

**CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL
PARA PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA**
Programas básicos de intervención

2009

Coordinado por:

**Juan Fernández
Raúl Gómez
José Luis Jiménez
Abelardo Rodríguez**

**RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

***CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL
PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL CRÓNICA:
Programas básicos de intervención.***

***Coordinado por: Juan Fernández, Raúl Gómez
José Luis Jiménez y
Abelardo Rodríguez***

***RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID***





COORDINACIÓN DEL TEXTO:

Juan Fernández, Raúl Gómez, José Luis Jiménez y Abelardo Rodríguez

COORDINACIÓN TÉCNICA:

RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES.

© 2009

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN.

Las personas que presentan una discapacidad a causa de enfermedades mentales severas y persistentes como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática social y sanitaria que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, afectando así a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial, su integración social y laboral y su participación en la comunidad. En este ámbito es fundamental la implicación de los Servicios Sociales en la atención social y el apoyo a la integración de la personas con enfermedad mental crónica y el apoyo a sus familias.

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales está comprometida en la atención social y el apoyo a la integración de este colectivo a través del *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*, instrumento indispensable para desarrollar y ampliar la red de recursos de atención social y apoyo comunitario, en estrecha coordinación y complementariedad con la red de servicios sanitarios de salud mental, al objeto de proporcionar una atención global e integral a las personas con enfermedad mental crónica posibilitando su integración comunitaria. El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007, ha supuesto el compromiso decidido del Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través de de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la mejora de la atención social y la integración de las enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias. Se ha ampliado y consolidado una red amplia y diversificada de centros y recursos de atención social en distintos ámbitos de intervención y necesidad social (apoyo a la rehabilitación psicosocial, soporte social, apoyo a la integración, rehabilitación laboral e inserción en el mundo laboral, atención residencial y apoyo al alojamiento, atención domiciliaria y apoyo comunitario).

Uno de los nuevos dispositivos diseñados y puestos en marcha por el citado Plan fueron los *Centros de Día de soporte social*, que se plantearon para ofrecer apoyo y soporte social a aquellas personas con enfermedad mental con mayores dificultades y necesidades de apoyo, complementando con ellos a los Centros de Rehabilitación Psicosocial y a otros recursos de la red de atención social.

Desde el 2003 en que se pusieron en marcha los primeros Centros de Día de soporte social , en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, hemos realizado un decidido esfuerzo en la implantación de Centros de Día como recursos de apoyo comunitario y de soporte social de aquellas personas con mayores niveles de deterioro psicosocial y dependencia y dificultades de integración socio-comunitaria, y como fruto de esta experiencia

nace el presente cuaderno técnico, con la voluntad de ofrecer los fundamentos teóricos, metodológicos, descripción de los programas y actividades que conforman el adecuado proceso de atención psicosocial y soporte social para las personas con discapacidad por enfermedad mental con mayores dificultades psicosociales y de integración sociocomunitaria.

Sus autores son profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores) que desempeñan su tarea en los distintos Centros de Día de soportes social dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en el marco del citado Plan, y que desde su experiencia práctica y su rigor técnico, han logrado elaborar un manual que se convertirá, a buen seguro, en una herramienta de gran interés y utilidad para todos aquellos profesionales que se dedican a la atención social y sanitaria de esta población.

Este Cuaderno Técnico sobre Centros de Día de soporte social, complementa la serie iniciada con los otros tres manuales ya publicados en la colección de Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales: el primero sobre *Rehabilitación Laboral* (nº 14), el segundo sobre *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario* (nº 17), y el tercero sobre *Atención residencial y apoyo al alojamiento* (nº 23) . Con la publicación de este cuarto Cuaderno técnico destinado a la experiencia de los Centros de Día de soporte social, se da otro paso más en la divulgación y el conocimiento sobre la problemática psicosocial y social de este colectivo y en la oferta de instrumentos técnicos de apoyo a la mejora de su atención social comunitaria.

Tengo la certeza que esta publicación colaborará en el esfuerzo de todos, para dotar a la sociedad madrileña de aquellos instrumentos que ayuden a mejorar la atención social de las personas con enfermedad mental, facilitando su integración comunitaria y apoyando a sus familias.

Engracia Hidalgo Tena.

Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

INDICE

PRESENTACIÓN a cargo de la Excm. Sra. Consejera de Familia y Asuntos Sociales

INTRODUCCIÓN (Abelardo Rodríguez González, Juan Fernández, Raúl Gómez y José Luis Jiménez)

AREA I: MARCO GENERAL.

1.- La atención social en el marco de la atención comunitaria de la población con enfermedad mental grave: La experiencia del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid. (**Abelardo Rodríguez y Alexandra Fernández**).

2.- La experiencia de los Centros de Día de soporte social de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid: Definición, organización y funcionamiento. (**Abelardo Rodríguez, Alexandra Fernández y Amparo Sancho**).

AREA II: EVALUACION Y PLANIFICACION DE LA INTERVENCION EN LOS CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL.

3.- Estilo de atención y estrategias generales de intervención en los Centros de Día (**Juan Fernández, José Luis Jiménez y Raúl Gómez**).

4.- Evaluación y planificación de la intervención en los Centros de Día. (**Lorena Fernández y Urbano Barrientos**).

AREA III: INTERVENCION PSICOSOCIAL Y SOPORTE SOCIAL: Áreas y formatos básicos de intervención en los Centros de Día de soporte social.

5.- El proceso de acogida y enganche (**Gema de la Hoz y Mar Hernández**).

6.- Autocuidados y actividades de la vida diaria. (**Margarita Sánchez, Karin Jiménez y Jose Manuel Cabrero**).

7.- Psicoeducación y educación para la salud (**Jesús Gentil y Esther Moreno**).

8.- Autocontrol y manejo del estrés (**Diego Pulido**).

9.- Habilidades sociales y mejora de las relaciones sociales (**Lorena Fernández**).

10.- Estimulación cognitiva (**Sara Lafuente y Pilar Villena**).

11.- Desarrollo emocional (**Sara Lafuente**).

12.- Ocio y tiempo libre. (**Natalia Guijarro, Susana Múgica y Raúl Molano**).

13.- Integración en recursos comunitarios. (**Carmen Feoli y Eva M^a Pizarro**).

14.- Soporte social y actividades de apoyo. (**Clara López**).

15.- Apoyo, psicoeducación y asesoramiento a las familias (**Gema Orduña y Eloísa Fernández**).

ANEXOS: Escalas, cuestionarios, registros, ejemplos de sesiones o actividades.

BIBLIOGRAFÍA

RELACION DE AUTORES

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La *población con enfermedad mental grave y duradera* incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y persistentes (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas, por lo que se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de 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.

En la Comunidad de Madrid se viene apostando desde hace muchos años por un trabajo coordinado y complementario entre la red sanitaria de salud mental y la red de servicios sociales para favorecer la organización de una atención integral a las diferentes necesidades sanitarias y sociales de esta población. La Consejería de Familia y Asuntos Sociales es la responsable del desarrollo de la red de recursos de atención social que sirven de complemento de la atención sanitaria desde la red de Servicios de Salud Mental. Para ello viene desarrollando la red de recursos de atención social que ha alcanzado un gran impulso tras la aprobación y alto grado de ejecución del recientemente concluido *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*.

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007, ha supuesto el compromiso decidido del Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través de de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la mejora de la atención social y la integración de las enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias. Gracias a este impulso se ha ampliado y consolidado una red pública amplia y diversificada de centros y recursos de atención social en distintos ámbitos de intervención y necesidad social (apoyo a la rehabilitación psicosocial, soporte social, apoyo a la integración, rehabilitación laboral e inserción en el mundo laboral, atención residencial y apoyo al alojamiento, atención domiciliaria y apoyo comunitario).

En el año 2003 el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica, diseño y estableció la necesidad de desarrollar un recurso específico dirigido a ofrecer soporte social a las personas con enfermedad mental que presentaban mayores dificultades de funcionamiento e integración como recurso complementario de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Así se diseñaron y pusieron en marcha los *Centros de Día de soporte social (CD)* que se conciben como un recurso de servicios sociales

especializados, para ofrecer de un modo específico actividades de soporte social para aquellos usuarios con mayores niveles de deterioro psicosocial y dependencia y dificultades de integración socio-comunitaria. Los Centros de Día se conciben como un recurso social específico complementario de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental y también de los CRPS del citado Plan. La meta esencial de los Centros de Día de soporte social es ofrecer un conjunto de actividades con funciones de apoyo y soporte social dirigido a pacientes mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

Desde la experiencia práctica del trabajo desarrollado, desde el 2003 en los *Centros de Día de soporte social* que forman parte de la actual Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, hemos querido contribuir en esta línea de difusión del ámbito de intervención de soporte social y apoyo con el colectivo de personas con trastornos mentales severos y crónicos con mayores dificultades de funcionamiento, aislamiento y mayores necesidades de apoyo.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de soporte social y apoyo a la mejora del funcionamiento para este grupo con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Este trabajo se estructura a modo de manual y en el se ofrecen tanto los elementos teóricos y conceptuales como de un modo eminentemente práctico se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en las principales áreas de actuación en los Centros de Día de soporte social.

El texto se estructura en 3 grandes Áreas: **El Area I** sirve de Marco General y consta de 2 capítulos: En el primero se expone el contexto general de las problemáticas y necesidades de las personas con enfermedad mental severa y crónica, así como los elementos esenciales de la organización de la Atención Comunitaria a esta población, enfatizando el papel de la atención psicosocial social para una adecuada intervención integral y el papel de los servicios sociales en la organización de una red amplia y diversificada de recursos y programas en coordinación y colaboración con el sistema sanitario de salud mental y se expone la experiencia en la Comunidad de Madrid con el desarrollo del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007) de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Este Plan supone un ejemplo paradigmático del papel y la implicación de los Servicios Sociales en la atención comunitaria y el apoyo a la integración de este colectivo desde una lógica de estrecha coordinación y complementariedad

con la red sanitaria de Salud Mental. El citado Plan ha permitido que se haya podido desarrollar y consolidar una red amplia y diversificada de centros y recursos de atención social para cubrir las distintas necesidades y problemáticas psicosociales y sociales de las personas con discapacidad por trastornos mentales graves y crónicos y promover su autonomía e integración social y laboral así como apoyar a sus familias.

El segundo capítulo se centra en la experiencia de los **Centros de Día de soporte social (CD)** diseñados y puestos en marcha desde el año 2003 y que forman parte de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Ofrece una descripción de las principales características de los Centros de Día que se conciben como un recurso de atención social específico dirigido a ofrecer programas de mejora del funcionamiento y actividades de soporte social a personas con trastornos mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

El Área II que consta de dos capítulos: El capítulo 3 se dedica a presentar de un modo práctico la metodología de evaluación y la planificación individualizada del proceso de intervención en los Centros de Día como estructura básica esencial para organizar la atención, establecer los objetivos operativos de intervención promover la implicación activa del usuario. El capítulo 4 se dedica a exponer las estrategias generales de intervención, que han de servir de base metodológica para el desarrollo de los programas y actividades a desarrollar con los usuarios en los Centros de Día y a ofrecer y reflexionar sobre los principios y elementos que han de guiar el estilo de atención que debe caracterizar el trato y la relación con los usuarios y la metas de los procesos individualizados de intervención.

El Área III constituye el núcleo central del presente libro, es un gran apartado destinado a las principales áreas de intervención psicosocial y de soporte social a ofrecer en los Centros de Día, en el que desde el capítulo 5 al 15 se van desgranando los ámbitos fundamentales de actuación (Acogida y Enganche, Autocuidados y Actividades de la Vida Diaria, Estimulación cognitiva, Psicoeducación y educación para la salud, Habilidades sociales, Desarrollo emocional , Manejo de estrés, integración comunitaria, Actividades de Soporte social, Ocio y Tiempo libre y Apoyo a las familias). Todos estos capítulos se orientan de un modo concreto y práctico a presentar como se organiza la intervención en todos estos ámbitos, asimismo incluyen casos prácticos ilustrativos.

El libro se completa con una serie de anexos en los que se recogen diversos instrumentos como registros o cuestionarios u otros elementos que puedan ser de utilidad a

los profesionales interesados en el desarrollo de programas de mejora del funcionamiento y soporte social comunitario

En la redacción de este texto han intervenido distintos autores que casi en su totalidad trabajan en los Centros de Día de Soporte Social dependientes e integrados en la red de recursos del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y que por tanto tienen una experiencia práctica específica en este campo. Asimismo los autores son psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, reflejando por tanto la necesaria interdisciplinariedad de este campo y la necesidad de equipos multiprofesionales como elemento esencial para el adecuado desarrollo de las distintas actuaciones y programas en los Centros de Día.

Este trabajo se dirige a todos aquellos profesionales y recursos tanto públicos como de la iniciativa social que, en nuestra Comunidad de Madrid y en el resto del Estado, trabajan o que están interesados en la atención psicosocial, soporte social y en el apoyo comunitario de las personas con enfermedad mental grave y crónica. Y quiere servir de referencia, como instrumento de apoyo técnico, para promover favorecer el desarrollo de este tipo de recursos. Asimismo quisiéramos que ayudara a conocer mejor las dificultades psicosociales y sociales de este colectivo y de sus familias y a promover el desarrollo de recursos y programas de atención psicosocial y apoyo a la inserción social como un elemento esencial para una adecuada atención comunitaria de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas.

Abelardo Rodríguez () , Juan Fernández, José Luis Jiménez (**) y Raúl Gómez (***)*.

() Psicólogo. Coordinador técnico de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.*

*(**) Psicólogos. Directores de los Centros de Día de soporte social de “Alcala de Henares” y “Aranjuez” dependientes del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica.*

*(***) Psicólogo. Subdirector Técnico de Coordinación de Recursos de Atención Social de la Fundación “Manantial” integrados en la red de centros dependientes del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Graves y Crónica.*

**AREA I:
MARCO GENERAL**

CAPÍTULO 1 LA ATENCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE: LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Abelardo Rodríguez y Alexandra Fernández.

1.1 LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: DELIMITACIÓN, PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES.

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, hasta 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 adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse 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.

1.2. 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 graves y crónicos en particular, está 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.

1.3. 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, 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.

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 (pérdida de autonomía, dificultades

de funcionamiento, problemas en el desempeño de roles sociales, falta de soporte social, pérdida 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 nº 4, Madrid, 2000) y en el titulado *“Rehabilitación Psicosocial de la personas con trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones* (Cuadernos Técnicos nº 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 nº 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 supervisadas	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 nº 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 este capítulo.

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
Pisos 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

AMBITOS 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.

1.4. 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

ARTICULO 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:

- **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 para la cobertura de sus necesidades sociales básicas y posibilitar así su mantenimiento e integración en su entorno social, y
- 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 residencial 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.

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

1.5.1- 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, dirigido 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 autónomo 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.

1.5.2.- 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.**

1.5.3.- 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.	Nº Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid	Nº 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 través de sus distintos Programas, se plantea un sustancial incremento de la red de recursos de atención social a este colectivo y sus familias.

Durante el periodo del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, se han creado 3.953 nuevas plazas con lo que se han casi

cuadruplicado el nº de plazas pasando de las 1.269 existentes en 2003 a las 5.222 plazas existentes a final del 2007. Durante el año 2007 se crearon 988 nuevas plazas con lo que se ratifica el compromiso del Gobierno Regional en la mejora de la atención social y el apoyo a la integración a estas personas y a sus familias. Con ello la red de centros y recursos de atención social alcanzar a final del 2007 un total de 5.222 plazas superando en + 350 plazas el objetivo previsto inicialmente en el Plan para final del 2007. Para lograr este crecimiento ha habido un incremento presupuestario muy sustancial (385% de incremento entre 2003 y 2007) pasando de 9,5 millones de euros en 2003 a más de 47 millones en este año 2007, con un gasto acumulado a lo largo del periodo de 123 millones de euros.

Evolución 2003-2006 Crecimiento plazas en centros y recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica.

MAYO 2003 Inicio Plan	Final 2003	2004	2005	2006	2007
1.269 plazas	Total: 1.654 plazas	Total: 2.166 plazas final 2004	Total: 2.568 plazas a final 2005	Total 4.234 plazas a final de 2006	Previsión 2007 (4.850 pl) Total Final 2007 Red de Centros y recursos 5.222 plazas
	385 plazas nuevas creadas en nov/dic de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas creadas a final de 2005	1.666 nuevas plazas creadas a final de 2006	988 nuevas plazas creadas a final de 2007
	30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic 2003	18 % incremento previsto respecto a dic 2004	64% incremento respecto a 2005	23% incremento respecto a 2006

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.

En esta red de centros y recursos de atención social del Plan trabajan más de 1.000 profesionales cualificados (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, maestros de taller, preparadores laborales, etc) cuyo trabajo permite la mejora del funcionamiento y la calidad de vida de las personas con discapacidad por enfermedad

mental severa facilitando su integración social así como ofrecer apoyo y asesoramiento a sus familias.

Esta red de centros de atención social del Plan trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red sanitaria de salud mental para asegurar una atención integral sociosanitaria a esta población.

Paralelamente al crecimiento la red de centros, ha habido un consecuente crecimiento en el presupuesto aplicado:

Evolución Presupuesto del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica (2003-2007)

2003	2004	2005	2006	2007
9.553.827 €	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	47.100.000 € 60% incremento respecto a 2006

En el año 2007 y siguiendo la línea de crecimiento de recursos de dicho PLAN se han puesto en marcha en Diciembre de 2007 nuevos recursos sociales de apoyo para personas enfermas mentales crónicas con un total de 988 nuevas plazas. Con la puesta en marcha de estas 988 nuevas plazas la Red Pública de Centros y Recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica alcanzó al final de 2007 un total de 5.222 plazas, que se distribuyen en los siguientes:

RED DEL PLAN DICIEMBRE 2007
- 22 CRPS (1.620 pl)
- 26 Centros de Día (840 pl)
- 18 CRL (890 pl)
- 37 EASC (1110 pl)
- 16 Residencias (415 pl)
- 51 Pisos sup (204 pl.)
- 22 Plazas Pensiones.
- Proy Prisemsh (80 pl) ampliado (incluye 5 pisos Prisemsh)
- C.At. y Reinserción EMC Sin hogar (Centro de Dia de 30 pl y Resd de 11 pl))
TOTAL RED FINAL 2007
Total 5.222 plazas
(4.112 plazas en centros existentes en final 2007 +37 EASC con 1.110 usuarios total)

Además del crecimiento en nuevos centros **merece especial mención la puesta en marcha como una iniciativa innovadora del Plan de los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)**

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.

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.

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 diciembre del año 2005 se pusieron en marcha los primeros 5 equipos, de ellos 3 en municipios metropolitanos: Getafe, Alcala de Henares y Collado Villalba; y los otros dos en Madrid Ciudad (Usera y Puente de Vallecas)

En el año 2006 a final del año se han puesto en marcha 18 nuevos EASC en distintas zonas. Con ello se alcanza al final del año 2006 un total de 23 EASC con un total de 690 plazas. Con ello se supera ya en 2006 la previsión mínima que en el Plan se planteaba llegar en el 2007 a poder contar con 15 EASC. A final del 2007 se han puesto en marcha 14 nuevos EASC con lo que se alcanza un total de 37 EASC (1110 plazas) lo que supone que todos los SSM de distrito contarían como apoyo con un EASC.

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 económico 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 complementen 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 potenciarán 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	SITUACIÓN A FINAL 2006	SITUACIÓN A FINAL 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 a final 2005	Total: 4.234 plazas a final 2006	Total Plazas 2007 5.222 plazas a final 2007 A final de 2007 se han creado 988 nuevas plazas
	<p align="center">Entre Mayo de 2003 y diciembre de 2007 se han creado 3.953 nuevas plazas lo que supone un 310 % de incremento</p> <p align="center">En el cronograma del Plan se preveía alcanzar a final de 2007 unas 4.850 plazas aprox. Dado que la red cuenta a final del 2007 con 5.202 plazas se ha superado el objetivo del Plan en unas 350 plazas.</p>					

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

	PRESUPUESTO 2003	PRESUPUESTO 2004	PRESUPUESTO 2005	PRESUPUESTO 2006	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	47.100.000 € 60 % incremento respecto a 2006	37.400.000 € 385 % INCREMENTO 2003 A 2007 TOTAL GASTO ACUMULADO PERIODO 2003-2007 123.000.000 €

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	SITUACIÓN A FINAL 2006	SITUACIÓN A FINAL 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 a final 2005	Total: 4.234 plazas a final 2006	Total Plazas 2007 Red de Centros y recursos 5.222 plazas a final 2007
		385 plazas nuevas creadas en nov/dic de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas creadas a final de 2005	1.666 nuevas plazas creadas a final de 2006	A final de 2007 se han creado 988 nuevas plazas
		30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic 2003	18 % incremento respecto a dic 2004	64% incremento respecto a dic 2005	23 % incremento respecto a dic 2006

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

	PRESUPUESTO 2003	PRESUPUESTO 2004	PRESUPUESTO 2005	PRESUPUESTO 2006	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	47.100.000 € 60 % incremento respecto a 2006	37.400.000 € 385 % INCREMENTO 2003 A 2007 TOTAL GASTO ACUMULADO PERIODO 2003-2007 123.000.000 €

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

EVOLUCIÓN DESARROLLO DE NUEVOS CENTROS

CENTRO / RECURSO	SITUACIÓN A FINAL DE 2005	SITUACIÓN A FINAL DE 2006	Nº NUEVOS CENTROS CREADOS A FINAL 2007	TOTAL RED DE CENTROS PREVISTA PARA 2007/ PREVISIÓN PLAN
CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	14 CRPS (1.140 pl)	19 CRPS (1.440 pl)	3 nuevos CRPS con 180 pl	22 CRPS con unas 1620 plazas <i>22 CRPS (1750 pl)</i>
CENTROS DE DÍA (CD) (ACTIVIDADES DE SOPORTE SOCIAL)	11 CD (340 pl)	22 CD (710 pl)	4 nuevos CD con 120 pl	26 CD con 840 plazas <i>22 CD con 750 plazas</i>
CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL) Y APOYO AL EMPLEO NORMALIZADO.	8 CRL (390 pl)	14 CRL (680 pl)	4 nuevos CRL con 200 pl	18 CRL con 890 plazas <i>15 CRL con 750 plazas</i>
EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC)	5 EASC (150 pl)	23 EASC (690 pl)	14 nuevos EASC (420 pl)	37 EASC con 1.100 pl <i>15 EASC (30 pl c/u) 450 plazas</i>
MINI RESIDENCIAS (MR)	14 MR (353 pl)	16 MR (415 pl)		16 Residencias con 415 plazas <i>28 MR aprox. (25/30 pl c/u) 750 plazas de MR</i>
PISOS SUPERVISADOS (SE INCLUYEN LOS 5 PISOS DEL PRISEMI)	31 Pisos (125 pl)	44 Pisos (177 pl)	12 nuevos Pisos sup (4 pl c/u) 48 nuevas plazas de Pisos	56 Pisos con 225 plazas <i>60/70 Pisos aprox. 300 plazas</i>
PLAZAS SUPERVISADAS EN PENSIONES	11 plazas en Pensiones	22 plazas en Pensiones		22 plazas en Pensiones <i>50 Plazas aprox. en Pensiones</i>
PROYECTO REHABILITACIÓN E INSERCIONES ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR (PRISEMI)	Ampliación Proyecto PRISEMI	Desarrollo de Centro de Atn de EMC SH 41 plazas (11 Resd y 30 de CD)		
TOTAL	2.568 plazas existentes a final de 2005	4.234 plazas existentes para final de 2006	988 nuevas plazas creadas en el PLAN a final del 2007	Total Plazas 2007 Red de Centros y recursos: 5.222 plazas a final 2007 (4.112 plazas en centros + 37 EASC con 1.110 usuarios) En el cronograma del Plan se preveía alcanzar en 2007: 4.850 plazas aprox. (+ 350 plazas)

**PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES**

CUADRO SINTETICO SOBRE TIPOLOGÍA DE CENTROS, RATIOS Y PLANTILLAS FINAL DE 2007/INICIO 2008

TIPO DE CENTROS	RATIO DE PLAZAS DE CADA TIPO DE CENTRO X 100.000 HB (18-65 años) RATIO MÍNIMA OBJETIVO DEL PLAN	Nº DE CENTROS A FINAL 2007/ INICIO 2008 RATIO PLAZAS X 100.000 HB (18-65 años)	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 <i>22 CRPS (1750 pl)</i>	22 CRPS (1.620 PLAZAS) Ratio media actual : 41 plazas de CRPS x 100.000 hb	Director (psicólogo), 2/3 psicólogos, 1 Trabaj Social, 1 Terapeuta Ocup., 3/4 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ 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 <i>22 CD con 750 plazas</i>	26 Centros de Día (840 PLAZAS) Ratio media actual : 21 plazas de CD x 100.000 hb	Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL). Los CRL tiene una capacidad de 50 pl	15 PLAZAS DE CRL X 100.000 HB <i>15 CRL con 750 plazas</i>	18 CRL (890 PLAZAS) Ratio media actual : 22 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, ½ aux limpieza.
MINIRESIDENCIA (MR). Las MR tiene una capacidad de entre 20 y 30 pl	15 PLAZAS DE MR X 100.000 HB <i>750 plazas de MR</i>	16 MR (415 PLAZAS) Ratio media actual : 11 plazas de MR x 100.000 hb	Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 13/15 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	51 PISOS SUP (204 PLAZAS) Ratio media actual : 5,2 plazas de PS x 100.000 hb Además hay 5 Pisos (20 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	22 PLAZAS EN PENSIONES Ratio media actual : 0,5 plazas de PENS x 100.000 hb	Las plazas en pensiones son una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huespedes. Se supervisan los usuarios desde la MR a las que están vinculadas con apoyo desde los SSM.
EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC) (30 usuarios cada uno)	NO SE HABIAN ESTABLECIDO EN EL PLAN RATIO MINIMA ESPECIFICA PARA LOS EASC. <i>15 EASC (30 pl c/u) 450 plazas</i>	37 EASC CON UN TOTAL DE 1.110 PLAZAS. Ratio media actual : 28 plazas de EASC x 100.000 hb	Cada EASC está formado por 1 psicólogo, 1 Trabajador Social y 2 Educadores.

1.5.4. 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 psiquiátrica 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 Generalitat 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 ser 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 pionera 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 sociosanitaria 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 conjunta 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 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 estos momentos el Plan cuenta con mas de 1.000 profesionales trabajando en lo distintos equipos de la red de centros y recursos de atención social

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 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 centros 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 éstas aportan por tanto también la infraestructura.

Estos contratos de gestión de servicios públicos se adjudican a través de convocatorias públicas reguladas mediante 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 es 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 fórmula 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 pública y con esta fórmula 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 práctica 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 fórmulas 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. Estas fórmulas 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: Balance Global 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:

- Durante el periodo del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, se han casi **cuadruplicado el nº de plazas** pasando de las 1.269 existentes en 2003 a las 5.222 plazas existentes a final del 2007. Desde Mayo de 2003 a Diciembre de 2007 se han creado un total de 3.953 nuevas plazas lo que supone un 310 % de incremento.

- Este gran crecimiento en la red de atención social ha permitido un **significativo aumento en el nº de personas con enfermedad mental atendidas**: Si en el año 2003 se han atendido en la red de centros y recursos a un total de 1.907 usuarios, en el año 2004 se atendieron a 2.398 usuarios, 2.916 en el año 2005 y en el año 2006 se atendieron a 3.427 usuarios, para el año 2007 se han podido atender a un total de 5.756 usuarios.

- En el final del año 2006 se pusieron en marcha 1.666 nuevas plazas con lo que a inicios del 2007 las red alcanzo las 4.234 plazas y en diciembre del pasado año 2007 se crearon 988 nuevas plazas con lo que se ratificó el compromiso del Gobierno Regional en la mejora de la atención social y el apoyo a la integración a estas personas y a sus familias. Con ello **la red de centros y recursos de atención social logro alcanzar a final del 2007 un total de 5.222 plazas** superando en + 400 plazas el objetivo previsto inicialmente en el Plan para final del 2007.

- 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 mejoran 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 1100 profesionales cualificados trabajan en Madrid en la red de centros de Plan,; 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.

- Es de resaltar el esfuerzo y los resultados de inserción laboral en el mercado normalizado que se realiza desde los Centros de Rehabilitación Laboral. Como

indicador global medio entre el 50% de las personas atendidas cada año, en los Centros de Rehabilitación Laboral consiguen integrarse en puestos de trabajo normalizados en el mercado de trabajo.

- Pero además de estos beneficios directos, esta red de recursos de atención social genera otros beneficios añadidos con una importante rentabilidad económica y social: El desarrollo de esta red de centros de atención social generan empleo cualificado y estable: en torno a más de 1000 profesionales cualificados trabajan en Madrid en la red de centros de Plan; 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.

- 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 desarrolló 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, que en breve será publicada por la Consejería en la serie Estudios e Investigaciones. En coherencia y continuidad con el apoyo de la UCM se propondrán medidas específicas a desarrollar en la lucha contra este fenómeno del estigma y el rechazo social. Estas medidas se desarrollaran buscando la colaboración y apoyo tanto de la Consejería de Sanidad como responsable de la red de salud mental como del movimiento asociativo de familiares y de las asociaciones de profesionales (AMRP, AMSM, etc) y Colegios Profesionales y otras entidades sociales relevantes.

- 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.

1.6. SITUACIÓN ACTUAL: CONSOLIDACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA.

Como hemos indicado reiteradamente, las personas con enfermedad mental grave y duradera (como esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos mentales graves) presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, en la pérdida de redes sociales de apoyo y en limitaciones a su participación e integración y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de Servicios Sociales, está firmemente comprometida en la atención social a las personas con discapacidad por enfermedad mental y en el apoyo a sus familias. Un elemento clave de este firme compromiso fue la aprobación, desarrollo y cumplimiento del recientemente concluido Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007, cuya principal misión ha sido ampliar y mejorar la atención social a estas personas y a sus familias para favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida. Y cuyo desarrollo y resultados hemos reseñado en los apartados anteriores.

Este Plan, que se enmarcó en el conjunto de políticas de atención y apoyo a las personas con discapacidad que viene desarrollando la Comunidad de Madrid, ha

potenciado y desarrollado una Red de centros de Atención Social amplia, diversificada y territorializada que trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Salud Mental para asegurar una atención sociosanitaria integral.

Durante el periodo del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 se han creado 3.953 nuevas plazas, pasando de las 1.269 al inicio del Plan en mayo 2003 a las 5.222 existentes al final del Plan en diciembre del 2007, lo que permitió cuadruplicar el número inicial y superar en 400 las previsiones iniciales del Plan. El Plan ha supuesto un instrumento muy importante 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 sus familias. Su desarrollo y alto grado de cumplimiento ha supuesto importantes ventajas para esta población y ha facilitado, en coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental, promover una mejor atención sociosanitaria a sus necesidades y a las de sus familias.

Así pues, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales viene prestando atención social a las personas con enfermedad mental grave y duradera a través de una serie de recursos que dan respuesta a las diferentes necesidades rehabilitadoras y habilitadoras de estas personas y apoyar su integración social, trabajando en una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental. En la actualidad y como producto del concluido Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental que se desarrollo entre mayo del 2003 y diciembre de 2007 se cuenta con una Red de atención social amplia y diversificada que se distribuye territorialmente de forma equilibrada. A lo largo del año 2008 esta red se ha consolidado y al final del año se ha incrementado con la puesta en marcha de 38 nuevas plazas con lo que la red alcanzo a final del año 2008 un total de 5.260 plazas.

La red de atención social a personas con enfermedad mental cuenta pues con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen, en régimen de atención diurna (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral) y de atención residencial (residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones), distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. Asimismo, cuenta con servicios complementarios, como los equipos de apoyo social comunitario que son una iniciativa innovadora, para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su

mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

Esta red ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales severos, que son derivadas desde los servicios de salud mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico.

Por tanto a final del 2008 esta red cuenta con un total de 5.260 plazas en las que se han atendido a lo largo del año a un total de 5.756 usuarios y un presupuesto en 2008 que ascendió a 56.000.000 € (lo que supuso un 19% de incremento respecto al presupuesto del 2007)

**Resumen Datos 2008 Red Pública Atención Social a personas
con enfermedad mental grave y duradera**

Nº Plazas Red 2008	Nº Total Usuarios atendidos en 2008	Presupuesto 2008
5.260 plazas	5.756 usuarios atendidos	56 millones de Euros

En estos momentos, la red existente de centros y recursos de atención social a personas con enfermedad mental se distribuye como sigue:

- 22 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 1.620 plazas.
- 27 Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 870 plazas.
- 18 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con un total de 890 plazas.
- 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1.140 plazas.
- 17 Residencias (R) con un total de 426 plazas.
- 53 Pisos supervisados (PS) con un total de 212 plazas.
- 22 Plazas de alojamiento en pensiones.
- Proyecto de Rehabilitación e Inserción social de personas enfermas mentales sin hogar (PRISEMI) con un total de 80 plazas

Esta red de atención social cuenta en este año 2009 con un presupuesto de en torno a 59 millones de Euros y se prevé que con las 5260 plazas de la red se puedan atender a lo largo del presente año 2009 a casi 6.000 usuarios.

1.7. 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) (Vease 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, (vease 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 basados 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.

CAPÍTULO 2. LA EXPERIENCIA DE LOS CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID: DEFINICIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

Abelardo Rodríguez, Alexandra Fernández y Amparo Sancho.

2.1. INTRODUCCIÓN

La población con enfermedad mental grave y crónica incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas, por lo que se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de 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.

En la Comunidad de Madrid se viene apostando desde hace muchos años por un trabajo coordinado y complementario entre la red sanitaria de salud mental y la red de servicios sociales para favorecer la organización de una atención integral a las diferentes necesidades sanitarias y sociales de esta población. La Consejería de Familia y Asuntos Sociales es la responsable del desarrollo de la red de recursos de atención social que sirven de complemento de la atención sanitaria desde la red de Servicios de Salud Mental. Para ello viene desarrollando la red de recursos de atención social que ha alcanzado un gran impulso tras la aprobación en mayo de 2003 del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007.

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007, ha supuesto el compromiso decidido del Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la mejora de la atención social y la integración de las enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias. Se ha ampliado y consolidado una red amplia y diversificada de centros y recursos de atención social en distintos ámbitos de intervención y necesidad social (apoyo a la rehabilitación psicosocial, soporte social, apoyo a la integración,

rehabilitación laboral e inserción en el mundo laboral, atención residencial y apoyo al alojamiento, atención domiciliaria y apoyo comunitario). En el primer capítulo hemos ofrecido un resumen de las características y desarrollo del citado Plan.

Hasta la aprobación del citado Plan en mayo del 2003 desde la Consejería no se habían desarrollado específicamente *Centros de Día de soporte social* sino que en parte estas funciones de soporte social eran asumidas desde los CRPS. Reconociendo la importancia de reforzar este ámbito del soporte social, en el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 que se aprobó en Mayo de 2003, se incluye como un nuevo recurso de atención social los Centros de Día de soporte social

Así pues en el año 2003 el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica, diseñó y estableció la necesidad de desarrollar un recurso específico dirigido a ofrecer soporte social a las personas con enfermedad mental que presentaban mayores dificultades de funcionamiento e integración como recurso complementario de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Por tanto se diseñaron y pusieron en marcha los *Centros de Día de soporte social (CD)* que se conciben como un recurso de servicios sociales especializados, para ofrecer de un modo específico actividades de soporte social para aquellos usuarios con mayores niveles de deterioro psicosocial y dependencia y dificultades de integración socio-comunitaria. Los Centros de Día se conciben como un recurso social específico complementario de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental y también de los CRPS del citado Plan. La meta esencial de los Centros de Día de soporte social es ofrecer un conjunto de actividades con funciones de apoyo y soporte social dirigido a pacientes mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

Desde la experiencia práctica del trabajo desarrollado, desde el 2003 en los *Centros de Día de soporte social* del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007) de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, hemos querido contribuir en esta línea de difusión del ámbito de intervención de soporte social y apoyo con el colectivo de personas con trastornos mentales severos y crónicos con mayores dificultades de funcionamiento, aislamiento y mayores necesidades de apoyo. Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que

han de conformar un adecuado proceso de soporte social y apoyo a la mejora del funcionamiento para este grupo con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Este trabajo se estructura a modo de manual y en el se ofrecen tanto los elementos teóricos y conceptuales como de un modo eminentemente práctico se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en las principales áreas de actuación en los Centros de Día de soporte social.

Este segundo capítulo se centra en la experiencia de los **Centros de Día de soporte social (CD)** diseñados y puestos en marcha por el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007) de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Ofreciendo una descripción de las principales características de los Centros de Día que se conciben como un recurso de atención social específico dirigido a ofrecer programas de mejora del funcionamiento y actividades de soporte social a personas con trastornos mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

2.2 DEFINICIÓN DEL RECURSO CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS.

Los Centros de Día se conciben como un recurso social específico complementario a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Se ofrece para ello desde este dispositivo un conjunto de actividades con funciones de apoyo y soporte social dirigido a pacientes mentales graves y crónicos y en especial a aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. En los Centros de Día se ofrecerá un abanico de actividades de día de apoyo y soporte social (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer soporte social.

El Centro de Día es un recurso comunitario de apoyo social y apoyo a la integración al que acceden pacientes que debido a su grave patología mental y deterioro psicosocial asociado necesitan una atención de soporte social y estructuración de la vida cotidiana. En muchos casos serán usuarios que han realizado programas activos de rehabilitación y que a causa del importante nivel de deterioro y dificultades de

integración sociocomunitaria, mantienen importantes necesidades de apoyo y soporte social. En otros casos podrán ser personas que no estarían a priori en condiciones de iniciar un proceso activo de rehabilitación psicosocial y el Centro de Día serviría de contexto de enganche, soporte y adaptación flexible.

Los OBJETIVOS que guían el trabajo y actividades que desarrollarán los Centros de Día de soporte social serán los siguientes:

- Ofrecer soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad.
- Estructuración de la vida cotidiana del paciente.
- Desarrollo y potenciación de habilidades sociales básicas.
- Mantener o conseguir un nivel mínimo de autocuidados y autonomía.
- Incremento de las redes sociales.
- Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre.

2.3. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN LOS CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD).

De acuerdo a este diseño general en los Centros de Día de soporte social (CD), se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:

- *Mejora del Funcionamiento Psicosocial:* Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición del conjunto de capacidades y habilidades personales y sociales que le permitan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, fomentando el desempeño de roles sociales normalizados y su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

- *Actividades de día de apoyo y soporte social:* Como complemento al proceso de mejora del funcionamiento y la autonomía personal y social, en el Centro de Día, como recurso específico de soporte social complementario a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental, se organizarán y promoverán un abanico de actividades de día de apoyo y soporte social (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer el soporte social que los usuarios puedan necesitar, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e

integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro fomentando el uso de recursos socio-comunitarios.

- *Seguimiento y apoyo comunitario*: Asimismo se ofrecerá el apoyo, soporte comunitario y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit o deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria. Asimismo en esta línea, se optimizará, lo máximo posible, la utilización de recursos socio-comunitarios normalizados. Para ello, desde el Centro de Día se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.

- *Apoyo a las Familias*: Desde el Centro de Día se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo mental crónico y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. Asimismo se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración de la persona enferma mental crónica. Además desde el Centro se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y enfermos mentales crónicos.

La atención que se preste en el Centro de Día se articulara de un modo muy flexible e individualizado y en estrecha coordinación con el programa de Rehabilitación y Continuidad de cuidados de los SSM a fin de asegurar una adecuada coherencia, complementariedad y continuidad de cuidados y sin perder de vista el proceso global de rehabilitación e integración comunitaria de cada usuario.

- *Otros Servicios Complementarios*: En los CD se podrán ofrecer asimismo los siguientes servicios complementarios:

* *Servicio de Comidas*: Se podrá ofrecer servicio de comedor a través de un servicio de catering o acuerdos con restaurantes de la zona, para aquellos usuarios de los CD que lo puedan necesitar como apoyo a su proceso de atención psicosocial y

soporte social y en los que concurren circunstancias de desventaja social o ausencia de recursos económicos y lejanía de su domicilio habitual.

*Asimismo se ofrecerá apoyo al transporte en aquellos Centros de Día cuya ámbito de actuación incluya municipios con problemas de accesibilidad. Este apoyo se concretaría en función de las circunstancias específicas de cada caso y del transporte existente desde su municipio de residencia al municipio en el que se ubique el CD. Las medidas de apoyo serán flexibles y se ajustarán en cada caso y pueden consistir, entre otras: en pago de gastos de viajes (abono transporte) en la red de autobuses de transporte público, acuerdo y pago de servicio de taxis, o cualesquiera otras como acuerdos con los Ayuntamientos o las Mancomunidades de la zona que puedan disponer de vehículos que faciliten el transporte de algunos usuarios al CD. En suma se utilizarán distintas medidas que permitan y faciliten el adecuado acceso al Centro y el regreso a sus domicilios de los usuarios especialmente de los municipios indicados. Este apoyo al transporte se ofrecerá a todos los usuarios del Centro de Día que lo puedan necesitar de acuerdo a criterios técnicos y que residan en municipios con mayores dificultades de acceso al Centro de Día.

2.4. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

En relación a los servicios o principales áreas de actuación, arriba indicados, en cada Centro de Día se organizará y desarrollará con cada usuario y con su familia, un proceso de atención e intervención de apoyo y soporte social que se realizará de acuerdo a las indicaciones y especificaciones siguientes:

La atención que se ofrezca en el centro debe tener siempre presente la necesidad de trabajar con una visión global del usuario y de su entorno así como de su problemática, demandas, y posibilidades, y actuar siempre desde una orientación de apoyo social y rehabilitación comunitaria comprometida con apoyar de un modo relevante a cada persona (de acuerdo a sus necesidades y posibilidades) para la mejora de su autonomía y para ayudarle a alcanzar el mayor grado posible de integración y calidad de vida en su entorno social.

Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado de apoyo social y soporte comunitario encaminado a ofrecerle el apoyo que necesita para favorecer el mantenimiento en la Comunidad y el logro de niveles de autonomía y para prevenir el riesgo de mayores deterioros y de aislamiento y marginalización social.

El proceso de atención de apoyo social en el Centro de Día se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno sociocomunitario concreto.

A continuación se describirán los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención en sus diferentes fases o momentos, y que se desarrollaran

2.4.1.- ACOGIDA Y ENGANCHE:

Desde el centro se trabajará activa y específicamente para asegurar el adecuado enganche de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de atención teniendo en cuanto el plan global establecido de rehabilitación y continuidad de cuidados por su SSM.

Con cada usuario con el que se tenga un primer contacto se le ofrecerá un proceso de acogida que permita al usuario conocer el centro, los objetivos del mismo y la ayuda que desde el centro se le puede ofrecer al usuario en relación a su autonomía, apoyo a sus necesidades de soporte e integración social y con vista a facilitar su enganche se le ofrecerán actividades abiertas (grupo de acogida, actividades de enganche, actividades abiertas de ocio, u otras pertinentes, etc) que faciliten su enganche y vinculación al Centro. Y de un modo complementario se iniciará el proceso de evaluación.

