

Continuidad de cuidados en el sistema de atención a personas con trastorno mental grave: experiencia de la residencia Zurimendi

Arantza Larizgoitia-Jauregi

Residencia Zurimendi, Argia Fundazioa. Vizcaya. España

RESUMEN

La continuidad de cuidados dentro del Sistema de atención al Trastorno Mental Grave (TMG) no siempre esta garantizada, ello perjudica su efectividad. Los proveedores de variedad de recursos, según ciertos requisitos, pueden garantizar la "continuidad de cuidados". Estos requisitos son: i) trabajan bajo un único modelo de enfermedad-intervención, ii) coordinados entre si y iii) compartiendo programas.

Argia Fundazioa cumple estos requisitos, su Modelo de Atención da cobertura a personas con TMG como clientes de un recurso y en tránsito entre recursos. Ilustramos esta buena práctica con casos reales. Está fundamentada en: el enfoque biosicosocial del abordaje de la enfermedad, y la capacidad de garantizar la continuidad de cuidados durante el cambio de recurso.

La propuesta tiene limitaciones sorteables con la gestión del conocimiento y de personas en Argia y las relaciones de confianza y alianzas con otros recursos del Sistema. Se fundamenta en la Misión y Valores de Argia.

PALABRAS CLAVE

Continuidad de Cuidados, Salud Mental, Rehabilitación.

Care continuity in the attention of persons with severe mental disorders

ABSTRACT

Care continuity within the Care System for Severe Mental Illness (SMI) is not always guaranteed, it impairs their effectiveness. Suppliers of variety of resources, corresponding to certain requirements, can ensure "care continuity". These requirements are: i) work under a single disease-intervention model, ii) coordinated each and iii) sharing programs.

Argia Fundazioa meet these requirements, the Care Model provides coverage to people with SMI as customers of a resource and in transit between resources. We illustrate this best practice with actual cases. It is based on: the biopsychosocial approach of addressing the disease, and the ability to ensure care continuity in the process of changing resource.

The proposal has limits sorteables with knowledge and people management in Argia and trust relationships and alliances with other system resources. It is based on the mission and values of Argia.

KEY WORDS

Care Continuity, Mental Health, Rehabilitation.

Correspondencia:

Arantza Larizgoitia-Jauregi. Argia Fundazioa.
C/Trinidad 11. 48993, Getxo, Vizcaya. España.
E-mail: alarizgoitia@fundacionargia.org

Introducción

El funcionamiento del Sistema socio-sanitario de atención a las personas con trastorno mental diverge en algunos aspectos del discurso teórico comúnmente aceptado¹ y con ello corre el riesgo de afectar a sus resultados. Analicémoslo con más detalle.

La psiquiatría comunitaria aborda el trastorno mental grave (TMG) con un enfoque integral de quien sufre la enfermedad y a su entorno. Analiza por un lado, cómo la **vulnerabilidad** es decir la patología, da lugar a disfuncionalidades y efectos secundarios, y consecuentemente a un **deterioro** de las capacidades; este a su vez causa **incapacidad** para el desenvolvimiento normalizado de la vida, lo que finalmente origina **minusvalía** en relación a los demás miembros de la sociedad². Analiza por otro lado, cómo los miembros de la familia deben hacer frente a la carga y el estrés originado por la persona con enfermedad, ello además hace surgir emociones negativas, tales como culpa, criticismo, etc., y un clima familiar inadecuado para relacionarse y dar el apoyo necesario al enfermo³. Todos estos aspectos se interrelacionan de tal manera que la intervención sobre cada uno de ellos repercutirá positiva o negativamente en todos los demás².

