. Méjico

WING, J. K.(1992). *Epidemiologically-based mental health needs assessments.* Royal College of Psychiatrists Research Unit. Citado en Shepherd (1996): *Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica.* Londres