En aquellos caso de usuarios que presentan grandes dificultades de enganche y que plantean resistencias para acudir al centro, ni a las sesiones de evaluación ni a actividades abiertas de acogida y soporte, se diseñaran para estos casos un proceso específico e individualizado de enganche en el que se hagan los intentos pertinentes (y como mínimo al menos 3) de contacto individualizado bien en el domicilio del usuario o en su entorno comunitario (cafeterías, parques, recursos, etc).

2.4.2.- EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

Se desarrollará una evaluación funcional conductual y social que permita conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social.

La evaluación no deberá realizarse, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que deberá articularse como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo.

La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de atención social y soporte.

El proceso inicial de evaluación que permita obtener la información fundamental para poder establecer los principales objetivos y el plan inicial de atención psicosocial y soporte social, se realizará en el menor tiempo posible y en todo caso en un tiempo máximo de 45 días desde el primer contacto del usuario con el centro.

Durante el proceso de evaluación será fundamental conocer el entorno familiar y comunitario en el que vive el usuario y los problemas, dificultades y apoyos que en el se plantean. Para ello se como mínimo se realizara durante el proceso inicial de evaluación una visita al domicilio en el que convive el usuario.

El proceso de intervención se estructurará a través del diseño de un plan individualizado de atención psicosocial y soporte social que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de atención social y soporte comunitario de cada usuario, así como articulará el tipo de intervenciones a desarrollar. Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el usuario y su familia. Y muy especialmente se coordinará y consensuará con el responsable del caso en el

Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Servicio de Salud Mental que haya derivado al usuario al Centro de Día.

En un plazo máximo de 15 días una vez finalizada la evaluación inicial se deberá elaborar y formular por escrito el Plan Individualizado de Atención psicosocial y soporte social. En todo caso en un plazo máximo de 2 meses desde el primer contacto se deberá haber realizado el proceso inicial de evaluación y la elaboración y formulación por escrito del Plan Individualizado de Atención. Durante este tiempo se ofrecerán a los usuarios algunas actividades a la semana (grupo de acogida, actividades de enganche, actividades abiertas de ocio, u otras pertinentes, etc) que faciliten su vinculación al centro y el contacto e integración al mismo.

Se intentará en la medida de lo posible que el Plan individualizado de atención sea consensuado con el usuario y su familia. De otra parte, una copia del mismo de cada usuario se remitirá al SSM tanto a su psiquiatra como al responsable del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención, se desarrollará una evaluación continuada de la misma que se ira realizando como mínimo cada 6 meses, en función de la que se reajustará de un modo flexible el plan individualizado de atención y soporte social reorientado y adaptando el proceso de intervención.

2.4.3.- INTERVENCIÓN: Metodología, áreas de trabajo y actividades:

2.4.3.1.- Metodología

En función de lo establecido en el plan individualizado y de los objetivos planteados, se le ofrecerá a cada usuario la atención individualizada precisa así como su participación en programas u otras actividades grupales. En relación a las actividades grupales, a cada usuario se le deberán ofrecer, en relación a los objetivos establecidos en su plan individualizado, tanto programas grupales de mejora de la autonomía y el funcionamiento psicosocial (psicoeducación, habilidades sociales, actividades de la vida diaria, etc) como actividades específicas de soporte social con un carácter más flexible y abierto.

Al igual que en los CRPS y en otros recursos del Plan en los Centros de Día también se priorizara y enfatizara el trabajo en el entorno comunitario y la inclusión y

utilización de recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer su progresiva integración social y la recuperación de redes sociales de apoyo. Asimismo en el CD se tendrán muy en cuenta las necesidades de soporte social y apoyo que el usuario presente.

La organización de todas las actividades del Centro de Día se orientara hacia la promoción del mayor grado posible de autonomía e integración comunitaria normalizada de los usuarios, todo ello sin perder de vista las dificultades de cada usuario y sus necesidades de apoyo y soporte.

La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación de cada usuario. Asimismo y en la medida de lo posible se llevará a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario o, si ello no fuera factible, se programará la generalización a la situaciones reales en las que el usuario presenta problemas o dificultades de autonomía e integración, de los aprendizajes o resultados de las intervenciones realizadas.

2.4.3.2.- Áreas de Intervención y actividades:

➔ MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL.

Uno de los objetivos del Centro de Día será el de favorecer la Mejora del Funcionamiento Psicosocial de los usuarios atendidos. Para ello se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición del conjunto de capacidades y habilidades personales y sociales que le permitan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, fomentando el desempeño de roles sociales normalizados y su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

En este sentido desde el centro se trabajarán al menos las siguientes áreas, adaptándose específicamente a las necesidades de cada usuario y a los objetivos establecidos:

- Rehabilitación cognitiva: Su objetivo es desarrollar para mejorar los déficit cognitivos (atención, memoria, discriminación, orientación, etc.) que los usuarios puedan presentar.

- **Psicomotricidad:** Se busca favorecer la movilidad, coordinación psicomotriz, desinhibición motora, etc, a través del entrenamiento y la práctica de los ejercicios adecuados.

- **Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria:** Se trata dotar de conocimientos y habilidades que les permitan mejorar y manejar de un modo autónomo e independiente aspectos como: vestido, higiene personal, manejo de tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes; así como desarrollar hábitos saludables (nutrición, sueño, ejercicio físico, detección y prevención de enfermedades, etc.).

- **Psicoeducación:** Se trata de ofrecer información clara y asequible sobre su problemática psiquiátrica crónica y su condición de vulnerabilidad, a enseñarles a conocer factores de riesgo que inciden en la probabilidad de aparición de recaídas así como a informales sobre la medicación neuroléptica como factor protector, educándoles en su seguimiento y toma regular, así como en la detección y manejo de sus efectos secundarios.

- **Relaciones Sociales/Habilidades Sociales:** Se busca entrenar y/o promover aquellas habilidades de conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc, que favorezcan el desenvolvimiento adecuado de los usuarios en situaciones de interacción social.

- **Integración Comunitaria:** Tratando de favorecer una mayor autonomía en su comportamiento social, fomentando su participación social, así como el uso de recursos sociales normalizados.

- **Ocio y Tiempo libre:** Buscará ayudar a cada usuario a organizar y ocupar su ocio de un modo significativo y relevante, fomentando y apoyando su participación en actividades de ocio normalizadas que favorezcan su socialización y su integración.

El anterior listado no debe entenderse como una relación de programas específicos estructurados por los que tengan que pasar necesariamente todos los usuarios sino como un conjunto de áreas relevantes en el ámbito del funcionamiento psicosocial que se deberán desarrollar o no de acuerdo a la problemática y necesidades específicas de cada usuario y a lo establecido en su plan individualizado.

Asimismo las actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades psicosociales en esas áreas deberán siempre tener presentes los criterios generales que antes indicábamos de globalidad, relevancia y orientación comunitaria. Lo que implica que en el centro no solo se enseñan o entrenan habilidades sino que se facilita y promueve su desempeño en su entorno de un modo relevante y útil a las necesidades del usuario y adecuado a su contexto a fin de mejorar su funcionamiento psicosocial, su calidad de vida y su integración social.

La intervención en el medio comunitario será otro eje esencial del trabajo del Centro de Día, complementando y dando sentido a la intervención de mejora del funcionamiento psicosocial que se desarrolla con el usuario y con su familia, a fin de asegurar la efectiva integración social del usuario. Así se trabajará para facilitar la colaboración e implicación del conjunto de recursos sociales y comunitarios que puedan facilitar el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios, para ello se realizarán las actividades de contacto, coordinación y apoyo con dichos recursos que sean necesarias, así como, se apoyará y si es necesario se acompañará a los usuarios para promover su incorporación en el conjunto de recursos comunitarios (sociales, culturales, educativos, etc) que sean útiles para impulsar su normalización y su rehabilitación e integración comunitaria. Del mismo modo, se fomentará el desarrollo de las redes sociales de los usuarios y se apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda entre los usuarios.

➔ APOYO Y SOPORTE SOCIAL.

El desarrollo del proceso de mejora del funcionamiento psicosocial y apoyo a la integración social, arriba indicado, se llevará a cabo, además, sin perder de vista las necesidades de apoyo y soporte social específicas de cada usuario asegurando su adecuada atención tanto dentro como fuera del centro, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

Para ello el Centro de Día organizará y promoverá un abanico de actividades de día de apoyo y soporte social (ocupacionales, sociales, culturales, deportivas, de ocio, etc.) que sirvan de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana, así como de apoyo y soporte para los usuarios que lo puedan necesitar, especialmente aquellos con mayores niveles de deterioro y dificultades de integración. Así pues, se organizará en el centro de día un conjunto de actividades de día que

durante la mañana y la tarde permita desarrollar un conjunto amplio y flexible de actividades ajustadas a las necesidades de apoyo y soporte de los usuarios atendidos en el centro. Estas actividades serán variadas incluyendo, entre otras, algunas como las siguientes: manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, elaboración de periódico, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia, actividades de ocio, y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes y de interés. Las actividades se organizarán y programarán de acuerdo a las necesidades, intereses y objetivos de los usuarios en el marco de su plan individualizado de intervención.

Estas actividades de apoyo y soporte social se desarrollarán no solo en el propio Centro de Día sino también fuera del mismo optimizando, de acuerdo al principio de normalización, el uso de recursos socio-comunitarios y la implicación y potenciación de las redes sociales comunitarias, así como trabajando en estrecha coordinación con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental de referencia, de igual modo se trabajará en coordinación con los Servicios Sociales Generales y con cuantos otros recursos sociocomunitarios (centros sociales, centros culturales, etc.) sean relevantes.

➔ APOYO A LAS FAMILIAS.

Asimismo además de con la personas afectadas de enfermedades mentales crónicas, se trabajará específicamente con sus familias, reconociendo su papel esencial como principal recurso de cuidado y convivencia para este colectivo, y ofreciéndoles el apoyo y asesoramiento que necesitan.

Las familias recibirán el apoyo y asesoramiento individualizado con cada familia que sea necesario, además de en los casos en que sea pertinente se les ofrecerá participar en programas grupales de psicoeducación o escuelas de familias. Además de las intervenciones y apoyos que sea necesario realizar con cada familia, como mínimo una vez cada cuatro meses se informará a la familia de la evolución del usuario y se potenciará la colaboración de la familia en el proceso

2.5. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

2.5.1. Derivación y acceso

Los usuarios serán derivados a cada uno de los Centros de Día por los Servicios de Salud Mental de los distritos de referencia asignados a cada Centro a través de sus respectivos Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. Los usuarios deberán presentar enfermedades mentales graves y crónicas y tener déficit significativos en su funcionamiento psicosocial e importantes dificultades en su integración sociocomunitaria y por tanto necesidad de un contexto que le ofrezca un apoyo y soporte social estructurado. Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia, el cual a través de un informe que justifique la problemática de funcionamiento personal y la necesidad de soporte social del usuario y la necesidad de una intervención específica de apoyo estructurado, propondrá su derivación al Centro de Día. Este informe de derivación podrá ser la misma ficha de continuidad de cuidados que el SSM haya realizado del usuario.

Los usuarios que acudan al Centro de Día seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental que es responsable de su atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. De cara al trabajo de soporte social del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados.

2.5.2. Capacidad de atención y Sectorización

Los Centros de Día se establecen con una capacidad de atención estimada en torno a 30 usuarios. En algunos casos pueden alcanzar las 50 plazas si fuese necesario y las locales disponibles lo permiten.

La sectorización de todos los centros y recursos del Plan se ajusta a la sectorización sanitaria para facilitar y asegurar la coordinación con la red de Servicios de Salud Mental que son la única puerta de entrada y de derivación a los centros y recursos de atención social. Por todo ello la sectorización de los Centros de Día de soporte social que se vayan implantando desde el Plan será por distrito o en su caso por Área sanitaria de Salud Mental.

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, se había marcado el objetivo de alcanzar una ratio mínima de 15 plazas de Centro de Día por 100.000 hb. Alcanzar esta ratio mínima supone que en la Comunidad de Madrid se necesitaría contar con un mínimo de 750 plazas en unos 22 Centros de Día. Este era el objetivo que el Plan se planteaba alcanzar en 2007, contar con 22 Centros de Día (750 pl aprox.) en funcionamiento distribuidos en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid.

CENTRO	RATIO MÍNIMA PLAZAS X 100.000 HB	Nº MÍNIMO DE CENTROS DE DIA OBJETIVO PLAN a alcanzar en 2007	Nº DE CENTROS DE DIA EXISTENTES A FINAL DE 2008
CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL	15 PLAZAS	22 CENTROS DE DÍA CON UNAS 750 PLAZAS	<p>27 CENTROS DE DÍA CON 870 PLAZAS</p> <p>Ratio Media final 2008: 21 plazas de CD x 100.000 hb</p> <p>Se incluye un CD con 30 pl específico de apoyo a la reinserción de EMC sin hogar</p>

A final del año 2008 se contaba con un total de 27 Centros de Día de soporte social con un total de 870 plazas lo que ha permitido superar el objetivo planteado inicialmente y alcanzar un ratio media de 21 plazas x 100.000 hb también superior a la ratio mínima plantada al inicio del Plan en 2003 que era intentar llegar a un mínimo de 15 plazas x 100.000 hab y poder contar como mínimo con 22 CD. Asimismo se ha puesto un marcha un Centro de Día de 30 plazas que sirve de un modo específico a al mejora de la atención y el apoyo a la reinserción del grupo de personas con trastornos mentales graves en situación de marginación sin hogar. Este CD se complementa y trabajo como apoyo al Equipo de Atención Psiquiátrica de Calle dependiente del programa de Salud Mental y Exclusión Social de la Consejería de Sanidad.

2.5.3. Horario de Funcionamiento y Duración de la Atención.

Los CD se plantean como centros de atención diurna con un horario de lunes a viernes en jornada partida de mañana y tarde, de modo que permita ajustarse a las diferentes necesidades de los usuarios. El funcionamiento será de lunes a viernes, excepto festivos, en jornada partida, con un horario de atención de 9 a 18 h.

Los usuarios accederán bien por la mañana, bien por la tarde o en jornada completa cada día según sus necesidades específicas de apoyo y la situación en su proceso individualizado y sus necesidades específicas de apoyo y soporte social. La duración del proceso de atención a cada usuario será estable dependiendo de su problemática y necesidades. Se ofrecerá la atención y apoyo que cada usuario necesite durante el tiempo que cada uno necesite para asegurar que alcance y mantenga el mejor nivel posible de autonomía y funcionamiento comunitario y prevenir situaciones de deterioro, aislamiento o marginación. Por tanto, dependiendo de la situación, necesidades y objetivos, la duración de la atención será diferente en cada usuario pudiendo ser indefinida en todos aquellos casos que sea preciso.

2. 6. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER.

El perfil de usuarios a los que se dirige el Centro de Día será el siguiente:

- Edad entre 18 a 65 años. Ambos sexos.
- Personas con enfermedad mental severa o grave de curso crónico en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, que presentan un alto nivel de deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Pacientes con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar.

Asimismo además de con la personas afectadas de enfermedades mentales crónicas, se trabajará específicamente con sus familias, reconociendo su papel esencial como principal recurso de cuidado y convivencia para este colectivo, y ofreciéndoles el apoyo y asesoramiento que necesitan.

2.7. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS SOCIALES GENERALES Y OTROS RECURSOS SOCIO-COMUNITARIOS.

Cada usuario estará en contacto con el Servicio de Salud Mental de referencia que ha propuesto su derivación, del que recibirá la atención y tratamiento psiquiátrico necesario, así como asegurará la atención en crisis cuando sea preciso. Cada Centro de Día de soporte social (CD) se coordinará con el SSM de referencia que ha derivado y atiende a los usuarios en el marco del correspondiente programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, con una periodicidad mensual, sin perjuicio de las reuniones o contactos que se precisen en cada caso. Así mismo para articular una coordinación global el CD participará las reuniones periódicas de las Comisiones de Rehabilitación del área de referencia principal en relación a la sectorización asignada a cada CD.

Asimismo cada CD, con la colaboración de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los SSM y en su caso del CRPS correspondiente, trabajará en estrecha coordinación con los Servicios Sociales Generales de los distritos municipales o municipios de referencia, además de con cuantos otros recursos socio-comunitarios sean relevantes para la atención, rehabilitación e integración de los usuarios atendidos en el CD (Centros culturales, deportivos, formativos, etc.)

2.8. PERSONAL

El personal tipo de los Centros de Día que se encargara de realizar y coordinar las actividades y programas que han de ofrecer los Centros de Día de soporte social diariamente, de lunes a viernes es el siguiente:

- * 1 Director/Coordinador.
- * 1 Psicólogo/a.
- * 1 Terapeuta Ocupacional.
- * 2 Educadores.
- * 1 Auxiliar Administrativo.

Este equipo multiprofesional configura la plantilla tipo para atender adecuadamente un Centro de Día estándar con una capacidad de atención de en torno a 30 usuarios. Ahora bien, esta propuesta de plantilla tipo podrá ajustarse a las características concretas de las zonas en las que se vayan a implantar pudiendo incrementarse la misma con la figura de trabajador social o de mas educadores.

Las funciones de cada profesional deben entenderse de una forma flexible y dinámica desde una lógica de trabajo interdisciplinar que optimice las posibilidades del equipo y asegure un proceso global y eficiente de apoyo social comunitario con cada usuario. Además se fomentará la colaboración de voluntarios, para desarrollar tareas de acompañamiento, dinamización de actividades de ocio y tiempo libre, apoyo social y apoyo a la integración comunitaria. Este equipo de profesionales del CD trabajara con una orientación comunitaria desarrollando sus intervenciones no solo en el propio centro sino también en el entorno comunitario, facilitando y optimizando la utilización de recursos sociocomunitarios normalizados.

2.9. ESTRUCTURA FÍSICA: Características arquitectónicas y funcionales de los Centros de Día.

Para la puesta en marcha de un nuevo Centro de Día (CD) de 30 pl c/u, los locales contarán de un modo orientativo con las siguientes características arquitectónicas y funcionales:

Locales situados en planta baja con acceso directo a la calle, en zonas urbanas con buena accesibilidad y cercanía de transportes públicos (metro, autobús o tren de cercanías). Con una superficie de entre 200 y 250 m² que permitan una distribución de espacios en la que poder habilitar: zona recepción, 4 despachos de unos 10 m², 3 salas de actividades de unos 25 m², aseos de hombre y mujeres, aseo adaptado para discapacitados que incluya una ducha, cocina de unos 12-15 m², almacén y cuarto de limpieza. Los espacios del Centro, en especial los despachos y salas de actividades, contarán con iluminación natural con las suficientes ventanas al exterior.

**AREA II:
EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA
INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE DÍA
DE SOPORTE SOCIAL**

CAPÍTULO 3: ESTILO DE ATENCIÓN Y ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE DÍA

Juan Fernández Blanco, José Luís Jiménez y Raúl G. Gómez

3.1 ESTILO DE ATENCIÓN

Los Centros de Día (CD) son recursos comunitarios de apoyo a la integración social de personas que sufriendo una enfermedad mental grave y crónica, presentan mayores dificultades psicosociales y mayores necesidades de soporte. Trabajan para que, dichas personas, puedan vivir y desenvolverse en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía. Las atenciones que dispensen, han de buscar siempre la normalización de los usuarios y la mejora en la calidad de vida de éstos y de sus familiares. Entiéndase por calidad de vida la combinación de ciertas condiciones vitales y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Borthwick-Duffy, 1992). Transformar en realidad esta definición, esta declaración de intenciones, obliga a incorporar como contenidos que recorran transversalmente todo el proceso de atención un conjunto de principios formales y usos normativos sobre los que a continuación se reflexiona.

En el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica se proponen una serie de premisas que inexcusablemente han de caracterizar el estilo de atención de los CD. La relectura que aquí se hace de ellas, concreta la caracterización de dicho estilo. A saber:

- Todo cuanto digan y hagan los profesionales de estos recursos ha de redundar en hacer posible que los usuarios accedan a un ciudadanía tan plena y digna como la de cualquier otro ciudadano. Premisa de la Igualdad.
- Las intervenciones diseñadas, tanto grupales como individuales, propiciarán en los usuarios pautas de vida normalizada. Premisa de la normalización.
- Los recursos de atención social han de contribuir a proporcionar a los usuarios las oportunidades y facilidades que precisen para participar de la vida comunitaria evitando la discriminación, el aislamiento y el riesgo de marginación. Premisa de la integración.
- Las praxis psicosociales que se implementen, se ajustarán a las características y necesidades de cada persona atendida,

inmiscuyéndola activamente en todo el proceso de atención y en el control de su propia vida. Premisa de la individualización.

- Los profesionales están obligados a potenciar las capacidades de las personas que atienden con el objetivo de que puedan llegar a autogobernarse en lo personal y en lo social. Premisa de la autonomía.
- Especialmente los CD ofrecerán, mientras el usuario lo precise, la atención social, el apoyo y el soporte necesarios para posibilitar que viva en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible. Premisa del apoyo social.
- Los profesionales mantendrán una actitud esperanzada y una expectativa positiva sobre la persona con enfermedad mental crónica, sobre sus potencialidades y sobre sus posibilidades. Premisa de la promoción.
- La atención dispensada a esta población ha de ser integral, por eso todos los servicios y programas implicados deberán colaborar y complementarse. Premisa de la coordinación.
- La mujer con enfermedad mental crónica tiene más dificultades para integrarse en la comunidad desempeñando roles normalizados. Las intervenciones psicosociales han de contemplar esta evidencia, generando alternativas específicas para las mujeres, y brindándoles mayores oportunidades para dar una respuesta precisa y eficaz a su situación. Premisa de la discriminación positiva y la perspectiva de género.

Continuar con la lógica perfeñada en las premisas antecedentes, invita a reclamar la coparticipación de los usuarios en todo el proceso a seguir y no a considerarlos como convidados de piedra. Esto de ninguna manera ha de significar transferirles la responsabilidad de organizar su propio proceso de atención: elegir él, o los profesionales que han de intervenir, formular los objetivos de su Plan Individualizado de Atención y Soporte (PIAS) y decidir los formatos grupales o individuales desde los que tratar de conseguirlos; tampoco presuponer que como son personas con mayores dificultades psicosociales, tienen más necesidad de apoyo y presuntamente más deterioro, es nula o muy escasa su voluntad para acometer retos, su capacidad para opinar sobre la atención recibida, y su responsabilidad para decidir sobre su presente y su futuro. Lo propio es que los profesionales, con responsabilidad y criterio técnico, sepan implicar en su justa

medida a cada usuario en el proceso de atención, sin por ello olvidar que su obligación es trabajar, activamente y día a día, por minimizar los efectos deshabilitantes de la cronicidad.

Para ello, es importante que la dinámica de este tipo de recursos promueva espacios de interacción normalizados y escenarios de aprendizaje “normalizantes”. Espacios y escenarios que discriminen y refuercen comportamientos, tanto dentro como fuera del CD, no caracterizados primordialmente por lo patológico. Esto exige crear un marco de relaciones en el que los usuarios se sientan personas antes que enfermos. Esto también exige a los profesionales, inspirarse en y promover la máxima que dice que “la condición de enfermo mental crónico ya no es sustantiva, sino adjetiva a la principal condición de persona” (Colis, 2001). Máxima que no se compadece con fórmulas de trabajo que implícita o explícitamente se aproximan a lo asilar, lo custodial o lo tutelar. Especialmente vigilantes se ha de estar en los CD donde, por tradición en la concepción de este recurso, existe un cierto riesgo de que se instale la falsa creencia de que con el perfil de usuario que se trabaja, poco más puede hacerse que albergar su tiempo, cuidar unas horas al día de su existencia y tutelar su persona.

Con lo que si ha de compadecerse la máxima citada es con un estilo de atención basado en el rigor técnico frente al voluntarismo, en la fundamentación teórica de las intervenciones profesionales frente al desnudo sentido común y en la aplicación de metodologías de eficacia contrastada frente al ensayo-error. Estos polos opuestos, son buenos indicadores de la distancia y diferencia que ha de existir entre el trabajo profesional (rigor técnico, fundamentación teórica y eficacia metodológica) y el voluntariado (voluntarismo, sentido común y ensayo-error).

Trabajar a base de probaturas y ocurrencias esperando confiados en que alguna, alguna vez, funcione es organizar las praxis profesionales en función de las casualidades, en vez de estructurarlas sistemáticamente a partir de causalidades legitimadas en paradigmas psicológicos contrastados. Cuando las casualidades sustituyen por norma a las causalidades, conseguir los objetivos propuestos en el PIAS queda fiado al azar. El efecto en los profesionales de ese *modus operandi* (casualidades versus causalidades) al comprobar como en demasiadas ocasiones el azar no depara lo pretendido (conseguir los objetivos del PIAS) suele ser, a medio plazo, la frustración altamente probable. Cuando esta dinámica se repite con frecuencia, la ecuación casualidades versus causalidades igual a objetivos no

conseguidos, suele resolverse por elevación de las aptitudes profesionales a la enésima impotencia.

El estilo de atención que aquí se quiere ir perfilando equidista tanto del paternalismo como del igualitarismo, de la sobreprotección como de la sobrevaloración. No se trata ni de gobernar y dirigir a usuarios considerados casi como niños o adultos con “comportamientos regresivos”; ni de creer apriorística e ingenuamente que, en el CD, profesionales y usuarios están en igualdad de condiciones a la hora de desempeñar roles, tomar decisiones o asumir responsabilidades. No se trata de proteger por principio a quien por definición se supone in-útil para afrontar los retos existenciales, ni tampoco se trata de desconsiderar las limitaciones de los usuarios, des-atender sus inhabilidades y minimizar sus incompetencias. De lo que se trata es de conformar un marco de interacciones y relaciones lo menos restrictivo posible de la autonomía personal y la normalización. Conviene por ende, ejercitar con esmero la razón crítica para no mantener, o lo que es peor promover, la inhabilidad y la incompetencia psicosocial. Actitudes que pre-juzgasen a los usuarios como sujetos pasivos e indolentes, si lo harían. Actitudes que pre-juzgasen a los usuarios como capaces, una vez que los profesionales les devuelvan la “autoconfianza” y les orienten, de superar por si mismos sus dificultades y deterioros, también lo harían. Mantendrían y promoverían su inhabilidad e incompetencia al dificultar, cuando no impedir, intervenciones eficaces para conseguir objetivos de autonomía vital.

Si los profesionales valoran a las personas que atienden como sujetos imposibilitados para disponer por sí del hoy y con atino proponer sobre el mañana, entorpecen, cuando no bloquean, cualquier tendencia normalizadora. Aceptar como inmodificables conductas supuestamente prototípicas de esta población (deterioro cognitivo, carencia de autonomía, extrema dificultad para utilizar sin acompañamiento recursos comunitarios normalizados, etc) pervierte, cuando no ignora, el objetivo de trabajar por el refuerzo, y si se puede mejora, de las competencias psicosociales de los usuarios. Las interacciones y relaciones profesionales-usuarios que aquí se reclaman, piden internamente actitudes y aptitudes profesionales que hagan bueno el aforismo que nos dice que toda persona, independientemente de su condición y estado, puede aprender modos alternativos de comportarse, y modificar los que ya tiene. Para ello, no ha de ser ocurrente y voluntarista la aptitud, ni conformista, sobreprotectora, paternalista e ingenua la actitud. El conformismo, la sobreprotección, el paternalismo, la

ingenuidad, la ocurrencia y el voluntarismo, suelen conducir al fomento y mantenimiento en los usuarios de “el rol de enfermo”. Rol que además de hacer que el deterioro perdure lo amplifica, pues limita cuando no impide que puedan reaprender a funcionar independientemente, desempeñándose como ciudadanos.

Por eso conviene entender que en un CD no se ha de supervisar por norma y sin criterio todo lo que los usuarios hagan. Cuando sea necesario, y sólo cuando verdaderamente lo sea, la supervisión deberá ser lo menos intensa y constante posible. Siempre es preferible supervisar esporádica y superficialmente, a intensa y constantemente. Un indicador de incorrecta supervisión es verificar que los usuarios se vuelven dependientes de los profesionales o del centro para prácticamente todo aquello que tenga que ver con su día a día.

Cuando la dependencia del centro y de los profesionales sea una realidad mantenida en el tiempo, no será disparatado preguntarse si no estamos ante un fenómeno de institucionalización. Que la reforma psiquiátrica haya cumplido más de dos décadas, no quiere decir que el riesgo de institucionalizar haya periclitado. En asuntos tales, no es bueno distraerse. La institucionalización en el siglo XXI puede pasar desapercibida al adoptar otro sentido, y presentarse bajo otras formas. Si no, medítese lo siguiente. Si la falsa creencia de que los usuarios son y serán inevitablemente dependientes, conduce a organizar la mayor parte de las atenciones dentro del centro; si todos los usuarios, por su mayor nivel de deterioro cognitivo, tienen a diario preprogramadas las mismas actividades en un horario común al estilo escolar; si al enjuiciar a los usuarios como incapaces de alcanzar la suficiente autonomía, por sistema se estructuran los procesos de recuperación de tal modo que un profesional siempre esté presente; si las dificultades de integración sociocomunitaria avalan el criterio de que los usuarios han de permanecer en el centro el mayor número posible de horas, conviene urgentemente preguntarse si de algún modo no se estará promoviendo su institucionalización en los CD.

Cada vez que no se ponga en práctica una filosofía rehabilitadora, cada vez que se olvidan los principios ideológicos que inspiraron la reforma psiquiátrica, cada vez que de facto se obvia el sentido plenamente comunitario de cualquier intervención a llevar a cabo con las personas que sufren enfermedad mental severa y crónica, se pueden estar creando, aunque esa no sea la intención, las condiciones objetivas que determinen fórmulas actualizadas o modernizadas del

viejo y obsoleto fenómeno de la ya mentada institucionalización. Ciertamente es que lo dicho puede ocurrir en gran parte de los recursos de la red. Pero no es menos cierto que el recurso que más riesgo corre es el CD. Primero por cómo históricamente se ha entendido. Segundo por el uso que se le ha dado. Tercero por el perfil de usuarios que a él se derivan, y cuarto por lo que habitualmente se espera que en él hagan.

Evitar los riesgos comentados, exige desmarcarse con nitidez de un modelo de CD en el que intervenciones estandarizadas se aplican prácticamente por igual a todos los usuarios. Intervenciones, cuya única salida es agotarse en sí mismas. Intervenciones, que no tienen otro sentido ni finalidad que su mera aplicación. Intervenciones, que la mayor parte de las veces colocan a los usuarios ante la tesitura de tener cosas que hacer, por el mero hecho de hacer cosas. A evitar tales riesgos, ayudan Centros de Día que refuerzan en los usuarios la dependencia respecto a sus capacidades y no la capacidad de depender. Centros de Día que mantienen en los usuarios la habilidad de tutelar por sí, hasta donde es posible, una vida normalizada y no estimulan discriminadamente una normalidad tutelada. Centros de Día que, siempre que se pueda, enseñan a los usuarios a custodiar su libertad y no les acomodan a la cómoda seguridad de una libertad custodiada.

Y todo esto empieza por algo tan sencillo como que los usuarios y familiares sepan por qué han sido derivados a un CD. Entiendan qué es, qué no es, que se hace y qué no se hace en este recurso. Conozcan quienes componen el equipo y cuáles son sus funciones. Se les informe del itinerario que van a seguir. Así, ajustarán sus expectativas y aumentarán la probabilidad de implicación activa en el proceso de atención. Lograr tales propósitos contribuirá a que perciban el CD como algo personal y no impersonal, cálido y no frío, propio y no ajeno. Pero es difícil, por no decir imposible, traducir en realidad lo promulgado, si existe confusión o duda acerca del sentido y por qué de los CD. El crecimiento experimentado por la red de recursos en los últimos años, ha supuesto un avance de primera magnitud en la atención a las personas que sufren trastornos mentales severos. Pero como todo anverso tiene su reverso, de algún modo también cabe decir, que el crecimiento pudo contribuir a desdibujar las diferencias entre unos recursos y otros y a enturbiar las especificidades. En el caso de los CD ayudará a salvar tal posibilidad, aclarar su sentido y por qué respecta a los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

Recuérdese que los CRPS son recursos situados en red en un tercer nivel. Tienen como misión alcanzar con cada usuario el mayor número posible de objetivos de rehabilitación. Para ello recuperan, enseñan o facilitan aquellas habilidades y capacidades que presuntamente permitan a la persona con trastorno mental crónico, alcanzar un nivel de normalidad y autonomía suficiente como para vivir integrado en su comunidad de referencia. En algunos casos si al concluir este proceso se retirase una planificada y estructurada intervención profesional, los logros conseguidos se desvanecerían o empobrecerían lo suficiente como para deteriorar de manera importante la calidad de vida de estas personas. Para dar respuesta a esta contingencia indeseada, nacen los CD como recursos situados en red en un cuarto nivel de atención. CD que a diferencia de los CRPS, no tienen como objetivo ofrecer programas activos, estructurados y sistemáticos de rehabilitación psicosocial sino apoyar y reforzar tales programas. Centros en los que se ofrece al usuario el apoyo y soporte que necesite para así evitar su desvinculación comunitaria. Se trataría pues de impedir, en los casos en que existiese este riesgo, que los usuarios perdiesen las habilidades y capacidades aprendidas durante su estancia en los CRPS. En pocas palabras, mientras que el aprendizaje de repertorios conductuales (hacer, decir, pensar, sentir) es la columna vertebral del proceso que se sigue en los CRPS, en los CD la columna vertebral de su proceso es el refuerzo, mantenimiento y si se puede, mejora de tales repertorios conductuales. Asumiendo estas funciones de refuerzo, mantenimiento, apoyo y soporte, no sólo se atienden las necesidades de los usuarios con mayores dificultades de funcionamiento autónomo e integración social normalizada, sino que se facilita y posibilita la alta rentabilización y optimización de los CRPS.

Visto lo que diferencia a ambos recursos pergéñese ahora, por su importancia, dos de los rasgos que les han de ser siempre comunes. CRPS y CD han de compartir un mismo marco filosófico, lo que se ha dado en llamar Filosofía de la Rehabilitación. CRPS y CD han de tener un proceder profesional activa y comprometidamente flexible. Dado que la flexibilidad es uno de los rasgos característicos del estilo de atención de los CRPS, no sería exagerado decir que, en el caso de los CD, la flexibilidad no es que sea uno de sus rasgos característicos, es que, es el rasgo que más los caracteriza. Flexibilidad como parte imprescindible de la metodología; flexibilidad como elemento que informa las actitudes de los profesionales; flexibilidad como encuadre del siempre deseado y nunca suficientemente buscado rigor técnico; flexibilidad como elemento sustantivo de los CD.

En el supuesto de que sea necesario precisar qué se entiende por flexibilidad, habría que responder que por flexibilidad se entiende amoldar y moldear con criterio todo el sistema de atención a lo que cada usuario necesite en cada fase del proceso. Por flexibilidad se entiende una perenne disposición a acomodarse fácilmente al dictamen de la evaluación individualizada de cada usuario. Por flexibilidad se entiende plegarse a la particularidad característica de la problemática concreta a la que haya que dar respuesta. Por flexibilidad se entiende adaptarse a los requerimientos necesarios y pertinentes de la población con la que se trabaja. Por flexibilidad se entiende la fundamentada maleabilidad del modo de hacer, para hacer que lo uno no sucumba en lo múltiple. Acto seguido adviértase que amoldar, moldear, acomodar, plegar, adaptar, no es sinónimo de todo vale. No es un salvoconducto que permite justificarse y justificarlo todo. No es excusa para adocenar los fundamentos teóricos y la metodología. No avala intervenciones caprichosas y erráticas. No acredita el subjetivismo y el relativismo profesional. No autoriza la improvisación ni convierte todos los procedimientos en igualmente legítimos.

En lo hasta ahora narrado se ha ido pretendiendo razonar una propuesta de estilo de atención para los CD. A lo pretendido ayudan posiciones como las siguientes:

- La proximidad y sencillez como talante habitual de los profesionales.
- La credulidad en las posibilidades de recuperación de los usuarios y en la voluntad de colaboración de sus familiares.
- La omisión de juicios de valor sobre las personas que se atienden. Los únicos juicios que deben emitirse son aquellos que se inspiran en los resultados del proceso de evaluación inicial y evaluación continua.
- El cuidado en no implicarse inapropiada o excesivamente en los casos.
- El constituir canales de comunicación eficaces. Canales que faciliten y allanen el intercambio de información entre los profesionales, los usuarios y sus familiares.
- La prestación de un servicio de calidad que, rentabilizando al máximo sus recursos, procure una óptima atención a las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas; promueva su integración en la comunidad en las mejores

condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida; apoye y asesore a sus familias.

El servicio de calidad al que ha de aspirar todo CD pasa por ofrecer prestaciones modernas y eficaces. Prestaciones que impulsen una atmósfera estimuladora de habilidades y capacidades. Una atmósfera que genere apoyos y soportes flexibles y lo menos restrictivos de la normalidad. No se ha de cejar en el infatigable afán de ajustar y adecuar lo más posible las intervenciones y procesos a los objetivos e intereses de los usuarios, y no que sean los usuarios los que tenga que ajustarse a los objetivos e intereses de los profesionales y a los protocolos estandarizados del CD. Pero nada de esto será posible, sin que cada profesional sepa que función ha de desempeñar en el equipo. Nada de esto será posible, sin que cada profesional quiera desempeñar la función que le corresponde en consonancia con su formación. Nada de esto será posible, sin que cada profesional crea en el valor e importancia de su función. Saber, querer y creer, forman el trípode sobre el que descansa el trabajo en equipo. Fórmula esta que no consiste en "(...)hacer lo mismo profesionales con cualificaciones diferentes, ni en repartirse equitativamente (...) las múltiples y distintas labores que hay que llevar acabo(...)" (Fernández,2002). Trabajar en equipo tampoco consiste en la mera adición o yuxtaposición de funciones o procedimientos. El trabajo en equipo, por el contrario, sí es la integración coordinada y sincronizada de distintas intervenciones multiprofesionales en pos de un objetivo común. En coherencia, trabajar en equipo impele a buscar con denuedo la ocasión de transformar el potencial activo de la interdisciplinariedad, en praxis capaces de sacar el máximo provecho a las potencialidades de los usuarios.

Parece un buen colofón reivindicar la bioética como filosofía moral que impregne todas las actuaciones del Centro de Día como centro siempre abierto a la comunidad y proyectado hacia ella. Sus valores máximos serán el principio de no maleficencia que obliga a no dañar al usuario; el principio de justicia, que obliga a la igual consideración y respeto por todos los seres humanos (conseguir los máximos objetivos posibles con cualquier usuario); el principio de beneficencia, que obliga a hacer lo mejor para el usuario (el profesional se impone no sólo cumplir con lo mínimo establecido sino intentar llegar a la excelencia en su trabajo); el principio de autonomía, que obliga a reconocer la capacidad que tiene una persona para autogobernarse y el derecho a tomar decisiones (el profesional utilizará los procedimientos técnicos necesarios para promover, facilitar, favorecer

y en su caso recuperar esa capacidad). Estos cuatro principios ampararán la inapelable conjugación de estrategias y prácticas ha implementar, con el fin de ofrecer la debida atención individualizada a la que por filosofía y diseño técnico están obligados los Centros de Día.

3.2 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE DÍA

A nivel teórico es recomendable seccionar el proceso global de atención en diferentes fases pero esta división en la práctica diaria se desvanece, solapándose y discurriendo en paralelo. Se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características, problemáticas y necesidades particulares de cada usuario y de su entorno.

LOS PROCESOS:

Proceso de Derivación. Los usuarios son derivados por los servicios de salud mental de los distritos de referencia a través de sus respectivos programas de rehabilitación y continuidad de cuidados. La propuesta de derivación del caso tiene lugar en las comisiones de evaluación-derivación. En éstas los profesionales de los SSM aportan la información más relevante y significativa del usuario quedando reflejado por escrito en el plan de continuidad de cuidados y en informes complementarios.

Con frecuencia los usuarios derivados han pasado por programas activos de rehabilitación en el centro de rehabilitación psicosocial, pero a causa del nivel de deterioro y dificultades de integración sociocomunitaria, tienen importantes necesidades de apoyo y soporte. En otros casos podrán ser usuarios que no estarían inicialmente en condiciones de emprender un proceso activo de rehabilitación en el CRPS con lo que el CD serviría de contexto de enganche, soporte y adaptación flexible. En este sentido es fundamental que los profesionales del CD mantengan una estrecha coordinación con los profesionales del CRPS.

Este proceso finaliza con el acuerdo entre los profesionales de los recursos respecto a la aceptación o rechazo del caso. En la valoración se tienen en cuenta por una parte las necesidades del usuario y por otra si el centro (con la flexibilidad que le debe caracterizar) puede dar respuesta a las demandas del caso concreto.

Proceso de Acogida y Enganche: Consiste en un conjunto de acciones dirigidas a:

- El usuario, con la finalidad de aumentar su motivación para favorecer la vinculación con los servicios que presta el CD.
- La familia, con el objetivo de posibilitar su colaboración y participación en el proceso de atención.

Este proceso, al igual que el resto, debe ser individualizado y nunca estandarizado, teniéndose en cuenta las necesidades y peculiaridades de cada usuario. Es el momento del recibimiento, de la hospitalidad y de la motivación. La motivación debe ser entendida como una variable en la que se ha de incidir durante todo el Proceso de Atención y por tanto es condición obligada diseñar estrategias que refuercen el mantenimiento ó aumento de la variable en cuestión.

En este primer periodo se darán a conocer el funcionamiento y los objetivos del centro, tratando de recoger y adecuar las expectativas del usuario y sus familias a la realidad del recurso.

A la mayor brevedad posible el psicólogo-tutor del caso en colaboración con el resto del equipo diseñara un Plan Individualizado de Acogida (PIA). Con ello se pretende generar unos criterios comunes de actuación para todo el equipo interdisciplinar del centro de forma que se facilite una línea coherente y coordinada de actuación con el nuevo usuario.

El PIAS debe ser un documento abierto estando vigente hasta el momento que se realice la Junta de Evaluación y el Plan Individualizado de Soporte social. En este documento se diseñaran las estrategias de enganche (ver capítulo 5).

A nivel teórico, el proceso concluirá a los 45 días, con la realización de la Junta de Evaluación y la presentación del Plan Individualizado de Soporte Social. En aquellos casos que existan dificultades de enganche, los plazos se mantienen invariantes pero en el Plan Individualizado se contemplarán los objetivos y estrategias necesarias para facilitar la vinculación del usuario con el centro.

Proceso de evaluación: Se fundamenta en un conjunto de acciones encaminadas a recoger la información relevante y significativa que permita conocer

de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social, así como sus demandas, objetivos y expectativas; se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su entorno.

Los resultados del proceso global de evaluación se presentarán en la Junta de Evaluación, momento a partir del cual se inicia el proceso de intervención, aunque desde un punto de vista teórico y práctico la evaluación es un proceso continuo, que se mantiene hasta que el usuario es dado de alta en el recurso. Es recomendable que la evaluación global sea realizada en un tiempo no superior a 45 días. El resultado de la evaluación quedará reflejado en el informe resumen de evaluación y una copia de este se entregará a los profesionales de referencia del Servicio de Salud Mental.