La respuesta integral, del modelo bio-psico-social, establece intervenciones que pueden ir dirigidas: a mitigar la vulnerabilidad, a reducir el estrés, o a mejorar los factores protectores por medio de estrategias de afrontamiento o de adiestramiento de la competencia social⁴, entre estas últimas se incluye la terapia familiar, destinada al cambio de creencias sobre el proceso de recuperación de su familiar enfermo, y que pretende suscitar su colaboración³. Esta propuesta plantea requerimientos en la estructura e interrelaciones de los recursos existentes, de tal forma que se establezca una serie de intervenciones, de tratamientos y cuidados, estructurados como un sistema; un sistema en el que se garantice (requisito fundamental) la continuidad de cuidados, y cuyo objetivo sea lograr la mayor calidad de vida posible para la persona enferma y su familia. Así, el abordaje bio-psico-social hace necesario el espacio socio-sanitario, en el que diferentes recursos, de forma coordinada, desarrollan un mínimo de líneas estratégicas, y donde además se articula una gestión de casos que garantiza la continuidad de cuidados a la persona con TMG a lo largo de su vida².

La "continuidad de cuidados" se define como: la capacidad de los servicios para ofertar intervenciones coherentes a corto plazo, dentro de un equipo y entre equipos, o durante un periodo más prolongado de tiempo⁵. Esto requiere la articulación de dos niveles:

- * El nivel de las relaciones entre los recursos dentro del sistema, donde es necesaria: primero, la conexión entre los recursos de la red, con objeto

de transmitir una imagen global que incluya la remisión de los síntomas, pero también la mejora del funcionamiento; segundo, la inserción de los recursos en la comunidad³; y tercero, la estructura de la red debe establecer: qué profesionales son los responsables de asegurar la continuidad de cuidados, y por qué medios se asegurará que la información necesaria esté al alcance de todos los implicados en cada momento⁵.

- * El nivel de la relación terapéutica con la persona con TMG, donde se debe dar: el trabajo en equipo interdisciplinario, con un abordaje integral que incorpore los diferentes tratamientos dentro de un proyecto terapéutico global; y la existencia de un referente en el sistema, que realice funciones de tutoría, y con el que pueda mantener una relación estable y continuada³.

Sin embargo, la realidad del Sistema Socio-sanitario de Protección frente al Trastorno Mental Grave no coincide siempre con el planteamiento hasta ahora presentado⁶; bien al contrario, encontramos disfuncionalidades, tales como: fragmentación y falta de coordinación y programas conjuntos entre recursos sociales y sanitarios, y públicos y privados; que a veces dan lugar a itinerarios en los que el objetivo a largo plazo se ha perdido. Situaciones como las hospitalizaciones prolongadas en espera de recursos sociales (alojamiento sobretodo), el colapso de recursos intermedios, etc. dificultan el que la asistencia comunitaria al trastorno mental grave alcance un funcionamiento satisfactorio⁷.

Se han argumentado diferentes explicaciones a esta situación: particularidades de los profesionales, ausencia de un modelo común de comprensión de la salud mental, dificultades financieras³, mecanismos y requisitos de acceso a los recursos de la Red muy protocolizados, y por último una gran presión de la demanda (listas de espera para piso tutelado de mas de año y medio de duración). A tales problemas hay que sumar su efecto doloroso sobre la persona enferma y familia³, que determinan experiencias negativas y en consecuencia una actitud de miedo y desconfianza, que además refuerza las dificultades de sistema.

En esta situación no deseada, en que el Sistema socio-sanitario tiene dificultad para garantizar la "continuidad de cuidados" en el proceso de atención al TMG, podemos identificar elementos para avanzar en la búsqueda de soluciones. Esto es: dentro del Sistema socio-sanitario, cada entidad proveedora de varios recursos dirigidos a diferentes niveles de gravedad, desde un único modelo comprensivo de la enfermedad y su abordaje, coordinados entre sí y con programas conjuntos puede constituir un subsistema, en donde el problema de la *no-continuidad de cuidados* quede neutralizado.