El proceso de evaluación, al centrarse en la identificación de las relaciones funcionales, debe contemplar aspectos del usuario relacionados con:

- Particularidades que configuran el contexto en el que se desenvuelve.
- Exigencias y demandas de su entorno, así como su capacidad de afrontamiento.
- Apoyos y soportes con los que cuenta.
- Habilidades, capacidades y déficit, antes y después del inicio de la enfermedad.
- Tasa de estimulación reforzante.Q

Proceso de Planificación: Plan Individualizado de Atención y Soporte.

La finalidad es conseguir, mediante un conjunto de acciones, planificar el proceso de intervención.

Una vez finalizado el periodo de evaluación inicial, se establecerán los objetivos de intervención, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Se favorecerá la participación del usuario y de su familia (siempre que el usuario nos dé el consentimiento).
- En la medida de lo posible serán consensuados con el usuario y familia.
- Los objetivos serán realistas, dando respuesta a las necesidades del usuario y a las demandas del entorno.
- En la Junta de Evaluación, el equipo interdisciplinar delibera y toma decisiones respecto a los objetivos de intervención. El psicólogo-tutor

como profesional de referencia, coordinará la Junta de Evaluación. En ésta todos los profesionales deliberan mostrando una actitud participativa y en la medida de lo posible consensuarán los objetivos. Desde esta perspectiva, serían malas praxis aquellas en las que se deciden los objetivos por votación, y serían buenas prácticas cuando se convence mediante argumentos y razones.

- Todos los miembros deben asumir y conocer los objetivos de intervención.
- El Plan individualizado será consensuado con los profesionales del Servicio de Salud Mental.

Proceso de intervención: consiste en la aplicación de técnicas y acciones dirigidas a la consecución de los objetivos del Plan Individualizado.

Esta fase se articula a través del Plan individualizado y debe centrarse en la actuación paralela en dos vías:

Con el usuario: Las intervenciones en los centros de día tienen como finalidad mantener, reforzar, consolidar, y, si es posible, mejorar las capacidades y las habilidades que los usuarios han adquirido para lograr su mantenimiento en el medio comunitario, en las mejores condiciones de calidad de vida.

Los entrenamientos que con mayor frecuencia se van a realizar estarán relacionados con:

- Estructuración de la vida diaria.
- Mantenimiento y mejora de habilidades básicas (autocuidados, hábitos saludables, autonomía en administración del dinero, responsabilidad con el tratamiento farmacológico etc.) favorecedoras de la integración sociocomunitaria.
- Mantenimiento y mejora de las habilidades de afrontamiento.
- Fortalecer e incrementar su red social.
- Mantener y aumentar su repertorio de actividades que realizan para así posibilitar que algunas de ellas formen (o sigan formando) parte de su tasa de estimulación reforzante.
- Preparación e incorporación a recursos comunitarios.

Con el entorno: las intervenciones estarán dirigidas a:

- Modificar las exigencias ó demandas del entorno.
- Entrenar a la familia en el manejo de estrategias.
- Coordinarse con los recursos comunitarios.
- Facilitar el acceso a recursos comunitarios posibilitando que tengan función de soporte.
- Promover acciones para disminuir la estigmatización del colectivo.
- Apoyar y asesorar a la familia: Desde el Centro de Día se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo mental crónico y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. Asimismo se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración del usuario, sin que esto suponga en ningún caso convertir a la familia en el elemento principal sobre el que recaiga la intervención, relegando así al usuario a un segundo nivel de atención.

Además desde el CD se fomentará y apoyará entre los familiares el desarrollo de grupos de autoayuda y la participación en asociaciones de familiares y enfermos mentales crónicos.

Proceso de seguimiento.

Desde una perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinar el psicólogo-tutor realizará la evaluación continúa favoreciendo el dialogo y la cooperación de los miembros del equipo. La evaluación continúa va a proporcionar información relevante respecto a:

- Identificación de nuevas necesidades.
- Toma de decisiones respecto al plan individualizado de atención En este sentido se decidirá si es pertinente mantener, modificar o incluir un objetivo.
- Valoración de la eficacia de las estrategias de intervención para la consecución de un objetivo y en los casos que sea oportuno se realizaran las modificaciones oportunas
- El grado de consecución de los objetivos.

Para facilitar la información de la evolución del usuario el psicólogo-tutor realizará anualmente informes de seguimiento que se proporcionaran al Servicio de Salud Mental.

ESTRATEGÍAS DE INTERVENCIÓN

Definición.

El diccionario de la Real Academia Española determina que “estrategia” deriva del término latino *strategia*, y éste del griego *στρατηγία*, siendo su significado:

- Arte de dirigir las operaciones militares.
- Arte, traza para dirigir un asunto.
- Proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

María Moliner da una definición más actualizada de la palabra estrategia, definiéndola como el “arte de dirigir un asunto para lograr el objetivo deseado”.

Las definiciones anteriores tienen en común que las estrategias implican saber qué hacer en una determinada situación. El concepto de estrategia es objeto de múltiples definiciones lo que indica que no existe una definición universalmente aceptada. Frecuentemente se utiliza como sinónimo de objetivo, técnica, actividad y llevado al extremo, como truco o maña.

Teniendo en cuenta las aportaciones de diferentes autores podemos definir estrategia como guía que orienta el proceso o directriz con la que se dirigen las acciones con la finalidad de posibilitar la consecución de un objetivo.

Definir una estrategia supone:

- Coherencia e impregnación de los principios de la filosofía de rehabilitación psicosocial y de los principios de la bioética.
- Partir de una evaluación funcional de habilidades y discapacidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Individualidad: es condición necesaria tener en cuenta las peculiaridades del usuario, de la intervención y del entorno.
- Un plan de acción, que no es sólo la aplicación de una técnica concreta, sino de un proceso reflexivo, por parte de los profesionales, respecto a qué medios y recursos (humanos, técnicas, actividades, programas, etc.) son necesarios para el logro de un determinado objetivo. Se deberá dar

respuesta a las preguntas: ¿cómo puedo conseguir un objetivo? ¿con qué recursos? ¿cuándo? etc.

- Relación de los fines pretendidos con los medios para alcanzarlos
- Coordinación con los recursos (Servicio de Salud Mental, miniresidencias, pisos supervisados etc.) implicados en el proceso de atención del usuario.
- Evaluación continúa.

Estrategias de intervención:

En el diseño de una estrategia es necesario tener en cuenta las peculiaridades del usuario y de su entorno y las características del objetivo a intervenir. La finalidad de una estrategia de intervención es posibilitar la consecución de un objetivo del Plan Individualizado.

A continuación se describen las variables orientadoras en el diseño de una estrategia de intervención, éstas pueden agruparse en las siguientes categorías: estilo de interacción profesional-usuario, elementos motivacionales, elementos estructurales de las sesiones, elementos específicos para el mantenimiento y generalización de conductas:

Estilo de interacción profesional-usuario:

La interacción profesional-usuario no debe reducirse exclusivamente al contexto de un entrenamiento concreto, ésta debe ser lo más normalizadora y cercana posible, traspasando y extendiéndose a otros espacios, tanto en los lugares comunes del centro como en las diferentes actividades que se desarrollan en el medio comunitario. Todos y cada uno de los profesionales, desde el auxiliar de limpieza hasta el Director del Centro, deben ser facilitadores de este tipo de interacciones. Éstos deben mostrar un estilo empático posibilitando que el usuario les perciba como personas cercanas, accesibles, que le consideran, respetan, comprenden y a los que puede expresar sus emociones y sentimientos.

Los profesionales deben ser respetuosos con los valores de los usuarios, y de su grupo de pertenencia, estos deben ser tenidos en cuenta durante el proceso de atención.

El contacto informal no significa que el profesional se convierta en “el amiguete del usuario” al que le cuenta sin ningún tipo de filtro todos y cada uno de los aspectos de su vida etc.”. No se debe olvidar que el profesional es un modelo para él y lo que hace o dice va a tener repercusiones para el usuario.

Elementos motivacionales:

La motivación debe ser considerada como una variable continua que es modificable y admite grados, siendo imprescindible intervenir en ella durante todo el proceso de atención.

Los profesionales deben fomentar que el usuario adopte un papel activo y se involucre en su proceso de atención. Para ello, es necesario que el usuario encuentre causas, razones y motivos que den sentido a los objetivos de intervención. Frecuentemente esto no va a suceder de forma natural, espontánea y azarosa. En este sentido, se diseñarán estrategias específicas de motivación para cada intervención, teniéndose en cuenta los siguientes aspectos:

- El usuario necesita tiempo para adaptarse al servicio y al proceso de atención, para facilitarlos, la flexibilidad debe ser un ingrediente básico tanto en la organización como en los profesionales de los centros de día.
- Las normas y límites se establecerán individualmente y a posteriori de la ocurrencia de comportamientos inadecuados. Explicitar a priori un sistema de normas a cumplir condicionaría y dificultaría las interacciones de los usuarios con los profesionales, el servicio debe ser percibido como un contexto facilitador y nunca restrictivo.
- El profesional potenciará la participación del usuario orientándole a encontrar las razones y anticipar los beneficios a conseguir, que le den respuesta al por qué es importante intervenir en un determinado objetivo. Este proceso requiere ciertas dosis de paciencia y de constancia por parte de los profesionales, no se debe pretender pasar del nada al todo, los cambios son paulatinos: “con rigor y método las cosas se consiguen poco a poco”.
- El profesional hará hincapié en que el usuario conozca y comprenda la relación entre entrenamiento y objetivo de intervención resaltando el para qué. Ejemplo: “Si te entreno en la administración del dinero te va a servir para que llegues a final de mes”.
- Se tendrán en cuenta las demandas de los usuarios y en la medida de lo posible se les dará respuesta; en aquellos casos en los que no es viable cumplimentarlas, se argumentará con razones y si es necesario se ajustarán las expectativas.

Elementos estructurales de las sesiones de intervención:

▪ **Contextos de intervención:**

El centro de día no debe convertirse en un servicio totalizador donde tengan lugar todas las intervenciones, debe ser concebido como un medio facilitador para que el usuario potencie habilidades posibilitando su integración y el acceso a los recursos de su entorno. No serían buenas prácticas si las actividades ofertadas fueran estandarizadas, teniendo como finalidad la ocupación del máximo tiempo posible y el entretenimiento.

La inclusión de un usuario en las actividades de soporte organizadas por el centro, tanto dentro como fuera de éste, supone: análisis, fundamentos, argumentos e individualización. En este sentido, se debe pretender, la participación y la máxima integración posible en las actividades normalizadas, posibilitando que estas adquieran funcionalidad de soporte. Esa perspectiva implica que los profesionales deben conocer los recursos del entorno del usuario y proporcionarles el apoyo necesario.

Para facilitar la generalización de una determinada habilidad, es necesario realizar los entrenamientos en el contexto en el que ésta va a ser aplicada. Por tanto en el centro, tendrán lugar las sesiones de preparación de los entrenamientos, así como su posterior revisión. El lugar natural de intervención debe ser el entorno del usuario y la utilización de los recursos comunitarios.

▪ **Metodología de las sesiones:**

Es recomendable variar la metodología de las intervenciones para evitar la monotonía, se combinarán sesiones dentro y fuera del centro, se utilizarán diferentes recursos materiales (video, pizarra etc.), se intercalarán las técnicas etc.

▪ **Elección del formato de intervención:**

En el diseño de una estrategia se decidirá el formato en el que va a tener lugar la intervención (individual o grupal), así como el profesional responsable de realizarla. Las actividades deben entenderse como medios o herramientas que permiten la consecución de un objetivo. En este sentido, una actividad concreta, con las modificaciones y adaptaciones oportunas, va a tener una funcionalidad diferente para cada usuario. En aquellos casos en los que se

pretenda reforzar un determinado aprendizaje se propone optar por un formato combinado de sesiones individuales y grupales. En las sesiones grupales es fundamental tener siempre presente los objetivos individuales plasmados en su Plan Individualizado, y diseñar tareas individuales para cada usuario.

Respecto a los programas y actividades grupales, se deberá valorar el número idóneo de usuarios que van a participar. Se tendrá especial cuidado en la organización de las actividades que se realicen en el entorno comunitario; si se pretende fomentar la integración, la normalización y evitar la estigmatización es razonable que el número de participantes sea pequeño.

▪ **Organización de las sesiones:**

La organización de las sesiones respecto a las variables duración y frecuencia va a depender de las características del usuario o grupo, del momento del proceso y del contenido de la intervención.

Se recomienda comenzar con periodos de tiempo cortos e ir aumentando progresivamente a medida que avanza la intervención. El tiempo de las sesiones debe ser suficiente sin que el usuario llegue a la fatiga.

Respecto a la frecuencia entre las sesiones, inicialmente serán, al menos, semanales, una vez que el objetivo esté conseguido éstas se irán espaciando gradualmente. Es conveniente tener en cuenta las interferencias que se produzcan entre las sesiones. Como estrategia para mitigar los “olvidos de citas” es conveniente que las intervenciones sean el mismo día y a la misma hora.

▪ **Elección de las técnicas a utilizar:**

En la planificación de una estrategia de intervención es esencial que el profesional defina las técnicas que van a ser aplicadas.

Debido a las peculiaridades de los usuarios de los centros de día, resultan más eficaces las técnicas de “hacer”, más que de “ver” y de “escuchar”. Es fundamental la utilización de técnicas (como por ejemplo el método socrático, resolución de problemas etc.) que favorezcan al usuario adoptar un papel activo en la intervención.

Entre las técnicas que se recomiendan aplicar en los centros de día se encuentran las siguientes: ensayo conductual, sobreentrenamiento, discusión estructurada, moldeamiento, modelado, instrucciones, autoinstrucciones, feedback, refuerzo, extinción, etc.

Elementos específicos para el mantenimiento y generalización de conductas:

Una intervención no debe ser concluida hasta que el usuario no haya generalizado y mantenido la conducta en el medio natural. Para posibilitarlo es aconsejable tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se realizarán los entrenamientos necesarios en los contextos más favorecedores dónde la habilidad va a ser aplicada.
- Es preciso que entre las sesiones el usuario practique las habilidades adquiridas, para posibilitarlo es aconsejable diseñar tareas específicas que sean realizadas en el entorno natural. Éstas deben ser graduadas en función de su dificultad; especialmente en los momentos iniciales, es conveniente que la tarea encomendada tenga una alta probabilidad de éxito en su ejecución.
- Los profesionales en el contexto de un entrenamiento deben maximizar los éxitos y minimizar los fracasos, y devolver la información en términos positivos.
- Una vez que el usuario ejecuta la conducta que ha sido objeto de entrenamiento, se irán espaciando las sesiones paulatinamente hasta llegar a su finalización. Posteriormente, en citas individuales, se realizará el seguimiento para asegurar que la conducta se mantiene.
- Se utilizarán refuerzos que se dan en la vida real, siendo aconsejable entrenar a las personas cercanas al usuario para que sean fuentes de refuerzo y así le proporcionen estímulos adecuados a conductas adecuadas. Se aumentará gradualmente el retraso del refuerzo y su intermitencia.
- Es fundamental entrenar al usuario en autorefuerzo para que sea él mismo el que se refuerce por la emisión de conductas adecuadas.

CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE DÍA.

Lorena Fernández y Urbano Barrientos

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación en el Centro de Día se define por ser el conjunto de acciones encaminadas a recoger y analizar toda información relevante y significativa que nos permita conocer las características funcionales tanto del usuario como de su entorno que permitan la elaboración del Plan Individualizado de Atención y Soporte Social (PIAS).

a) MARCO TEÓRICO

El Centro de Día es el lugar donde la intervención se enfoca principalmente a mantener o, en su caso, mejorar las habilidades y capacidades del usuario, mejorar su calidad de vida y frenar el deterioro que pueda sufrir.

Esta intervención especializada desde el Centro de Día (CD) se realiza tomando como primer referente teórico el modelo de vulnerabilidad (Zubing y Spring, 1977) y sus posteriores desarrollos. Siguiendo este enfoque, los factores personales (biológicos, psicológicos...), es decir, la vulnerabilidad psicobiológica del enfermo mental grave y crónico, en interacción con los factores ambientales (situaciones estresantes) precipitan la enfermedad. Entendiendo que esta interacción entre el entorno, donde el sujeto desarrolla su vida y sus propias características, definirán a su vez las necesidades y los déficit de esta población así como sus habilidades, la intervención debe basarse en conocer las relaciones funcionales que rigen esta relación.

Otro referente teórico básico en el quehacer diario será el Modelo Competencial. Por influencia del citado modelo, es fundamental en la evaluación prestar especial atención a los factores motivacionales del sujeto, así como a sus capacidades y habilidades presentes.

b) IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN EN LOS CD.

El proceso de evaluación supone el requisito previo imprescindible para poder determinar cuáles serán las intervenciones psicosociales necesarias con cada usuario. Supone una planificación sistemática, estructurada y flexible de cara al mantenimiento de la calidad de vida y autonomía del individuo.

Permite conocer cómo interacciona la persona en diferentes contextos, y así tener presente no únicamente los déficit conductuales sino también las competencias y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de intervención. El realizar una evaluación funcional de las discapacidades y las habilidades del usuario respecto a las demandas ambientales del entorno en el que se mueve, permitirá un posterior entrenamiento individualizado, flexible y contextualizado de las habilidades que la persona necesita adquirir o reforzar para funcionar de manera efectiva en los distintos ambientes de su comunidad. Es decir, la finalidad no es aumentar o reducir conductas desde el punto de vista topográfico, sino funcional (mejorar y mantener un funcionamiento psicosocial adaptativo). La importancia de una buena evaluación radica, en la identificación y posterior análisis funcional de los contextos, condiciones y contingencias que permitan el diseño de intervenciones conductuales específicas, con el objeto de subsanar o compensar las dificultades y potenciar o mantener las capacidades. Sólo de este modo será posible elaborar el Plan Individualizado de Atención y Soporte Social.

Para que la evaluación sea efectiva, debe cumplir una serie de características:

Ha de ser un proceso y no un estado. Continua y no puntual.

Dinámica: se supone un proceso abierto en el que se lleven a cabo las modificaciones pertinentes. La evaluación funcional permite establecer objetivos a corto, medio y largo plazo, registrar progresos, determinar resultados y plantear reajustes.

Es también individualizada: esto permite la elaboración de entrenamientos adaptados a las necesidades específicas de cada persona y no paquetes estancos.

Contextualizada: realizada desde el propio medio-entorno del usuario.

Multidimensional: abarcar todos los niveles de funcionamiento humano, incide en factores biopsicosociales y en la historia personal del sujeto (socialización, nivel premórbido, acontecimientos vitales...).

Debe caracterizarse también por un rigor técnico. No debe basarse en datos especulativos sino en evidencias empíricas, comprobables y cuantificables.

Como ya se ha comentado, uno de los objetivos principales de los CD es el mantenimiento de las capacidades y potencialidades de los usuarios evitando así una merma en su calidad de vida y autonomía. Esto constituye una de las características diferenciadoras de la evaluación en los CD con respecto a la que se realiza en otros recursos. Si se pretende mantener la autonomía y la calidad de vida de las personas, se hace imprescindible una intervención dirigida a la conservación de dichas competencias. Ello exige un análisis sistemático y estructurado de las condiciones y contingencias en las que estas capacidades se presentan.

En general, es necesaria una evaluación exhaustiva en la que se formulen como objetivos, aquellas unidades conductuales susceptibles de ser entrenadas. Cuanto más operativizados estén dichos objetivos, más fiable será la evaluación funcional posterior.

La evaluación en los CD ha de ser más flexible que la realizada en otros recursos dadas las características de las personas derivadas. El perfil de usuarios de un CD puede caracterizarse por individuos:

- Que previamente han pasado por un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS). En estos casos, parte de la evaluación realizada en el CRPS ayuda a la que se hará en el CD (p.ej. inicio de la enfermedad).
- Que necesitan una intervención previa a su derivación a un CRPS con la finalidad de preparar a la persona para un proceso de rehabilitación más exigente.

Aunque no siempre es así, algunos usuarios que acuden a los CD, tienen importantes déficits cognitivos. Estas limitaciones pueden afectar a la evaluación si no se tienen presentes los marcadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia:

1. Los estudios de “enmascaramiento retroactivo” han mostrado que las personas con esquizofrenia necesitan más tiempo para poder procesar estímulos distintos que se presentan uno a continuación del otro. Será importante dejar un intervalo temporal entre cada una de las pautas, instrucciones o preguntas, en lugar de hacerlas muy seguidas en el tiempo.

2. Otro de los marcadores cognitivos característico de las personas con enfermedad mental es el destacado en las pruebas CPT: las dificultades en atención sostenida y el aumento de la distractibilidad. Esto se traduce en la utilización de estrategias de evaluación e intervención distintas en una misma sesión para garantizar un mínimo en atención mantenida.

3. Amplitud de aprehensión: captación de estímulos ambientales en un tiempo determinado. A mayor complejidad estimular, menor información extraída. Es decir, se tendrá que ajustar el número de indicaciones que se le dan al usuario para que pueda procesarlas.

c) OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN.

El objetivo de la evaluación no es la mera descripción de los síntomas, o de una entidad psicopatológica en toda su globalidad y abstracción (evaluación topográfica), sino el identificar tanto las conductas adaptativas como las que no lo son y siempre en relación al contexto actual y a los roles sociales que la persona ha de desempeñar (evaluación funcional). Se requiere, por tanto, de continuas evaluaciones que ayuden a definir objetivos para favorecer el mantenimiento de la autonomía y en los casos en los que sea posible, la mejora del funcionamiento psicosocial.

La evaluación pretende potenciar el ajuste del usuario a su entorno y favorecer con ello su integración.

En definitiva, el objetivo último de la evaluación, es el recabar la información necesaria para poder elaborar un Plan Individualizado de Atención ajustado a las necesidades específicas de un usuario concreto y su familia.

d) AGENTES DE LA EVALUACIÓN.

La atención a las personas con enfermedad mental grave y duradera es realizada por una gran cantidad de profesionales de diversas disciplinas que tienen en común los mismos objetivos. Esta circunstancia obliga a basar la intervención en el trabajo en equipo. Será fundamental fomentar la conciencia de trabajo interdisciplinar en todo el proceso de apoyo al usuario, incluida la evaluación.

La recogida de información necesaria podrá realizarse por diferentes profesionales, siempre en función de las necesidades concretas de cada usuario. Tanto la coordinación de la recogida de información como la realización de la evaluación funcional serán responsabilidad del psicólogo tutor del caso.

2. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Existen múltiples divisiones de los ámbitos a evaluar, siendo la que se presenta en este escrito una de las muchas posibles. Independientemente de la opción seleccionada, la sistematización previa de las áreas de evaluación es imprescindible como herramienta para evitar lagunas en la información recogida que nos pudieran dificultar una adecuada planificación de actuaciones. (Ver anexo 1 “ejemplo de áreas de evaluación”).

a) DATOS BIOGRÁFICOS-CLÍNICOS.

En este área se incluirá una breve historia vital tanto a nivel general como desde el comienzo de la enfermedad hasta la actualidad.

Al recoger información será imprescindible hacer especial hincapié en:

- El funcionamiento previo: en actividades productivas, relaciones interpersonales, ajuste social...
- El inicio y evolución de la enfermedad: la edad de inicio, circunstancias precipitantes, características del primer episodio, respuesta familiar a la aparición de la enfermedad, respuesta entorno social, los ingresos que se han producido en los últimos dos años al menos, sintomatología predominante, dispositivos que se han utilizado y funcionamiento en ellos del usuario....

b) ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO.

En este apartado se recogerá información sobre:

- El estado actual de la enfermedad: diagnóstico, sintomatología y pauta farmacológica actual y la interferencia sobre su funcionamiento.
- La conciencia del usuario sobre su enfermedad, el conocimiento que tiene sobre su diagnóstico, los síntomas que presenta, las causas que atribuye, el tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Analizar los factores que incrementan el riesgo o protección de crisis.
- Tratamiento farmacológico, información que el usuario tiene sobre la pauta, seguimiento posología, indicaciones, efectos secundarios y estrategias. Adherencia, nivel de autonomía y los problemas que pueda presentar en el manejo de la medicación.
- Manejo de recursos sanitarios: solicitud y asistencia a citas, autonomía en su recuerdo...
- Afrontamiento y manejo de situaciones problemáticas: ausencia o presencia de habilidades del usuario en sus interacciones problemáticas con en el medio y las consecuencias que suponen las situaciones generadoras de estrés. Las consecuencias que su comportamiento tiene para él y su entorno y las posibles conductas disruptivas que presenta.
- Riesgo de suicidio, conductas autolíticas y consumo de tóxicos.

c) CAPACIDADES COGNITIVAS Y HABILIDADES INSTRUMENTALES BÁSICAS.

La evaluación en esta área se centrará en conocer los aspectos cognitivos que pueden interferir negativamente en su funcionamiento cotidiano resaltando los aspectos positivos. Por ello se priorizará la valoración de:

- La atención selectiva o concentración; el recuerdo tanto a corto, como a largo plazo, así como el recuerdo secuencial; el seguimiento de instrucciones y el establecimiento de planes de actuación y solución problemas.
- Evaluaremos las destrezas instrumentales básicas (lecto-escritura y cálculo) y la capacidad del usuario para orientarse tanto en el plano temporal como espacial.

d) AUTOCUIDADOS Y HÁBITOS SALUDABLES.

La importancia de evaluar este aspecto radica en la influencia que los déficit pueden tener en la salud física de esta población, así como en la capacidad de adaptación e inclusión social que perseguimos.

Se recogerá aquella información relevante sobre:

1. Hábitos saludables:

- Hábitos de sueño: horarios, calidad percibida del descanso, grado de autonomía en su planificación y ejecución... Hábitos de alimentación: dieta. Grado de estructuración en su alimentación y grado de autonomía; Ejercicio físico y grado del consumo de tabaco o cafeína.

2. Higiene personal y vestido: funcionamiento, autonomía, percepción de su necesidad, hábitos familiares y adecuación cultural.

e) ESTRUCTURACIÓN DEL TIEMPO.

Uno de los principales déficit que la población que se atiende en un CD presenta, es una mayor dificultad para estructurar su tiempo y establecer una rutina adecuada. Conocer de forma minuciosa como el usuario organiza en el plano temporal su vida nos permitirá adaptar nuestra actividad y facilitar estrategias útiles en su mejora.

Evaluaremos: las actividades productivas que realiza, la capacidad que presenta de manejo del hogar, los intereses tanto pasados como presentes y futuros, la ejecución individual o grupal de actividades gratificantes, el número de actividades, frecuencia, grado de gratificación y ubicación, el grado de autonomía y percepción de la necesidad.

f) ÁREA SOCIAL.

Como se ha puesto de manifiesto en el marco teórico, la mejora de la calidad de vida se encuentra unida a factores tanto personales como sociales. Relacionado con este último factor se recogerá información sobre:

- La competencia Social: competencias y déficit (elementos molares y moleculares, especificad situacional, percepción de la eficacia personal).
- Red social: cantidad y calidad de la red apoyo social, percepción subjetiva del apoyo emocional e instrumental recibido, necesidad de cambio.
- Núcleo de convivencia: descripción de dicho núcleo, de la dinámica familiar, grado de sobrecarga, información sobre la enfermedad, expectativas, relaciones de apoyo y participación del usuario en la toma de decisiones.
- Aspectos económicos, laborales y legales: situación laboral, percepción de alguna pensión y nivel de ingresos económicos propios. Titulaciones importantes obtenidas. Preparación específicamente laboral. Trabajos realizados. Capacitación/incapacitación legal y en caso de incapacidad quién es su tutor legal.
- Integración comunitaria: Conocimiento de los transportes y su utilización. Frecuencia del uso y funcionamiento en recursos normalizados. Manejo y administración del dinero, autonomía en la realización de diversas gestiones.

g) OBJETIVOS: DEL USUARIO, FAMILIA E INSTANCIA DERIVADORA.

En la evaluación deben quedar claramente recogidos los objetivos que la familia y la instancia derivadora tienen con respecto a la utilización de los servicios por

parte del propio usuario. Se debe prestar especial atención a: los objetivos propios de la persona atendida, sus expectativas, interés por la continuidad de la asistencia, preferencias de cara a su participación y opinión sobre la derivación.

3. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN.

Las condiciones metodológicas previas a la evaluación en rehabilitación aluden, en primer lugar, a la necesidad de que las estrategias sean variadas de modo que permitan evaluar los distintos tipos de competencias básicas. En segundo lugar, han de ser aplicables en situaciones habituales de la vida cotidiana al tiempo que permiten evaluar la generalización de los aprendizajes. Por último, deben proporcionar información concreta sobre lo que se pretende.

Consideraremos en primer lugar las fuentes de la evaluación. Éstas pueden ser clasificadas en fuentes personales y fuentes documentales, ambas serán de gran utilidad para el profesional en rehabilitación. Dentro de las fuentes documentales encontramos los informes anteriores, hojas de continuidad de cuidados, registros de experiencias realizadas en otros centros, etc. Dentro de las fuentes personales se podrá contar con la información aportada por la familia, profesionales de otros recursos, el usuario, etc.

Una vez abordada la selección de fuentes apropiadas para el caso, se iniciará la selección de técnicas e instrumentos tanto para la recogida como para el análisis de la información.

El tratamiento de las técnicas para la recogida de información requiere partir de la consideración de los siguientes procedimientos: observación, entrevista y pruebas estandarizadas. Todas ellas deben aplicarse de forma sistemática y flexible.

La observación sistemática y conductual constituye un método directo para la recogida de información que nos aporta datos valiosos sobre la actuación en el medio natural. Para ello es imprescindible sistematizarla definiendo la conducta operativa, la elección del instrumento de medición, los períodos de registro y la elección del observador.

La auto observación, entendida como la intención deliberada por parte del usuario de atender a la emisión de su propia conducta puede ser de gran utilidad en el proceso rehabilitador, en función de las habilidades cognitivas mostradas por la persona. El empleo de esta técnica implicará dos procesos complejos por parte del propio individuo: la discriminación de la presencia o ausencia de la conducta operativa y el registro posterior a su emisión.

La entrevista, por su parte, constituye un procedimiento específico de obtención de información que implica una comunicación bidireccional. Por ello, permite recoger información adicional acerca de la percepción que el usuario y/o sus familias poseen sobre las diferentes áreas evaluadas. La elección entre la realización de entrevistas informales o formales y el nivel de estructuración de éstas últimas estará condicionada por las características personales del interlocutor y de la fase de evaluación en la que nos encontremos. Será el psicólogo tutor quien determinará la mayor adecuación de una u otra.

Estas técnicas requieren del uso de instrumentos específicos para garantizar su sistematicidad, con especial atención al empleo de registros (ver anexo 2 “ejemplo de registro de observación” y anexo 3 “ejemplo de autorregistro”), cuestionarios y escalas de diversa índole (ver anexo 4 “ejemplo de escalas y cuestionarios de uso frecuente en la Comunidad Autónoma de Madrid”). Por ejemplo se pueden utilizar instrumentos como el Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (can-c) o el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) para el registro de datos y el intercambio de información entre profesionales. Otros instrumentos que puede usar el profesional de la evaluación para la recogida de información son: las listas de control, escalas de valoración, anecdotarios, diarios de actividad, cuestionarios, fichas de seguimiento.

Una vez recogida la información, se iniciará el análisis de la misma previo a la toma de decisiones final. Para ello se realizará un análisis de la información obtenida poniendo en relación la información recogida por las diversas fuentes y técnicas utilizadas a lo largo del proceso. Así, se facilitará una toma de decisiones más ajustada gracias a una evaluación global.

4. FASES DE EVALUACIÓN.

a) 1º CONTACTO Y ENGANCHE.

El primer contacto tiene por objeto el dar a conocer el funcionamiento, la filosofía y metodología de trabajo, el equipo de profesionales, el perfil de usuarios derivados al CD, ganar la confianza del usuario y la familia y que conozcan el centro. Suele realizarse en el CD, conjuntamente con el usuario, la familia y el psicólogo-tutor.

Para ello, el CD telefona al usuario o la familia, para proponer una fecha para este primer contacto.

En ocasiones, las dificultades asociadas a la propia sintomatología defectual, al desconocimiento de la filosofía y metodología de trabajo del centro..., hacen, cuando menos complicada, la aceptación de acudir a un nuevo recurso y la adherencia al tratamiento de soporte y apoyo social. Esto no se considera un hecho aislado, hasta el punto de haberse descrito como parte del propio proceso de la enfermedad. En estos casos ha de primar el proceso de enganche o vinculación al CD frente a la evaluación.

El profesional ha de adoptar una actitud activa y poner en marcha acciones concretas que faciliten el enganche. Es decir, la motivación del usuario para implicarse en el tratamiento no es previa a dicho tratamiento, sino que forma parte del mismo proceso. Es responsabilidad de los profesionales del CD garantizar este enganche.

En este sentido, se diseñarán estrategias específicas para cada uno de los usuarios y se determinará qué profesionales llevarán a cabo dichas intervenciones. Es decir, se tendrán que ajustar y adaptar las intervenciones a las necesidades de cada persona y no aplicar programas estándares de acogida y enganche. Aunque muchos de los usuarios tengan patologías similares, deben tenerse en cuenta las características idiosincrásicas, sólo de este modo podremos iniciar procesos de enganche adaptados a tales particularidades y favorecer el éxito de intervenciones posteriores. Es conveniente que sea así para poder garantizar la individualización, contextualización y la funcionalidad del trabajo en el CD.

Como ya se ha comentado, es necesario que el CD ponga en marcha sus propias estrategias de enganche: atenciones en los domicilios, en recursos normalizados (p.e. en parques, cafeterías...), por teléfono (puede que el usuario no esté dispuesto a ver a ningún profesional, pero sí acepte mantener contacto telefónico), con la familia (p.e. dar pautas a la familia para favorecer el enganche del usuario al centro)..., etc. Cuando a pesar de ello no se logra el enganche, se valorará la posibilidad de que sean otros profesionales más especializados en procesos de vinculación los que intervengan.

Un aspecto importante dentro de este apartado es el siguiente: enganche al profesional de referencia vs. al CD como “espacio físico”.

A lo largo de todo el capítulo, se describe la importancia de adaptar las estrategias de evaluación e intervención a las particularidades de cada caso. En este sentido, se destaca el enganche del usuario al/a los profesional/es de referencia. No es necesario que la persona acuda al espacio físico del centro para poder hacer una buena evaluación o intervención. Son los profesionales los que deben adaptarse a los usuarios y no al contrario. Esto quiere decir que, es responsabilidad del profesional del centro de día el flexibilizar y adaptar la aplicación de las distintas estrategias de evaluación a diferentes contextos: cafeterías, parques, domicilios, etc.

En todos los recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica debe facilitarse la integración del usuario en su comunidad. En los CD, también. La evaluación y la intervención en el ambiente físico y social del individuo, facilita la generalización de los entrenamientos, ofrece oportunidades de mejora en su integración social, promueve la normalización y la adaptación del individuo.

b) EVALUACIÓN INICIAL O GLOBAL

DEFINICIÓN.

Se entiende la Evaluación Inicial como un proceso de recogida, análisis y valoración de la información referente tanto al usuario como a los demás aspectos que intervienen en el proceso de inclusión social para identificar necesidades específicas y orientar la respuesta del centro para que la persona pueda progresar en el desarrollo de las diferentes habilidades que necesita para su mantenimiento en el medio social y mejorar su calidad de vida.

Mantener este proceso de forma indefinida establecería una situación en la que la toma de decisiones a la que va encaminada la evaluación inicial se imposibilitaría. Por esta razón, es importante marcar una duración temporal, finalizar la evaluación y comenzar el proceso de intervención.

CARACTERÍSTICAS.

La forma de entender la evaluación ha de ser coherente con una manera determinada de concebir la intervención en su conjunto, ya que constituye uno de los aspectos fundamentales de dicha intervención.

Así, podemos señalar fundamentalmente dos características de la evaluación inicial: la interactividad y la contextualización.

La evaluación es interactiva pues constituye un proceso dinámico en el que la información que se obtendrá depende de la relación entre diferentes personas, será imprescindible tener en cuenta las circunstancias de dicha relación y las características personales de los diferentes agentes implicados en la propia evaluación.

Al mismo tiempo, es contextualizada pues la toma de decisiones debe basarse en un conocimiento profundo del entorno en el que el usuario se desenvuelve de cara a poder establecer un análisis funcional donde se clarifique cuales son las variables contextuales y en qué sentido están influyendo en la conducta adaptativa de la persona atendida.

Cabe destacar otros rasgos diferenciales. La evaluación debe ser *global* atendiendo a áreas conductuales y los aspectos vinculados al proceso adaptativo.

También será *sistemática y flexible*, debe existir un plan previamente estipulado para su realización que permita la introducción de los cambios que se consideren oportunos pudiendo usar distintos instrumentos y técnicas de evaluación.

OBJETIVOS.

Por todo lo expuesto hasta el momento, la doble finalidad de la evaluación es comprobar cuáles de las dificultades observadas son puntuales, o por el contrario, requieren la planificación sistemática de actuaciones de apoyo por parte del centro, al tiempo que se especifican las competencias ya adquiridas que constituirán la base para el trabajo posterior. De este modo, la evaluación fundamenta las decisiones que dan lugar al Plan Individualizado de Atención y Soporte Social, donde se desarrollarán los objetivos, cuya consecución por parte del individuo y su entorno próximo permitirá su adaptación efectiva.

5. PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN Y TOMA DE DECISIONES.

a) DEFINICIÓN.

El PIAS es la planificación, secuenciación y operativización de los objetivos de trabajo, permite una toma de decisiones consecuente con las necesidades detectadas en la evaluación inicial y por tanto, determina la línea de actuación a seguir. (Ver anexo 5 “ejemplo de PIAS”).

b) CARACTERÍSTICAS.

El PIAS debe cumplir las siguientes características:

1. Legitimado en la evaluación previa.
2. Individualizado: ha de centrarse en las particularidades de un usuario concreto.
3. Realista: factible y pertinente para la vida de la persona.
4. Sistematizado: rigor metodológico.
5. Consensuado: con el usuario y familia, valorando sus demandas, necesidades y expectativas. Es importante exponer el PIAS a las personas implicadas en el mismo, pero valorando las características idiosincrásicas en cada caso.
6. Estructurado secuencialmente: esto permite establecer una programación en las intervenciones, saber cuál es el siguiente paso o etapa.
7. Dinámico y flexible: se considera una hipótesis de trabajo, por tanto es provisional y debe modificarse las veces que sea necesario en el proceso de intervención.
8. Describe objetivos generales y específicos de manera operativizada.
9. Determina el formato de intervención apropiado para cada uno de los objetivos de trabajo.

c) OBJETIVOS.

Es fundamental tener en cuenta que sin la especificación de los objetivos de trabajo es imposible intervenir, ya que, permiten concretar una guía de actuación.

Pueden ser definidos como el resultado al que se pretende llegar, es decir, las metas que se persiguen con la intervención del técnico.

Son las capacidades susceptibles de mejora y/o mantenimiento que se han evidenciado en la evaluación. Es importante que no sólo los déficit den contenido a los objetivos, sino también los logros o capacidades del usuario, ya que pueden fortalecerse y así subsanar o desplazar la inhabilidad en un área concreta y pueden también, ayudar en el desarrollo de nuevas potencialidades (“los tratamientos tienen mayor probabilidad de éxito si se basan en capacidades, habilidades y recursos existentes”. Liberman, 1994).

Los objetivos del PIAS comparten con los del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) las siguientes características:

1. Realistas y operativos.
2. Específicos para cada usuario y su familia.
3. Relevantes de cara al mantenimiento de la autonomía y calidad de vida de los usuarios
4. Secuenciados temporalmente. Objetivos a corto plazo relacionados con otros a más largo plazo.
5. No han de ser rígidos o estáticos.
6. Generales y específicos. *Generales*: son globales, vagos y hacen referencia a la meta o resultado final que se pretende alcanzar en un área vital determinada. Son más ambiciosos que los objetivos específicos y su consecución o no, se evaluará a partir de los resultados obtenidos en dichos objetivos. *Específicos*: se describen a partir de los objetivos generales y en términos conductuales y funcionales (frecuencia,

intensidad, etc.), son más operativos y por tanto, más fácilmente evaluables. Hacen referencia, no a áreas vitales, sino a unidades conductuales concretas. Cuanto más bajo sea el nivel del que se parta, más concretos han de ser los objetivos.

A su vez, los objetivos descritos en los PIAS tienen características propias y diferenciadas con respecto a los PIR:

1. Objetivos de “mantenimiento” de capacidades y no de rehabilitación, es decir, suponen, principalmente, un refuerzo al aprendizaje y no un aprendizaje en sí mismo. Se pretende evitar la pérdida de los logros alcanzados en un proceso de rehabilitación previo, pero esto no quiere decir que no se marquen objetivos relacionados con la adquisición de nuevas capacidades.

2. Relacionados con el apoyo y el soporte comunitario. Pretenden evitar el aislamiento y la marginación socio-comunitaria, lo que obliga a hacer intervenciones volcadas en la comunidad (es decir, hacer uso de los recursos normalizados, del voluntariado, actuaciones en los domicilios, etc.).

3. Tienen una finalidad más social que socio-sanitaria.

4. En ocasiones, y en función del deterioro de los usuarios, se relacionan con unidades conductuales muy básicas.

Una vez formulados los objetivos, se secuencian y se establece un orden de prioridad en función de:

1. Las repercusiones que para la vida de la persona o sus allegados pueda tener un objetivo concreto (criterio de urgencia).

2. La motivación del usuario en la consecución del objetivo (criterio de motivación).

3. Las facilidades para alcanzar determinado resultado (criterio de facilidad).

4. También será conveniente valorar en qué medida el lograr determinado objetivo facilita la consecución de otro (criterio de concurrencia).

Acompañando a cada uno de los objetivos específicos, se señala el formato de intervención y el profesional encargado de dicha intervención (p.e. intervención grupal (especificar qué grupo) o individual (tutorías-psicólogo, atención individual-educador y terapeuta ocupacional).

En el PIAS se describen los formatos de intervención, no las estrategias, procedimientos o técnicas de modificación de conducta necesarios para alcanzar determinado resultado. Esto será objeto de una evaluación continua.

6. EVALUACIÓN CONTINUA.

a) DEFINICIÓN.

Terminada la evaluación inicial que proporciona una visión global y molar de los repertorios conductuales del individuo en su entorno, debe pasarse a una evaluación funcional de las diferentes unidades conductuales. La evaluación es un proceso no lineal que debe continuar mientras lo haga la intervención.

Esta evaluación supone un análisis más pormenorizado de los datos obtenidos en la evaluación inicial. Intenta explorar unidades conductuales concretas y entender las contingencias correlacionales a dichos comportamientos.

Permite diseñar estrategias de intervención específicas para cada unidad conductual y para cada usuario en particular, es decir, determinar qué procedimientos y técnicas son las adecuadas a cada situación.

Los instrumentos para realizar esta evaluación funcional son los mismos que los especificados en apartados anteriores: entrevista conductual, observación directa, autorregistros, cuestionarios y escalas. El contexto en el que se lleva a cabo es el de las tutorías: atenciones individuales al usuario y/o familia por parte del psicólogo.

b) IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS FUNCIONAL.

“El objetivo de la evaluación e intervención,..., no es la conducta aislada, sino la conducta en interacción con el contexto social en el que se produce. Por eso, el análisis funcional se refiere a la descripción de las interrelaciones existentes entre las conductas del sujeto y todas aquellas variables con ella relacionadas”. (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1995). El término de “análisis funcional”, concierne a la detección de las variables que afectan a un fenómeno concreto (determinantes del comportamiento) y al modo en el que lo hacen.

Para poder realizar la evaluación continua, es imprescindible un análisis exhaustivo y sistemático de unidades conductuales, basado en los principios del Aprendizaje (la conducta concreta de una persona ante un ambiente estimular determinado) y la secuencia conductual (la triple relación de contingencias). Es decir, la relación funcional del organismo con su entorno y las variables disposicionales y funcionales que facilitan o dificultan el que esta relación se establezca. *“El análisis funcional,..., debe explicar y predecir el tipo de interacciones que un individuo ha establecido y mantendrá con su entorno, si se dan determinadas condiciones tanto en uno como en el otro”.* (Segura, M. 1995).

El análisis funcional permite unir la evaluación y el tratamiento. La primera identifica las variables que mantienen la conducta, y el segundo, las modifica.

El proceso para realizar el análisis funcional es el siguiente:

1. Recogida de datos: en las tutorías y en las coordinaciones con el equipo. Sobre todo a través de la observación.

2. Definición y selección de las unidades de análisis: antecedentes, respuesta y consecuentes. Identificación de las condiciones que controlan la conducta problema.

3. Hipótesis funcional: relacionar funcionalmente las unidades de análisis, es decir, establecer una relación de contingencias, un modelo explicativo de la conducta problema.

4. Plan de intervención: determinar en qué variables vamos a intervenir para cambiar la probabilidad de ocurrencia y diseñar las estrategias de intervención individualizadas.

Existen 2 niveles en la realización del análisis funcional:

1. Microcontingencial: hace referencia a la relación entre los antecedentes, conducta y consecuentes, a lo que tradicionalmente se ha llamado análisis funcional.
2. Macrocontingencial: comportamientos sociales (valores, creencias, normas...) en los que están enmarcadas las conductas objeto de intervención. No establecen relaciones causales pero sí correlacionales.

Sólo a partir de una evaluación ideográfica se podrá llevar a cabo una intervención ajustada y adaptada a un sujeto concreto.

c) REVISIÓN CONTINUA DEL PIAS.

La evaluación funcional no puede ser algo estático, las situaciones, las contingencias y las conductas se modifican, lo que hace necesario un constante reajuste de los objetivos descritos en el PIAS.

Con esta revisión del PIAS se podrá constatar los progresos alcanzados por un usuario, la efectividad de los formatos y estrategias de intervención, la idoneidad de los objetivos en él especificados y la identificación de nuevos problemas.

**AREA III:
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOPORTE
SOCIAL. Areas y formatos básicos de
intervención en los Centros de Día de
soporte social.**

CAPÍTULO 5: PROCESO DE ACOGIDA Y ESTRATEGIAS DE ENGANCHE

Gema de la Hoz y Mar Hernández

5.1. INTRODUCCIÓN

El primer objetivo para iniciar el proceso de atención y soporte social es garantizar una relación entre usuarios/as y profesionales de carácter colaborador. Normalmente, en general, se considera que el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica es un elemento que predice éxito en las terapias (Horvath y Symonds, 1991) En el trabajo con personas con enfermedades mentales crónicas esto es una cuestión relevante, así que durante las primeras sesiones el objetivo es favorecer el desarrollo de una relación de confianza.

Hablar de procesos de acogida y estrategias de enganche, no debe presuponer la existencia de dificultades en todas las personas que tienen una enfermedad mental para que se incorporen y participen de forma voluntaria y activa en los recursos especializados. Deberíamos diferenciar pues, en este plano, lo que es un proceso de acogida de aquello que denominamos estrategias de enganche.

Un proceso de acogida se produce siempre que llegamos a un lugar en el que vamos a ser beneficiarios de la prestación de un servicio. En el transcurso de los primeros contactos se suelen poner en marcha los mecanismos que nos llevan a formarnos una idea del mismo. Las primeras impresiones configuran una imagen de las personas que nos atienden y de la atención y el servicio que nos pueden prestar. Todo esto nos lleva a confirmar o descartar las expectativas previas, anticipando la medida en la que responderán a las necesidades que percibimos, las probabilidades de éxito o fracaso del servicio que se presta. Estos aspectos influyen a la hora de tomar la decisión de continuar acudiendo.

Las estrategias de enganche son aquellas actuaciones que se diseñan a lo largo del proceso de atención para superar las resistencias y/o dificultades que puedan encontrarse algunas personas para iniciar o mantenerse en el mismo.

Diseñar estrategias de enganche efectivas supone evaluar individualizadamente todos los aspectos implicados en cada situación. Es necesario considerar las potencialidades y dificultades del usuario/a y de su familia, sin olvidar

que en ocasiones la organización y funcionamiento habitual del recurso, así como las habilidades y actitudes de los profesionales, pueden suponer una barrera o ser elementos facilitadores para el acceso al mismo.

Esta visión implica que los equipos de trabajo tengan una actitud activa, con capacidad para adaptarse a situaciones cambiantes, tomar conciencia de las necesidades y dificultades de algunos de los/as usuarios/as para acceder a los recursos de rehabilitación; por tanto, debemos ser capaces de desarrollar estrategias y procesos de acogida individualizados y flexibles, desde la óptica de la evaluación continua de las actuaciones.

5.2. LA DERIVACIÓN AL RECURSO

El perfil de las personas hacia las que se dirige la atención se caracteriza por presentar un nivel de funcionamiento psicosocial deficitario con dificultades de integración en recursos sociocomunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar.

Un número significativo de usuarios/as acceden al recurso tras haber llevado a cabo un proceso de rehabilitación en el CRPS. En el momento de su derivación se encuentran en situación de seguimiento para el mantenimiento de los objetivos alcanzados, valorándose la necesidad de apoyo y soporte continuado para consolidar su funcionamiento psicosocial y favorecer el mayor nivel de autonomía e integración posible.

En otros casos pueden presentar un funcionamiento cognitivo deficitario, escasa percepción de necesidades, dificultades para el contacto social, que no permiten su incorporación o el avance en otros dispositivos. Requieren intervenciones dirigidas a aspectos muy básicos del funcionamiento cotidiano, un soporte amplio, especialmente flexible y sostenido en el tiempo como paso previo para poder continuar su proceso de rehabilitación en otro recurso.

Esta vinculación entre los diferentes recursos hace necesario establecer espacios y dinámicas de trabajo que permitan no sólo el intercambio de información sobre los usuarios/as sino también el conocimiento amplio del funcionamiento de los centros y de sus profesionales para poder desarrollar un trabajo continuo, conjunto,

complementario y consensuado en todos aquellos casos en los que desde unos u otros se intervenga.

En ambos casos sus necesidades, características personales y situación sociofamiliar en el momento de la derivación serán las variables fundamentales a considerar para diseñar las actuaciones que favorezcan su incorporación al centro. En el momento de la incorporación al nuevo recurso se desarrollarán estrategias conjuntas entre los profesionales de ambos dispositivos.

Es necesario analizar las circunstancias particulares de las personas derivadas, considerando de un modo especial:

- La relación establecida con los/as profesionales del recurso del que procede.
- Las resistencias o motivaciones hacia el cambio de centro (ubicación, profesionales, compañeros, funcionamiento, etc.)
- Las dudas y reservas de los familiares respecto al cambio.

Desde esta perspectiva, la adaptación inicial al centro comienza en la atención prestada a cada usuario/a en el recurso del que proceda, contando con la colaboración imprescindible del SSM de referencia desde donde se articula la continuidad de cuidados, siendo crucial la coordinación permanente entre estos dispositivos y el CD. La incorporación al nuevo recurso debe prepararse desde el diseño de la salida o desvinculación del anterior. La adaptación a las características individuales, como ha sido mencionado anteriormente, es la norma y por tanto no deben plantearse procedimientos y estrategias preestablecidas.

Desde la coordinación entre los recursos, herramienta necesaria para la continuidad de cuidados, se establecerán aquellos contactos que sean necesarios para el diseño conjunto de un plan de acogida. Este incluirá las cuestiones principales a tener en cuenta en los primeros contactos, las actuaciones concretas a realizar por parte de los profesionales para aumentar la motivación y facilitar la adaptación e integración en el recurso

Para ello será necesario contar con la siguiente información:

- Protocolo de Continuidad de Cuidados facilitado por el SSM de referencia, así como informes complementarios.

- En el caso de usuarios/as que estén siendo atendidos en otros recursos, un resumen del proceso de rehabilitación de cada usuario/a y de su funcionamiento a lo largo del mismo, incluyendo las intervenciones más relevantes realizadas con él/la y su familia. Este debe centrarse de un modo especial en la situación actual, en los objetivos que se están trabajando, así como en las atenciones individuales y grupales en las que está participando en el momento de la derivación.

5.3 INCORPORACIÓN AL RECURSO

Partiendo de la importancia del proceso de derivación de usuarios/as al centro, en este apartado nos vamos a centrar en los aspectos a considerar en el diseño de las actuaciones a realizar para favorecer la disposición de la persona a iniciar su proceso de atención en el CD.

5.3.1. Establecimiento de contacto con el usuario/a

En líneas generales resulta apropiado que el profesional que va a atender al usuario/a en la primera cita sea quien establezca el primer contacto telefónico con él. Esto facilita que el primer encuentro no sea con alguien absolutamente desconocido y puede proporcionar información útil que oriente las primeras actuaciones.

En otras ocasiones, el conocimiento previo de los casos en la fase de derivación, detallada anteriormente, aconsejará el diseño de actuaciones individualizadas para iniciar la atención (establecimiento del primer contacto en el mismo recurso del que procede, acompañamiento al CD por parte de los profesionales que lo venían atendiendo en el recurso anterior o del responsable de continuidad de cuidados, visitas más informales al centro para conocer las instalaciones y su funcionamiento, acercamiento de los profesionales al entorno del usuario,...)

La exposición de argumentos y razones en la búsqueda de un consenso para favorecer activamente el inicio de un proceso de atención, no debe ser considerada como una intromisión en su derecho a decidir de manera autónoma. El uso de estrategias persuasivas y motivadoras no debe confundirse con la coacción (Beuchamps y Childress). En ocasiones será conveniente intensificar y prolongar los esfuerzos y actuaciones encaminadas a conseguir la aceptación por su parte de la intervención del equipo del CD.

La individualización de cada proceso está presente en el momento en el que se le recibe. Aunque pudiera parecer básico se debe tener en cuenta el grado de cercanía a mostrar (cuidando el modo de realizar el saludo, la mayor o menor formalidad en el lenguaje y en el trato, etc.) atendiendo a las características personales de cada usuario/a y de su familia. Siempre se le ofrecerá la posibilidad de acudir al primer encuentro acompañado de algún miembro de su familia o persona de su confianza.

5.3.2. Primeras citas

Como se ha mencionado en la introducción, los primeros contactos tienen una gran importancia en el proceso de incorporación a un recurso y muy especialmente cuando, debido a las dificultades de funcionamiento psicosocial, derivadas de diferentes aspectos (déficits de capacidades, sintomatología positiva y/o negativa, redes de apoyo disfuncionales,...), la persona presenta ciertas resistencias a iniciar la atención.

A lo largo de la fase de acogida se pretende que la persona cuente con una información básica de los objetivos, características, funcionamiento general y actividades del centro para lograr su participación e implicación en el proceso de atención.

Es necesario conocer la información y las expectativas del usuario/a y su familia acerca del centro para valorar si ésta debe ser ampliada o ajustada, así como el momento y la forma de hacerlo

Cuando un usuario/a se incorpora al CD después de haber sido atendido en un CRPS se le debe transmitir información, tanto de los profesionales como del funcionamiento de los diferentes recursos, así como la coordinación existente entre los mismos para favorecer su proceso de adaptación e integración en el nuevo dispositivo. Se le debe garantizar que se mantienen las intervenciones más relevantes y aquellas de las que perciba mayor beneficio para proporcionarle la estabilidad y continuidad necesaria, lo que incrementa la seguridad y favorece el establecimiento de un vínculo y de una relación de confianza. Es necesario respetar la frecuencia de la atención que venía recibiendo e incluso puede resultar conveniente que durante el tiempo que se estime necesario, pueda simultanear la asistencia a ambos recursos.

Debido a las dificultades de funcionamiento cognitivo que con cierta frecuencia presentan las personas a las que se atiende en el CD, es necesario simplificar la información que se proporciona. Cuando la persona presenta dificultades de orientación puede no ser conveniente en una primera cita, visitar todas las instalaciones del centro. Es útil contar con material de apoyo adaptado (folletos informativos básicos, teléfonos, mapas de localización y acceso, tarjetas de citas...), así como transmitir la disponibilidad del equipo para atender a las dudas que tras la visita pudieran surgirles.

Puede haber personas muy interesadas en conocer a los diferentes miembros del equipo, así como otros a quienes puede no ser conveniente la presentación de otros profesionales o usuarios/as que se encuentren en el centro. La integración en el centro puede facilitarse teniendo en cuenta las relaciones creadas cuando los/as usuarios/as han compartido recurso previamente. En estos casos se puede hacer coincidir a los/as usuarios/as tanto en espacios informales como en actividades.

En los Centros de Día se organizan actividades abiertas que durante la fase de acogida pueden ser un elemento facilitador del enganche y vinculación al recurso. Conocer los gustos, intereses, etc. de las personas derivadas, puede orientar las actividades que se le ofrezcan con el objetivo de potenciar su participación en esta primera fase de atención. Priorizar los puntos de conexión entre sus expectativas y aquello que ofrece el recurso, permite avanzar los beneficios del mismo. Dejar para momentos posteriores las aclaraciones respecto de otras demandas que no podrán ser satisfechas en el centro, posibilita que se llegue a establecer una relación que pueda favorecer la continuidad del usuario en el recurso.

Una vez establecido el contacto con el/la usuario/a y considerando toda la información previa facilitada por otros profesionales, a través de reuniones o informes, podría utilizarse un documento que recoja la siguiente información:

- Actividades gratificantes para el usuario.
- Posibles estrategias de enganche.
- Actividades de soporte en los que va a participar el usuario y /fecha de inicio.

Con este documento se pretende establecer criterios comunes de actuación, conocidos por todo el equipo del CD, de forma que se facilite una línea coherente y coordinada de actuación con cada usuario/a derivado al centro. (ANEXO 8)

5.4. CONCLUSIONES

Trabajar la motivación y el enganche con el/la usuario/a no son cuestiones a tener en cuenta sólo en la fase inicial de la acogida, sino a lo largo de todo el proceso de atención.

La evaluación de las intervenciones debe ser continua. La agilidad y flexibilidad en la organización y funcionamiento del recurso serán fundamentales para realizar todos aquellos reajustes del diseño que resulten necesarios para lograr la incorporación e integración del usuario/a en el mismo.

CAPÍTULO 6: AUTOCUIDADOS Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Margarita Sánchez, Karin Jiménez y José Manuel Cabrero

6.1. DEFINICIÓN AVD

Existen múltiples definiciones de Actividades de la Vida Diaria aunque todas siguen una misma línea de pensamiento, como por ejemplo la que se menciona a continuación:

“Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, y por ello conforman uno de los objetivos primordiales de la Terapia Ocupacional. Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. Va más allá de la autoatención, e implica el desarrollo funcional completo de las personas”. (César B. del Barco Luengo)”

A partir de esta definición se podría entender que gracias al correcto desempeño de estas tareas y favorecido a su vez por la existencia de habilidades y contextos del desempeño favorables, las personas funcionan de forma libre e independiente, configurando sus patrones de ejecución en hábitos, roles y rutinas. Por todo esto, las AVDs conforman el pilar funcional de la vida, porque no sólo nos hace sentir autónomos e independientes, sino que son la vía por la que conseguimos satisfacer nuestras necesidades vitales de bienestar y salud y por las cuales se entra en contacto con el mundo, percibiendo nuestra propia identidad, y llevando a cabo un rol dentro de la sociedad. Dentro de la disciplina de la Terapia Ocupacional existen modelos cuyo eje principal es trabajar las Actividades de la Vida Diaria en relación con la mejora de la integración sociocomunitaria, como es el caso del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner que considera al hombre como un sistema que actúa en un entorno compuesto por objetos, tareas, grupos sociales y cultura, o como el Modelo Canadiense de Actuación Ocupacional, según el cual las actividades con propósito son centrales para desarrollar y refinar habilidades, para explorar roles alternativos y promover cambios positivos en las áreas ocupacionales. Así, la intervención se centraría en conseguir que las personas con enfermedad mental grave y crónica se involucren en las AVDs que tienen un sentido y un propósito dentro de su vida, detectando e interviniendo en todas aquellas dificultades y limitaciones en las habilidades y/o contextos de ejecución.

6.2. JUSTIFICACIÓN

El ser humano desde que nace pasa a formar parte de un sistema continuo de aprendizaje, con el objetivo de conseguir la máxima autonomía posible, favoreciéndose así una mayor integración social y calidad de vida durante nuestro desarrollo y en la vida adulta.

Es habitual encontrar que las personas con enfermedad mental grave y crónica presenten gran deterioro en diversas áreas del desempeño personal y social, lo que puede causar carencias significativas en el desempeño de todas aquellas actividades vitales relacionadas con el bienestar físico, psíquico y social.

La causa principal podría ser el autoabandono derivado de la enfermedad, así como los efectos secundarios derivados de la medicación, la falta de motivación, los hábitos personales y los déficits cognitivos y socioeconómicos, así como los hábitos familiares entre otros derivados del entorno del individuo como pudiera ser el rechazo social sufrido por estas personas.

Frente a estas dificultades muchas personas con enfermedad mental grave y crónica se sienten frustradas e indiferentes, perdiéndose el control interno y la motivación hacia la realización de las actividades vitales, favoreciéndose así la cronicidad del autoabandono.

Las personas con enfermedad mental grave y crónica presentan además un rol de paciente. El trabajo de los profesionales se centra en posibilitar el cambio de este rol hacia el de persona activa, apoyando en la creación de hábitos de vida adecuados para que mantenga y si es posible mejore aquellas habilidades encaminadas a conseguir una mayor competencia personal y social, colaborando así en la mejora de sus sistemas de convivencia tanto social como familiar y en la creación de alguna afición. Todo esto a su vez está relacionado con la mejora de la autoestima del individuo ya que la sensación de independencia aporta sentimientos de bienestar y de pertenencia a un grupo, mediante la recuperación de un rol personal y social y mejorando así su calidad de vida.

6.3. ÁREAS Y ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Según el modelo de ocupación de Gary Kielhophner, los datos que debe de recoger una evaluación para que sea completa son:

- Modelos de ejecución; hábitos, roles y rutinas.
- Destrezas de ejecución; destrezas motoras, habilidades de procesamiento y destrezas de comunicación/interacción.
- Entorno o entornos.
- Demandas de la actividad.
- Características del usuario; funciones corporales (incluidas las psicológicas) y estructuras corporales.

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta durante todo el proceso de evaluación e intervención es la objetividad, hay que tener en cuenta variables que pueden influir en el funcionamiento de una persona como son el momento vital (momento de la enfermedad, ajuste del tratamiento, circunstancias familiares y socioeconómicas...) y el tipo de recurso al que pertenece. Este último es de especial importancia ya que la derivación a un recurso adaptado a las necesidades de un individuo, con un nivel de exigencia acorde con las posibilidades de éste y flexible de cara a la mayor adaptación del usuario son factores facilitadores del enganche y de intervención, aumentando así las posibilidades de éxito.

En la evaluación se recogerá toda la información de utilidad en el área de autocuidados y actividades de la vida diaria, para poder plantear unos objetivos claros y realistas, posibles de abarcar desde un Centro de Día.

A continuación se presenta un modelo de guía para recoger datos de cara a realizar la evaluación:

- **RUTINA.**
- **A.V.D. AUTOMANTENIMIENTO** (la evaluación se centrará en el nivel de funcionamiento actual pero siempre con referencia al funcionamiento premórbido)
 - Higiene personal y vestido
 - funcionamiento

- autonomía
 - percepción de necesidad
 - hábitos familiares e interferencia cultural
- Hábitos de salud
 - alimentación (dieta y hábitos)
 - sueño (características y hábitos)
 - ejercicio físico
 - consumo de cafeína y nicotina (número y frecuencia)
 - estado físico general y manejo de problemas somáticos
- Comunicación funcional (manejo de instrumentos para la comunicación: ordenador, internet, teléfonos, cartas...)
- Integración comunitaria
 - uso de transportes
 - uso de recursos comunitarios
 - manejo y administración del dinero
- **ACTIVIDADES PRODUCTIVAS** (la evaluación se centrará en el nivel de funcionamiento actual pero siempre con referencia al funcionamiento premórbido)
 - Manejo del hogar
 - características del domicilio
 - tareas domésticas (percepción de la necesidad, nivel de autonomía y cuidado): cocina, ropa (lavadora y plancha), limpieza y orden.
 - seguridad y prevención de accidentes domésticos.
- Cuidado de otros: En esta área se recogen aquellas actividades que realiza el usuario relacionadas con las personas que tiene a su cargo (hijos, padres etc.) y como influye en sus rutinas diarias, cuando se de esta situación.
- Orientación sociocultural: Nivel de conocimiento sobre temas de actualidad, motivación e interés por estar informado y nivel de utilización de los distintos medios de comunicación.

El abordaje de las actividades de la vida diaria no es sencillo en todos los casos. No deja de ser un área personal en el cual es necesario una confianza y habilidad en el evaluador para conseguir esa información íntima.

Las formas más frecuentes de recogida de información son la entrevista, la observación y los autoregistros. Es muy importante recoger esta información en todos sus contextos (el centro comunitario, el Centro de Día y su domicilio), y contrastarla con la familia y con las personas relacionadas con el usuario.

6.4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN AUTOCUIDADOS Y AVD

Esta fase se articula a través del Plan Individualizado de apoyo y soporte social dónde se reflejan los objetivos de intervención.

Las intervenciones que con mayor frecuencia se van a realizar en un Centro de Día irán dirigidas a:

- Mantener logros conseguidos hasta el momento e intentar mejorarlos.
- Aprender / entrenar (si fuera necesario) el desempeño y la ejecución de las AVDs.
- Desarrollar el mayor grado de independencia y autonomía en actividades diarias personales.
- Evitar el rechazo y mejorar la aceptación social, normalizando actividades propias de la persona.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar la autoestima personal.
- Integrar en un entorno normalizado.

La base fundamental de la intervención con personas que, por lo general, presentan gran deterioro y abandono en muchas áreas de su vida, es la motivación. Existen múltiples estrategias para motivar, por ejemplo, si el objetivo que se persigue es que un usuario venga al centro, se utilizarán estrategias de enganche, como salir con él a tomar un café, hablar de temas que le puedan interesar, preocuparse por como se encuentra en el centro, en definitiva, prestarle especial atención y comprensión y hacerle sentirse a gusto, etc. Si lo que se pretende es que realice algún taller en concreto se podrían mantener con él conversaciones sobre los beneficios que le puede aportar en su vida la asistencia y la implicación en esa actividad. Por ello, cuando se indagan los intereses del usuario, se deben hacer coincidir con las

exigencias de la actividad, ya que si son considerados y satisfechos se asegura el compromiso e implicación en el proceso de atención. Cabe destacar como forma de motivar en una actividad, la técnica del éxito inicial, donde se planean pequeñas tareas de fácil ejecución para después elogiar por el éxito, u otras como la técnica de participación activa marcada por la autosuperación gradual del individuo o la técnica de trabajo socializado donde se organiza al grupo en función de determinadas responsabilidades. Por ello, la motivación no sólo será positiva de cara a facilitar el aprendizaje, sino que fomentará la sensación de importancia y utilidad de las actividades, favoreciendo la formación de hábitos y la ejecución en otros entornos siendo fundamental que el usuario perciba la necesidad. Es muy valioso hacer un listado de intereses, el cual se podrá utilizar como punto de partida.

¿Cómo abarcar esos objetivos? Para cada caso hay un programa y una intervención. No existe un programa ejemplar, sino que cada caso requerirá unas necesidades y un modo más adecuado de abarcar el problema. Hay tantas intervenciones de AVDs como usuarios.

Para la consecución de los objetivos propuestos es necesario, indudablemente el apoyo y la coordinación de todas las personas que le rodean: familiares y profesionales (SSM, tutores legales, etc.). Es aconsejable y eficaz establecer reuniones periódicas de coordinación para valorar la evolución del usuario y la consecución de objetivos. Al igual que dar al usuario feed-back de esta evolución, valorando con él los avances y dificultades que está encontrando en el proceso.

Los distintos formatos de intervención desde los que se abordan las AVDs en los programas de un C.D. son:

6.4.1 Atenciones individuales: en el C.D. (aprendizaje lavado bucodental, cuidado de objetos personales...), en el entorno comunitario (compras y manejo del dinero, trámites burocráticos, manejo de transportes, uso de recursos comunitarios y sociosanitarios...) o en el domicilio (entrenamientos en ducha e higiene personal, entrenamiento de las tareas domésticas, compra de alimentos y actividades de cocina...).

6.4.2 Actividades grupales específicas: son aquellas actividades donde el objetivo principal es el trabajo de AVDs (programa de salud...)

6.4.3. Hay distintos contextos de intervención como puede ser la realización de otras actividades, las cuales no tienen como objetivo principal el trabajo de AVDs pero también están implicadas de alguna u otra manera (manejo de transportes y del dinero a través del programa de salidas, ducha en actividades deportivas, depilación para actividad de piscina..).

Algunas técnicas y actividades utilizadas desde los Centros de Día para abarcar las AVDs son:

6.4.1 Atenciones individuales.

Se pueden llevar a cabo en el centro, en el domicilio y en el entorno, pudiéndose desarrollar en forma de entrenamientos.

Desde las atenciones individualizadas, se puede intervenir en muchos aspectos personales de la vida diaria citados anteriormente. A continuación se desarrollan algunos ejemplos.

6.4.1.1 higiene y aseo.

- Realizar un aprendizaje a través de pautas verbales y gráficas, en las que el usuario se pueda apoyar. Por ejemplo, realizar un cartel plastificado donde aparezcan los pasos a seguir cuando se realiza la ducha: lavado de cabello, axilas, brazos, abdomen y espalda, piernas, pies y genitales. Poco a poco ir retirando atención presencial, hasta conseguir la autonomía de la persona. El modelado es también una forma de entrenamiento muy eficaz ya que el usuario sigue los pasos imitando al profesional. Este retirará su función de modelo y pasará a supervisar la actividad. La supervisión se irá retirando gradualmente hasta que la persona realice la actividad de forma autónoma. Esto es posible en personas que tienen habilidades o que tienen la capacidad de adquirirlas. Hay que tener en cuenta los entornos con los que cuenta el usuario y las condiciones de estos, ya que en algunas ocasiones hay bastantes dificultades de acceso. Todos estos aspectos hay que tenerlos en cuenta ya que harán variar mucho la metodología de la intervención.

- A través de registros diarios o semanales, donde la persona pueda ir haciendo anotaciones, viendo los avances. Son muy útiles sobre todo para ver el aumento en la frecuencia, las mejoras que realiza, etc. Para que esto sea eficaz es de gran ayuda usar el refuerzo positivo por la consecución de logros y avances, como por ejemplo, el refuerzo social. De esta manera se fomentara que la motivación continúe en el tiempo.

- A través de un contrato, donde la persona debe mantener unos niveles mínimos de higiene para la obtención de beneficios. Se suele utilizar con personas muy resistentes a cualquier cumplimiento de normas. Para los usuarios más crónicos, utilizar compensaciones o refuerzos en función de la consecución de los objetivos a trabajar.

6.4.1.2 vestido.

- Modular tipo de ropa para cada temporada, cambios de ropa, frecuencia, combinación de colores y tejidos, etc. Mediante esquemas gráficos y pautas estructuradas. Para trabajar la concienciación y motivación en esta AVD es de utilidad realizar acompañamientos a tiendas de ropa, así como la visualización de moda en revistas y televisión. El refuerzo social es de gran importancia a la hora de motivar una vestimenta adecuada.

- Visitas domiciliarias y reorganización de vestuario. En muchas ocasiones el usuario necesita renovar su ropa, bien porque esté anticuada, porque no sea la talla adecuada o porque no está en buenas condiciones. Algunas veces la mala organización del armario, o la mala accesibilidad de las prendas de ropa hacen que el usuario tenga dificultades a la hora de utilizar su vestuario. Por ello, apoyar en la organización del vestuario es de gran ayuda a la hora de utilizar las prendas. De este modo el usuario tomaría conciencia de la variedad de prendas que existen en su armario.

- Programas individuales de cuidado de la ropa (uso de lavadora y plancha) pudiéndose realizar programas de aprendizaje y entrenamiento en el domicilio e incluso desde el centro. Aquí es importante que el usuario aprenda a interpretar los símbolos asociados al mantenimiento y cuidado de las prendas que aparecen en las etiquetas de estas (temperatura de lavado, secado, planchado...) y que conozca el manejo adecuado de la lavadora y de la

plancha. La realización de programas de cuidado de la ropa semanal son de gran ayuda de cara a apoyar en la organización de las tareas asociadas a este.

6.4.1.3 Preparación de comida y limpieza.

- Fomentar una dieta completa y equilibrada, planificando menús de desayuno, comida y/o cena, para que el usuario lo realice en casa. Se pueden utilizar guías informativas, charlas educativas, búsqueda de documentación, visitas a tiendas de alimentación y entrenamientos para la realización de compra saludable. También se pueden solicitar visitas a especialistas en nutrición.

6.4.1.4 Cuidado de la salud y manutención.

- Apoyar en el seguimiento y control médico de los distintos especialistas.
-
- Apoyar y entrenar para fomentar la autonomía en el cuidado de ciertas enfermedades que requieren una alimentación especial (Diabetes, Alergias a determinados alimentos, obesidad..).
-
- Rutinas medicamentosas. Para fomentar la autonomía del usuario, este deberá ser responsable de su medicación: cumplir con las tomas, estar pendiente de horarios, ir a por recetas cuando sea necesario, comprarlas en la farmacia, etc.

6.4.1.5 Movilidad en la comunidad.

- Autonomía en movilidad; entrenamiento en interpretación de planos, uso de transporte público. El objetivo es fomentar y/o mantener la autonomía en esta área para favorecer la integración sociocomunitaria y el acercamiento y acceso a lugares normalizados. Los entrenamientos se pueden comenzar mediante el aprendizaje en la interpretación de planos de las redes de transporte para luego realizar entrenamientos reales a través de excursiones y/o

entrenamientos individuales. Al principio se realizarán acompañamientos que se irán retirando para realizar seguimientos y fomentar la autonomía.

6.4.1.6. Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia.

- Valorar las dificultades del entorno, buscar alternativas y soluciones adaptadas al usuario.
- Enseñar a manejar situaciones de urgencia; qué hacer ante un incendio, crisis, ingesta de tóxicos, inundación, escape de gas, además de conocer teléfonos de urgencias y dispositivos de protección civil.

6.4.2 Intervenciones Grupales.

Algunos de los programas de AVD específicos que se pueden llevar a cabo en un C.D. pueden ser:

6.4.2.1. Programa de Salud.; dentro del que se pueden incluir los siguientes módulos:

- Evaluación de hábitos saludables (ANEXO 9)
- Cuidado de la imagen personal, higiene y salud; higiene corporal, higiene bucodental, cuidado de la piel, cuidado de las uñas, cuidado del cabello, higiene podal y maquillaje facial.
- Higiene del sueño.
- Alimentación, nutrición y salud.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: identificación signos salud-enfermedad, primeros auxilios, ejercicio físico, consumo sustancias tóxicas, control médico y rutina medicamentosa, prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Este programa se realiza a través de charlas informativas, asesorías, murales, vídeos y a través de visitas de especialistas en temas específicos de salud (odontólogo, charlas de educación sexual a través de centro de salud...)

6.4.2.2 Programas de actividad física y deporte.

Se incluyen actividades como, ejercicios de estiramientos de forma diaria a primera hora de la mañana, sesiones de aeróbic, actividades deportivas y natación en instalaciones deportivas, psicomotricidad y juegos motrices cooperativos. La utilización de salas de centros cívicos, culturales y deportivos forman parte del proceso de socialización e integración social trabajándose paralelamente aspectos de interés para las personas con enfermedad mental como por ejemplo la lucha contra el estigma.

6.4.2.3 Programa de cocina.

En donde se incluye la búsqueda de recetas, planificación de la compra y preparación de los alimentos y utensilios necesarios, preparación de las comidas, conservación de los alimentos e higiene alimentaria, hábitos alimentarios y limpieza. Para llevar a cabo esta actividad es necesario contar con un espacio adecuado para ello y con los utensilios necesarios. Si no se cuenta con cocina equipada se puede sacar partido a otro tipo de preparados, como recetas de microondas o la realización de postres fríos, batidos y ensaladas entre otros preparados sencillos.

6.4.3 Programas transversales.

Existen múltiples actividades en donde se trabajan AVDs de manera transversal, es decir, el objetivo no es la actividad sino el fin, cualquier actividad sirve como medio para conseguir un fin, un objetivo.

6.4.3.1 Programas de actividades deportivas.

Natación, deportes, mantenimiento físico... Se trabajan distintas AVDs como: duchas, depilación en piscina, adecuar la ropa a la actividad realizada, socialización en recursos normalizados.

6.4.3.2 Programa de salidas y grupos de ocio.

Uso de sistemas de comunicación (llamadas telefónicas para informarse del horario de visitas a un museo), movilidad en la comunidad (uso de

transportes públicos, seguridad vial), manejo del dinero y compras (billetes de tren y metro, compra entradas a cine o museo...), adecuación de la ropa y aseo personal, socialización...

6.4.3.3 Actividad de cerámica, jardinería, cocina, manualidades etc. (limpieza, higiene y cuidado de uñas y manos...)

6.4.3.4 Excursiones: las salidas de varios días, implican el día a día, en donde se trabaja la adecuación de todas las actividades de automantenimiento.

CAPÍTULO 7: PSICOEDUCACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Jesús Gentil y Esther Moreno.

1. INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo del Plan de Atención a Enfermos Mentales Graves y/o Crónicos 2003-2008 y la creación de los centros de día y soporte social se ha tratado de dar respuesta a las necesidades de aquellos usuarios con mayores dificultades para mantenerse en la comunidad con un nivel mínimo de autonomía y que, por tanto, tienen un mayor riesgo de exclusión social.

Uno de los objetivos fundamentales de este nuevo dispositivo de rehabilitación es la mejora del funcionamiento psicosocial de estas personas que les permita una progresiva integración social en su entorno socio-comunitario. En este sentido, resulta de especial importancia abordar aspectos tales como su propio autocuidado, la adquisición y mantenimiento de hábitos adecuados de salud y, primordialmente, todo lo relacionado con un mejor manejo de su propia enfermedad.

Tradicionalmente se han abordado estos objetivos de la rehabilitación desde programas claramente diferenciados, muchas veces por profesionales diferentes y con metodologías distintas. La práctica diaria nos lleva a la conclusión de que resulta difícil intervenir sobre cuestiones relacionadas con su diagnóstico si no se consigue un nivel mínimo de conciencia acerca de la importancia que tiene el cuidado de la propia salud física y emocional. Por otro lado, al integrar bajo un mismo prisma aspectos referidos a la salud en general con los que conciernen a su diagnóstico psiquiátrico, se adopta un enfoque más normalizado de la enfermedad mental. En el contexto de los centros de día y soporte social esta integración se hace más necesaria al tratar con personas que, generalmente, presentan un mayor grado de deterioro en lo referido al cuidado de su propia salud y que tienen mayores necesidades en este sentido.

El presente capítulo es una propuesta de intervención desde los centros de día y soporte social en el área de Psicoeducación y Educación para la Salud que asume un enfoque global de estos aspectos. Consta de dos grandes líneas de desarrollo: una referida a la educación para la salud en un sentido amplio y otra

centrada en el afrontamiento de la enfermedad mental crónica y su tratamiento con el objetivo último de desarrollar estrategias que posibiliten la prevención de recaídas. Supone también un intento por integrar en éste área las distintas aportaciones, conceptuales y metodológicas, de dos grandes campos de la rehabilitación: la psicología y la terapia ocupacional.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

Consideraciones generales.

Cada vez hay mayor evidencia de que personas mejor informadas son capaces de mantener mayor adherencia a los tratamientos y están más motivadas para desarrollar un estilo de vida saludable que atenúe los factores de riesgo.

Por las características que presentan las personas que, mayoritariamente, acuden a los centros de día en cuanto a nivel de comprensión y ejecución de tareas, deterioro propio de la enfermedad por tiempo de evolución y nivel de conciencia de la misma, se presenta un modelo de intervención en dos niveles: un primer nivel, más básico, que se desarrolla a través de un programa con el fin de que, aquellos usuarios con un nivel más bajo en éstos aspectos, adopten un estilo de vida que favorezca la propia salud, fomentando el interés por tener un cuerpo sano, una alimentación cuidada y un aspecto saludable; y, por otra parte, un nivel más avanzado donde se realizarán intervenciones sobre conocimiento de la enfermedad, manejo de medicación y uso de los servicios de salud, sólo con aquellos usuarios que reúnan las capacidades necesarias para poder beneficiarse de este tipo de intervención.

A los centros de día acuden también usuarios que tienen menos tiempo de evolución de la enfermedad y sus capacidades funcionales están mejor conservadas. Este tipo de usuarios que, sin embargo, aún no están preparados para iniciar un proceso más activo de rehabilitación como para ser derivados por ejemplo a un CRPS, necesitan intervenciones más flexibles y progresivas. En muchas ocasiones, en este sector de la población que atendemos en los CD, hay una ausencia total de conciencia de enfermedad y un rechazo manifiesto a cualquier intento por abordar esta cuestión. En estos casos conviene ser muy prudentes a la hora de proponer objetivos en el programa de psicoeducación, la secuenciación de los mismos y la forma (individual o en grupo) de abordarlos. Para ellos también es válido éste modelo de doble nivel

siendo más conveniente empezar por trabajar sobre aspectos más generales de su salud para posteriormente plantearse objetivos en el ámbito de la psicoeducación propiamente dicha. Normalmente, para estas personas la intervención se hará de forma individual, indirecta y progresiva.

Las intervenciones se pueden realizar en distintos formatos, tanto grupal como individual. A nivel grupal la intervención se realiza cuando se observa, después de la evaluación y/o demanda de la persona en esta área, una necesidad común en cuanto a contenidos a tratar y una homogeneidad en cuanto a las capacidades individuales para seguir los distintos modelos de intervención. Este formato introduce, además, todas las ventajas de las intervenciones grupales (desarrollo de un sentimiento de apoyo y confianza, potenciación de interacción social, reducción de sentimientos de estigma al crearse un ambiente “normalizador”, etc.). A nivel individual, cuando los objetivos que se plantean con la persona requieran de una intervención personalizada para poder llegar a la consecución de los mismos. Se realizará a través de tutorías e intervenciones individuales con el psicólogo y/ o el terapeuta ocupacional.

Además, y de manera transversal, se podrán trabajar cuestiones relacionadas con la generalización de las tareas trabajadas en los programas de intervención en otras actividades que se realizan en el centro, con el fin de trasladar estos conocimientos a situaciones reales de la vida cotidiana. En este sentido, el horario de los centros de día permite observar conductas relacionadas con la toma de medicación, hábitos saludables a la hora de la comida y la merienda, control de citas con el Centro de Salud Mental y otros muchos aspectos relacionados con el cuidado de la persona.

La frecuencia de las intervenciones es muy importante para la consecución de los objetivos del tratamiento y por ello se suelen realizar sesiones una vez a la semana, dependiendo, en todo caso, de las necesidades individuales de la persona.

Los objetivos generales del programa se detallan a continuación:

- Adquirir hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida del individuo a la vez que se crean y potencian factores de protección personales ante la condición de vulnerabilidad a padecer recaídas sintomatológicas.
- Mejorar aquellos aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento tales como el uso de la medicación, el afrontamiento de los efectos

secundarios, la detección de síntomas de aviso y el manejo de la sintomatología propia del trastorno.

- Aumentar la autonomía en la utilización de los recursos sanitarios y hacer un uso adecuado de los mismos.

Evaluación.

Al igual que ocurre en otros recursos de rehabilitación, la evaluación en esta área comienza antes incluso de la incorporación del nuevo usuario al centro de día. Se empieza a recoger información desde el momento mismo en que éste es derivado a nuestro recurso en la comisión de continuidad de cuidados por los servicios de salud mental del distrito correspondiente. La información aportada en el informe de derivación en éste área muchas veces resulta escasa limitándose a aspectos generales como el diagnóstico, tratamiento farmacológico, si acude o no regularmente a sus citas en el CSM o si ha tenido o no ingresos previos. Es importante completar y actualizar esta información con aspectos que puedan ser relevantes de cara al proceso de acogida y enganche tales como: el grado de conciencia de enfermedad, la adherencia y autonomía en el uso de la medicación, la sintomatología predominante, evolución de la enfermedad y ajuste premorbido, consumo de tóxicos, intentos autolíticos, etc.

Una vez que el usuario se ha adaptado minimamente al recurso, se inicia el proceso de evaluación mediante una entrevista semiestructurada para contrastar y completar con el propio usuario y, a ser posible, también con la familia, la información aportada desde el CSM. Dentro de la evaluación psicológica se recogen datos relacionados con la enfermedad y dentro de la evaluación de terapia ocupacional, aspectos que hacen referencia a hábitos saludables y autocuidados.

A medida que el usuario participa en otras actividades en el centro de día, se continúa evaluando por observación directa (toma de medicación en la comida y merienda, puntualidad en actividades, hábitos alimenticios, autonomía para llamar y acudir al centro de salud y solicitar recetas, etc.).

Una vez recogida esta información, se complementa con los datos recogidos en la evaluación inicial y se plantean, en caso de ser necesario, los objetivos para la persona en el programa. Además, se establece el formato más adecuado para

llevarlos a cabo. Estos objetivos se consensúan con la persona haciéndola participe en todo momento de su proceso de rehabilitación.

En cuanto al programa de Educación para la Salud se evaluarán aspectos que hacen referencia a hábitos saludables tales como hábitos de alimentación (horario de comidas, dieta equilibrada, cantidad suficiente de alimento, ritmo adecuado...), uso de sustancias (café, tabaco, alcohol, otras sustancias...), hábitos de sueño, hábitos de ejercicio físico y prevención de enfermedades (medicación psiquiátrica y no psiquiátrica, manejo de enfermedades comunes, enfermedades de transmisión sexual y prevención de las mismas, etc.)