Experiencia de Argia en el mantenimiento de cuidados

Argia ofrece residencia, pisos tutelados y hospital de día, bajo un único Modelo de Atención al TMG, de orientación bio-sico-social, caracterizado por:

- Estar centrado en la persona: desde un abordaje integral, incorpora a la persona, impulsa el desarrollo de su proyecto vital y favorece la continuidad de cuidados.
- Ubicarse en la comunidad y promover la participación social y la no estigmatización.
- Fundamentarse en un equipo interdisciplinar altamente cualificado y motivado; y promover el conocimiento y la innovación, y su transferencia a la sociedad.

El modelo de atención da cobertura tanto al momento en que la persona recibe atención en un recurso concreto, como al momento en que cambia de un recurso a otro. Ilustramos nuestra propuesta con el análisis de cinco casos que tras el alta en la residencia se trasladan al piso tutelado y hospital de día, dentro de la estructura de Argia.

La Residencia Zurimendi (de 18 plazas, ofrece 24 horas de supervisión) es el recurso de Argia de mayor intensidad de atención, aquí ingresan personas provenientes de larga estancia psiquiátrica, con pronóstico de difícil recuperación. Con la finalidad de **“Cubrir la necesidad de residencia integrada en la comunidad de personas con TMG y bajo nivel de autonomía; mejorar su salud física y mental; favorecer el desarrollo de su proyecto de vida y liberar a la familia de la carga de cuidar”**, la estancia en Zurimendi ha supuesto la estabilización de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de familias y personas usuarias (satisfacción 97% y 84% respectivamente).

Situación inicial

Al ingreso en Zurimendi, el perfil es el de alguien que sufre trastorno esquizofrénico de larga duración, que le ha causado gran pérdida de autonomía y aislamiento social, y que viene derivada de larga estancia psiquiátrica.

Atendiendo en detalle al **estado de su trastorno mental** en ese momento⁸, tenemos que:

- Todos sufren **problemas de deterioro**, especialmente “deterioro cognitivo” y “problemas de salud física”: problemas de sedentarismo, higiene,..... Es también importante la “Sintomatología de numerosas quejas orgánicas”.
- Todos sufren **problemas sociales**, especialmente el “Aislamiento, poca relación con los compañeros/evitación social”.
- Los **problemas de salud mental (clínicos)**, afectan a casi todos, especialmente “Poca

conciencia de enfermedad y manejo de la misma”, otros problemas afectan con menor intensidad (conductas inadecuadas, cambios de ánimo frecuentes, etc...).

- Los **problemas conductuales**, afectan a la mitad de las personas.

Respecto a su relación con el entorno socio afectivo (la familia y el posible tutor institucional), y sus **recursos de afrontamiento**, tenemos que:

- Todos están incapacitados, en tres casos la tutela es pública, en los otros dos de un familiar. La relación de tutelaje es difícil para todos.
- Una persona tiene buena relación familiar, complicada en dos casos, y nula otros dos.
- Dos personas aportan problemas económicos que enturbian más las relaciones.

Por último, respecto a la experiencia de ser atendido en el Sistema Socio-sanitario de Protección a la TMG, tenemos que:

- Todos llevan más de 13 años de “enfermedad diagnosticada”.
- La mayoría, relata múltiples “ingresos en centros hospitalarios debido a su TMG”.
- La mayoría, relata “Intentos fallidos de independencia al abandonar el tratamiento”.

Intervención sistémica sobre los factores de la situación

La atención se estructura en torno al Plan Personalizado de Rehabilitación y Reinserción social (PPRR)⁹, cuyo eje es el proyecto vital de la persona con TMG. Bajo la dirección del gestor del caso, un equipo interdisciplinar define un plan (necesidades, objetivos, estrategias de intervención, y evaluación), que considera: el desarrollo de la enfermedad y otros problemas de salud, la red socio-afectiva, las experiencias previas de manejo dentro del Sistema Socio-Sanitario y expectativas de futuro. La estabilización de la enfermedad, el cuidado físico, la rehabilitación de habilidades deterioradas y desarrollo de habilidades complejas, se combina con el fortalecimiento de la red socio-afectiva, y con el desarrollo de expectativas de mejora y reinserción social; con la finalidad de reinsertar esta persona, sujeto activo, en la comunidad.