De cara al programa de psicoeducación resulta de vital importancia conocer cuál es la actitud del usuario y familiares hacia la enfermedad, aspecto que va a determinar la elección del momento en que se va a intervenir en éste área si es que resulta conveniente. Interesa saber cómo se explica el propio usuario su enfermedad, las atribuciones causales y expectativas que tiene respecto a la misma así como el impacto emocional que ha tenido en él su diagnóstico. Se evalúa también el grado de conocimiento que tiene y su motivación para adquirir información sobre su enfermedad. Además de estos aspectos hay que recoger información sobre cuestiones prácticas relacionadas con su autonomía funcional en la administración de la medicación, la previsión y obtención de recetas o el uso que hace de los distintos servicios médicos en los que es atendido.

Partiendo del modelo de competencia, durante la evaluación, se pone el énfasis en la identificación de las capacidades reales y potenciales que el usuario conserva para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en éste área. También se asume desde los centros de día el principio de individualización centrandolo las intervenciones en base a las demandas que el usuario plantea y las necesidades particulares que se vayan detectando, sin contar con contenidos previamente establecidos. El grado de exhaustividad de la evaluación en cuanto al programa de psicoeducación dependerá en gran medida de la existencia o no de conciencia de enfermedad, la motivación para venir al recurso, las dificultades cognitivas y comunicativas que el usuario pueda tener o la necesidad de intervención en dicha área (en algunos casos es posible conocer de antemano, en coordinación con los SSM, la conveniencia o no de intervenir sobre éstos aspectos).

Intervención.

Por regla general, cuando se trate de intervenciones de tipo individual, será su tutor el principal responsable de realizarlas. Las tutorías recaen fundamentalmente en los educadores del centro que participarán, junto con el psicólogo y terapeuta ocupacional, desde la evaluación a la hora de consensuar objetivos en éstas áreas y planificar su puesta en práctica. En algunos casos, más delicados o con necesidades especiales, la intervención individual podrá realizarla el técnico del recurso más apropiado para cada programa (el terapeuta ocupacional abordaría la parte de educación para la salud y el psicólogo se ocuparía de lo referente a psicoeducación). En todo caso, cada uno de los técnicos indicará las pautas a seguir y supervisará el grado de cumplimiento y consecución de los objetivos planteados.

Siempre que sea posible la intervención se hará de manera grupal. Ello dependerá de que haya un número suficiente de personas con objetivos en el programa, capacidades cognitivas, habilidades sociales de interacción y niveles de motivación similares. La intervención en estos casos recaerá sobre los profesionales más apropiados en cada caso con el apoyo de algún educador previamente formado en estas materias.

La intervención en el programa de Psicoeducación y Educación para la Salud, se aborda, como se ha mencionado anteriormente desde dos ámbitos:

En un nivel más básico, el programa de Educación para la Salud, está dirigido fundamentalmente a aquellas personas con un perfil más propio de centro de día, que presentan un alto deterioro biopsicosocial y una mayor necesidad de concienciación acerca del cuidado de la propia salud. No obstante, pueden incluirse en el programa personas que, aunque presenten un mejor nivel de funcionamiento, presenten carencias en alguna de las áreas que se van a tratar. En éste programa se destaca la importancia de que la persona desarrolle el deseo de cuidar su cuerpo y su salud y, de esta manera, la capacidad de disfrutar de la vida a pesar de las limitaciones que pueda tener. Los objetivos específicos en éste área son los siguientes:

- Conocer los distintos alimentos y sus propiedades para mantener una alimentación equilibrada.

- Proporcionar pautas de hábitos de sueño saludables.
- Dar información acerca de los beneficios de la realización de ejercicio físico de manera habitual.
- Informar sobre los efectos perjudiciales del tabaco, alcohol y consumo de tóxicos.
- Orientar sobre enfermedades de transmisión sexual y prevención de las mismas.

La metodología será fundamentalmente grupal. Las sesiones están planteadas para realizarse una vez por semana y serán eminentemente participativas, fomentando el intercambio de opiniones. Se utilizarán distintas técnicas pedagógicas y materiales introduciéndose textos como guías de explicación de las sesiones, diapositivas, power-point, juegos prácticos, etc. En el programa se abordarán las siguientes cuestiones:

- Conocimiento y valoración del cuerpo: se describen las distintas partes del cuerpo humano dando un breve repaso a la anatomofisiología de los diferentes sistemas del cuerpo: óseo, muscular, nervioso, excretor, circulatorio, respiratorio y digestivo. Se señala, además, la funcionalidad de los mismos así como los cuidados propios en el caso de que funcionen mal.
- Alimentación y hábitos dietéticos inadecuados: Se explican cuestiones como qué es la alimentación, dieta equilibrada, beneficios del pescado, frutas, verduras, carne en la dieta, el agua en la alimentación, hábitos higiénicos y sociales, cómo hacer la lista de la compra y conservación de los alimentos.
- Descanso: Se describe qué es el sueño, fases, patrones, consecuencias de un patrón inadecuado de sueño, alteraciones del sueño y factores que influyen en el sueño.
- Sexualidad: Se trata el concepto de sexualidad, métodos anticonceptivos como medio de prevención y posibles riesgos. Se pretende informar a la persona de los trastornos o disfunciones sexuales y de los cambios en su comportamiento sexual que se producen como consecuencia de la sintomatología propia de la enfermedad mental o por efecto de la medicación.
- Comportamientos de riesgo sanitario: alcohol, tabaco y consumo de tóxicos; se muestran los factores a los que se debe el consumo de estas sustancias, efectos perjudiciales en la salud, creencias erróneas sobre su consumo.

- Ejercicio físico: Se explican las indicaciones del ejercicio físico, los límites de la práctica del mismo y las principales ventajas de la actividad física.

Estos grupos facilitarán además la detección de la necesidad de crear programas específicos en áreas concretas como reducción del tabaquismo, sexualidad o higiene del sueño, además de identificar la necesidad de una intervención a nivel individual con la persona.

En un segundo nivel, el Programa de Psicoeducación, tratará de dar respuesta a las necesidades de aquellos usuarios que tienen la suficiente conciencia de enfermedad, capacidad de comprensión y la motivación adecuada para que sea posible determinar objetivos en este sentido. La intervención en cuanto a lo que se refiere a la propia enfermedad se articula en torno a los siguientes objetivos específicos:

1. Adquirir y mantener conductas protectoras (adherencia al tratamiento, manejo del estrés, etc.)
2. Ajustar aquellas creencias disfuncionales respecto a la enfermedad (atribuciones causales, expectativas de evolución poco realistas, etiquetado de síntomas, etc.) que puedan influir negativamente en su proceso de rehabilitación.
3. Desarrollar habilidades para la identificación de síntomas de aviso y estrategias de cara a prevenir posibles crisis.
4. Alcanzar el mayor grado de autonomía posible en la administración de la medicación, previsión, solicitud y obtención de la misma.
5. Adquirir habilidades para el uso y manejo de la forma más normalizada y autónoma posible de los recursos sanitarios y las relaciones con los profesionales implicados en su proceso de rehabilitación.

Hay que tener en cuenta, antes de comenzar la intervención, si el usuario ya ha pasado anteriormente por un programa de psicoeducación en otro dispositivo (CSM, CRPS, Mini residencia, etc.) Si se alcanzaron los objetivos propuestos se establecerán con ellos metas más de mantenimiento. Con aquellos otros usuarios con los que nunca se ha trabajado en éste área se podrán plantear objetivos pero siempre teniendo en cuenta aquellos aspectos mencionados en las consideraciones generales en cuanto al momento más adecuado de intervención, qué profesional va a llevarla a cabo o el formato de la misma.

Será misión del tutor trabajar con el usuario la percepción de necesidad y la motivación hacia la consecución de objetivos antes de ser derivado al programa. Se establecerán con el usuario cuáles serán sus objetivos específicos aunque se aborden de manera grupal.

En general, las técnicas utilizadas a lo largo del programa serán las mismas tanto cuando los objetivos se aborden de manera individual como en grupo. Se utilizarán técnicas para la transmisión de información (fichas, dibujos, diapositivas, videos, etc.), ejercicios prácticos con material real (medicación, prospectos, informes, etc.), role-playing, modelado, reestructuración de ideas disfuncionales, registros, tareas de generalización, solución de problemas, lluvia de ideas, etc.

En cuanto a los contenidos de la intervención se articularán en torno a tres módulos, si bien hay aspectos que se abordan longitudinalmente a lo largo de todo el programa como la idea de vulnerabilidad, la adherencia a los tratamientos o el afrontamiento del estrés. Estos son:

1. **Información.** Se trata de dotar a los participantes de información clara y actualizada sobre aspectos tales como los síntomas propios, el curso, las causas y fases de la enfermedad, factores de riesgo y de protección, manejo de pródromos, etc. En todo momento se promoverá la expresión de opiniones en el grupo siendo la misión fundamental del terapeuta la de ajustar ideas y devolver la información de la manera más ordenada posible. El propio formato grupal favorece la reducción de sentimientos de angustia y el impacto que pueda tener sobre su autoestima al considerarse aspectos tales como la cronicidad o el estigma social.

Se tratará de vincular la cronicidad a los tratamientos y no al sufrimiento o a la incapacidad. En cuanto a las causas se pondrá el énfasis en la distinción entre causas y factores precipitantes personales. Se expondrá el modelo de vulnerabilidad insistiendo en que, además de la toma regular de la medicación, hay otros factores de protección como la creación de redes sociales o el desarrollo de habilidades personales de afrontamiento del estrés. Otra parte importante de éste modulo es el reconocimiento y manejo de los pródromos o señales de aviso con estrategias de búsqueda de apoyo para prevenir recaídas. Se ofrecerán pautas sencillas para el manejo o reducción del impacto de los síntomas persistentes (anexo 10).

2. Autoadministración de la medicación. Se pretende que el usuario tenga información adecuada sobre la medicación y sus efectos y que adquiera y mantenga el hábito de su administración de la manera más autónoma posible. En cuanto a lo primero se insiste en la idea de que no hay fármacos mejores o peores sino que depende de cada persona. También se trabaja la idea de que se trata de tratamientos paliativos y preventivos similares a los que se emplean en otras enfermedades somáticas (como por ejemplo la insulina en el caso de la diabetes). Cada participante elaborará un cuadro con los efectos beneficiosos de los psicofármacos que utilizan y otro listado para los efectos secundarios de la medicación. Se darán pautas para contrarrestar éstos últimos en la medida de lo posible. Se abordan también las incompatibilidades con otras sustancias (alcohol, cafeína, drogas ilegales, etc.) y los efectos perjudiciales que producen.

En cuanto a la adquisición y mantenimiento de una toma adecuada de la medicación se pone el énfasis en el fiel seguimiento de la pauta farmacológica que indica el psiquiatra y en los riesgos y consecuencias que conlleva tanto la toma deficitaria o el abandono como el abuso de ciertas medicaciones. Resulta útil pedir a los usuarios que traigan su propia medicación al grupo para que aprendan a identificar cuál es cada pastilla por sus características físicas (color, forma, tamaño, etc.) y cuáles son sus efectos. Se confeccionará una tabla individual con las dosis prescritas de cada fármaco para cada toma del día.

Otro aspecto importante a trabajar es el aprendizaje de estrategias para situaciones especiales como olvidos, viajes o si se quedan sin medicación. Se reforzarán todas aquellas que ya emplean y les resultan útiles y se propondrán otras alternativas como realizar un registro, asociar cada toma a una hora del día o la utilización de estímulos discriminativos.

Para favorecer un uso autónomo de la medicación será necesario, en muchos casos, trabajarlo con la familia ya que suelen ser los encargados de su administración. Se abordarán los posibles miedos que obstaculizan el logro de una mayor autonomía en éste área. Dependiendo del estado general y la capacidad real de la persona se establecerán objetivos más o menos ambiciosos en este sentido. Como norma general se irán fijando objetivos de manera progresiva para que paulatinamente el usuario vaya adquiriendo una mayor responsabilidad en la toma de la medicación y, siempre que sea posible, se intentará alcanzar una plena autonomía en este sentido.

3. Utilización de los recursos sanitarios. El objetivo de éste modulo es que el usuario haga un uso adecuado y lo más autónomo posible de los distintos recursos sanitarios que utiliza. También se trata de conseguir una comunicación efectiva con el psiquiatra por el que es atendido en su CSM correspondiente así como con el resto de profesionales implicados en su proceso de rehabilitación.

Se podrán llevar a cabo acompañamientos a los distintos centros de salud con la finalidad de que progresivamente lo vayan haciendo de forma autónoma.

Es importante que la información que el usuario transmita a su psiquiatra sea la adecuada. Para ello se explica que siempre debe aportar información sobre su estado respecto a la enfermedad, los efectos beneficiosos y secundarios del tratamiento y cualquier posible cambio reciente o próximo que pueda suponer un incremento del estrés para esa persona. También se trabajan pautas de comunicación efectiva y negociación con el psiquiatra mediante entrenamientos con role-playing.

Se plantean situaciones en relación al uso de los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios con el objetivo de ajustar la frecuencia y la conveniencia de su utilización. Por último, se aporta información sobre los distintos recursos sanitarios y dispositivos de rehabilitación de los que pueden hacer uso.

Seguimiento.

El seguimiento de los objetivos propuestos tanto en el programa de Educación para la Salud como en el de Psicoeducación se realiza diariamente, puesto que por las características del recurso se pueden observar de manera directa muchos de los aspectos tratados, dentro del amplio abanico de actividades que se desarrollan en el centro de día.

Independientemente de la valoración que se realiza de las intervenciones grupales, se lleva a cabo un seguimiento individual de los objetivos específicos propuestos con cada usuario. Para ello, se facilita antes de comenzar el programa de intervención un cuestionario a modo de pre-evaluación donde se plantean distintas preguntas para analizar el nivel de conocimientos que tiene la persona y que complementará la información obtenida en el proceso de evaluación. Este cuestionario

se volverá a pasar al final del programa (post-evaluación) para observar el aprovechamiento en el mismo y si se han logrado alcanzar los objetivos planteados. Un ejemplo de cuestionario pre-post es el que se muestra en el anexo 11 (“Evaluación de hábitos de sueño”).

Es necesario hacer revisiones periódicas de la evolución del usuario en cuanto al grado de adquisición y mantenimiento de las habilidades entrenadas para la consecución de los objetivos que se propusieron en éste área. Los objetivos no son rígidos y se podrán ir modificando en función de los avances o retrocesos que se puedan producir en cada momento al igual que las estrategias utilizadas para intentar alcanzarlos.

CAPÍTULO 8: AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS.

Diego Pulido

El presente capítulo pretende reflejar una forma de abordaje del malestar emocional que pueden presentar las personas que son atendidas en los Centros de Día (a partir de ahora CD).

a) FUNDAMENTACIÓN.

Situando un marco teórico de inicio, el modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977) plantea la importancia de un manejo eficaz de la tensión como un factor de protección en la prevención de recaídas para enfermos mentales graves. Un paso adelante lleva a Liberman (1988) a señalar que la vulnerabilidad psicobiológica puede derivar en sintomatología psicótica cuando los acontecimientos vitales sobrepasan las competencias personales para el manejo de dificultades de la vida cotidiana; el desarrollo de recursos de afrontamiento y de la competencia percibida por el sujeto disminuirían y/o compensarían dicha vulnerabilidad.

El papel activo, la actitud participativa en la intervención, es un aspecto ampliamente consensuado por los profesionales que trabajan con estas personas, siendo el papel fundamental de éstos el dotar a los usuarios de estrategias para solucionar sus problemas (Pulido, 2002). Es fundamental desarrollar una actitud participativa en la intervención por parte del usuario, siendo el objetivo final *“que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta ... que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario”* (Díaz y otros, 1993, pág. 577).

Con ello se trata de que *“la persona aumente el conocimiento los factores externos y los mecanismos internos que alteran su conducta, aprenda estrategias para controlar estados emocionales y conductas que conllevan consecuencias negativas”* (Cañamares y otros, página 152).

Las estrategias cognitivas y comportamentales son las más utilizadas en el afrontamiento de los síntomas de la enfermedad, siendo un objetivo *“procurar, a través del entrenamiento en estrategias de afrontamiento del estrés, fomentar en los usuarios una sensación de competencia personal que redunde en una motivación para el afrontamiento del estrés producido por situaciones de la vida diaria”* (Alonso y otros, 1997, página 212).

b) OBJETIVOS.

A través de la puesta en práctica de actividades que desarrollen el conocimiento por parte de los usuarios de técnicas de autocontrol y manejo del estrés se pretende entrenarles en técnicas que fomenten el afrontamiento de emociones como la ansiedad, el miedo, la depresión, etc. El objetivo final es que las personas obtengan estrategias de afrontamiento emocional para el manejo de su día a día, con la consiguiente reducción del malestar emocional, el número de recidivas y de ingresos.

Objetivos generales:

- Aumentar las habilidades de afrontamiento para reducir el efecto del estrés sobre la persona, mejorar su calidad de vida y aumentar sus recursos.
- Fomentar una sensación de competencia personal que permita el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida cotidiana.

Objetivos específicos:

- Asimilar el concepto de estrés y entender su carácter subjetivo.
- Desarrollar habilidades de autoobservación de los elementos que producen alguna tensión y/o malestar en la vida cotidiana.
- Asimilar la capacidad de asumir el control de ciertas conductas y reacciones emocionales a través del autocontrol.
- Dotar de estrategias que permitan afrontar las situaciones que producen los siguientes síntomas, así como sus efectos molestos consiguientes: ansiedad, depresión, miedos, síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones)
- Desarrollar habilidades de evaluación de las propias actuaciones de afrontamiento y de corrección de aquellas que resulten inadecuadas, dirigiéndolas hacia otras más ajustadas a los fines que se pretenden.

c) METODOLOGÍA.

Como se ha comentado en capítulos anteriores, el recorrido temporal de los CD, teniendo en cuenta que sus inicios se sitúan noviembre de 2003, es de pocos años de desarrollo. En la mayoría de estos recursos la intervención se enmarca en un contexto individual, siendo menor el número de CD que desarrollan intervenciones grupales (entre otros: CD "Getafe", CD "Arturo Soria", CD "Fuencarral"). El formato grupal presenta las ventajas de facilitar el modelado, el *feed-back* entre los participantes, el apoyo e intercambio de información.

Las características propias de las personas atendidas en los CD en la mayoría de las ocasiones no facilitan un abordaje grupal, siendo por ello la intervención individual el formato con mayor implantación.

En el abordaje del manejo del estrés puede ser utilizado como medida pre y post el *COPE* (*Cuestionario de afrontamiento del estrés*, Crespo y Cruzado, 1997): es un cuestionario de afrontamiento multidimensional (60 items con rango 1 a 4) formando por cinco escalas que miden el afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo, planificación, eliminación de actividades interferentes, afrontamiento restringido y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales), cinco escalas que miden el afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social por razones emocionales, desahogo de emociones, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, y religión) y tres escalas que miden respuestas de afrontamiento de menor utilidad (retirada comportamental, retirada mental y negación).

También se debe realizar una valoración diaria de las sesiones a través de distintos registros que se irán comentando a lo largo del presente capítulo y que se recogerán en los anexos.

d) DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN.

d.1. Autocontrol General:

Existen multitud de estrategias que se pueden utilizar para controlar el malestar producido por la enfermedad, y en concreto por su sintomatología, bien por pensamientos o situaciones que producen ansiedad, depresión, miedo, etc. y en algunos casos suscitan agresividad y pueden desencadenar altercados que acarreen consecuencias negativas para quienes se comportan de forma agresiva. Los pasos a seguir para conseguir un método para afrontar situaciones en general son:

- Autoobservación: lo constituye la identificación de la situación (“*¿qué me está pasando?, ¿cuál es el problema?*”).
- Elección y aplicación de una estrategia adecuada a la situación: en este punto es donde se inscriben las diferentes técnicas que se van a ir exponiendo a continuación (“*¿qué puedo hacer? y ¿cómo lo voy a hacer?*”).
- Autoevaluación: se comparan los resultados de la aplicación de la estrategia aplicada, con los resultados propuestos (“*¿cuáles han sido los resultados?*”).

- Autocorrección: se trata de evaluar en qué se ha fallado y cómo se puede corregir la actuación para próximas ocasiones (“¿qué puedo hacer para mejorar mi actuación? y ¿cómo lo voy a hacer?”).

d.2. Autocontrol de la ansiedad:

La ansiedad es una emoción normal, cuya función es activadora, y por tanto facilita la capacidad para responder al ambiente. Se considera un problema cuando se produce un exceso de intensidad, frecuencia o duración, provocando alteraciones en el funcionamiento de la persona; constituye una emoción compleja, difusa y desagradable, que se caracteriza por sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación, en la que pueden estar presentes síntomas fisiológicos (inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, sudoración, aumento ritmo cardíaco, sensación de ahogo, etc.), cognitivos (pensamientos del tipo “No puedo aguantar esta situación”, “Lo que me pasa es horrible”, “No puedo soportar lo que me pasa”, etc.) y/o motores (escape o evitación de la situación molesta o desagradable).

Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que se destacan por su facilidad de aplicación y efectividad las siguientes:

a. RESPIRACIÓN:

Una respiración adecuada hace posible una mejor oxigenación de la sangre, lo que por un lado favorece un mejor funcionamiento de los tejidos y órganos corporales y por otro un menor gasto energético y en especial un menor trabajo cardíaco. Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración permiten aprender a controlar ésta y en consecuencia favorecen el control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc. y en general ayudan a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar (Labrador y otros, 1993).

Las pautas para llevar a cabo un adecuado entrenamiento en respiración son:

- Ponerse tumbado boca arriba con la piernas estiradas y ligeramente separadas, con las puntas de los pies mirando hacia el exterior y las manos en el abdomen (estómago), una al lado de la otra y sin ejercer presión sobre él o sentado en un sillón cómodo con las piernas ligeramente separadas y los brazos apoyados en los del sillón y el abdomen como en la posición anterior o bien cualquier otra posición que resulte cómoda y que permita centrarse en las

sensaciones que se producen en el abdomen sin interferencias (dolor por la postura, mala circulación por tener las piernas cruzadas, etc.). Evitar que oprima o moleste alguna prenda (cinturón, reloj, etc.).

- Cerrar los ojos.

- Inspirar lenta y silenciosamente por la nariz, llevando el aire lo más profundo que se pueda, intentando que se levanten las manos que se tienen situadas en el abdomen y no los hombros.

- Espirar por la boca poniendo los labios como si se fuera a silbar (sin emitir sonido).

- Sincronizar el ritmo respiratorio de modo que al inspirar, las manos situadas en el abdomen se levanten y al espirar, bajen con éste.

b. IMAGINACION:

El poder de la imaginación se basa en la idea de que el estado en que uno se encuentra está relacionado con los pensamientos que desarrolla; es posible evocar o suscitar determinados estados de ánimo dependiendo de los pensamientos que se evoquen o, asimismo, de las imágenes, escenas, etc. que se representen mentalmente. Resulta un buen complemento de la técnica de respiración, que se puede llevar a cabo evocando una imagen, escena, pensamiento, etc. tras cerrar los ojos y antes de comenzar los ejercicios de respiración propiamente dichos, con el objetivo de suscitar una sensación agradable que predisponga y ayude al desarrollo del estado de relajación.

c. EJERCICIO FÍSICO:

El ejercicio constituye una descarga natural para el organismo cuando éste se encuentra en un estado de excitación; representa también una excelente forma de liberar la tensión muscular y los espasmos asociados, tics y temblores. Cualquier ejercicio puede ser adecuado para una persona, siempre que se tenga en cuenta el estado físico general del que se parte y la edad.

d. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA:

El objetivo es que la persona aprenda a diferenciar entre un estado de relajación y tensión, para que sepa cómo reducir su estado de tensión en un momento puntual. Un método a seguir puede ser el entrenamiento en relajación progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983): tensando y relajando sistemáticamente varios músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones

musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. Se trabajan varios grupos musculares, focalizando la atención en la diferencia entre tensión y relajación. Un ejemplo de recorrido de grupos musculares puede ser el siguiente:

- Cabeza: frente (elevar las cejas lo más posible), boca (apretar los labios, estirar las comisuras de la boca), mandíbulas (morder con fuerza) y cuello (empujar la barbilla hacia el pecho y a la vez intentar no tocarlo).
- Brazos: brazo (estirar y elevar ligeramente el brazo) y mano (apretar el puño).
- Tronco: pecho, hombros y parte superior de la espalda (intentar que los omoplatos se junten) y abdomen (poner el estómago duro).
- Piernas: pierna (tensando, estirar y elevar ligeramente la pierna) y pie (apretar los dedos del pie).

d.3. Autocontrol de la depresión:

La depresión consiste en un síndrome (conjunto de síntomas) que se caracteriza fundamentalmente por una tristeza profunda y en el que están presentes los siguientes síntomas: cognitivos (pensamientos del tipo "*Nada me interesa*", "*No hay nada que valga la pena*", "*La vida no tiene sentido*", etc.), motores (retraimiento y/o aislamiento, abandono de actividades, aficiones, etc.) y fisiológicos (pérdida de peso, dificultades en el sueño, etc).

a. AFRONTAMIENTO DE IDEAS IRRACIONALES:

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen su creencia de validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de evidencia contraria (Beck y otros, 1983). Los pensamientos automáticos a menudo son relámpagos rápidos y difíciles de percibir, que transmiten una especie de mensaje breve y tienen las siguientes características: espontáneos, concretos, telegráficos, creíbles, a menudo tienen la forma "*tendría que*", "*debería*", etc., sesgados y aprendidos.

Esta técnica consiste en analizar la forma en que el usuario piensa, hacerle conscientes de los pensamientos que tiene y el efecto que éstos producen en su estado de ánimo, para hacerlos lo más adaptativos posible y de este modo le ayuden a enfrentarse con mayor confianza y seguridad a su vida diaria. Para detectar dichos pensamientos y afrontarlos con éxito es útil seguir los siguientes pasos:

- Cuando detecte los primeros signos de tristeza o depresión, pararse a pensar qué es lo que se estaba diciendo a sí mismo, cuál es el pensamiento que precede a ese sentimiento (*“¿qué estoy pensando justo antes de comenzar a sentirme mal?”*).
- Una vez detectado el pensamiento de base, responder a *“¿qué pruebas existen de que ese pensamiento sea cierto?, ¿qué pruebas existen de que sea falso?, ¿qué es lo peor que podría ocurrirme si ese pensamiento fuera cierto?, ¿qué cosas buenas podrían ocurrirme si fuera cierto?”*.
- Sustituir el pensamiento negativo por otro constructivo y más realista, que se ajuste mejor a la realidad, en base a evidencias encontradas.
-

Puede utilizarse el Anexo 12 (Registro para la detección y eliminación de pensamientos irracionales).

b. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES:

Uno de los aspectos más negativos de la depresión es la manera en que paraliza la voluntad: al principio se comienza postergando la realización de alguna actividad desagradable o fastidiosa, y a medida que uno va dejando de hacer cosas aumenta la pereza y la desgana, y con ellas la falta de motivación. Prácticamente toda actividad parece tan difícil o apetece tan poco, que se deja de hacer más cosas, incluidas las que producen placer. La persona se va apartando de sus fuentes cotidianas de estímulo y placer, lo que hace que aumenten los pensamientos negativos y sentimientos de tristeza.

Una parte del proceso de mejoría del estado de ánimo consiste en comenzar a realizar actividades que proporcionen a la persona el sentido de autoeficacia y placer necesarios para continuar y ampliar el repertorio de conductas que conforman una vida sana. Para la planificación de actividades es importante el seguimiento de una serie de pasos:

- Comenzar planificando las actividades que a uno le resulten placenteras, evitando de momento las que resultan desagradables.
- Configurar un horario donde se anote cada día lo que se va a hacer y a qué hora.
- Una vez adquirido el hábito en la realización de actividades y la persona comience a sentir el efecto positivo de su realización, comenzar a introducir gradualmente actividades menos placenteras: comenzar por una actividad agradable, se continúa con otra menos agradable y por último se lleva a

cabo una que resulte muy agradable, de modo que se refuerce con ésta última la realización de actividades poco placenteras.

Puede utilizarse el Anexo 13 (Registro semanal de actividades) y el Anexo 14 (Registro de evolución puntuación en BDI y número de horas dedicadas a la realización de actividades placenteras a lo largo de la semana).

d.4. Autocontrol de los miedos: enfrentamiento graduado:

El miedo se define como “*perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario*” o como “*recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea*”; es una sensación desagradable de ansiedad ante un objeto, actividad o situación determinados, ante los que uno piensa que va a recibir un daño o que pelagra su integridad física.

El enfrentamiento graduado consiste en exponerse progresivamente al estímulo que evoca el miedo, acompañando la exposición con estrategias que reduzcan el nivel de activación (respiración, relajación muscular progresiva, etc.). El proceso se basa en la habituación (proceso de familiarización con un objeto, actividad o situación) y la exposición repetida. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Concretar cuál es el objeto, actividad o situación que provoca el miedo.
- Hacer un listado de diez situaciones relacionadas con ellos, ordenadas gradualmente desde la que provoca menos miedo a la que provoca más.
- Enfrentarse a cada una de las situaciones escogidas progresivamente, de forma que no se pase a la siguiente si la anterior sigue produciendo malestar.
- Para el enfrentamiento a cada situación es esencial tener en cuenta: durante el enfrentamiento utilizar alguna técnica de control de la activación (respiración, relajación progresiva, etc.), permanecer en la situación hasta que la ansiedad sea más baja que al inicio o haya disminuido por completo y repetir el enfrentamiento con cada situación hasta que la ansiedad ante ella desaparezca.

d.5. Autocontrol de ideas delirantes y alucinaciones:

Entre un 25% y 50% de las personas con esquizofrenia experimentan delirios y alucinaciones que no ceden al tratamiento farmacológico (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002); hablamos de síntomas “resistentes a la medicación” cuando se

manifiestan síntomas resistentes de al menos 6 meses de duración, a pesar de haberse administrado las dosis recomendadas con al menos dos antipsicóticos.

El objetivo es suavizar el malestar y/o la creencia de realidad de las mismas (Jackson y Chadwick, 1997); se pretende la reducción de los delirios y de las alucinaciones en algunos de sus parámetros: frecuencia, intensidad y duración. Las técnicas se van a centrar en:

- Cambiar de forma persistente y voluntaria el foco de atención de los pensamientos y percepciones molestas a otros campos más constructivos.
- Ampliar la perspectiva de análisis de la realidad de forma que se tengan en cuenta más elementos y se puedan realizar explicaciones alternativas más adaptativas y adecuadas tanto de los pensamientos como de las percepciones.
- Contrastar tanto los pensamientos como las percepciones a través de datos empíricos que los apoyen y los refuten.

ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN (adaptado de Garety, Fowler y Kuipers, 2000)	
	Alianza terapéutica (predictor del éxito de la terapia): siempre trabajaremos desde el punto de vista del usuario, desde sus creencias, centrando el foco de la terapia en la reducción del malestar y la mejora del funcionamiento cotidiano Evaluación previa
<i>Etapa 2</i>	Entrenamiento de estrategias de afrontamiento (DS, Parada de pensamiento, Relajación, etc)
<i>Etapa 3</i>	Desarrollo de una nueva comprensión de la experiencia psicótica desde el modelo de vulnerabilidad-estrés
<i>Etapa 4</i>	Intervención con los delirios y alucinaciones: los objetivos son la eliminación de tales creencias o, en su defecto, la disminución de la severidad en cualquiera de sus dimensiones básicas (convicción, preocupación, perturbación emocional o en la limitación funcional)
<i>Etapa 5</i>	Atender a las autoevaluaciones negativas y emociones
<i>Etapa 6</i>	Abordaje del riesgo de recaída y aumento del malestar

Se trata de una aproximación que se interesa por entender y dar sentido a las experiencias psicóticas, y por favorecer la colaboración entre el usuario y

el terapeuta. Para ello se aleja por completa de un estilo de confrontación o desafío directo de los delirios, llegando a utilizar en ocasiones un estilo didáctico. Las intervenciones cognitivas son efectivas para reducir o eliminar los delirios y las alucinaciones, siendo los beneficios mayores en los delirios; una realidad constatada es que entorno al 50% de las personas tratadas mostraron poca o ninguna mejora.

VARIABLES PREDICTORAS DE BUENA RESPUESTA A LA TERAPIA
(adaptado de Valiente, 2002)

- Menor periodo de duración de la enfermedad.
- Presencia de una sintomatología psicótica de baja severidad.
- Personas que admitiesen la posibilidad de estar equivocados, en el caso de que se les presenten evidencias incompatibles con sus creencias.
- Buen *insight*.

Para la evaluación pre y pos, así como la evolución de las sesiones se plantean los siguientes instrumentos: delimitada una idea delirante o alucinación auditiva con la que se va a trabajar, se evalúa en todas las sesiones el grado de creencia y de interferencia en la vida diaria (ver Anexo 15 Grado de creencia y de malestar generado por una idea delirante o una alucinación)); paralelamente se registrará la presencia de ésta a lo largo de las semanas de intervención para llevar un gráfico de la frecuencia de aparición (ver Anexo 16 Frecuencia de aparición de una idea delirante o una alucinación a lo largo del mes).

Cuevas-Yust y Perona-Garcelán (2002) plantean que el número de sesiones necesario se situaría por encima de las 30, en períodos de tiempo muy superiores al año, siendo recomendable mantener sesiones de seguimiento/recuerdo durante largos períodos de tiempo.

d.5.1. Técnicas basadas en la distracción: actividad distractora incompatible con los síntomas

Consiste en realizar una actividad que dificulte el desarrollo de los síntomas. El objetivo es cambiar de forma persistente y voluntaria el foco de atención de los pensamientos y percepciones molestas a otros campos más constructivos como escuchar música con cascos, pensar en lo contrario de lo que sugieren las ideas

delirantes desarrollando el máximo de detalles, hacer operaciones aritméticas mentalmente, etc..

d.5.2. Técnicas basadas en la atención:

El objetivo es ampliar la perspectiva de análisis de la realidad de forma que se tengan en cuenta más elementos y se puedan realizar explicaciones alternativas más adaptativas y adecuadas tanto de los pensamientos como de las percepciones.

d.5.2.1. Técnica de Sherlock Holmes:

Las ideas delirantes, creencias en voces que controlan la conducta, son tomadas por la realidad *a priori* por el hecho de que afloran a la consciencia de forma automática y reiterativa. Se pretende plasmar la idea de que no existe una realidad absolutamente objetiva para multitud de situaciones, sino que existen las interpretaciones que hacemos a ellas a través de nuestros pensamientos. Consiste en aprender a hacer interpretaciones alternativas más adaptativas, con un estilo de no confrontación, realizando un análisis exhaustivo de los datos: analizar las pruebas que se tienen que apoyen o rechacen la aparición de las alucinaciones y las ideas delirantes como si fuésemos detectives o científicos. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Buscar pruebas que apoyen las creencias de voces y/o de ideas delirantes.
- Buscar pruebas que contradigan dichas creencias.
- Modificar las creencias en función de los datos recogidos.

Puede utilizarse el Anexo 17 (Registro para el análisis de las ideas delirantes o alucinaciones).

d.5.2.2. Interpretación alternativa:

El proceso de trabajo puede dividirse en una serie de pasos:

- Reconocer el punto de vista de la persona, evitando la confrontación.
- Reconocer por parte del terapeuta que diferentes personas pueden tener diferentes puntos de vista y opiniones sobre las cosas.
- Sugerir un punto de vista alternativo, permitiendo a la persona que esté de acuerdo o no (entendiendo por qué puede estar en desacuerdo).

- Sugerir un modo de evaluar cuál es la alternativa que más se aproxima a la realidad, es decir, que está apoyada por más datos y evidencias de ésta.
- Cuando se reduce la creencia es muy importante tener en cuenta que la persona suele desmoralizarse y desarrollar sentimientos de desesperanza; ofrecer alternativas esperanzadoras de la nueva forma de interpretar las cosas.

d.5.2.3. Prueba de realidad:

El objetivo no es intentar convencer al usuario de la irracionalidad de sus creencias sobre si algo es real o no, sino cuestionar las creencias que mantienen su malestar. Se busca contrastar tanto los pensamientos como las percepciones a través de datos empíricos que los apoyen y los refuten. Para ello se puede diseñar un experimento siguiendo las siguientes fases:

Para ello se puede diseñar un experimento siguiendo las siguientes fases:

- Pensar qué situación sería necesaria que sucediera para que disminuyera la creencia en voces controladoras o ideas delirantes. Es importante pensarla con todos los detalles que hicieran posible que las creencias disminuyeran.
- Programar dicha situación de la forma más concreta posible y teniendo en cuenta todos los detalles anteriores.
- Llevarla a cabo.

Puede utilizarse el Anexo 18 (Registro para realizar una prueba de realidad de una idea delirante).

d.5.3. Técnica basada en la focalización.

Entre las técnicas de afrontamiento de alucinaciones auditivas destaca la técnica de la focalización que parte de la hipótesis de que éstas son resultado de una deficiencia en la capacidad para distinguir cuándo un hecho pertenece al mundo real y cuándo es producto de la imaginación. Se pretende que gradualmente la persona modifique la atribución que hace de las voces, de una fuente externa a sí mismo.

Una manera concreta de focalización consiste en prestar atención a las voces (centrándose en las características físicas –cuántas voces hablan, cuál es su volumen, intensidad y tono, son de hombre o mujer, qué acento tienen, de dónde proceden y su contenido-). Posteriormente, el usuario graba en una cinta de cassette, con su propia voz, el contenido de las voces y la escucha gradualmente, cada vez más tiempo y cuando tolere esta estimulación se expondrá a situaciones evocadoras de las alucinaciones.

CAPÍTULO 9: HABILIDADES SOCIALES Y MEJORA DE LAS RELACIONES SOCIALES.

Lorena Fernández

9.1 INTRODUCCIÓN.

El ser humano pasa gran parte del tiempo interactuando con otros. Las habilidades sociales (a partir de ahora hh.ss.) son las conductas específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal.

Las hh.ss. se aprenden. Ningún niño nace simpático, tímido..., a lo largo de su vida va aprendiendo a comportarse de un modo u otro en función de las contingencias que siguen a su conducta. Son, por tanto, adquiridas y no innatas.

A lo largo del proceso de socialización natural, se van aprendiendo conductas que nos permiten interactuar con los demás. Sin embargo, estas experiencias de aprendizaje no siempre llevan a una conducta socialmente adecuada o no todas las personas pasan por, o se benefician de, dichas experiencias de aprendizaje (p.ej. el debut de una enfermedad mental grave a edades tempranas puede dificultar este proceso de socialización). La aparición de una esquizofrenia en la adolescencia se asocia a un pobre desarrollo de hh.ss., e incluso un inicio más tardío, *“puede desplazar las habilidades adquiridas y hacer al individuo incapaz de utilizar las que potencialmente posee en su repertorio”* (Lieberman, 1994).

Uno de los factores de protección descritos en la teoría de la vulnerabilidad para el desarrollo de la esquizofrenia, es el modo en el cual la persona y su red social son capaces de modular el impacto de los estresores. Una deficiente capacidad de afrontamiento y un apoyo social limitado pueden conducir a un agravamiento de la sintomatología o incluso a una crisis.

En la actualidad hay suficientes datos que demuestran la correlación entre competencia social y adaptación social. Numerosos estudios avalan los éxitos de los programas de entrenamiento en hh.ss. (EHS). Dichos estudios afirman que las personas con una enfermedad mental grave y persistente pueden ser entrenadas en conductas sociales concretas en situaciones interpersonales específicas. También afirman, aunque con mayor cautela, que estos aprendizajes pueden llegar a generalizarse, reducir la sintomatología clínica y el número de recaídas.

En definitiva, los programas de EHS facilitan la competencia social pero no la aseguran e inciden sobre el funcionamiento social y el curso de la esquizofrenia, ya que incrementan las habilidades de coping y por tanto, disminuyen la vulnerabilidad.

Sin embargo es importante señalar que los resultados de un EHS serán mayores cuando dicho entrenamiento forme parte de un programa multidimensional de rehabilitación. Uno de los componentes de ese programa multidimensional podrían ser las intervenciones dirigidas a paliar el deterioro cognitivo que caracteriza a alguna de las personas con enfermedad mental.

Brener y Roder aseguran la necesidad de realizar un entrenamiento en capacidades básicas previo al de hh.ss. Otros autores como McQuaid (en American Psychiatric Association, 2000) hablan de los avances conseguidos en hh.ss. por pacientes jóvenes de corta evolución de la enfermedad sometidos a entrenamientos combinados (capacidades básicas y sociales), sin embargo, los resultados no son tan concluyentes cuando se trata de pacientes crónicos de larga evolución; es más, las diferencias entre programas combinados y no combinados (EHS) sólo resultan ser significativas en cuanto a la frecuencia de actividades sociales y no en la competencia social general. Por otro lado, en las investigaciones de McQuaid, también se sugiere que el entrenamiento repetitivo, concreto y con un sobreaprendizaje de hh.ss. puede ayudar a compensar las limitaciones neurocognitivas de pacientes crónicos con larga evolución de la enfermedad.

La presencia de limitaciones neurocognitivas y una larga evolución de la enfermedad, son algunas de las características de los usuarios derivados a un Centro de Día (CD). Por lo tanto, en estos casos, pueden ser más eficaces los entrenamientos basados en la metodología descrita en las investigaciones de McQuaid (conductas moleculares, concretas, ensayos repetitivos, sobreaprendizaje...).

A parte del dilema entrenamiento combinado vs no combinado, otro aspecto importante es el contexto en el que se realizan estos aprendizajes. Uno de estos contextos, implica el diseño de programas experimentales en grupo, y el otro en ambientes más naturales. Los primeros son métodos estructurados y sistemáticos que utilizan técnicas de modificación de conducta para adquirir, mantener o recuperar habilidades sociales, y los segundos, consisten en actividades más inespecíficas y menos controladas que hacen participar a los usuarios de la “socialización”. Este segundo tipo de “entrenamientos” más transversales, posibilitan un aprendizaje de comportamientos sociales cuando las personas son capaces de interactuar “naturalmente”.

Hay usuarios que tienen dificultades para aprender en contextos no experimentales, porque su conducta no está gobernada por las contingencias que “naturalmente” puedan presentarse en dichas situaciones (si lo fueran no precisarían este tipo de programas de entrenamiento). Por esta razón, es necesario predisponer al individuo para que responda en los contextos naturales. Es decir, se requiere hacer algo para que estos ambientes faciliten la adquisición de habilidades y así, la persona pueda ser moldeada por las contingencias naturales del medio socio-cultural en el que se mueve.

La importancia de la transversalidad radica en ofrecer una metodología de entrenamiento distinta a la experimental y favorecer la generalización.

Otra cuestión a destacar dentro del EHS es la utilización de programas estandarizados vs. individualización de la intervención.

El poner en marcha entrenamientos estándares impide realizar intervenciones individualizadas y adaptadas a las necesidades detectadas en la evaluación y por tanto, hace difícil el trabajo por objetivos y la consecución de los definidos en el Plan Individualizado de Atención y Soporte Social (PIAS).

El propósito último del EHS: *“no es ayudar a los pacientes a enfrentarse más efectivamente con la conducta de otra persona durante las interacciones llevadas a cabo en las sesiones de entrenamiento. Por el contrario, lo que busca el terapeuta es establecer el cambio durante esta práctica controlada de la situación problema y luego facilitar la generalización de las habilidades aprendidas por el paciente a las situaciones conflictivas que tienen lugar en la vida real. Si los pacientes muestran hh.ss. apropiadas durante el ensayo en el lugar del entrenamiento, pero luego fracasan en el contexto natural, la intervención no ha servido a una función clínica.”* (Caballo, 2002). Sin embargo, las dimensiones de la generalización no son exclusivamente contextuales, sino también temporales e interpersonales.

Para ello los programas EHS han de cumplir una serie de características:

1. Fundamentados en una evaluación inicial y continua. Constituyen un trabajo por objetivos.
2. Basados en los principios del aprendizaje. Fundamentación teórica y rigor técnico.
3. Planificados, estructurados, sistemáticos y de larga duración (de 9 meses en adelante).
4. Adaptados a las particularidades de cada individuo: contextuales y no estandarizados, es decir, entrenamientos que faciliten el aprendizaje de habilidades útiles a una persona concreta en situaciones reales.
5. Que faciliten entrenamientos en contextos normalizados (p.e. cafetería), bajo aproximaciones sucesivas y sobreaprendizaje.

6. Utilizando ensayos múltiples: en múltiples ambientes, con interlocutores distintos y utilizando respuestas diferentes en una misma situación.
7. Que se utilicen como modelos conductuales a otros usuarios y que la instigación del terapeuta se vaya desvaneciendo.
8. Que incluyan “sesiones de apoyo” y “tareas para casa o intersesión”.

9.2 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HH.SS. EN LOS C.D.

9.2.1 Justificación teórica.

En parte de los usuarios derivados a un CD se observan déficit en hh.ss. y dificultades para aprender comportamientos socialmente habilidosos en contextos naturales. Esto evidencia la necesidad de desarrollar programas específicos de EHS en estos recursos.

El perfil de usuarios que acuden a un CD, puede estar formado por personas que presentan un mayor deterioro, y por tanto dificultades en hh.ss. básicas, o bien, individuos que no estando tan deteriorados, necesitan un apoyo profesional más a largo plazo para mantener su calidad de vida y autonomía. Así, las limitaciones con las que nos podemos encontrar van de lo más elemental a lo más complejo.

En el nivel más básico, se observa un inadecuado contacto ocular (sea por defecto o por exceso), inexpresividad facial, postura y distancia interpersonal inadecuadas, dificultades en la expresión y reconocimiento de emociones, dificultades en el saludo y/o la despedida (o no lo hacen, o utilizan siempre las mismas fórmulas), inadecuación del lenguaje verbal al no verbal, déficit de comunicación en pareja y sobre todo en grupo, ausencia de fórmulas inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones, incapacidad para hacer preguntas, persistencia en un mismo tema o respuestas incoherentes o tangenciales, respuestas monosilábicas, bloqueo a la hora de hacer comentarios espontáneos, inexistencia de signos de escucha activa,

dificultades para respetar el turno de palabra o estar callado toda la conversación, latencias de respuesta muy altas, etc.

Cuando los niveles de deterioro son menores, los EHS se centran en capacidades más avanzadas: asertividad (pedir información/ayuda, recibir/hacer críticas, expresar opiniones, etc.), solución de problemas y toma de decisiones.

9.2.2 Evaluación de las hh.ss.

Toda intervención debe fundamentarse en una evaluación previa. Los programas de EHS no son una excepción. A partir de la evaluación inicial se obtiene una línea base que marcará la intervención y servirá de comparativa en la evaluación funcional. Por tanto la evaluación ha de ser continua.

Se realizará a través de:

- Cuestionarios: en ocasiones no podrán ser aplicados de manera estandarizada pero sí nos servirán como guía. Ejemplos: *Escala de funcionamiento social de Birchwood*, *SAFE* (para personas institucionalizadas con gran deterioro), *Evaluación de Competencia Social de Maryland*, *Escala de Interacción Social de Liberman*.
- Observación: directa, role-playing, utilización de registros (ver anexo 19 “*evaluación de hh.ss. básicas*”), evaluador externo...
- Entrevista: a usuarios y personas del entorno.

Los componentes a evaluar son:

- Competencias sociales y las situaciones en las que la persona es habilidosa.
- Déficit en hh.ss., operativizar y contextualizar dichas dificultades.

- Determinar parámetros conductuales de frecuencia, duración e intensidad.
- Esclarecer si los déficit evaluados se correlacionan con otros factores (medicación, ansiedad social...) o con inhabilidad.
- Topografía: lenguaje no verbal y paraverbal (conductas moleculares: gestos, postura, contacto ocular, distancia interpersonal, expresión facial, volumen, entonación, latencia de respuesta...).
- Red social: previa y actual, tipo de relación, personas de contacto, frecuencia del contacto, etc.
- Habilidades de comunicación: latencia de respuesta, inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones, preguntas, comentarios espontáneos, etc.
- Asertividad: expresar opiniones, críticas, decir no, etc.
- Habilidades instrumentales: trámites burocráticos, pedir información, etc.
- Solución de problemas y toma de decisiones.

Una vez realizada la evaluación se definirán los objetivos de intervención, que han de cumplir las siguientes características: reales, alcanzables, constructivos, funcionales, específicos, operativos, contextualizados y relacionados con conductas de alta probabilidad de ocurrencia.

9.2.3 Diseño de un programa de entrenamiento.

CARACTERÍSTICAS:

COMUNES A LOS PROGRAMAS DISEÑADOS PARA USUARIOS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS):

- Basados en los principios del aprendizaje.
- Se plantean objetivos de cambio y adquisición de conductas.
- Funcionales.

- Perspectiva preventiva y terapéutica.
- Se enfatizan los aspectos positivos del funcionamiento.
- Grupos homogéneos en el nivel de competencia.
- Grupos cerrados.
- Programas de larga duración.
- Dinámicos y participativos (implicación activa y directa del sujeto).

DIFERENTES A LOS PROGRAMAS DISEÑADOS PARA USUARIOS DE UN CRPS:

- Grupos más reducidos, sobre todo en los niveles más bajos (no más de 4 participantes).
- Intervenciones más secuenciadas, controladas, estructuradas y directivas.
- Entrenamiento de unidades conductuales y no tanto de repertorios comportamentales. Entrenamiento de hh.ss. básicas y topográficas.
- Sesiones más cortas y repetitivas.
- Especial importancia del sobreaprendizaje y el moldeamiento.
- Utilización de distintas estrategias de intervención para conseguir un mismo objetivo en una misma sesión.
- Más dificultades de generalización.
- Ensayos conductuales más cortos, secuenciales y controlados.
- Necesidad de utilizar más apoyos educativos: fotografías, escribir conversaciones en la pizarra... Más ayuda externa.

OBJETIVOS:

Generales:

Mejorar la competencia social, favorecer la integración y adaptación a la comunidad, facilitar la consecución de una red social y constituir un factor de protección.

Específicos: adquirir conductas de interacción social básicas, reconocimiento y expresión de emociones, inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones. Lenguaje verbal y no verbal, asertividad y habilidades instrumentales, toma de decisiones y solución de problemas.

Individuales:

Como ya se ha comentado, no se debe caer en el error de aplicar programas de EHS estandarizados por la complejidad y la diversidad de las conductas a entrenar y por la heterogeneidad de las personas en la sintomatología y en el funcionamiento social (Rullas y Carretero, 2002).

Estos objetivos vendrán definidos en los PIAS de cada uno de los usuarios así como en las evaluaciones continuas posteriores.

Para poder facilitar esta adaptación a la idiosincrasia de cada uno de los participantes, es necesario contar con grupos muy reducidos (no más de 4 en los niveles más bajos, 5-6 en los medios y 6-7 en los altos).

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO:

El asumir que la competencia social es aprendida, implica que para adquirir un comportamiento socialmente habilidoso o para que la conducta interpersonal sea más adaptativa, será necesario poner en marcha entrenamientos que utilicen estrategias de

aprendizaje y modificación de conducta: modelado, role playing, instrucción verbal, moldeamiento, feedback (por parte del profesional y de los miembros del grupo), reforzamiento diferencial, sobreaprendizaje, tareas para casa...

El formato de intervención será, principalmente, grupal (esto no quiere decir que no se puedan llevar a cabo entrenamientos individuales). Los grupos de entrenamientos intentarán ser homogéneos (en déficit y capacidades) y estarán integrados entre 4 y 6-7 miembros (dependiendo del nivel de competencia del que se participa). Se realizarán ensayos conductuales que supongan enfrentarse a situaciones cotidianas de relación interpersonal en contextos más experimentales y por tanto más controlables.

Como ya se ha comentado, los programas de EHS han de basarse en los principios del aprendizaje, ser altamente estructurados e individualizados. Cuando se habla de estructuración, se hace referencia a la sistematicidad en la aplicación del programa. Los EHS en un CD han de caracterizarse por su flexibilidad (ni rígidos ni iguales para todos), por un alto rigor técnico y metodológico.

Las técnicas más utilizadas son:

- Instrucciones: concretas, sencillas, cortas y repetitivas.
- Moldeamiento: dividir la conducta global a entrenar en unidades más moleculares y realizar aproximaciones sucesivas.
- Modelado: por parte del profesional y de otros miembros del grupo.
- Ensayo conductual: role-playing con refuerzo diferencial inmediato.
- Feedback: inmediato, relacionado con los objetivos de entrenamiento y realizado por el propio usuario, sus compañeros y el profesional.
- Tareas intersesión: para favorecer la generalización.

CONTENIDO:

El programa de EHS, en un CD, puede ser dividido en 3 niveles: básico, medio y avanzado. Los dos primeros son los más representativos del los CD, por esta razón serán descritos con más detalle. El tercer nivel, es más similar a los EHS de un CRPS.

BÁSICO:

Está dirigido a usuarios que presentan un mayor nivel de deterioro, que no poseen muchas de las unidades conductuales que se consideran prerrequisitos para un comportamiento social adecuado y por tanto necesitan entrenamientos altamente estructurados y directivos. Por ello, las conductas susceptibles de entrenamiento deben estar descritas en términos operativos, objetivables y cuantificables.

Puede subdividirse en 2 módulos diferenciales de entrenamiento:

1. Habilidades básicas y de comunicación: el principal objetivo es la mejora de la conducta verbal y paraverbal: contacto ocular, postura, distancia, expresión facial, volumen, tono, flexión de voz..., iniciar, mantener y finalizar conversaciones en pareja (partes de una conversación, fórmulas de saludo y despedida, hacer 3 preguntas y 1-2 comentarios espontáneos). Se utilizan ayudas externas, p. e. indicaciones verbales y gestuales por parte del profesional para controlar el volumen en una conversación, escribir en un encerado los objetivos de cada uno de los usuarios, etc.
2. Lenguaje no verbal y expresión de emociones: la finalidad es el reconocimiento y expresión de emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, miedo, asco y sorpresa) y la incorporación al repertorio conductual de gestos asociados al saludo y la despedida.

En un principio cada uno de los módulos será impartido en sesiones independientes. Cuando el usuario adquiera mayor competencia en cada una de las unidades conductuales entrenadas en los módulos independientes, se hará un entrenamiento conjunto. Por ejemplo: primero se pueden entrenar fórmulas de saludo

por un lado, y por el otro, la conducta gestual cuando alguien saluda (levantar la mano, sonreír, etc), cuando el usuario haya incorporado a su repertorio estas conductas de manera independiente, se unirán, es decir, cada vez que salude ha de sonreír.

Esto es así para facilitar la adquisición del comportamiento socialmente habilidoso, recuérdese que el nivel básico de entrenamiento está dirigido a los usuarios con mayor deterioro. Se observarán importantes dificultades para comprender y seguir instrucciones, así como déficit en los prerrequisitos más básicos que dificultan la adquisición de conductas más complejas. Todo ello exige un esfuerzo extra de adaptación del programa de EHS y del profesional.

Es importante que los aprendizajes se vayan haciendo más exigentes según se alcancen objetivos. Es decir, el programa ha de ser dinámico y en constante adaptación a las particularidades de cada usuario.

La progresión del módulo de habilidades básicas y comunicación puede estructurarse de la siguiente manera:

1. Trabajar partes de una conversación (saludo, preguntas y respuestas, despedida) sin hacer mención a la utilización de fórmulas alternativas de respuesta.

2. Role-playing de conversación en pareja. Sólo uno de ellos pregunta (2 cuestiones que se escriben en el encerado) y el otro contesta. Las conversaciones siempre son en pareja. Se especifican previamente los objetivos que tanto los participantes como los observadores han de cumplir. El/los usuario/s que no participan en el role-playing tienen también una tarea para así poder garantizar que presten atención, esta tarea consiste en fijarse si uno de los compañeros cumple o no alguno de los objetivos que se habían formulado previamente. Al finalizar el ensayo conductual se da feedback tanto por parte de los participantes, de los compañeros y del profesional.

3. Paralelamente al punto 2 se fijan también objetivos relacionados con aspectos paraverbales (p.e. distancia, postura corporal, contacto visual, volumen...).

4. Posteriormente, comienzan a trabajarse posibles fórmulas de saludo y despedida así como utilizar alguna alternativa diferente a la que habitualmente usen.

5. Se incrementa a 3 el número de preguntas que cada uno de ellos formula. Se siguen escribiendo en el encerado.

6. Se introduce 1 comentario espontáneo por parte del que responde. De este modo se consigue que la conversación se asemeje más a lo ocurrido en situaciones naturales. El añadir este elemento, supone un grado de dificultad mayor, por lo que, para facilitar la ejecución, es importante comenzar haciendo un role playing previo entre el usuario y el profesional en el que se entrenen un tipo de respuestas y comentarios. Todo ello se escribe en el encerado (esta ayuda se irá retirando progresivamente).

7. Para que un individuo adquiriera una conducta concreta, ésta debe ser entrenada utilizando distintas estrategias, de no ser así, el sujeto se hará experto en una técnica determinada pero no se producirá la adquisición del comportamiento. Para evitar esto es conveniente utilizar estrategias de intervención alternativas al role-playing (p.e. *tarjetas de conversación* para ordenar y explicar el porqué de esa secuencia. La complejidad será creciente, pero es importante que aparezcan preguntas y respuestas fácilmente asociables, p.e. términos comunes, que sean de corta extensión y con fórmulas prototípicas de conversación, p.e. “gracias-de nada”. Ver anexo 20 “*tarjetas de conversación*”).

8. Introducir 1 gesto que acompañe al saludo y a la despedida. Se puede utilizar material gráfico que facilite la adquisición de este objetivo (p.e. fotografías).

9. Para favorecer la generalización a contextos menos experimentales, se propone que los participantes repitan una de las conversaciones, p.e. en la sala de espera (es complicado que lleven a cabo tareas en casa o en situaciones más naturales sin la supervisión e instigación de los profesionales) y se programan sesiones en contextos más normalizados (por ejemplo, cafeterías).

El módulo de conducta gestual y expresión de emociones también ha de seguir una progresión cada vez más ambiciosa en sus objetivos:

1. Expresión y reconocimiento de emociones básicas así como conducta gestual relacionada con hábitos de aseo, de ocio, etc. (para trabajar capacidades básicas junto con rigidez facial y gestual). Para ello se escriben en el encerado palabras dentro de una categoría, y se deben representar a través de mímica (un facilitador de la ejecución es describir en términos de aproximaciones sucesivas la conducta a representar, p.e.; “cepillarse los dientes”: coger el cepillo, echar la pasta, mojar el cepillo en el agua, cepillarse los dientes y enjuagarse).

2. Utilización de tarjetas en las que aparecen escritas emociones básicas para representar a través de gestos, para elaborar categorías, identificar situaciones específicas para cada emoción, etc. (ver anexo 21 “*tarjetas de emociones*”).

3. Utilización de tarjetas con dibujos de emociones básicas, con el objetivo de identificar los gestos representativos de cada una de ellas (se les da la instrucción de fijarse en ojos, boca y manos). Siempre se hace mención al mismo tipo de gesto para una misma emoción (por ejemplo: enfado es siempre con el ceño fruncido, la boca cerrada y apretada y el dedo señalando). (Ver anexo 22 “*dibujos de emociones*”).

4. Tarjetas con dibujos de emociones básicas pero en las que aparece algún gesto diferente al que ya han asociado a una emoción concreta (p.e. enfado con el ceño fruncido, la boca cerrada y apretada y los brazos cruzados). Con esto se pretende facilitar una generalización en el reconocimiento y expresión de emociones y evitar una única respuesta rígida.

5. Utilización de fotografías de emociones básicas con los gestos que los usuarios habían aprendido a identificar como parte de una emoción concreta. Es importante comenzar con estímulos más sencillos para progresivamente aumentar en complejidad, por esta razón, primero es conveniente utilizar dibujos de personajes y posteriormente pasar al rostro humano.

6. Presentación de fotografías de emociones básicas en las que no aparecen todos los gestos que acostumbran a identificar como característicos de una emoción o fotografías de emociones en las que aparecen gestos distintos a los habituales.

7. Las fotos van aumentando en complejidad progresivamente, tanto en cuanto al tipo de emoción representada, los gestos utilizados en la representación de esa emoción, las personas fotografiadas (conocidas, con gafas, desconocidas, niños, adultos, mayores...) con ello se pretende que la respuesta de reconocimiento no esté limitada a un único estímulo.

8. Representación de 1-2 gestos típicos de saludo y despedida.

9. Realización de estos gestos de saludo y despedida en una conversación.

10. Introducir en las conversaciones gestos de emociones básicas (p.e.: sonreír cuando alguien da una información agradable).

MEDIO:

Está dirigido a personas con un deterioro menor que los miembros del nivel básico, por lo que no se harán entrenamientos en unidades conductuales tan elementales y tampoco será necesario el mismo grado de directividad. Son usuarios que poseen muchas de las unidades conductuales que se consideran prerequisites para un comportamiento social adecuado, pero no los repertorios comportamentales o estos son inapropiados.

Al igual que en nivel anterior, podemos diferenciar dos módulos de entrenamiento:

1. Módulo de conversación: pretende la adquisición de las habilidades necesarias para mantener una conversación en pareja y en grupos (de 3-4 miembros). Se centrará en el entrenamiento de habilidades de inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones, escucha activa, silencios, hacer varias preguntas y comentarios espontáneos, cambiar de tema, respetar el turno de palabra, hacer cumplidos... También puede hacerse necesario, con algún usuario concreto el entrenamiento puntual de alguna habilidad más básica (p.e. contacto ocular, vocalización, distancia, etc).
2. Módulo conducta gestual y expresión de emociones: pretende el reconocimiento y la expresión de emociones básicas y no básicas (vergüenza, aburrimiento...) y la incorporación al repertorio conductual de gestos característicos de saludo, despedida, escucha activa y gestos que acompañen a lo verbal (p.e. abanicarse con la mano cuando decimos que hace mucho calor).

Al igual que en el nivel anterior, al principio cada módulo será independiente y después conjuntos. A medida que se vayan alcanzando los objetivos, el programa ha de hacerse más exigente y ser adaptado a las nuevas necesidades de cada uno de los usuarios. Puede valorarse la posibilidad de cambiar a algún participante de nivel si los logros alcanzados lo aconsejan.

La estructuración del módulo de conversación puede ser la siguiente:

1. Trabajar partes de una conversación (inicio, mantenimiento y finalización) así como fórmulas de saludo y despedida.
2. Ídem al nivel básico.
3. Ídem al nivel básico, pero se introducen elementos de escucha activa.
4. Conversaciones en pareja en las que se formulan 3 preguntas (sólo una pregunta). Se siguen escribiendo en el encerado.
5. Las preguntas no se escriben en el encerado.
6. El que responde ha de proferir al menos 2-3 comentarios espontáneos relacionados con las preguntas que su compañero le hace, o bien, devolverle la pregunta.

7. Realización de gestos que acompañen al saludo y a la despedida. Utilizar varias alternativas de respuesta.

8. Utilización de *tarjetas de conversación* para ordenar. Estas tarjetas deben tener una complejidad creciente, siguiendo la misma línea descrita anteriormente, pero en este nivel, las conversaciones incluyen más elementos: más preguntas, fotografías de un grupo de 3-4 personas (no sólo pareja) manteniendo una conversación y haciendo gestos acorde a lo que dicen, etc.

9. Progresivamente la conversación no tendrá porqué limitarse exclusivamente a las preguntas que se hayan formulado previas al role-playing (en el momento en el que se determinan los objetivos individuales) siempre y cuando se mantenga un mismo tema de conversación y no se produzcan silencios inadecuados.

10. Las preguntas ya no se limitan a una única persona, los 2 participantes pueden hacerlo.

11. Se trabajan habilidades para el cambio de tema.

12. Se comienza a introducir la expresión de opiniones.

13. Conversaciones en grupo de 3 personas siguiendo la misma progresión que las conversaciones en pareja. Se pone especial atención al contacto ocular.

14. De manera simultánea a todos los pasos anteriores se propone que se lleven a cabo conversaciones en la sala de espera.

15. A medida que los usuarios se van haciendo más hábiles, y para favorecer la generalización a contextos más naturales, se programan sesiones en cafeterías. Previamente, en el CD, se describen objetivos individualizados y se dan indicaciones sobre el tema de conversación, preguntas, respuestas y comentarios a realizar. Con la intención de mejorar la ejecución en la cafetería y así prevenir silencios inadecuados, interrupciones, etc.

El módulo de conducta gestual sigue la misma progresión que el descrito para el nivel más básico, con las siguientes diferencias:

1. Se trabaja también con emociones no básicas (p.e. vergüenza).

2. Se busca el aprendizaje de diferentes alternativas de saludo y despedida (más de dos).

3. Se introducen en las conversaciones gestos de saludo, despedida, escucha activa, emociones y conducta gestual acompañando al lenguaje verbal.

4. El avance en la consecución de objetivos es más rápido que en el nivel básico por ello se trabajan antes, de manera simultánea, ambos módulos.

AVANZADO:

Está dirigido a aquellos usuarios con menor nivel de deterioro y por tanto más capacidades conservadas. Son usuarios que no sólo poseen las unidades conductuales, sino también los repertorios comportamentales que se consideran prerequisites para un comportamiento social adecuado, aunque estos puedan estar en mayor o menor medida deteriorados.

Los módulos incluidos en este nivel son:

1. Habilidades de comunicación: conversaciones en grupo, aspectos que perturban la comunicación y estilos de comunicación (inhibido, asertivo y agresivo).
2. Asertividad y habilidades instrumentales: decir no, hacer peticiones, pedir ayuda, solicitar información, hacer y recibir críticas, expresión de emociones, empatía, manejo de la hostilidad, trámites burocráticos, manejo del dinero... En los niveles anteriores, las habilidades instrumentales suelen ser entrenadas en atenciones individuales.
3. Toma de decisiones y solución de problemas: identificar y definir operativamente el problema, buscar alternativas de solución, ventajas e inconvenientes, elegir una, ponerla en práctica y evaluar resultados. Hay autores que recomiendan la estructuración de las sesiones de este módulo en los siguientes pasos: instrucciones verbales, utilización de material audiovisual demostrativo, manual-guía de actuación, discusión (diálogo Socrático), role-playing y feedback.
4. Adherencia al tratamiento: hay autores que incluyen en los programas de habilidades sociales módulos relacionados con la psicoeducación. Sin embargo, en un CD, sobre todo con los usuarios con mayor nivel de deterioro, este tipo de intervenciones suelen ser individuales.
5. Uso de recursos comunitarios: en algunos programas de EHS se incluyen entrenamientos para favorecer la utilización de recursos normalizados y así facilitar la integración en la comunidad. Es fundamental no perder de vista esta idea: deben hacerse entrenamientos que potencien el uso de recursos

comunitarios y no circunscribirlos exclusivamente a un módulo del programa de hh.ss. sino como la línea general a seguir en cualquier intervención.

Los niveles de entrenamiento son secuenciales dado el grado de complejidad creciente que suponen, es decir, cuando se alcancen los objetivos descritos para el nivel 1 se pasará al 2 y así sucesivamente.

Una característica común a los 3 niveles es que la división en módulos permite que determinados usuarios puedan acudir a un único módulo o a ambos, en base a las necesidades idiosincrásicas detectadas en la evaluación.

TIPO DE SESIONES:

- Básicas: lo que habitualmente se entiende como entrenamiento en hh.ss. en el centro.
- Preparación de una salida: estructurar y diseñar previamente en el CD entrenamientos posteriores in vivo.
- In vivo: al principio el terapeuta adoptará un papel más activo para dar paso a un rol de observador y facilitador. Es fundamental que se produzca un desvanecimiento cada vez mayor para facilitar la generalización. También será importante que el profesional controle aquellas variables que puedan interferir en los objetivos a entrenar y que proponga alternativas de actuación.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS SESIONES:

En el nivel básico, el programa se estructura en 2 sesiones semanales de unos 30-40 minutos (el deterioro cognitivo de los usuarios y la consecuente exigencia al profesional dificultan sesiones más largas, y la necesidad de hacer intervenciones de tan sólo media hora exige que sean al menos 2 a la semana). En el medio, 2 sesiones semanales de 50-60 minutos. Y el avanzado, 1 sesión semanal de 60 minutos (el

deterioro en capacidades básicas es menor con lo que se pueden realizar sesiones más largas y abarcar, por tanto, más objetivos sobre los que intervenir).

Todas las sesiones siguen la misma estructura:

1. Revisión de tareas intersesión (nivel avanzado) y de lo expuesto el día anterior.
2. Observación y evaluación del nivel de competencia inicial.
3. Breve explicación teórica de la habilidad a trabajar a continuación.
 - a. Introducción al comportamiento a implantar.
 - b. Modo de llevarlo a cabo: posibles dificultades y soluciones.
 - c. Ventajas e inconvenientes.
4. Reseñar objetivos individuales: instrucción verbal y modelado.
5. Modelado y ensayo conductual.
6. Feedback (verbal y visual a través de la grabación en vídeo): repaso de cada una de las unidades conductuales entrenadas y de la consecución o no de los objetivos.
7. Resumen de lo trabajado.
8. Tareas intersesión.

1. Fundamentación

Las investigaciones sobre déficits cognitivos en la esquizofrenia se han centrado en la atención y la memoria, surgiendo diferentes modelos explicativos. Sin embargo, no hay estudios sobre el impacto de estos déficits en la vida cotidiana de los usuarios.

El modelo de vulnerabilidad – estrés de la esquizofrenia puede ayudar a situar estos déficits como uno de los factores presentes en la persona y relacionados con otros factores de vulnerabilidad. Sin embargo, desconocemos el peso específico de estas variables en el desarrollo de la esquizofrenia (Vazquez, 1.996) Además, las capacidades cognitivas están mediadas por otros factores como cansancio, medicación, motivación, etc.

En cualquier caso, los déficits cognitivos pueden interferir en el funcionamiento cotidiano del usuario, de forma que, las relaciones sociales pueden verse mermadas si el usuario se siente sobrecargado ante la cantidad de estímulos a los que atender; adquirir o recuperar el hábito y desempeñar correctamente el aseo diario puede resultar arduo si no es capaz de mantener y dividir la atención y poseer una adecuada categorización de los productos de aseo; para el cumplimiento del tratamiento farmacológico se necesita de recursos atencionales y mnemotécnicos, etc.

En estos casos, el usuario puede percibir la situación como amenazante o aversiva, emitiendo respuestas poco funcionales o escape/evitación. La intervención sobre capacidades cognitivas influyen en el mejor desempeño de tareas, de forma que el usuario puede afrontar con mayor probabilidad de éxito estas situaciones.

Las principales dificultades que se encuentran, son:

- Identificar estímulos.
- Seleccionar estímulos relevantes.
- Filtrar estímulos irrelevantes.
- Enlentecimiento en el procesamiento de la información.
- Mantener y dirigir la atención focalizada.
- Disponer de la información previamente almacenada

- Derivar conclusiones deductivas y análogas correctas.
- Abstracción de reglas.
- Evocar la respuesta apropiada ante un estímulo.
- Latencia de respuesta larga.

El propósito de la estimulación cognitiva es mejorar los procesos cognitivos, actuando para compensar, sustituir y/o recuperar funciones deterioradas, de forma que se mejore el funcionamiento psicosocial y la autonomía del usuario en su entorno.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Generales

La estimulación cognitiva tiene como objetivo general mejorar y potenciar las capacidades cognitivas de atención, memoria y razonamiento que contribuyen al desarrollo de la autonomía del usuario en su entorno.

2.2. Objetivos Concretos

Atención

- Discriminar figura fondo.
- Discriminar e identificar estímulos relevantes que sean significativos en su vida cotidiana.
- Incrementar el período de mantenimiento de la atención en las actividades.
- Disminuir el número y frecuencia de distracciones en la realización de tareas.
- Incrementar la capacidad para cambiar y alternar el foco de atención de una actividad a otra.
- Mejorar la capacidad de realizar dos o más actividades a la vez.

Memoria

- Mejorar la selección de datos útiles en la memoria a corto plazo.
- Aumentar la fijación de datos relevantes.
- Disminuir olvidos.
- Mejorar la clasificación de datos en categorías nemotécnicas.
- Aumentar el recuerdo de actividades a realizar.

- Aumentar el recuerdo organizado y estructurado de su pasado.

Razonamiento

- Aumentar la comprensión de información.
- Mejorar la secuenciación lógica.
- Mejorar la obtención de conclusiones deductivas.
- Incrementar la capacidad de denominación, definición, y creación de categorías.
- Mejorar la secuenciación de tareas.
- Generalizar lo aprendido al contexto natural.

3. Metodología

La intervención sobre capacidades cognitivas se circunscribe al modelo de competencias, centrándose en las competencias preservadas y potencialidades de la persona más que en las dificultades y discapacidades.

Se plantea la intervención sobre estimulación cognitiva desde una óptica funcional para el usuario y adaptada a sus necesidades y a su entorno, usando para ello estrategias de sustitución, compensación y rehabilitación.

Según el análisis funcional y los objetivos planteados para el usuario el abordaje puede ser inespecífico, es decir, se interviene en el área afectada, incidiendo sobre el aspecto funcional del déficit.

Por ejemplo, desde una intervención para aprender a cocinar platos sencillos, se realizaría una adaptación de dicha actividad con el fin de estimular, compensar o sustituir las capacidades de atención selectiva, mantenida y alternante y la capacidad de planificar y organizar el ambiente, de modo que facilite el desarrollo de la actividad y seguir una secuencia. El papel del profesional irá desde la ayuda y supervisión retirando progresivamente su apoyo con el objetivo de desarrollar la autonomía del usuario.

O bien, para aquellos casos en los que, en base al análisis funcional, se predice que un abordaje inespecífico puede ser insuficiente o que las capacidades

cognitivas del usuario afectan seriamente a múltiples áreas de su vida se puede plantear una intervención más directa y específica sobre los procesos cognitivos.

Si además, no es un único usuario el que presenta este funcionamiento se puede diseñar un formato grupal, cumpliendo con los criterios de desarrollo de un programa y teniendo en cuenta la filosofía de trabajo del Centro de Día.

Hay que tener en cuenta que las técnicas y programas de estimulación no son un fin en sí mismo sino un medio que permiten y facilitan al usuario realizar actividades en su funcionamiento diario, manteniendo unos niveles óptimos de autonomía.

4. Intervención

Los contenidos de la intervención adoptan el marco filosófico de trabajo en el Centro de Día, caracterizado por la flexibilidad y adaptación del Centro al usuario.

La intervención puede adoptar un formato grupal o individual, en función de los objetivos planteados en el Plan de Intervención de Apoyo y Soporte Social, los criterios al uso de inclusión de un usuario en un grupo y las características individuales de cada usuario.

Desde un abordaje inespecífico se comienza realizando una evaluación funcional en la que se identifiquen dificultades cognitivas que repercutan en las actividades de la vida diaria. Dependiendo de las características de los usuarios se realizará un abordaje individual si el usuario así lo requiere o bien grupal si el perfil del grupo es homogéneo y los usuarios se pueden beneficiar de la intervención en este formato.

Durante las intervenciones se trabajan componentes cognitivos del desempeño de tareas como secuenciación, categorización, formación de conceptos, operaciones espaciales, resolución de problemas, etc.

En la intervención individual, se adaptará al máximo la actividad a las capacidades y habilidades del usuario. El entorno en el que se realiza la actividad es de suma importancia ya que el usuario debe familiarizarse con él a fin de disminuir el estrés, que puede interferir de manera negativa en el aprendizaje. En este sentido, la

realización de las intervenciones en el domicilio es ideal ya que es el entorno natural del usuario.

En el caso de las intervenciones en el Centro de Día se reproduce al máximo el entorno habitual del usuario, con el fin de facilitar la transferencia de lo aprendido, por ejemplo, se reproduce la disposición de los útiles de aseo en el baño.

A nivel grupal, se realizan actividades ocupacionales planteadas con una duración de medio/ largo plazo, con un objetivo y productos significativos en los que se trabajan transversalmente componentes cognitivos de desempeño. Por ejemplo, en la restauración de un mueble se trabajan entre otras: la selección de productos adecuados para cada tarea, la secuenciación, la comprensión de instrucciones y, además, las funciones ejecutivas, al tener que organizar la cognición y el movimiento. Es importante consensuar con los usuarios qué actividad se va a realizar con el fin de aumentar su motivación y compromiso hacia la tarea.

Desde una perspectiva directa y concreta sobre capacidades cognitivas se puede realizar una intervención individual o plantear la realización de un grupo para aquellos usuarios con mayores dificultades a este nivel y que requieren de una actuación más sistemática y directa debido a la influencia importante de estos factores en el funcionamiento cotidiano.

En la intervención grupal cada usuario tendrá sus objetivos a desarrollar en los módulos siguientes:

Módulo I: Atención

Los déficits en percepción visual afectan al desempeño en actividades cotidianas, por ello es necesario conocer si se encuentra conservada ya que dificultades a este nivel interfiere el logro de objetivos en procesos superiores de integración de la información. Se presenta material para el análisis perceptual por medio de la identificación y reconocimiento de las propiedades de los estímulos, centrándose en posición, tamaño, color y las dimensiones estímulares que permitan identificarlos.

El déficit en la constancia de forma provoca que objetos de uso común no se identifiquen como tales cuando se presentan sin un fondo y en orientaciones

inusuales, por ejemplo: un tenedor de entre un grupo de cubiertos, dado que al estar rodeado por otros objetos la existencia de déficit en la percepción visual hace que el contorno no se percibe de manera diferenciada.

Para mejorar la percepción visual se emplean láminas en las que se superponen objetos, hay distintas tonalidades de un color o aparecen objetos en distintos planos. Por medio de preguntas se va guiando la atención hacia aquellas partes significativas y se facilita la realización de una adecuada interpretación de la información que se está percibiendo.

Para mejorar la atención y basado en el módulo de percepción social de la TPI, se presentan estímulos visuales neutros: paisajes y animales. Después se mostrarán imágenes de personas, cada vez con más carga emocional, para fomentar la percepción social adecuada. En este caso se detecta, identifica y describe la comunicación no verbal presentes en las imágenes para posteriormente realizar una interpretación adecuada de esos estímulos. Se usará el rol-play en caso de que sea necesario.

La selección de estímulos irá de lo más sencillo a lo más complejo, empezando por aquellos que aseguren el éxito de la tarea y utilizando en todo momento un lenguaje descriptivo.

En cada sesión los usuarios realizarán un resumen de lo más importante, interviniendo de este modo sobre la capacidad de resumir y recordar lo significativo.

Módulo II: Memoria

Partiendo de los repertorios previos de los usuarios se interviene para mejorar y reforzar las categorías y jerarquías conceptuales sobre el aseo, AVD, actividades de ocio y recursos sociocomunitarios presentes en su entorno.

Para ello, se fomenta la asociación de categorías e inclusión de elementos en las categorías, basándonos en las dimensiones estímulares socialmente frecuentes y normalizadas, a la vez que se respeta la idiosincrasia de cada persona.

Se persigue la categorización semántica ya que este es el mejor modo de organizar la información en la memoria a largo plazo. Se utilizan soportes visuales y

se relaciona la información con experiencias personales. La denominación de los elementos se basa en el lenguaje del usuario, no del profesional y se potencia que la persona asocie la información nueva con la ya conocida. Se utiliza el efecto de primacía o recencia, según cada caso.

A nivel mnemotécnico, también se trabaja para modificar el ambiente físico por ejemplo poner carteles y calendarios que faciliten el recuerdo, y se colabora con las familias en el uso de estrategias de compensación. Se persigue la asociación de objetos, actividades y contexto en el que se realiza, por ejemplo buscar un lugar donde poner el desodorante en el cuarto de baño que facilite la visibilidad y por tanto el uso. También se facilitan claves para el reconocimiento.

El razonamiento se trabaja transversalmente en las actividades que se plantean en los dos módulos.

Los módulos se presentarán de forma secuenciada, proponiendo también sesiones combinadas para mantener lo aprendido y potenciar la generalización.

La estructura de las sesiones seguirá los pasos siguientes:

- Se comenzará con el repaso de los contenidos de la sesión anterior y de las tareas para casa si las hubiera.
- Breve introducción a los contenidos que se trabajarán en cada sesión y la aplicación a su vida diaria.
- Ejercicios prácticos para desarrollar y mejorar las estrategias sobre las que se interviene.
- Resumen de los contenidos de la sesión.
- Evaluación de la sesión.

5. Evaluación

Se realiza la evaluación funcional del usuario, recogiendo y analizando la información sobre capacidades cognitivas de la forma más operativa. Se valora también la influencia de la discapacidad en el funcionamiento del usuario.

Después de cada sesión hay que analizar sobreestimulación, motivación, déficits, dificultades y evolución de los objetivos a conseguir. Por tanto, la evaluación será continua.

6. Apuntes

En la estimulación cognitiva está muy presente el uso del lenguaje, tanto en la descripción de estímulos como en la definición y enunciación de características, comprensión de la información, efecto punta de lengua, etc. Esta relación justifica que en los programas de estimulación cognitiva se intervenga indirectamente sobre el uso del lenguaje, aumentando vocabulario, incidiendo en las diferencias entre describir e interpretar, etc.

Es en este punto donde se observa que cuanto menor sea el lenguaje hablado que se emplee más dificultades habrá para expresarse de forma escrita o para comprender los mensajes leídos de manera adecuada, lo que influye a nivel funcional dado que un importante número de información se transmite de manera escrita como pautas que recete el médico, información sobre un curso u ofertas en el supermercado.

En las personas con enfermedad mental grave pueden existir dificultades para extraer información acerca de las formas de las letras y de las palabras, por ejemplo, la escasa capacidad en la memoria icónica y en la memoria a corto plazo dificultan la conversión de los rasgos visuales en material lingüístico. Un ejemplo sería identificar que la forma “p” es la letra “p”, los déficits en memoria a largo plazo dificultan el reconocimiento de fonemas y el acceso al léxico, interfiriendo de esta forma en procesos superiores de comprensión de frases y textos escritos.

Las dificultades para extraer información acerca de las formas de las letras se manifiesta en omisiones, sustituciones, inversiones... tras la evaluación se trabaja por medio de la realización de fichas en las que se reconocen los rasgos propios y distintivos de cada letra (por ejemplo: “p” y “b”), los movimientos necesarios para su realización y la verbalización de cada fonema.

Con lo descrito se deduce que procesos superiores de comprensión de palabras y frases se encuentra gravemente afectado. Si es en este proceso donde se encuentra el déficit se realizarán actividades de vocabulario y mejora de acceso al léxico: emparejar objeto- nombre, emparejar sustantivo- definición, realizar definiciones, entre otras.

El último proceso es el semántico o de comprensión de un texto, en él la persona puede ser capaz de comprender un texto sin necesidad de conocer el significado de todas las palabras. Para trabajar este último proceso se realizarán adaptaciones de textos complejos transformándolos en frases sencillas que se complejizaran a medida que el usuario vaya desarrollando competencias en la comprensión. También es importante que la lectura se realice en una entonación adecuada y respetando las pausas del texto.

A nivel funcional la lectura de una receta se podría trabajar siguiendo la siguiente secuencia:

- Realización de fichas de letras si hubiera dificultades a este nivel.
- Familiarización con vocabulario específico de cocina: tipos de ingredientes, utensilios de cocina, procesos específicos que se realizan durante la preparación de la receta...
- Adaptaciones de las recetas: en un primer momento las recetas se desglosarán en pasos sencillos y secuenciados, esta ayuda se irá desvaneciendo dando lugar a pasos cada vez más complejos.
- El último paso sería comprender cómo se realiza una receta sin adaptaciones, directamente de un libro de cocina.

En lo que respecta a la escritura consta de cuatro procesos cognitivos: planificación del mensaje, construcción de las estructuras sintácticas, selección de palabras y procesos motores (Cuetos, 1990).

La planificación del mensaje puede resultar complicado para las personas con enfermedad mental grave por la dificultad de generar ideas y ordenarlas de tal forma que transmitan un contenido coherente. Con el fin de facilitar la generación de ideas se pueden emplear imágenes en las que haya que realizar descripciones sobre características básicas (color, forma y tamaño de los objetos que aparecen,...) que se irán haciendo más complejas a medida que la persona vaya generando ideas, de esta forma, también se estimula la generación de lenguaje.

Los procesos sintácticos comprenden la selección del tipo de oración (pasiva, interrogativa, de relativo...), tras decidir la estructura sintáctica comienzan los procesos léxicos o de recuperación de palabras. La dificultad para conceptualizar añadida a los déficits en la memoria a largo plazo hacen que este paso resulte muy complicado. Como se ha señalado en los procesos de lectura, la elaboración de frases irá desde la

más sencilla: sujeto+ verbo+ complemento hasta frases más complejas, añadiendo distintos complementos.

Los procesos motores exigen que se recupere de la memoria a largo plazo el patrón motor correspondiente y constituye una tarea perceptivo- motriz muy compleja, en ocasiones se produce mezcla de alógrafos (mayúsculas y minúsculas). letras mal dibujadas, letras excesivamente grandes o pequeñas, letras muy inclinadas, etc. Ejercicios de motricidad fina y fichas con pautas sobre la escritura de las letras ayudarán a la persona a ir desarrollando destrezas específicas para la realización de letras.

1. Fundamentación.

La expresión y recepción de emociones son la base de las habilidades sociales ya que la comunicación emocional permite el ajuste a las características del interlocutor asegurando la adecuación de las conductas operantes a la situación. Así mismo, permite erigir el valor, el significado, la intención, la construcción de uno mismo y de la relación, es decir, el desarrollo emocional, permite comunicarse y relacionarse socialmente. Por tanto, la competencia social queda sujeta a la capacidad de recoger y expresar emociones.

La empatía es la competencia que nos permite identificar, reconocer y entender los sentimientos expresados por el otro y actuar en función de ello. Es, en consecuencia la habilidad que va a permitir el ajuste emocional.

Por lo tanto, todo lo que haga referencia al desarrollo de expresión de emociones y capacidad emocional y empática va a repercutir sobre el desarrollo de las habilidades sociales.

En los trastornos mentales graves hay problemas para interactuar con estímulos emocionales: embotamiento afectivo, respuestas emocionales inapropiadas, claramente discordantes con el contenido del lenguaje, ambivalencia afectiva, retraimiento, respuestas similares a distintos estímulos afectivos, etc.