Relativo al trastorno mental grave y sus efectos sobre quien lo sufre; tenemos un primer objetivo en torno a la relación usuario-profesional, esto es “al establecimiento del vínculo terapéutico: un espacio donde la persona con TMG se sienta segura, confíe en el profesional y permita realizar intervenciones terapéuticas”. Para ello, siguiendo un protocolo previo al ingreso y luego durante toda su estancia, se le trasmite un mensaje de confianza, y apoyo. Ya dentro del tratamiento, se plantean objetivos e intervenciones concretas: terapias psico-educativas de rehabilitación cognitiva, de

habilidades sociales y de la vida diaria; y control farmacológico de síntomas; y coordinaciones con otros recursos del sistema (dentista, médico de familia, ginecólogo...) en los que el educador de referencia actúa como interlocutor delegado por el gestor del caso.

Respecto al entorno socio-afectivo, y su capacidad de dar apoyo y proteger a la persona con TMG, planteamos objetivos y estrategias de intervención que lo potencien como recurso; de nuevo el "Crear un espacio donde la familia-tutor se sienta seguro, confie en el profesional y se posibilite realizar intervenciones terapéuticas" es un elemento clave en el logro de objetivos: "Mejorar la relación con la familia y red de apoyo, Mantener cubierta las necesidades básicas del usuario, Reducir riesgos de desprotección (guarda/tutela) y Promover la participación informada del tutor en la decisión del alta y cambio a otro recurso". Con este fin se llevan a cabo intervenciones familiares, facilitándoles información, orientándoles, motivándoles y coordinándose con ellos.

Por último, respecto a la relación de la persona con TMG con el Sistema Socio-Sanitario, establecemos objetivos e intervenciones dirigidas a garantizar la "adecuación entre la intensidad del recurso y las necesidades del usuario; además de la continuidad de cuidados a lo largo del proceso". Aquí se combinan dos líneas de intervención:

- La de "garantizar el acceso a plazas en los recursos idóneos", esto implica ser capaz de realizar un adecuado manejo de los "protocolos de derivación inter-servicios", es decir: la "Incorporación a las listas de PPTT y HD de Argia" en los plazos adecuados. Que hace necesario el apoyo afectivo y profesional a la persona usuaria y a la familia, cara a neutralizar la ansiedad generada.
- La de "garantizar el control de la persona con TMG sobre su proceso de reinserción social y la Continuidad de Cuidados". Para ello se combinan intervenciones en dos planos: el de la "toma de decisiones respecto al alta", que se planifica aunando los criterios de la persona con TMG, la familia-tutor y el equipo profesional, por un lado; y el de la motivación al salto a otros recursos más integrados en la comunidad (y menos protectores). En este segundo aspecto se garantiza que el interesado "Conoce el funcionamiento de los nuevos recursos" y "a los futuros compañeros y profesionales, y comparte con ellos experiencias satisfactorias". De nuevo resulta imprescindible la adecuada "Coordinación con la tutora, que consiente y apoya la realización de un periodo de prueba en los nuevos recursos", e igualmente es necesario el "Apoyo motivacional a la persona

usuaria preparándole para el futuro cambio de recurso residencial a PPTT y HD".