Estas dificultades están en relación con alteraciones en otras áreas, que dificultan aún más el aprendizaje emocional, y que son:

- Alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, lo que dificulta la asociación entre sentimientos y eventos.
- Alteraciones del lenguaje que interfiere en la expresión emocional.
- Problemas de atención, principalmente para mantener la atención y la facilidad que presentan para responder a estímulos irrelevantes. Esto

último, se pone especialmente de manifiesto en reuniones y grupos por la diversidad de estímulos potenciales a los que atender.

- Enlentecimiento en el procesamiento de la información y en identificar estímulos de breve presentación.
- Falta de motivación.
- Efectos secundarios de la medicación, etc.

Por otro lado, la experiencia con algunas emociones en estos sujetos puede, incluso, haber adquirido una función amenazante o aversiva, ya que se puede haber asociado emoción con dolor, descontrol, pérdida, discusión, rechazo social que pueden haber facilitado historias de condicionamiento de escape/evitación o respuestas de afrontamiento poco funcionales. Además, estas respuestas pueden ser rechazadas y castigadas socialmente porque no se ajustan a la situación. Con frecuencia, dejar de tomar contacto con ciertos sentimientos es funcional en la adaptación a su entorno.

Todas estas cuestiones dificultan el aprendizaje emocional de los enfermos mentales crónicos que son la base para la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales. Estas se consideran factor de protección del estrés que hay que potenciar en tanto en cuanto son competencias que permiten enfrentarse a situaciones estresantes con más probabilidad de éxito y porque son una puerta que les permite acceder a relaciones sociales. La expresión y recepción de emociones permite conectar con los demás como individuos y crear vínculos necesarios para el desahogo y el apoyo en la superación de los problemas.

En la década de los 80 autores como Liberman recogen la necesidad de los enfermos mentales crónicos de aprender a expresar emociones y a identificar la expresión facial de emociones de sus interlocutores. De hecho, los entrenamientos en habilidades sociales incluyen intervenciones sobre la expresión afectiva.

En el Centro de Día, la mayoría de los usuarios han realizado programas de entrenamiento en habilidades sociales y los aprendizajes que adquirieron no se han mantenido en el tiempo o no se han generalizado a otros contextos, y esto dificulta el mantenimiento y mejora de las redes de apoyo con las que cuentan así como su integración en la comunidad.

Si el déficit en expresión y recepción de emociones dificulta el desarrollo del individuo y la adquisición de competencias sociales, y en los trastornos mentales crónicos éstas son tan importantes que suponen un factor de protección al estrés, se plantea un aprendizaje de emociones que favorezca su desarrollo personal y su competencia social, teniendo en cuenta los factores que están presentes en el desarrollo de la empatía y en el reconocimiento y expresión de emociones.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Generales

1. Identificar, reconocer y expresar sensaciones y emociones que resultan en diferentes interacciones.
2. Identificar y reconocer la expresión emocional en los demás en distintas situaciones.
3. Ajustar la propia expresión emocional a la situación.
4. Emitir una respuesta empática ante la expresión emocional de los demás, ajustadas a la interacción.

2.2. Objetivos concretos:

- Reconocer e identificar gustos y preferencias.
- Conocer los gustos y preferencias de los demás.
- Identificar y reconocer las sensaciones producidas por la estimulación de los cinco sentidos.
- Identificar estímulos elicítadores de emociones básicas.
- Asociar los estímulos idiosincrásicos elicítadores con la emoción.
- Expresar y reconocer emociones a tres niveles:
 - No verbal:* expresión facial, gestos y posturas.
 - Paraverbal:* entonación y volumen.
 - Verbal:* contenido del mensaje.
- Ajustar la expresión emocional a la interacción.

3. Evaluación

Se realiza la evaluación funcional de cada usuario, recogiendo sobre la expresión y recepción de emociones, los datos que permitan elaborar el perfil

emocional del usuario, incluyendo también aquellos sentimientos que predominan en el usuario (V. Anexo).

4. Metodología

La intervención sobre el desarrollo emocional se circunscribe al modelo de competencias, centrándose en las competencias preservadas y potencialidades de la persona más que en las dificultades y discapacidades.

Se plantea la intervención sobre la expresión de emociones y reconocimiento de las mismas en los demás de forma interdependiente tal y como ocurre durante el desarrollo evolutivo.

En las actuaciones con los usuarios que, según la evaluación funcional y perfil emocional mostrado, se detecta la necesidad de intervención en esta área, el profesional potenciará y manejará las variables facilitadoras del desarrollo emocional en todas las interacciones mantenidas con dichos usuarios, tanto estructuradas como informales. Preservando de esta manera, los criterios de consistencia, coherencia y regularidad que favorecen el aprendizaje y la generalización de lo adquirido.

En aquellos casos en los que se valore la realización de este aprendizaje en formato grupal, la metodología del programa se basará en la realización de juegos, ya que facilita el desarrollo de la empatía, y en la cooperación entorno a un objetivo común. Esto permite que los usuarios experimenten emociones y observen las de los otros sin plantearse la consecución de metas ni exponerse a la frustración si no lo consiguieran.

El profesional actúa como uno más del grupo, aunque también dirija la actividad. En ningún caso, se recurrirá a exposiciones magistrales o docentes, ya que desvirtuaría la filosofía de experimentar que se propone a los usuarios.

5. Intervención

Los contenidos de la intervención adoptan el marco filosófico de trabajo en el Centro de Día, caracterizado por la flexibilidad y adaptación del Centro al usuario.

La intervención puede adoptar un formato grupal o individual, en función de los objetivos planteados en el Plan de Intervención de Apoyo y Soporte Social, los criterios al uso de inclusión de un usuario en un grupo y las características individuales de cada usuario.

Los factores que potencian la expresión y reconocimiento de emociones, presentes en el desarrollo evolutivo son manejados por el profesional en las interacciones del siguiente modo:

1. Sincronía y sintonía afectiva: sobretodo con el tono de voz y expresión facial para transmitir el mensaje de que se está atendiendo y respondiendo a la emoción del otro, el mensaje es “sé cómo te sientes” así se refuerzan sentimientos positivos y alivio de malestar.
2. Empatía: comprendiendo el sentimiento aunque no se comparta.
3. Aceptación incondicional: aunque se desapruében conductas.
4. Expresión de emociones por parte del profesional:

Uso de claves discriminativas: en cuanto a topografía, la expresión del profesional será más intensa, sin caer en la sobreactuación que perdería la naturalidad y los tiempos de respuesta serán más largos para facilitar que el usuario lo perciba.

Adaptadas al nivel de comprensión del interlocutor.

Voz: tono, volumen inflexiones, etc. Por lo general, la velocidad es lenta, inflexiones muy marcadas para la discriminación y un tono suave.

Lenguaje descriptivo: señalando primero la expresión facial y la comunicación paraverbal, Por ejemplo “*Juan, estás sonriendo*”. En los primeros momentos del entrenamiento los usuarios pueden negar o sorprenderse ante el comentario. Si esto supone una situación aversiva para el usuario se mantiene la toma de contacto con la expresión de emociones durante el tiempo necesario. A la vez que el profesional expresa emociones de forma muy discriminativa.

Después se asocia la expresión facial con el nombre de emociones básicas, facilitando la etiqueta, pero no se impone, se pregunta. Por

ejemplo “*Juan, estás sonriendo, ¿te sientes contento?*”. Se puede producir negación, sorpresa o se reconoce esa emoción de forma atenuada, por ejemplo molestia en vez de ira.

En cualquier caso, hay diferencias por usuarios y para cada gama de sentimientos ya que cada uno puede tener una funcionalidad y el nivel de desarrollo ser diferente para cada tipo de emoción en un mismo usuario.

A continuación, se busca la relación con los posibles eventos causantes y precipitadores. Y después se interviene sobre la respuesta emocional para facilitar el ajuste a la interacción.

5. Estimular y reforzar la conducta empática: por lo general a partir de situaciones que ellos mismos han vivido, es decir, se comienza por la empatía egocéntrica.
6. Validación pública de la experiencia privada (Linehan, 2.003): la emoción se atiende en el momento en el que se produce, no se niega ni se resta importancia.
7. Soporte en momentos estresantes (Bryant, 1992): se atiende cuando ocurre algo que para ellos es importante, aunque no tengan cita.
8. Expresividad manifestada por el profesional: esto permite que el usuario focalice la atención en la emoción, aprendiendo así, a tolerar los sentimientos desagradables.
9. Establecimiento de los límites y no-indulgencia: al usuario se le expone a las consecuencias de su conducta cuando transgrede las normas. Se da también retroalimentación emocional inmediata y natural que implica que el sujeto se exponga a las características afectivas positivas y negativas de su conducta.
10. Juego: se realiza en el grupo para que experimenten las emociones a nivel verbal y paraverbal a partir de contextos que faciliten esa expresión. La naturaleza del juego resta probabilidad a experimentar artificialmente un comportamiento, se disfruta del proceso, no se buscan resultados, y los usuarios se muestran más relajados.

11. El ambiente natural (social): en estas situaciones los usuarios se mostrarían más espontáneos y se atiende en la situación en la que se suscita el sentimiento. En general, no se demora al jueves a las 10 porque es la hora de tratar este asunto.

De este modo se reduce la sensación de enjuiciamiento y estigmatización a la que se ven sometidos cuando tienen que ejecutar un comportamiento en la situación artificial donde un profesional los evalúa. De forma natural se producen respuestas que si se demoran no se van a dar y esto unido a la tendencia a negar o escapar de estas situaciones complicaría la intervención.

Para que estos factores potencien el desarrollo emocional, el profesional debe mostrarse consistente, coherente y regular en la expresión y recepción de las emociones del enfermo mental crónico.

Se plantea la realización de un grupo de desarrollo emocional para hacer una labor más sistemática con aquellos usuarios que presentan mayores déficits de expresión y reconocimiento de emociones en el otro y que interfieren seriamente en diferentes áreas de su vida.

En el caso del aprendizaje emocional adquiere especial interés para el reconocimiento de expresión de emociones en el otro y por tanto para el desarrollo de la empatía, el formato grupal. Otras ventajas que presenta es que los usuarios actúan de modelo entre ellos, se potencian las interacciones sociales, se exponen a las consecuencias de expresar emociones de forma vicaria y la normalización de expresión de emociones para aquellos usuarios que valoran la afectividad como aversiva.

El programa y su desarrollo estará adaptado al grupo de participantes por lo que la evaluación será continua y el contenido del programa se complementara con el resto de actuaciones de ese usuario. Probabilizando de este modo la generalización y manteniendo los criterios planteados de coherencia y sistematización. Asimismo, se establecen los objetivos individuales para cada usuario en el programa.

El programa consta de los siguientes módulos:

- Experimentar y expresar gustos y preferencias sobre la estimulación de los cinco sentidos

- Expresión facial de emociones básicas
- Expresión no verbal de emociones básicas
- Expresión paraverbal de emociones básicas
- Adecuación y congruencia de la expresión de emociones en el contexto.
- Transversalmente se incidirá sobre la expresión verbal de emociones.

Para poder llevar a cabo este entrenamiento, se crea un contexto lo más natural posible donde los usuarios se sientan cómodos para poder reconocer las emociones y se dota a la actividad de una continuidad temporal más allá de cada sesión. Esto se realiza a través de fotografías que se plasman en un mural donde permanecen las referencias individuales y grupales de los gustos de los usuarios y se comentan a lo largo de las sesiones. El profesional les apoya para que detecten afinidad entre ellos y el respeto a la diversidad.

Un módulo integraría lo realizado en el módulo anterior. En cada módulo se comienza por la alegría, pasando después a experimentar con el resto de emociones, usando un lenguaje comprensible que forme parte del lenguaje emocional que manejen los usuarios. Partimos de las emociones básicas y se pone énfasis en lo no verbal y cada vez más en lo verbal de la expresión tal y como ocurre en el desarrollo.

Después se comenta qué señales no verbales han llevado a reconocer las emociones para identificar entre todas las respuestas emocionales que emite un usuario, dando de esta forma feedback sobre su expresión.

Durante las sesiones se intercambia información sobre gustos y emociones y de manera transversal se potencia el inicio y mantenimiento de conversaciones y se incide sobre el respeto de turnos.

Así mismo, se interviene sobre el ejercicio de los derechos asertivos como el derecho a no saber, a cambiar de opinión, a que nos gusten varias cosas, a tener nuestros propios gustos diferentes a los demás...

El esquema de las sesiones consta de:

- Saludo
- Identificar las sensaciones de frío/calor.

- Recordar la sesión anterior.

En esta primera parte si algún usuario aporta información nueva, por ejemplo se ha cortado el pelo, está acatarrado, le ha ocurrido algo etc. Se comenta.

- Ejercicios de desinhibición y cooperación entorno a un objetivo común.
- Juego donde se practica la expresión de emociones en los diferentes niveles.
- Se comentan las actividades realizadas, facilitando la conversación libre entre usuarios.
- Relajación.
- Despedida.

Anexo: Perfil emocional

1. Expresión de emociones:

Para cada emoción:

- Expresión verbal.
- Expresión física.
- Ajuste emocional: coherencia con la situación en cuanto a intensidad y frecuencia.
- Atribuciones causales.

2. Recepción de emociones:

- Reconocimiento de emociones en los demás.
- Atribuciones causales.
- Actuación ante la emoción del otro: física y verbalmente.
- Nivel de desarrollo de la empatía.

CAPITULO 12: OCIO Y TIEMPO LIBRE.

Natalia Guijarro, Susana Múgica y Raúl Molano

12.1 .EI OCIO CON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN UN CD.

El ocio es un concepto que entraña multitud de connotaciones y que varía en función de la persona o colectivo del que se esté hablando. También hay multitud de definiciones en torno a éste, pero no corresponde a este capítulo nombrarlas, lo que si se pretende es tener en cuenta algunos elementos relacionados con el ocio, ya que son importantes para entender mejor el ocio y tiempo libre con la población con la se trabaja en los centros de día.

Uno de estos elementos es el tiempo. Siempre que no estemos cumpliendo con actividades socialmente impuestas o necesarias, disponemos de libertad para disfrutar de nuestro tiempo libre, pero ¿qué pasa con los usuarios de los CD, los cuales disponen en su mayoría de gran cantidad (que no calidad) de tiempo libre?

La primera realidad con la que nos encontramos en relación al concepto de ocio y tiempo libre con personas con enfermedad mental es ¿qué hacer en sus horas libres?

Es este un asunto importante; hay estudios que hablan sobre la satisfacción de la persona relacionándola con tres aspectos: satisfacción en el trabajo, satisfacción en el entorno familiar y en el tiempo libre. Dichos estudios, indican que el equilibrio entre estos aspectos nos haría personas felices. La experiencia ha demostrado que a los usuarios de los diversos centros, les falta, en la mayoría de los casos, alguno o varios, de estos elementos, lo que lleva a deducir que su equilibrio y satisfacción “cojea” en la mayoría de los casos.

Para los usuarios de Centros de Día, el hecho de no formar parte del sistema productivo, es vivido en bastantes ocasiones como una sensación de “no servir” “no valer”. La sociedad se encarga de reforzar esta vivencia a través de diversos mensajes implícitos (o explícitos en algunas ocasiones).

Unido a todo esto y teniendo en cuenta el perfil de usuarios de los Centros de Día de la Comunidad de Madrid, se observa, en numerosas ocasiones, una escasa voluntad y responsabilidad para tomar decisiones, acometer retos y tener iniciativa

para ocupar de forma satisfactoria su tiempo libre. En este sentido, es de vital importancia la aportación que realizan tanto los profesionales como la propia familia a la hora de ayudar al usuario a conocer, recuperar y aportar nuevos intereses, que ayuden a potenciar y ocupar su tiempo.

Tampoco se debe perder de vista el no imponer ni dirigir este ocio hacia lo que nosotros, como profesionales, creemos correcto y adecuado para el esparcimiento lúdico de los usuarios, pues muchas veces esta actitud puede llevar al error de que una actividad, que para alguien pueda ser lúdica y enriquecedora, se convierta para otra en una rutina y obligación. Siempre hay que tener presente la individualidad de cada persona. El objetivo tampoco es "llenar todo el tiempo libre" con actividades para ocupar su tiempo, sino que éstas sirvan para minimizar el deterioro, a todos los niveles, de la persona, debido a su enfermedad. Para ello es importante que en los Centros de Día se promuevan espacios de interacción "normalizados" en los cuales prime la calidad del ocio y no tanto la cantidad. No se debe medir el ocio por el tipo o el número de actividades, sino por el bienestar y la sensación de libertad que experimenta la persona cuando está realizando una actividad de estas características.

Un aspecto importante del ocio es la parte lúdica, la cual está relacionada con la risa, el humor, la libertad, la fantasía, el placer, la creatividad, el juego. Como decía Henry Matisse *"Hay que contemplar la vida entera con ojos de niño"*. Revista Vuelos. (1998).

La importancia del juego, fue subrayada por el filósofo e historiador holandés Johan Huizinga, en su libro *Homo Ludens* (1954), uno de los pocos estudios serios sobre el lugar relevante que ocupa el juego en la cultura.

De acuerdo con el doctor Huizinga *"el juego adorna la vida, la amplifica y, por ello, será una necesidad, tanto para el individuo -como función vital-, como para la sociedad, por razón de su significado, su importancia, su valor expresivo, y sus asociaciones espirituales y sociales; es, en breve, una función cultural. La expresión del juego satisface todo tipo de necesidades culturales"*.

Como profesionales, debemos preguntarnos constantemente qué hacemos y qué debemos hacer para mejorar, potenciar y fomentar un ocio saludable entre la población con la que trabajamos. No debemos caer en el riesgo de alejarnos de la filosofía rehabilitadora que debe primar en los recursos de la red y debemos ser conscientes del enorme reto que abordamos cada día, sin dejar de ser creativos y motivadores.

12.2. LA NECESIDAD DE PROGRAMAS DE OCIO. JUSTIFICACIÓN

A continuación se presentan los resultados de un estudio sobre el uso y disfrute del ocio y las actividades que realizan en su tiempo libre 99 usuarios que acuden, actualmente, de manera habitual, a Centros de Día de la Comunidad de Madrid. Estos usuarios corresponden a tres CD de zonas bien distintas: Arturo Soria, Getafe y Navalcarnero.

Lo primero que llama la atención es que, a pesar de ser centros situados en zonas muy diferentes, con usuarios de distintos niveles económicos y distintas posibilidades de usar los recursos de ocio comunitarios (no es lo mismo vivir en un pueblo cercano a Navalcarnero que en plena calle Goya), observamos que los datos resultantes son similares, prácticamente iguales, por lo que se presentan los resultados en un solo gráfico:

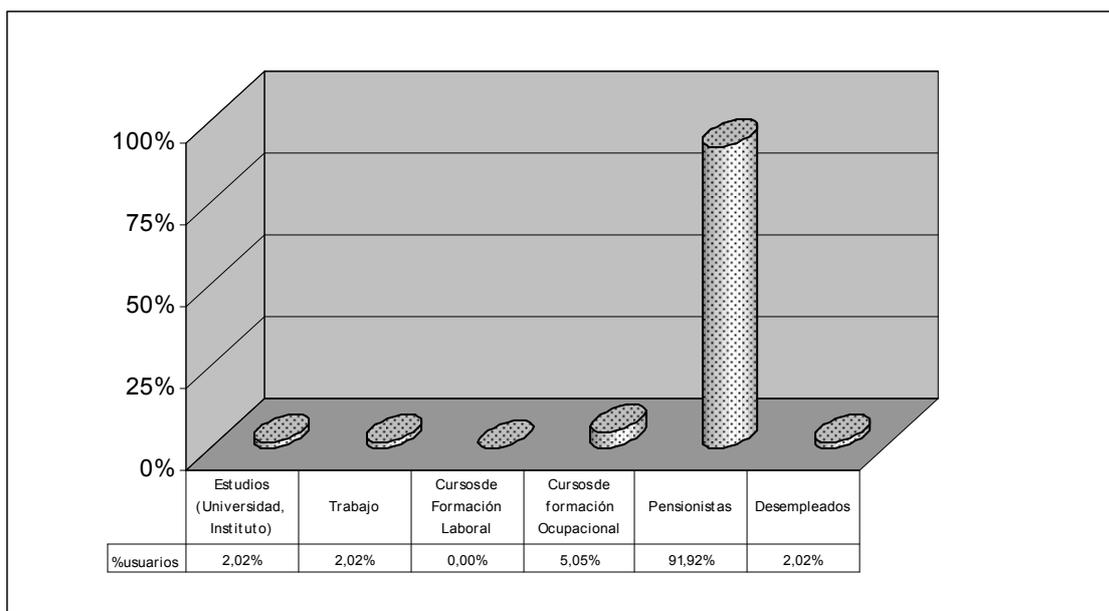


Gráfico 1. Ocupaciones de usuarios de los CD referenciados.

En primer lugar, se ha estudiado a qué se dedica cada usuario en su vida cotidiana. Los datos son reveladores: el 2,02%, (2 personas), estudian. Otras 2 personas trabajan y otras dos, se encuentran en el paro y apuntadas al INEM. Un 5,5% (5 personas), realiza cursos de formación ocupacional (inglés, cerámica, informática, etc.) y ninguno realiza cursos de formación laboral. Pero el dato más significativo es que un 91,92% de los usuarios, es decir, 91 de 99 son pensionistas, lo que indica que un altísimo porcentaje de los usuarios dispone de mucho tiempo libre.

Pero el segundo estudio realizado, es aún más clarificador. Con la misma muestra, se observa qué tipo de actividades de ocio realizan dichos usuarios. Los datos son contundentes: solo un 18,18% de los usuarios realiza alguna actividad de ocio: Un 2,02% (2 personas) realiza una actividad lúdica, un 2,02 % (2 personas) una actividad festiva, Un 2,02% (2 personas) una actividad formativa, Un 9,09 (9 personas) una actividad creativa, Un 1,01% (1 persona) una actividad ecológica, Un 2,02% (2 personas) una actividad deportiva y ninguna realiza actividades recreativas o solidarias. Mientras el 81,82%, es decir, 81 usuarios, no realizan actualmente ninguna actividad de ocio.

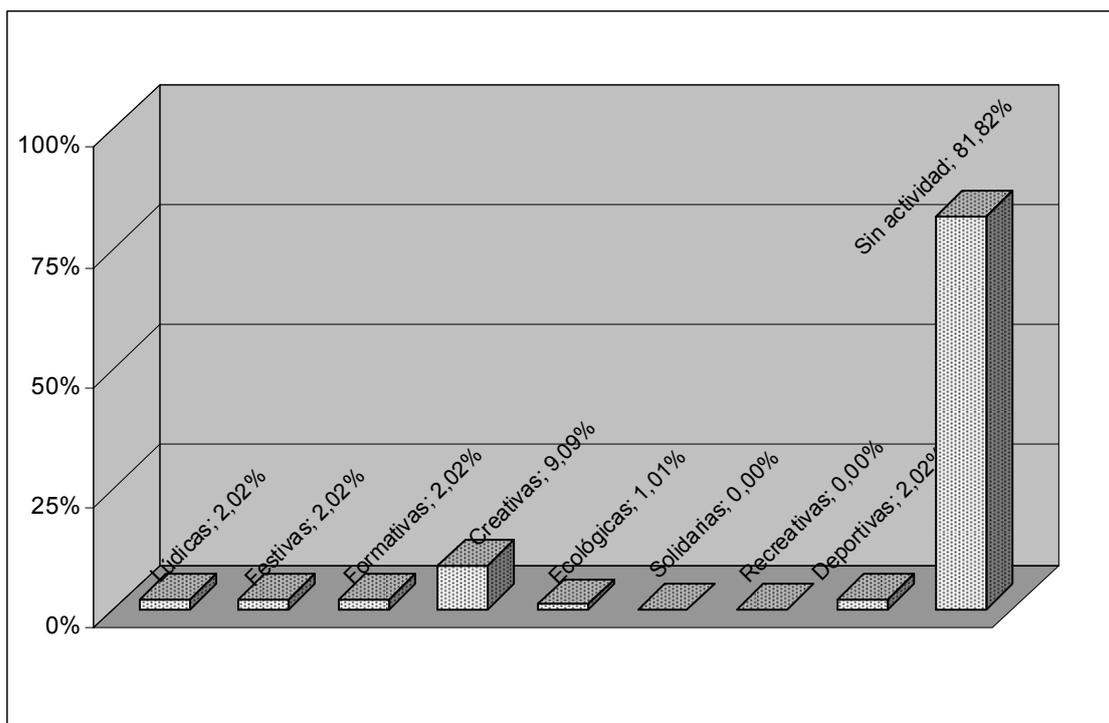


Gráfico 2. Actividades de Ocio realizadas por usuarios de los CD Arturo Soria, Getafe y Navalcarnero.

Con estos resultados, resulta clara la importancia y la necesidad de llevar a cabo programas de ocio en los Centros de Día de la Comunidad de Madrid.

12. 3. METODOLOGÍA DEL OCIO

Los Centros de Día son recursos comunitarios de apoyo a la integración social de personas que, sufriendo una enfermedad mental grave y crónica, presentan mayores dificultades psicosociales y mayores necesidades de soporte que las que

asisten a otros recursos de la red. Aún así, no se puede olvidar, la práctica de una filosofía rehabilitadora, por lo que no se deben aplicar intervenciones estandarizadas y si potenciar las capacidades de los usuarios hasta donde sea posible y siempre tener presente que el protagonista de su vida y el responsable de ésta es el propio usuario y no el profesional.

Partiendo de esta filosofía de trabajo, el ocio es importante para conseguir la normalización en el día a día del usuario y para devolverle su papel de ciudadano de pleno derecho, fomentando que pueda incorporarse a actividades en recursos de la comunidad (centros cívicos, polideportivos.), pues la participación en estos servicios, mejora sustancialmente las posibilidades y oportunidades de autonomía de éstos, así como sus relaciones sociales, por lo que deben ser promovidas activamente.

Cuando no es posible incorporar al usuario en estas actividades normalizadas, sería favorable utilizar estos recursos comunitarios para la realización de actividades propias del centro de día. Paralelamente, se debe buscar sensibilizar a la comunidad para que desarrolle actitudes de comprensión y tolerancia hacía las personas con enfermedad mental.

El papel del educador en el ocio es el de motivar y fomentar la dinamización del grupo creando un ambiente en el cual se facilite la expresión y participación de cada uno de los usuarios y la comunicación entre ellos.

El trabajo en ocio con el usuario, comienza ya con el proceso de acogida y enganche, durante el cual iremos favoreciendo su motivación y conociendo las expectativas con respecto al centro así como sus intereses, para recoger esta información se puede pasar un cuestionario de intereses (ANEXO 23). El educador que trabaja el ocio debe favorecer esa “bienvenida”, creando un clima en el que el usuario se sienta cómodo y acogido.

Toda esta recogida de información forma ya parte del proceso de evaluación del usuario. Una vez terminado, se plantearán los objetivos individualizados a trabajar con cada usuario y en función de éstos, se le irá derivando a las distintas actividades de ocio.

En este sentido hay que ser muy cautos a la hora de incorporar a los usuarios en las actividades y nunca llenar grupos para mantenerlos entretenidos y ocupados, pues con esto no estamos favoreciendo un escenario de aprendizaje “normalizante”, si

más bien estamos llenando espacios sin ningún criterio ni objetivo concreto y estamos alejándonos del ideal rehabilitador que siempre debe estar presente.

12.4. OBJETIVOS GENERALES EN OCIO

- Mejorar la calidad de vida del usuario.
- Acercarle el uso y disfrute de los recursos de ocio.
- Fomentar su máxima autonomía en el tiempo libre.
- Facilitar y potenciar su integración en la comunidad.
- Mejorar cuantitativa y cualitativamente su red social.
- Favorecer sus relaciones interpersonales.
- Potenciar hábitos de vida saludables en el usuario.

12.5. EL ESTIGMA EN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

El tema del Estigma, no es propio, únicamente, de las personas con enfermedad mental, también lo es de otros colectivos desfavorecidos o minoritarios: personas con discapacidad física ó intelectual, personas inmigrantes, personas de etnia gitana, etc.

La sociedad coloca etiquetas que nos indican cómo debemos tratar a las personas que forman parte de estos colectivos, con pena, conmiseración, desconfianza, rechazo. Dentro de estas variadas adjetivaciones o valoraciones, las personas con enfermedad mental tienen asignada una terrible etiqueta que se ha ido llenando de diversos significados a lo largo del tiempo: el loco.

Este “loco” que fue, hace siglos, el endemoniado, poseído ó malformado, ha pasado a ser, hoy en día, otra clase de ser peligroso: el agresivo, el temible, el maniaco etc.

Son varias las conferencias y jornadas técnicas, así como los artículos que han abordado el tema del Estigma en personas con enfermedad mental y en algunos de ellos se ha señalado el tendencioso tratamiento que se da, actualmente, a este colectivo en los medios de comunicación, especialmente en prensa escrita.

Ponemos un ejemplo ilustrativo del tratamiento que se da a los enfermos mentales en algunos titulares aparecidos en los medios de comunicación a lo largo de este año :”Un esquizofrénico mata a su madre y apuñala a su padre.” Diario el Mundo. Local. “Un esquizofrénico, que tiró a su madre por la ventana, condenado a 5 años de tratamiento.”El Correo Digital. Guipúzcoa. “Un esquizofrénico mata a puñaladas a su padre en Sevilla tras una discusión.” ABC. Nacional.

Son muchos los ejemplos que presentan a estas personas como seres humanos “sin razón”, imprevisibles y temibles, a los que hay que mirar desde lejos, con miedo y rehuir su compañía e incluso cercanía.

Con este prejuicio, creado por una sociedad que nada entre el sensacionalismo y el morbo, las personas con enfermedad mental dejan de serlo, para convertirse en las etiquetas diseñadas para ellas: esquizofrénico, loco, neurótico, psicótico, enfermo.

Retomando el tema del Ocio y Tiempo libre, objeto del análisis que aquí nos ocupa, surgen varias preguntas:

¿Quién se iría al cine con alguien así? ¿Quién tomaría un café con tan temible compañía? ¿Quién abriría su negocio con agrado para recibir a estas personas? Y en definitiva se plantea la siguiente cuestión ¿Es fácil para un usuario que acude a un Centro de Día acceder a un ocio normalizado? ¿Tiene las mismas dificultades que otra persona sin esta problemática?

La respuesta es clara, pero con ella no pretendemos ser victimistas, sino hacer hincapié en esta cuestión para tenerla en cuenta a la hora de diseñar programas de ocio elaborados en los CD u otros recursos de la red.

Desde los centros, se puede contribuir a desmontar ese prejuicio y a eliminar el estigma social que padecen los usuarios y sus familias.

Los Centros de Día, pretenden contribuir a la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad, formando parte de la misma como ciudadanos de pleno derecho. Personas con una enfermedad mental, pero también personas, con un físico determinado, una edad, una situación laboral o formativa, una familia determinada, unos intereses y motivaciones, unos sentimientos y en definitiva, una vida más amplia de la meramente condicionada por su enfermedad.

12.6. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES EN LOS PROGRAMAS DE OCIO

A continuación se expondrán, brevemente, algunos de los programas de Ocio que podrían llevarse (o se están llevando en la actualidad) a cabo en los CD. Dentro de ellos, se señalarán algunos de los principios fundamentales a tener en cuenta en nuestros centros, ya que forman parte del modelo de atención que debe primar en los Centros de Día.

12.6.1. PROGRAMAS DE SALIDAS DE OCIO FUERA DE LOS CENTROS DE DÍA.

Todos los Centros de Día deben contar con programas de ocio fuera del centro. Aunque la puesta en marcha de los mismos variará, indudablemente, según el número de usuarios y profesionales, la ubicación del CD, los recursos económicos disponibles y otras variables diferenciadoras, esto no puede ser excusa para olvidar premisas clave en este modelo de atención, como la normalización y la integración.

Estas dos premisas son fundamentales a la hora de diseñar dichos programas. En ocasiones, el número de usuarios es grande y los profesionales escasos, lo que podría propiciar grupos de salida de 15 usuarios más 2 o 3 profesionales. En este caso ¿se respeta la premisa de la normalización?

Los usuarios de los CD cuentan con edades muy variadas, pero predominan los que tienen 30, 40 o 50 años, ¿es normalizado un grupo de 15 personas de estas edades tomando un café en un bar de la zona? ¿Lo es visitando juntos una exposición ó yendo al cine? Indudablemente no. Una persona adulta habitualmente, sin enfermedad mental, no suele salir a tomar algo con 15 personas, Estas situaciones son facilitadoras de perpetuar el Estigma, tema que, por su efecto anti-integrador, ya tratamos ampliamente en este capítulo.

Sería, por tanto, conveniente, facilitar que los grupos de salidas tuvieran un número reducido de usuarios y que el profesional que les acompañara, no ejerciera el papel de director sino que fuera uno más del grupo, dando apoyo sólo en los casos en los que fuera necesario y manteniéndose en un segundo plano que propiciara las relaciones espontáneas que pudieran surgir entre los usuarios.

Los temas organizativos: hora a la que quedar, lugar elegido, dinero y

transporte necesario, podrían abordarse en un espacio de planificación dentro del centro.

También en el CD, podrían establecerse pequeños subgrupos de salida, de, por ejemplo, 4 o 5 usuarios, cada uno de ellos con intereses comunes, contarían con la presencia de un único profesional y no en todos los casos, ya que siempre que sea posible, se debe facilitar la autonomía del usuario, por lo que habría subgrupos que no contarían con la presencia de ningún profesional.

12.6.2. PROGRAMAS DE OCIO AUTOGESTIONADO.

Se ha hablado ya de las premisas de normalización (y no estigmatización) e integración y se ha hecho referencia a la premisa de autonomía, en la cual se profundizará en este momento.

Los programas de ocio autogestionado son fundamentales en este camino hacia la autonomía del usuario del CD. En ellos, los participantes serán usuarios que ya han estado en programas de salidas de ocio fuera del centro, funcionando con un alto grado de autogestión y eficacia. Usuarios en los que se han evaluado, muy positivamente, sus capacidades de autogobierno y de relación social. Usuarios que se orientan temporal y espacialmente, que conocen los recursos comunitarios, que se manejan con desenvoltura en las cuentas y el manejo de su dinero y que presentan un buen grado de relación con compañeros y profesionales.

Sin embargo, no cuentan con una satisfactoria red social y la relación con sus compañeros se limita a los días en los que acuden al CD. En estos casos, se valora que participen en un programa de ocio autogestionado por el usuario y sus compañeros de grupo.

Dicho programa contará con sesiones dentro del centro en las que se planificará, diseñará y acordará la salida a realizar.

Habrá un profesional que motivará, dinamizará y hará de mediador de conflictos cuando estos surjan. Pero los protagonistas de la salida serán los propios usuarios, ellos decidirán el lugar, la hora, el dinero a gastar, el transporte a utilizar, etc. Lo fundamental es que este grupo realice la salida acordada en un horario en el que no haya actividad en el CD, por ejemplo un sábado por la tarde o un domingo por la mañana.

A medida que el grupo se vaya cohesionando y consolidando, se irá retirando el apoyo profesional, favoreciendo así que puedan surgir “grupos naturales”, que faciliten que el usuario aumente su red social y se maneje con mayor autonomía en su tiempo libre.

La premisa de la autonomía es clave para la recuperación o el mantenimiento del funcionamiento óptimo del usuario, por no hablar de la favorable repercusión en su auto concepto y autoestima.

12.6.3 PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN DEL OCIO.

Además de los programas anteriormente nombrados, hay otro tipo de grupos que atienden a objetivos de cada usuario en particular (incluidos en su plan de atención individualizado) y se refieren a la planificación de su ocio y tiempo libre dentro y/o fuera de su casa, atendiendo a la premisa de la individualización.

Si se quiere trabajar un objetivo concreto de ocio, con un usuario, puede hacerse a través de Atenciones Individuales con un profesional ó a través de un formato grupal, en el cual se trabaje el mismo objetivo desde este contexto, pero adecuándolo a las características particulares de cada uno de los usuarios que formen el grupo. Véase un ejemplo: tras las evaluaciones de varios usuarios de un CD de la comunidad, se detectó la necesidad de trabajar con tres de ellos la planificación de actividades de ocio en sus horas libres y fuera del recurso, en concreto durante las tardes. Viendo las características de cada uno de ellos, así como sus necesidades, se valoró que este objetivo podía trabajarse a través de un mini grupo de planificación de su ocio, dentro y fuera de su casa.

El profesional responsable dirigiría el programa para que cada uno de los usuarios aprendiera a planificar las actividades que realizaría por las tardes, facilitándoles el conocimiento o la recuperación de sus actividades gratificantes y la posterior organización y disfrute de su tiempo libre.

En este caso, la premisa de la Individualización es fundamental, teniendo en cuenta las motivaciones, intereses y necesidades de cada persona atendida. Uno de los usuarios podría decidir apuntarse a clases de baile de salón dos días por semana y pasar el resto de las tardes en su casa leyendo o paseando a su perro; Otra usuaria podría decidir recuperar su antigua afición por las labores, en concreto por el punto; La tercera, habría decidido asistir un día a la semana, a un grupo que hay en la iglesia

de su barrio para hablar sobre lecturas de la Biblia y el resto de los días no querría, por el momento, planificar nada más.

En cada caso la intervención profesional sería muy diferente: desde facilitar información sobre centros culturales y actividades gratificantes, a re- enseñar a hacer punto o hacer un seguimiento sobre la actividad en la parroquia y la repercusión que tiene en esta usuaria.

CAPÍTULO 13: INTEGRACIÓN EN RECURSOS COMUNITARIOS

Carmen Feoli y Eva María Pizarro

“Me asusta transformarme en una de las personas que he visto en el Centro de Día. Sé que tengo un problema de salud mental, pero no me gusta eso. Quiero un camino hacia delante, no sólo sentarme allí, beber té y hablar de los efectos secundarios de los distintos medicamentos” (citado por Ruth Stainer, 2004)

1-INTRODUCCION

Para Marianne Farkas (2005), recuperación o “recovery” de las personas con enfermedad mental significa la adquisición de un nuevo sentido de sí mismo, como miembro de la comunidad pese a la discapacidad que sufre; y ser miembro de una comunidad se refiere al ejercicio de roles diferentes (el de amigo, el de profesional, el de miembro de familiar o el que él desee desarrollar) y no solamente el de enfermo; éste último pasaría a estar en un segundo plano.

La integración socio-comunitaria de las personas con enfermedad mental entonces, debe entenderse como la construcción de espacios de encuentro en los que estas personas puedan ejercer roles que sean verdaderamente significativos para ellos; roles que tenían en el pasado y otros nuevos que poco a poco irán construyendo de acuerdo a sus necesidades actuales. Son espacios de encuentro en los que puedan establecer vínculos que rompan con el aislamiento y la profunda soledad en la que vive la mayor parte de las personas que tienen dicha enfermedad.

Sin embargo, es importante enfatizar que dicho encuentro que supone la integración no depende sólo de la persona con discapacidad, sino también de la actitud de la sociedad y de lo preparada que se encuentre ésta para admitir que una persona que tiene algún tipo de enfermedad mental tenga las mismas oportunidades para ejercer los roles que ella elija tener en la misma.

En esta medida la integración socio – comunitaria de las personas con enfermedad mental supone un trabajo paralelo tanto con la persona con enfermedad mental como con la sociedad.

La intervención sobre la persona estará dirigida principalmente hacia el fortalecimiento del autoconcepto y la autoestima a través del ejercicio de los roles productivos y valores necesarios para que pueda llevar a cabo una vida lo más

normalizada posible en su comunidad. En otras ocasiones, la persona tendrá que trabajar la recuperación de habilidades por falta de uso o la instauración de nuevas habilidades. En cualquier caso, el trabajo de la persona se va a centrar en el reajuste de actitudes, habilidades, sentimientos, metas y roles por parte del individuo.

El trabajo en la sociedad consiste en la creación y construcción de espacios de escucha y sensibilización social que permita desarrollar los roles sociales plenos y las habilidades y capacidades de las personas afectadas, respetando sus características particulares y su diversidad. La normalización debe darse en un ámbito en el que se valide a la persona, es decir reforzando sus capacidades y respetando su punto de vista. Es importante aclarar que las mismas estrategias no son válidas para todos los casos y tampoco la aplicación repetitiva de ciertas tareas. Las características individuales de cada persona debe determinar el tipo de actividad que permita la sociabilidad fuera de los límites de los recursos socio-comunitarios (Durante P., 2007). Un elemento determinante del éxito de la intervención es que el profesional adapte la situación para que la persona no se encuentre ante una circunstancia que demande de él más de lo que está preparado a aportar, o menos de lo que puede ofrecer. Para que no ocurra esto, el profesional al inicio realiza una evaluación que permitirá saber hasta donde la persona puede y quiere llegar en un determinado momento con relación al rol que desea asumir en la sociedad. De acuerdo a lo que se vaya alcanzando en su proceso se irán modificando o manteniendo dichos roles.

Desde el Centro de Día - concebido como un dispositivo que sirve para atender a las necesidades de soporte y apoyo social que tienen aquellas personas con enfermedad mental grave y crónica que presentan mayores dificultades de funcionamiento e integración – es posible trabajar con la persona la integración socio – comunitaria y al mismo tiempo con la sociedad para que exista un clima receptivo que facilite la participación activa y el ejercicio de roles de las personas con enfermedad mental. Sin embargo, en este punto hay que aclarar que desde una perspectiva acorde con el principio de normalización no debe pretenderse que la red asistencial sustituya las funciones de los recursos normalizados existentes, sino que ayude a la preparación de las personas con enfermedad mental para acceder a estos recursos y desenvolverse adecuadamente en ellos según sus intereses y necesidades.

2-INTERVENCIÓN DESDE EL CENTRO DE DIA: PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Desde le programa de integración comunitaria del centro de día se pretende favorecer y potenciar la autonomía del usuario desde el ámbito social, con el objetivos general final de que se integre en el medio comunitario normalizado. Para ello se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Brindar el apoyo técnico necesario para cada individuo con el fin de que pueda identificar sus necesidades y destrezas en relación con su integración eficaz en la comunidad.
- Entrenar y apoyar el desarrollo y desenvolvimiento de cada participante en la interacción con su medio comunitario.
- Optimizar las potencialidades y destrezas de cada participante y del colectivo con el fin de que la integración comunitaria plena sea posible.
- Concienciar, formar y brindar apoyo a los medios comunitarios (tanto organizados como recursos informales naturales) para que incorporen al colectivo y al individuo como componentes de pleno derecho en la comunidad.
- Animar y promover las iniciativas de contacto con la comunidad y de creación de nuevas alternativas de interés para los participantes del programa.

El programa, tal como se ha planteado previamente en este capítulo, dirige sus acciones hacia dos puntos, y de esta forma tiene dos tipos de receptores:

- Los usuarios del centro de día que presenten alguna dificultad en su integración comunitaria. Este es un requisito previo para acceder al programa.
- El medio social.