Con este fin, la estructura de Argia es utilizada como una herramienta. Previo a la decisión del alta, los programas compartidos entre recursos, proporcionan al usuario oportunidades de vivir experiencias satisfactorias fuera del marco de Zurimendi, participando en: colonias vacacionales, en actividades de tiempo libre, fiestas, junto con usuarios de otros recursos. En estas ocasiones, hay coordinación (pre y post actividad) entre responsables. La decisión de alta de la residencia pone en juego un mayor nivel de coordinación, conlleva la puesta en marcha de un *protocolo de diseño y ejecución de "Plan de prueba y traspaso final a los nuevos recursos"* (entre 4 y 2 semanas) en el que se establecen los siguientes pasos:

- Coordinación entre gestores del caso en los diferentes recursos. Traspaso de información.
- Estancia en prueba en los nuevos recursos: de duración creciente, e intensidad de acompañamientos por educador residencial decreciente.
- Adaptación a la prueba en los nuevos recursos: refuerzo de educadores en PT, y con diseño específico de actividades en los PT y HD.
- Alta en residencia e incorporación a los nuevos recursos de PT y HD, con planteamiento conjunto de PPRR en ambos recursos.

Situación resultante tras las intervenciones descritas

Tras el traslado a los nuevos recursos, se constata ausencia de recaídas y muy alta satisfacción.

Respecto al **estado de la enfermedad** mental valorado por el equipo de Zurimendi⁸.

- Los **problemas de deterioro**, especialmente "deterioro cognitivo" y "manejo de habilidades complejas: transporte" han mejorado. También lo hace la capacidad de "Asumir responsabilidades", "de verbalizar sus demandas y de conversar".
- Los **problemas sociales**, experimentan evolución positiva respecto a "la participación en actividades, y habilidades de relacionarse", e igualmente se aprecia "Mejoría en sus relaciones con los profesionales, vecinos".
- Los **problemas clínicos**, mejoran notablemente: son "Mas conscientes de su enfermedad, Mantiene estabilidad y aumentando su autonomía", y además "Reducen demanda de medicación (malestar físico y psíquico) y quejas somáticas". También "Se mantienen en el peso, no aumentándolo".
- Los **problemas conductuales**, han mejorado, ahora "Los comportamientos disfuncionales son más puntuales y controlados".

Respecto al **entorno socio afectivo**, esto es la familia y el tutor institucional, y sus **recursos de afrontamiento** en este momento, vemos que:

- La “Disponibilidad afectiva de la familia-tutor” se ha incrementado notablemente. Esto es: “la relación con la Tutora es fluida y cercana”; además “la familia permite pequeños acercamientos, contactos telefónicos irregulares, visitas” y por otro lado “Sus demandas a la familia son menores. La familia se siente agradecida”.
- La “Capacidad de afrontamiento de la familia-tutor” ha crecido desigualmente:
 - La situación socio-económica se estabiliza y mejora: “La familia y la tutora institucional hacen esfuerzos por ayudar (cesión de casa, apoyo económico)”.
 - Las tutoras institucionales apoyan el cambio de recurso.
 - Las tutoras familiares son más reticentes al cambio propuesto (“La familia confía en el equipo técnico” pero teme un alta y cambio de recurso).

Para finalizar, respecto al **manejo dentro del Sistema Socio-sanitario** de Protección a la TMG, la situación es desigual:

- Para tres personas, tras la “decisión consensuada” del alta residencial, y un periodo de prueba y adaptación a los nuevos recursos, ingresan en los PT y HD, aquí:
 - Se continúa el trabajo desarrollado, en base a la prescripción especificada en el alta y a la transferencia de la Historia Clínica entre recursos.
 - Se traspasa el “vinculo” con los profesionales de la residencia a los de los nuevos servicios: manteniendo la confianza y la continuidad de afectos.
 - Se mantiene la coherencia y continuidad del proyecto rehabilitador, materializada en el nuevo PPRR conjunto de piso tutelado y hospital de día.
- Otras dos personas, están en diferentes momentos respecto a la gestión de su puesto en la lista de espera y al conocimiento de los nuevos recursos.

Conclusión

La experiencia presentada, si bien pequeña, ilustra el planteamiento expuesto sobre que la rehabilitación psico-social de la persona con TMG implica la intervención coordinada, de profesionales y recursos, sobre los diferentes aspectos de la enfermedad, de su entorno socio-afectivo, y dentro de un sistema que garantiza la continuidad de cuidados.

En estos casos: se ha reducido la Vulnerabilidad y paliado el Deterioro, se han aumentado las

Capacidades, y finalmente las personas han ganado en Habilidad para llevar una vida más autónoma y socialmente integrada que la que procura el recurso de Residencia, siendo capaces de integrarse y beneficiarse de los recursos de Piso Tutelado y Hospital de Día. Ha sido crucial el apoyo prestado por el entorno socio-afectivo y la relación de confianza hacia los profesionales. La planificación del alta de la residencia se ha basado en la decisión informada de todos los actores; en este sentido, las experiencias positivas fuera de la residencia, y posteriormente la prueba satisfactoria en los nuevos recursos, han resultado determinantes en el desarrollo de expectativas favorables al cambio de recurso. El proceso de alta y cambio a los nuevos recursos ha sido propiciado por un adecuado manejo de los protocolos de derivación, lo que ha resultado en la disponibilidad de plazas a las que ingresar. En los nuevos recursos la persona con TMG y su entorno socio-afectivo han encontrado una continuidad de su proceso rehabilitador y por tanto de su proyecto vital.

El fundamento de estos logros radica, además de en las potencialidades de los casos analizados, en: de un lado, una adecuada ejecución del abordaje biosicosocial por el equipo multidisciplinar de Zurimendi, liderado por el gestor del caso y en coordinación con otros recursos dentro del Sistema socio-sanitario; y de otro, en el trabajo en red de los diferentes recursos implicados (residencia-piso tutelado-hospital de día) y que, bajo un mismo modelo comprensivo de la enfermedad - intervención rehabilitadora, comparten programas (sistema de información, tiempo libre, protocolo de derivación) y se coordinan.

Proponemos que: las entidades proveedoras de recursos que, como en el caso de Argia, cumplen los requisitos ya señalados de: “unidad de Modelo comprensivo de la enfermedad y su abordaje, coordinados entre si y con programas compartidos”; pueden aportar un espacio, un subsistema dentro del Sistema Sociosanitario general, en el que queda garantizada la “continuidad de cuidados” que requiere el proceso de rehabilitación psicosocial. Sin embargo esta propuesta tiene límites que es necesario considerar.

La primera limitación de este “espacio en el que se garantiza la continuidad de cuidados” viene dada por la variedad/amplitud de los recursos que ofrece cada entidad. El tamaño del subsistema, Argia en este caso, establece el límite en que dicha entidad es capaz de garantizar la continuidad de cuidados. Hacer más grande este marco implica el reto de ampliar el abanico de recursos; lo que a su vez hace surgir un nuevo reto: el de mantener la unidad de modelo y el adecuado nivel de coordinación entre un número ampliado de recursos. En una entidad de tamaño y complejidad creciente, la

respuesta que encontramos pasa por la adecuada "gestión del conocimiento" (sistema de información, protocolos de actuación de cada recurso por separado y compartidos, espacios para analizar y compartir experiencias, documentar la práctica profesional, etc...). Resulta necesario garantizar que el saber de las personas se comparte entre todos, se convierte en un valor, un recurso orientado al cumplimiento de los objetivos de la organización¹¹. Igualmente importante es la adopción de una "política de gestión de personas que favorezca el surgimiento de relaciones de confianza" (espacios formales e informales de encuentro de profesionales de diferentes recursos, reconocimiento público, transparencia en los criterios y procesos de gestión de personas, etc...), la estabilidad en los equipos, y la continuidad en los presupuestos. Las "relaciones de confianza" entre profesionales de diferentes recursos y la efectiva "gestión del conocimiento" se refuerzan mutuamente, facilitando ambas el que a pesar del crecimiento de la entidad la coordinación entre recursos sea fluida y se mantenga la unidad del Modelo

La otra limitación viene dada por las relaciones entre el subsistema que constituye la entidad, Argia, y otros subsistemas (otras entidades proveedoras de recursos) y/o la totalidad del Sistema general (la red de atención al trastorno mental grave). Es cuestionable que en una entidad, sus clientes son en realidad clientes del Sistema y solo durante un tiempo limitado, fuera del cual son atendidas por otros recursos; consecuentemente debe incorporar las estrategias del Sistema Sociosanitario en que se integra. Es necesario alcanzar acuerdos a dos niveles: primero respecto a modelo (comprensivo de la enfermedad y el enfoque de la intervención) propio de la entidad, Argia, y estrategias del Sistema; y segundo respecto a protocolos de actuación y coordinación entre recursos del Sistema. El Establecimiento de alianzas con los otros recursos de sistema, ya sean dirigidas a la consecución de objetivos de la atención (gestión de las listas de espera, hospitalización aguda, etc...), a la gestión y/o transferencia de conocimiento (necesidades, reflexión teórico-práctica, innovación, etc...), da lugar al desarrollo de la confianza inter-equipos (subsistemas); confianza sobre la que fundamentar protocolos de coordinación así como el debate sobre el Modelo de intervención.

Por último, la presencia de estas condiciones que posibilitan el éxito en la "garantía de continuidad de cuidados" no son fruto del azar, sino que por el contrario responden a la propia naturaleza de la entidad Argia, que se posiciona con una Misión (servicios para la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales crónicos y trastornos psíquicos, colaborando con otras organizaciones) y Valores concretos (orientación al cliente y a las

personas, transparencia, excelencia, liderazgo participativo y apertura a la sociedad) dentro del Sistema Socio Sanitario y en último término en la Sociedad: el Modelo de intervención, el establecimiento de objetivos, los criterios de éxito, el estilo de relación con clientes, profesionales y otros recursos del sistema.

Tal definición de la entidad en base a una misión y valores de: compromiso con los clientes, la salud y la sociedad, no es privativa de Argia, como tampoco lo es una amplia cartera de servicios de atención al TMG, y por ende la capacidad de garantizar la continuidad de cuidados en el proceso rehabilitador de la enfermedad mental; en definitiva son varias las entidades que pueden desarrollar buenas prácticas equiparables a la que Argia presenta. Entendemos que este hecho es una oportunidad para el Sistema socio-sanitario de maximizar su eficiencia en la atención al TMG por la vía de incluir a este tipo de entidades en la definición y puesta en marcha de sus estrategias, tal como se propone en los análisis más arriba señalados².

Bibliografía

1. Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades. Ararteko. Noviembre de 2012. Disponible en URL: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2935_3.pdf.
2. Rivas Guerrero F. La psicosis en la comunidad y el espacio socio sanitario. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2003;23(85):59-73.
3. López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rehabilitación psicossocial. 2006; 3(1):17-25.
4. Del Olmo Romero Nieva F. Rehabilitación psicossocial en la esquizofrenia. Informaciones Psiquiátricas. 2002;168. Disponible en: URL: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_06.htm
5. Guinea R (coord). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos N.º 21005. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2007
6. Informe sobre Atención Comunitaria de la Salud Mental. Ararteko. Gobierno Vasco; 2002.
7. Chicharro F. Relación entre Redes: Continuidad de Cuidados. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Salamanca: INICO; 2003. pp 223-240.
8. Uriarte, JJ; Beramendi, V; Medrano, J. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS. Psiquiatría Pública 1999; 11: 93-101.

9. Fernández Blanco JI. El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación. En Vargas ML. Touriño R. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. FEARP. 2010; pp 39-50. Disponible en: URL: www.fearp.org.
10. Encuentro sobre Experiencias, Conocimiento, Tecnologías, Innovaciones y Retos para la Atención Integral a la Discapacidad, Cronicidad, Dependencia y Envejecimiento. ETORBIZI. 2012
11. Plaz Landaeta R. Gestión del conocimiento: una visión integradora del aprendizaje organizacional. CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN. Tribuna de debate. Número 18, agosto - septiembre 2003.