2-1-Usuarios del Centro De Día

El Centro de Día debe ser un entorno facilitador que permita el proceso de desarrollo de las personas con enfermedad mental, por lo cual no debe ser protector, ni estigmatizante, ni directivo ni controlador; sino que debe facilitar que la persona sea el protagonista de su propio proceso. Como se ha dicho anteriormente, desde este recurso para permitir la integración comunitaria de los usuarios, se debe trabajar directamente sobre los roles, valores e intereses de la persona, su auto-concepto, apoyar en la lucha contra el estigma y el auto-estigma, acompañar a la persona en su

proceso de crecimiento y brindar las herramientas y técnicas para que optimice sus esfuerzos. Al ser el Centro de Día un componente más de la sociedad tiene un carácter integrador socio-comunitario y se espera que lo que la persona va adquiriendo en este recurso lo pueda extrapolar en otros contextos de la sociedad. De ahí, la importancia del trabajo diario que se realiza en un recurso como éste tanto del profesional como del usuario.

Cada usuario que se beneficie del programa de integración comunitaria se incorpora con unos objetivos específicos establecidos desde su plan individualizado. Para el logro de objetivos se utilizan técnicas, herramientas y medios disponibles desde el contexto del centro. Todo este planteamiento se articula desde acciones grupales e individuales siempre adaptados a los objetivos individuales y a las capacidades de cada usuario. Y dichas acciones se llevan a cabo en el espacio del centro y en la comunidad.

2-2--Papel del Profesional en la Integración Socio Comunitaria:

A lo largo de toda la ejecución del programa de integración socio - comunitaria, se lleva a cabo una prestación profesional específica para cada etapa del proceso. A continuación se detallan las habilidades, herramientas y estrategias que el profesional emplea durante todo el proceso de apoyo a la persona para dicho fin.

1er paso: La recogida de datos: El profesional indaga sobre su funcionamiento social y aquellos aspectos de la vida de la persona que en ese momento le están dificultando su integración socio – comunitaria, pero en particular sobre los recursos con los que cuenta para usarlos en su medio social. Estos datos se obtendrán a partir de diferentes fuentes: la que llega desde diferentes recursos, la que aporta el usuario de manera verbal y voluntaria, la que aporta el usuario a través de su comportamiento en actividades o simplemente en la relación con los otros fuera de éstas, la que aporta el entorno del usuario y a través de las herramientas psicológicas y ocupacionales que se considere necesario utilizar. Estos instrumentos de evaluación cumplen las siguientes características: objetividad, validez, fiabilidad, consistencia interna. Es de vital importancia que el profesional domine el manejo de aplicación de los instrumentos utilizados ya que de eso dependerán los resultados y por ende, los aspectos a trabajar para que la persona en su integración socio – comunitaria. El profesional además tiene la obligación de no solo ofrecerlos sino también de saberlos explicar para que el usuario pueda decidir si desea que le sean aplicados o no.

2º paso: El análisis de datos: el papel específico del profesional es el de extraer los datos objetivos obtenidos en el primer paso y valorar e identificar cuáles son las capacidades y/o potencialidades que deben ser aprovechadas para su integración social y al mismo tiempo, identificar cuales son las limitaciones y/o dificultades que no están permitiendo que la persona pueda realizar su participación activa en la sociedad. Todo este análisis el profesional debe hacerlo teniendo como base un marco teórico de referencia de tal manera que se realice en el modo más objetivamente posible.

3 er paso: La interpretación de la información: plantea hipótesis bajo un enfoque teórico que servirán posteriormente para identificar necesidades y para encontrar las estrategias de intervención más eficaces y así, favorecer la integración socio – comunitaria. El profesional y el usuario acuerdan con qué hipótesis van a partir. El aporte del profesional en relación con el planteamiento de hipótesis viene marcado por los fundamentos teóricos en los que se basa favoreciendo permitiendo una objetividad en las mismas. Estas hipótesis deben corresponder y describir los hechos que se han observado.

4º paso: La identificación de necesidades: se detectan qué necesidades específicas de integración tiene la persona a partir de la interpretación de la información recogida hasta el momento. En esta fase es importante la observación que tanto el usuario como el profesional hayan realizado de las necesidades del primero en todo el proceso. Para que sea posible identificar de una manera útil, ha tenido que darse en los pasos previos un claro “desmenuzamiento” de lo que ocurre, de los hechos, de lo observado alrededor de las destrezas y de las dificultades del usuario para lograr su funcionamiento actual en su medio comunitario. En este paso el profesional concretamente realiza un esquema que le ayude a la persona a conocer las razones por las que ha llegado a esta situación de aislamiento y exclusión, las variables que influyen para que se mantenga en el tiempo esta situación y las consecuencias tanto positivas como negativas de que siga en el aislamiento, manteniendo su rol de enfermo o que comience a tener un papel activo en la sociedad.

5º paso: El establecimiento de los objetivos: se establecen los objetivos generales y específicos con relación a la integración socio – comunitaria de forma temporalizada y definiendo de manera muy clara el orden de prioridad de los mismos para trazar el plan de trabajo. Cuando los objetivos de integración son muy a largo plazo como lo puede ser (trabajar y/ formar una familia), el profesional debe ayudar al

usuario a establecer objetivos específicos a corto y mediano plazo que le permitan llegar a ese general. En este punto el profesional debe conocer claramente los conceptos, debe saber planificar de manera operativa y realista el objetivo que la persona quiere alcanzar. Debe ayudar a la persona a que el objetivo que desea trabajar sea preciso, medible, alcanzable, temporalizado y con un plazo final.

6° Paso: El planteamiento de estrategias: el profesional busca las estrategia que pueden ser útiles y eficaces para alcanzar dicho objetivo teniendo en cuenta las estrategias usadas por la persona anteriormente y los resultados obtenidos. Igualmente, tiene que dar cabida a que el usuario pueda proponer él mismo sus estrategias de acuerdo a la experiencia previa que ha tenido y a su criterio.

Por su parte, el profesional debe conocer las diferentes estrategias que va a proponer al usuario para que a través del trabajo que se realice se pueda realizar su integración en la comunidad. No solamente debe saber las que pueden ser útiles, sino que debe conocer a fondo cómo aplicarlas y debe saber explicarlas (su manera de aplicación y las repercusiones que esto puede tener) y preveer dificultades que se pueden encontrar en esa línea.

7° Paso: La elección de estrategias: elegir la estrategia que se considera más útil en ese momento para la consecución del objetivo definiendo por cada objetivo qué metodología, acciones e indicadores de medida van a ser útiles en principio para trabajar cada objetivo. El profesional en este punto ayudará al usuario, a evaluar los pros y los contras de la utilización de cada estrategia. Es en este paso en el que el profesional con el usuario definen una metodología de trabajo, unas acciones a seguir y unos indicadores que van a mostrar si se está o no alcanzando el objetivo. Asimismo, el profesional acordará en este punto con la persona los tiempos de revisión de todo el plan.

Las estrategias que se plantean desde le Centro de día incluyen la incorporación a grupos de actividad y a atenciones individuales a través de las cuales se ponen en juego las técnicas útiles para que la persona logre al final integrarse de manera exitosa en su comunidad.

Es en este momento en el que es importante que el Centro de día posea una diversidad de ofertas de acciones y actividades, ya específicas para el trabajo único de integración comunitaria, ya de apoyo para que además de trabajar otras áreas, se puede aumentar la vinculación de la persona con su medio. Ejemplos de cada tipo de actividad son los siguientes:

- Actividades específicas de integración comunitaria (pueden ser llevadas a cabo de manera grupal o individual):
 - Interacciones y participación en el centro de día.
 - Conocimiento de recursos comunitarios: visitas por el barrio (o ciudad) , consulta de guías y planos del barrio (o ciudad) y de recursos del mismo, charlas coloquio de intercambio de información sobre los recursos del (o la ciudad).
 - Aprendizaje de manejo y utilización de los recursos comunitarios (utilización del transporte público, uso del teléfono, uso de Internet, compras, uso de bibliotecas, polideportivos, centros de Internet, etc)
 - Realización de trámites (en centros culturales, en la junta de distrito, bancarios, sanitarios, en compañías de servicios como luz, gas, agua, teléfono, etc)
 - Utilización de servicios sanitarios (petición de citas, entrevistas con el profesional sanitario, preparación de entrevistas, recordatorio de citas, etc)
 - Interacciones con las figuras cercanas (con la familia, los compañeros, los amigos, los vecinos, el tendero, el portero, etc)
- Actividades en las que se puede apoyar y promover la integración de la persona o el grupo en la comunidad (de nuevo desde el contexto individual o grupal). En estas actividades se puede englobar todo lo que suponga interacción social ya en el domicilio, centro o en el exterior, y todo lo que suponga manejar recursos comunitarios, aunque este no sea el último fin.

8º Paso: La implementación del plan: El profesional ejecuta todos los acuerdos a los que se llegaron en los pasos anteriores. A través de reuniones de equipo de profesionales y con el usuario se va a tratar en todo momento que exista una optimización de dichas estrategias.

Los profesionales tienen la responsabilidad de que se cumplan ciertas condiciones del plan individualizado de la persona: fiabilidad (que se ciña a lo acordado), consistencia (que sea sólido y constante), continuidad (que se lleve a cabo en un tiempo suficiente para que se puedan lograr resultados) y congruencia (entre la organización, las palabras, las acciones, etc.).

9º paso: La evaluación de resultados: se fija un tiempo en el que revisar el grado de cumplimiento del objetivo de manera que se pueda valorar si la metodología y acciones empleadas están resultando eficaces o se estima necesario una modificación en las mismas. Para llevar a cabo la evaluación se tienen en cuenta no solo los indicadores definidos anteriormente sino también el grado de satisfacción de la persona por los resultados alcanzados y la metodología que se está empleando.. Si alguno de los objetivos no se ha alcanzado, se analizan los factores que están interviniendo para que no se esté logrando la integración socio – comunitaria.

Durante todo el proceso, el profesional debe establecer una relación de respeto ante el usuario. Esto es cumplir los acuerdos establecidos con la persona, tratarla como la persona adulta y ciudadano de pleno derecho /deber que es. Es el profesional quien transmite los límites y normas establecidas socialmente de una manera clara (con palabras y acciones) y no culpabiliza a la persona (habla en términos de responsabilidades y compromisos). También, ofrece la información de forma objetiva y clara; transmite a la persona que es ella quien establece qué aspectos tratar en su proceso. El profesional debe mostrar tolerancia cuando acepta y no rechaza la diferencia del hacer, de opinión y de los tiempos del usuario.

Paralelamente a este trabajo que el profesional hace con el usuario, los profesionales realizan un trabajo de equipo para que este plan hacia la integración socio - comunitaria vaya desarrollándose hasta que pueda concretizarse. Dicho trabajo implica diferentes aspectos:

3-ALGUNOS PUNTOS A RESALTAR EN EL TRABAJO DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA:

3-1-Interacción usuario - profesional

En relación con las actitudes hacia el usuario y el establecimiento de roles en la relación, la autenticidad, aceptación, la empatía y honestidad hacia la otra persona con la que se está trabajando deben convertirse en las bases para que se establezca una relación de confianza entre el usuario y profesional, que se volverá en sí misma agente de cambio. Esto puede ser comprendido si se tiene en cuenta que las personas con discapacidad no suelen construir relaciones de confianza con las personas debido a que son marginadas y excluidas la mayoría del tiempo. Por otra parte, es esencial que el profesional identifique y crea en cada una de las potencialidades de la persona

con discapacidad. En la medida que construyan narraciones de la persona acerca de lo que puede hacer, ella misma va a construir historias en las cuales será la protagonista de su propia vida e ira desarrollando roles que puedan ejercer fuera de las paredes del Centro de Día, que a su vez van a favorecer la integración socio – comunitaria. Esta relación de aceptación se establece desde la recepcionista que es la persona quien les abre la puerta todos los días y con cada uno de los profesionales del Centro de Día.

3-2-Utilización del espacio

Potenciación del empoderamiento:

La utilización del espacio del Centro de Día como oportunidad de potenciación de empoderamiento que conforma el centro de Día es una de las acciones que fomenta la integración socio – comunitaria. Por una parte, esto se puede realizar compartiendo día tras día los diferentes espacios del centro (despacho, salas, baños, cocina, etc.) y herramientas – como lo pueden ser los ordenadores- indistintamente entre profesionales y usuarios. Por otro lado, en reuniones en los que usuarios y profesionales participen y los primeros puedan tomar ciertas decisiones; reuniones en los que usuarios y profesionales puedan construir juntos los objetivos comunes para trabajar en el transcurso del año. Todas estas acciones permiten que se potencie la capacidad de autonomía de los usuarios y al mismo tiempo les permite jugar un papel activo en la organización del mismo.

Los espacios exteriores:

Algunas de las actividades que se realizan en el Centro de Día hacen uso de espacios fuera del mismo con el fin de que el usuario pueda hacer uso de espacios que traspasan los límites del recurso. Actividades como cocina (en el momento en el que se realizan las compras), salidas culturales o piscina permite a los usuarios poner en juego el funcionamiento que ellos tienen en el medio social. El acompañamiento del profesional juega un papel fundamental ya que en un primer momento va observar cómo es el desempeño del usuario en dichos espacios (identificación de destrezas y dificultades). Dicha información le será devuelta a la persona con el fin de planificar estrategias útiles que le permitan apoyarse sobre los recursos con los que cuenta en la relación con el otro y al mismo tiempo, se definirán acciones para que la persona pueda ir mejorando en aquellas áreas en las que tiene mas problema.

3-3-Estigma del profesional

El papel que asumen los profesionales requiere un trabajo interno constante; cualquier ser humano tiende a proteger a otro cuando lo siente más débil por lo que la sensación de vulnerabilidad en el otro puede hacer comportar al profesional de tal forma que promueve la creación de un entorno protector y prevaleciente del mínimo daño y en el cual se le obstaculiza al usuario que sea autónomo. En este sentido, tal vez sin darse cuenta, el profesional está estigmatizando al usuario. Por esta razón, el profesional de la salud mental se debe de exigir una reflexión constante para que averigüe en que aspectos puede estar no dando a la persona las claves para desarrollarse ella sola y por lo tanto no estar promoviendo adecuadamente los derechos de la persona ya que la priva de decidir y en este sentido está impidiendo que la persona pueda un día superar el estigma y autoestigma y tener un papel activo en la sociedad.

Se hace necesario que en todo momento el profesional entre en contacto con sus propios prejuicios, ideas, emociones que tiene con relación a la enfermedad pues sólo de esta manera podrá modificarlos (si hay que cambiarlos). Cuando existe un reconocimiento por parte del profesional de sus propios prejuicios se puede desarrollar una mayor tolerancia y aceptación de la diferencia. Para ello es importante que el trabajo en el recurso se realice en equipo, pues son los otros que pueden facilitar el reconocimiento de dichos prejuicios.

Este trabajo se concreta en una serie de reuniones, lecturas, análisis, reflexión, diálogo con usuarios que se realizan semana tras semana en el centro para avanzar en la dirección adecuada. La auto-observación del profesional o la observación por parte de un equipo de profesionales permite un “tercer ojo”, una mirada descentrada, crítica, que se hace preguntas constantemente.

3-4-Equipo profesional

Cada uno de los profesionales del Centro de Día tiene un rol determinado para facilitar que la integración socio – comunitaria del usuario se vaya alcanzando. El trabajo de los técnicos que día tras día ofrecen al usuario, a partir de su bagaje teórico, el mayor número de estrategias y acciones posibles para que la persona vaya eligiendo cuál de ellas desea emplear para ir alcanzando su objetivo de integrarse nuevamente en la sociedad a través del ejercicio de sus roles. El seguimiento que

hacen de los monitores, quienes son las personas que pasan mayor tiempo con los usuarios, para que dichas pautas y acciones se cumplan y se respeten los acuerdos establecidos. Los monitores por su parte, facilitan que los usuarios a través de la participación a las actividades pongan en juego sus habilidades, construyan un autoconcepto y autoestima más sólida debido a los diferentes roles que ejercen en la relación con los otros. Igualmente el trabajo del coordinador del centro en la supervisión del trabajo del equipo técnico, en el contacto y coordinación con otros recursos y en particular como referente para el usuario ante cualquier inquietud.

Es importante aclarar que el Centro de Día no debería ser el escenario terapéutico y social exclusivo de la persona, ya que dicha omnipresencia de este contexto limita la capacidad humana, pero si se convierte en un espacio importante de encuentro entre personas en el que el usuario va a adquirir confianza en sí mismo y modelos de relación para luego extrapolarlos a diferentes ámbitos sociales (en la familia, en los diferentes recursos del barrio – supermercados, farmacias, bares, etc.- en el trabajo, en espacios de ocio, entre otros) siempre desde un trabajo individual y grupal con los profesionales del recurso. Cuando el individuo asiste únicamente a recursos como éste, la única identidad pública que les resta es la de paciente o usuario.

4-EL MEDIO SOCIAL

Como se dijo anteriormente, la integración socio – comunitaria de la persona con enfermedad mental es un trabajo que realizan los profesionales con los usuarios en el Centro de Día (como se ha descrito previamente) y paralelamente las acciones de profesionales y usuarios deben estar dirigidas a la sensibilización de la sociedad con respecto a al enfermedad mental.

Tal vez el reto mas importante al que se enfrentan tanto usuarios con enfermedad mental como profesionales que trabajan con dichas personas, es el de abordar con urgencia el estigma y por ende, la discriminación que existe entorno a dicha enfermedad. La sensibilización es posible realizarla a través de diferentes acciones planificadas en el Centro de Día y deben estar dirigidas a diversos contextos sociales.

El concepto de sociedad es tan amplio que se hace necesario desglosarlo para poder plantearse abordajes eficaces. Una manera de hacerlo es la siguiente:

1. Elementos sociales cercanos a la persona: En ellos se encuentran tanto los apoyos cercanos identificados (compañeros, familiares, amigos, etc) , como personas o entidades que interactúan o pueden interactuar con el individuo en su vida cotidiana y son potencialmente facilitadores o estresores de la integración social del individuo, del proceso de interacción social de la persona, de la aceptación e inclusión de la persona en si medio social. Por ejemplo: el dependiente de la tienda donde compra, el vecino, el conductor de la línea a de autobús que coge con asiduidad, etc.
2. Grupos sociales que se encuentran en el entorno social cercano del usuario y que, aunque pueden no haber mantenido un contacto directo con la persona, si que están ejerciendo una influencia sobre su existencia o pueden llegar a ejercerla. En este grupo se incluyen las comunidades de vecinos, las asociaciones del barrio, los colegios cercanos, las asociaciones de comerciantes, etc.
3. Medios sociales generales que pueden o no estar en contacto directo con los usuarios del centro y que, dada su diferente posición jerárquica a la de los otros elementos sociales, ejercen una influencia grande sobre la opinión pública y sobre la organización social. En este grupo se encuentran: los medios de comunicación, los estamentos políticos, etc.

4-1-Elementos sociales cercanos a la persona.

La familia y los amigos son redes básicas de apoyo para los usuarios del Centro de Día y tienen un papel destacado en el proceso de recuperación de la persona con enfermedad mental. La integración de la persona en el núcleo familiar y en su red social de amigos, vecinos, etc. pasaría por dejar a un lado el rol de enfermo y por tomar otros diferentes, el de hijo, el de madre, el de amigo, etc. En este sentido, es necesario que el entorno cercano le devuelva a la persona el mensaje de estar jugando un papel diferente al de enfermo y de que su opinión cuenta. Las familias y los amigos pueden, de igual modo, contribuir e influir en la comunidad devolviendo una imagen de la persona con enfermedad mental de “normalidad”.

Por esta razón, la intervención socio – comunitaria incluye un trabajo que permita la promoción y el mantenimiento de relaciones significativas para la persona con amigos, familia y otras personas que pueden ser importantes en la vida de ésta. Las personas que constituyen la red social del usuario pueden sentirse confundidas o

no saber cómo comportarse ante ciertos comportamientos de la persona con enfermedad mental. Por esta razón, es de gran apoyo la organización de grupos en los cuales se transmite información acerca de lo que es la enfermedad mental y como manejarla y al mismo tiempo un lugar en el cual las personas que forman parte de su red social puedan compartir todas las emociones (miedos, rabia, incertidumbres, etc.) que existen dentro de ellos al enfrentarse con la enfermedad mental del otro.

Los acompañamientos y apoyos profesionales que se brindan al individuo o al grupo para que establezca contactos naturales con las personas de su vida cotidiana (el panadero, la vecina, el portero, el cartero, el recepcionista de la biblioteca, etc) son acciones de integración socio-comunitaria nada desdeñables. Es más, son los pequeños detalles que llenan el día a día de cada persona en la vida. Los contactos que cada uno de nosotros establece en la vida cotidiana son los que van añadiendo en nosotros nuestro concepto de seres sociales e integrados. Desde el programa de integración socio-comunitaria se lleva a cabo un estudio detallado de todos estos elementos comunitarios y se diseña el plan de trabajo para que:

- Se mantengan los contactos de apoyo ya establecidos.
- Se mejoren las relaciones de apoyo con las personas conocidas.
- Se incremente la red social de la vida cotidiana del usuario.
- Se limen asperezas con las personas del entorno cotidiano del usuario para que no supongan estresores en su vida.
- Las personas con las que el usuario mantiene contacto cotidiano acepten mejor al individuo con sus propias características (a través del conocimiento de sus aspectos positivos y de la “costumbre de verse”).

4-2- Grupos sociales que se encuentran en el entorno social cercano del usuario

Un elemento que propicia la integración socio-comunitaria es el encuentro entre las personas que tienen alguna enfermedad mental y las que no la tienen. Uno de estos espacios son las asociaciones en las que se encuentren usuarios, profesionales de la salud mental, familiares, vecinos, amigos, etc. y que concentran todos sus esfuerzos para alcanzar un objetivo común como lo es la lucha contra el estigma y la exclusión social. En este sentido, la asociación se convierte en un lugar entre iguales que se unen alrededor de la planificación y puesta en marcha de proyectos realizados conjuntamente.

Otro lugar de encuentro entre personas son los grupos de ocio y cultura mixtos, donde se encuentran personas con enfermedad mental y personas sin ella con el

objetivo común de disfrutar juntas de las actividades propias del grupo. Se trata de encuentros realizados con una frecuencia establecida y en lugares como cines, centros culturales, bares, parques, etc.. De este modo, la persona con enfermedad mental al mismo tiempo que está haciendo uso de recursos sociales, está entablando relaciones que le permiten desarrollar roles de diferente índole mas allá que el de enfermo. Este tipo de encuentros promueve una relación de persona a persona desprendida de etiquetas y supone un enriquecimiento mutuo. Significa tener un contacto permanente, que les haga sentirse personas dignas de relacionarse en condiciones de igualdad. Al mismo tiempo, permite el reforzamiento y aprendizaje de habilidades sociales a través de la posibilidad de experimentar en un entorno relajado y cercano. Lo importante de estos encuentros es que la persona va desarrollando una identidad que le permita ver que está en el mundo desde un nuevo lugar, dentro de una comunidad, que permita percibirse como ser social y activo.

Este tipo de encuentro no solo es útil para la persona que tiene la enfermedad mental sino también para la que no la tiene pues significa el relacionarse desde la parte sana de la persona, es construir nuevas narraciones sobre la enfermedad. Esto va a permitir trabajar no solo a profesionales y/o usuarios como agentes sociales en la transformación que se espera conseguir, sino a un número más amplio de personas. Va a permitir que cada vez un número mayor de personas se haga cargo de asumir una actitud implicada en la sociedad que trabaje hacia la sensibilización dando a conocer la realidad que conoce sobre las personas que tienen enfermedad mental.

Además, las acciones de los profesionales y usuarios del Centro de Día, están dirigidas igualmente a los vecinos del barrio donde este recurso esté situado. Dichas acciones se basan fundamentalmente en el que se puedan llegar a conocer los aspectos que las personas pueden ofrecer o aportar a la sociedad aún teniendo una enfermedad mental. Es un cambio en el punto de vista de las personas que desconocen el colectivo y, desde ese desconocimiento personal le marginan. Las ofertas de colaboraciones a los vecinos: ayudas, celebración de eventos juntos, jornadas de puertas abiertas con exposiciones, charlas de interés para los vecinos, apoyos formativos para los vecinos, etc. son algunas de estas maneras de integración.

4-3-Medios sociales generales que pueden o no estar en contacto directo con los usuarios del centro

El trabajo dirigido hacia los medios de comunicación es un elemento clave y difícil, debido a la amplitud del mismo y a las dificultades que puede haber para acceder a los medios y para que se entienda claramente el mensaje no estigmatizante. De nuevo, apoyarse en los medios que se encuentran concienciados y sensibilizados de manera positiva ante las personas con enfermedad mental es una manera de trabajar útil. Es importante buscar los puntos de apoyo de la sociedad y partir de ellos. La participación en programas de radio, el envío de escritos a periódicos, boletines y revistas, la presentación de ponencias en congresos y reuniones, son algunas de las acciones que se pueden llevar a cabo desde el centro de día para favorecer la integración de las personas con enfermedad mental crónica en la sociedad.

La organización de congresos, de cursos, talleres de formación, etc. son instrumentos válidos para informar sobre la realidad de la enfermedad mental. La participación activa de los usuarios (que no sean solamente organizados por los profesionales sino también por los mismos usuarios) en estos eventos es uno de los elementos que más impacta a la hora de concienciar a la sociedad.

5-CONCLUSIONES

A manera de conclusión, la integración socio – comunitaria no puede concebirse sin hacer participe a los usuarios; si tienen un apoyo adecuado de los profesionales serán ellos los principales agentes de cambio. La integración comunitaria parte de pequeñas acciones en el entorno cercano del usuario, parte de la propia naturalidad con la que se ayude al usuario a establecer nuevos lazos, a ampliar sus redes cotidianas. Y parte de nosotros mismos como personas, como profesionales, como centro, como organización. Parte de que nosotros no segreguemos llevados por los propios automatismos de nuestra sociedad.

La integración comunitaria es también un reto. Viene dado por la ejecución de proyectos dirigidos a influir sobre los medios de comunicación, los estamentos, el entorno no directamente implicado, el entorno ajeno.

CAPITULO 14: SOPORTE SOCIAL Y ACTIVIDADES DE APOYO.

Clara López Sanguinetti.

14.1.- INTRODUCCIÓN:

La Antropología desde hace aproximadamente 50 años comienza a desarrollar el concepto de apoyo social y desde los años 70 se comienza a tratar la red social de personas con trastorno mental grave. Por lo que es necesario determinar claramente la diferencia de estos dos términos que en muchos casos (de forma errónea) se consideran sinónimos.

Pilisuck (1982) define al apoyo social como “el conjunto de relaciones que se desarrolla entre personas brindándose diferentes tipos de apoyo (instrumental y afectivo) y que a su vez considera al individuo centro de interés y receptor de la ayuda”. Se llega a una definición objetiva a la que se suma la percepción subjetiva que tiene el individuo de esa relación unidireccional de ayuda.

El soporte social es el sistema que da sustento al individuo y a su interacción con el medio en el que se desarrolla convirtiéndose en un elemento amortiguador de factores estresores y un elemento fundamental en la prevención de recaídas.

La red social fue definida por primera vez por Barnes (1954) como la representación gráfica de los puntos de apoyo que se conectan entre sí a través de líneas.

Garbarino, C. (1983) conjunto de relaciones interconectadas entre un grupo de personas que ofrecen unos patrones y un refuerzo para afrontar las contingencias de la vida cotidiana.

Salcedo, M. (1987) conjunto de personas que se relacionan con el individuo formando vínculos sociales, utilizando un espacio y un tiempo. Conjuntamente se gustan y disgustan y se prestan ayuda recíproca.

Speck, R. (1989) considera la red social como el grupo de personas, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar ayuda y un apoyo tan real como duradero a una persona o familia.

Dabas (1993) lo define como el sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes posibilita la potenciación de los recursos que posee.

Estas definiciones evidencian una evolución a lo largo de los años en el abordaje de los sistemas de soporte social. Aparecen términos como: número de

relaciones, interconexión, tiempo, espacio, ayuda, apoyo real, individuos y familias, potenciar recursos, elemento amortiguador, factores estresares, gustar y disgustar.

De lo anteriormente expuesto se infiere que no se deben confundir términos como apoyo, soporte o red social. Muy a menudo suelen usarse como sinónimos pero la experiencia y la teoría demuestran que no es así. Al consultar el Diccionario de la Real Academia Española, Larrousse y otros definen entre sus varias acepciones

- *Soporte: pieza en que se apoya o sostiene una cosa*
- *Sostener: mantener una cosa sujeta o firme*
- *Apoyo: cosa que sirve para apoyarse*
- *Apoyar: hacer que algo descansa sobre otra cosa*
- *Red: aparejo hecho con hilos, cuerdas o alambres trabados en forma de malla y convenientemente dispuesto para pescar, cazar, cercar, sujetar, etc.*

Habría que concluir que desde los Centros de día se detectan los puntos de apoyo de las personas atendidas, creando una red social que generará un soporte lo suficientemente potente para convertirse en un elemento amortiguador del estrés previniendo recaídas y propiciando un funcionamiento psicosocial lo más adecuado posible.

El soporte social no aparece por generación espontánea en la vida de las personas, no debe convertirse en parte de un discurso voluntarista por parte de los equipos profesionales y obligar al usuario a cumplir con un repertorio de actividades sin sentido, que a veces existen para mantenerlos ocupados, recuperar relaciones olvidadas en el tiempo, incluirlos en actividades de recursos comunitarios en los que son asumidos pero no aceptados.

Intervenir y generar soporte social exige un compromiso de los profesionales, una implicación en primera persona del usuario y considerar esa intervención individual y específica para cada uno. No se debe caer en las recetas grupales, a todos no les sirven las mismas cosas. El principio de individuación no debe perderse en este tipo de abordajes. Si bien pueden detectarse necesidades similares (el aislamiento es un común denominador), es vivido de manera diversa y por lo tanto debe ser tratado también de forma diferenciada.

Generalmente la red social es pobre y centrada en la familia y en los recursos formales pero no es razón para rediseñarla en tiempo récord y sin la participación de las personas directamente implicadas (usuario especialmente y familia si existiera).

Muy a menudo los resultados que arrojan los instrumentos para medir la red, muestran que el trazado no es muy adecuado e invita a hacer cambios rápidos. Evidentemente no es así como se interviene. Es imprescindible hacer una correcta evaluación y no temerle a redes pequeñas centradas en los servicios formales pero cuantitativamente potentes.

Esa estructura puede funcionar si está perfectamente rodada, coordinada y con una intervención rigurosa. Esa red funcionará como parapeto y como área de descanso. Es decir como un elemento protector de factores estresantes externos e internos.

Si esa red funciona y se vincula a las actividades que se desarrollan desde el Centro de día generarán una sinergia que posibilitará un mejor funcionamiento psicosocial. El acompañamiento que se haga desde el equipo profesional redundará en la consecución de esa meta.

Ahora bien, se debe convenir en qué clase de acompañamiento y en qué tipo de supervisión se haga del soporte social con el que cuenta cada usuario. Que en síntesis tiene que ver con el estilo de atención de los Centros de día que se trata en otros capítulos de esta publicación.

Características de la red social

Moxley (1989) y Villalba (1995) definen las características de la red social, que en el caso de las personas con trastorno mental grave adquieren unas características especiales.

Características estructurales

- Tamaño: número de integrantes de la red
- Composición: número de diferentes tipos de apoyos (familia, pareja, amigos vecinos, servicios formales)
- Densidad: es el grado de interconexión entre los miembros de la red
- Dispersión: niveles de relación en función del tiempo y el espacio

Características interaccionales

- Multiplicidad: las relaciones cumplen más de una función. Por ejemplo: un vecino puede ser a su vez familiar o amigo.
- Transaccionalidad: intercambio del tipo de ayuda: material, instrumental y emocional
- Direccionalidad: indica la reciprocidad y el flujo del apoyo
- Duración: extensión en el tiempo de las relaciones, demuestra la estabilidad
- Intensidad: fuerza con la que se percibe el vínculo
- Frecuencia: cada cuánto tiempo se producen los contactos

La experiencia demuestra que la red social de las personas con trastorno mental grave suele ser pequeña, centrada en la familia o los servicios formales, densa, en la mayoría de los casos dispersa, con relaciones que no diversifican su rol, el apoyo es unidireccional se es receptor y no emisor de ayuda, el apoyo no se mantiene a través del tiempo.

14.2.-PROCESO DE EVALUACIÓN DEL SOPORTE SOCIAL.

Durante el proceso de Evaluación del usuario se realiza una primera aproximación para conocer con qué apoyos cuenta, para ello se estructuran las preguntas acotándolas por sectores: familia, amigos del pasado o actuales, compañeros de estudio o trabajo, vecinos, asociaciones o grupos y servicios formales. A continuación se detecta la frecuencia en los contactos y percepción por parte del usuario de la calidad del apoyo. Como se exponía al principio es un primer acercamiento y para que el sujeto entienda el término “apoyo” y lo pueda incorporar. Esta información (suministrada exclusivamente de manera verbal y registrada por el evaluador) generará objetivos de intervención que quedarán plasmados en el Plan de Atención y de Soporte Social (PIAS).

Es un primer paso para acercar la verdadera visión de la situación social de cada uno de los usuarios. Suele ocurrir que esa información en unos primeros contactos, dentro del proceso de evaluación, no sea fidedigna pero ya habrá una segunda oportunidad para contrastarla. Lo primordial es generar una relación de confianza para luego evaluar en mayor profundidad y de manera más específica. Además se cuenta con la información que suministra el Servicio de Salud Mental y, si la hubiera, la que proporcionan otro tipo de recursos por los que haya pasado.

En los objetivos del PIAS se propone la intervención en temas de soporte social y uso de recursos comunitarios y parece que es razón sine qua non de todo buen Plan. Por ello es necesario volver a recalcar la necesidad de que sea individual y quizás cuando se avance en la evaluación, la intervención no deba ser tan ambiciosa sino realista y posible.

No debe olvidarse que el tomar conciencia del aislamiento, de la carencia de apoyos, de falta de vida social y gratificante puede ser un elemento estresor que se añada de manera gratuita. Por ello es imprescindible ser extremadamente cautelosos a la hora de devolver esa información y luego al tratar los cambios que se quieran incorporar.

La intervención en redes sociales, no se circunscribe sólo a registrar número y tipos de apoyos y número de contactos que se volcarán en un registro y se revisarán periódicamente para medir su evolución. Sino en un proceso a largo plazo y de intervención y evaluación continua lo que exigirá el desarrollo de un programa específico que podrá apoyarse y generar sinergias con otras programas existentes (Integración comunitaria módulos específicos de AVD, Habilidades sociales, etc.).

Con el inicio del Proceso de intervención propiamente dicho es necesario plantear (de manera progresiva) las acciones necesarias para valorar en primer término la red. Se puede llevar a cabo de manera individual o grupal siempre teniendo en cuenta el grado de motivación de las personas involucradas, su estado psicopatológico y su grado de vinculación al Centro de día.

Previo a la intervención el usuario debe contar con la información suficiente para iniciar el proceso ya que al igual que todos los otros objetivos de intervención deben ser consensuados.

El profesional deberá contar con un instrumento sencillo para medir la red no solo a nivel cuantitativo sino también cualitativo. Existen diferentes modelos de mapas de red social de uso sencillo y que funcionan como una verdadera fotografía del contexto en el que se mueve el individuo de referencia, proponemos como instrumento el de Biegel ver ANEXO 24. Dada la claridad con la que se observa, en muchos casos, la precariedad del sistema de apoyo, es imprescindible facilitar información clara, nada engañosa pero sin caer en un pesimismo excesivo.

Estrategias de evaluación:

Primer paso:

- Recavar la información obtenida durante la Evaluación y recoger los objetivos que se plasmarán en el Plan Individualizado de Soporte Social.
- Decidir la idoneidad de realizar una evaluación más pormenorizada de manera grupal o individual. Si bien la grupal suele ahorrar tiempo en algunos casos puede resultar contraproducente y generar mayor recelo. Es necesario considerar que se está en los primeros momentos de relación con el usuario.

Segundo paso:

- Informar al usuario que se va a realizar una evaluación más intensa, informar acerca de su conveniencia, negociar aspectos que él considere inadecuados. Es conveniente que se haga participar al tutor si no es él quien llevara a cabo la intervención en red social.
- Es fundamental transmitir la información de manera sencilla y asequible pero muy rigurosa. No olvidar que esto de la red social “no es hacer amigos y compañeros de juego” es algo de mayor entidad y que redundará en su mejor evolución.

➤

Tercer paso:

- Iniciar la evaluación a través del instrumento que se haya elegido. El ideal y sencillo es un mapa de red social.
- El mapa deberá contar con sectores fundamentales, en los cuales se ubicarán los puntos de apoyo.
 - Familia: de origen o extensa
 - Amigos-compañeros: se pueden incluir otros usuarios del Centro
 - Vecinos
 - Servicios formales: Personas integrantes del Servicio de Salud Mental, Servicios Sociales, Dispositivos de Rehabilitación u otros
 - Otros: se pueden incluir Asociaciones, Iglesia, o cualquier persona o ente que refiera

Cuarto paso

- El usuario debe familiarizarse con el mapa o instrumento que se use. Debe enumerar los puntos de apoyo e informar de la importancia que tienen para él de mayor a menor grado.
- Luego invitarlo a que una los puntos entre sí (cuando exista contacto) y además unir esos puntos con él y que indique la dirección del apoyo.

Quinto paso.

- Devolver la información cuantitativa y cualitativa de la red evaluada.

Sexto paso

- Diseñar la intervención, temporalizar y consensuarla con el usuario en la medida de lo posible.

Séptimo paso

- Inicio de la intervención con evaluación continua lo que permitirá la modificación y adecuación de objetivos
- Seguimiento: Observación de las posibilidades de generalización.

Octavo paso

- Fin de la intervención lo ideal es que coincida con la desvinculación del usuario del Centro de Día pero que tendrá que ser asumido el seguimiento por el equipo de continuidad de cuidados.

Lo importante y que suele dar a lo largo del tiempo resultados más contundentes es la flexibilidad, especialmente en lo concerniente al tiempo. La intervención en soporte social es continua, la recuperación de contactos, la vinculación a recursos es algo dinámico que no tiene principio y fin. Es por eso que la intervención no debe ser cerrada y así calmar la conciencia de los equipos cuando se alcanzan los objetivos planteados.

14.3.-ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

De la evaluación se detectarán las características estructurales e interaccionales de la red social. A partir de allí se utilizará un repertorio de instrumentos siempre individualizado pero que se puede abordar grupalmente para mejorar la red social.

La práctica profesional demuestra que al realizar la evaluación de algunos de los puntos de apoyo que suelen aparecer no son reales. Es decir son personas o entidades que han estado vinculados al usuario en épocas bastante remotas (previo al inicio del trastorno generalmente) que tienen que ver más con sus deseos que con su realidad. Por ello es imprescindible desmenuzar muy bien la información, reforzarla a veces con otras preguntas o intentando relacionar fechas con personas.

Se habrán detectado “apoyos reales” y “ocultos o probables”. Los primeros son muy explícitos y vienen reflejados generalmente en la información suministrada por el Equipo de continuidad de cuidados o se detecta en la entrevista de acogida o a través de la evaluación familiar. También es cierto que aparecen esos apoyos probables que quizás pasen a engrosar el grupo de los reales a través de una adecuada intervención desde el equipo del Centro de Día. En lo que respecta a los apoyos ocultos son aquellos que existen pero que no son percibidos como tales por parte del usuario y exige una buena práctica profesional para que sean detectados y asumidos como tales.

La aceptación del grado de aislamiento es un proceso que debe darse en dos direcciones hacia el usuario y hacia la familia. No se hará especial hincapié en el tema familiar ya que es abordado en el capítulo referido a Familias. Pero sí es necesario considerar a la familia como uno de los núcleos fundamentales del apoyo de las personas con trastorno mental grave y que a su vez deben facilitar la existencia y funcionamiento de una red más rica y menos exclusivista.

La modificación, extinción y adquisición de conductas es un proceso a largo plazo que está íntimamente ligado al soporte social. La red social se ha visto arrastrada por la cronicidad generando como consecuencia situaciones de verdadero aislamiento y de precariedad social, en muchos casos.

La intervención debe ir dirigida hacia la recuperación del contacto con apoyos existentes, crear nuevos y generar una serie de actividades que propicien la integración y disminuyan el aislamiento.

Algunas veces se puede asistir a la confusión que genera la utilización de términos como estrategia y táctica y a veces se los suele confundir (al exponerlos) con los objetivos.

Si se hicieran algunas preguntas simples como:

- ¿Para qué? Se obtendría el objetivo
- ¿Qué? Se obtendría la estrategia
- ¿Cómo? Se obtendría la táctica
- Parece imposible pero a veces en el fragor de la exposición verbal (escrita parece menos probable) se puede llegar a confundir al usuario y emborronar la información.

Por ejemplo: Suele ocurrir que se está de acuerdo en que un determinado usuario debe romper el aislamiento. Para ello se piensa que debe participar en un centro cultural en una determinada actividad. Y de este modo todos satisfechos porque se ha definido qué necesita y cómo solucionarlo y ahora a esperar que se haga.

Craso error. Es imprescindible si el romper el aislamiento es el objetivo prioritario. Si así fuera habrá que abrir ese objetivo con otros más específicos, por ejemplo. La estrategia más adecuada es que se incorpore a algún centro cultural para que al menos esté rodeado de gente o se pretende que se relacione.

Se presume de antemano que es la mejor salida ir a un centro cultural. Ahora bien cómo llega, cómo se entera de las actividades, del horario, si hay plazas, plazos de inscripción, coste de los materiales. Cómo lo hace una persona que vive aislada, con bajo nivel de autoestima y con un desinterés y apatía considerables.

Quizás la táctica sea que lo acompañe un educador o se recurra al equipo de apoyo para que lo vincule.

Craso error Nº 2. Se debe retomar el objetivo pero es necesario cambiar de raíz la estrategia y la táctica. No es cuestión de diseñar la intervención en función de las necesidades que parecen ser reales para el profesional sino las sentidas por el usuario. Y progresivamente ir trabajando la motivación y hacer sentir la necesidad de romper esa situación de aislamiento. Seguramente llevará más tiempo pero el resultado será mejor.

En síntesis:

- Consensuar los objetivos
- Priorizarlos junto con el usuario
- Negociar la prioridad si fuera necesario
- Buscar la estrategia más adecuada (no someterse a la tiranía del tiempo)
- Diseñar la táctica con la certeza que va a poder ser asumida por el usuario

- Respetar en todo momento la individuación, aunque sea más costoso en la inversión de recursos

Entre las estrategias de intervención se pueden considerar:

- Generar espacios para promover vínculos con otros usuarios del Centro
- Recuperar antiguos apoyos.
- Vincular a actividades de ocio.
- Vincular a asociaciones de usuarios y familiares o grupos de apoyo mutuo.
- Recuperar antiguos apoyos.
- Fortalecer los existentes.
- Detectar apoyos ocultos.
- Crear apoyos que propicien la autonomía (Servicios Sociales generales, Servicio de ayuda a domicilio, Atención primaria, Centros culturales, etc.)
- Mantener y mejorar la calidad de los contactos.
- Favorecer las interacciones de los miembros de la red.
- Mediar en los conflictos explícitos o latentes.
- Fomentar el rol de cuidador del sujeto con respecto a otros puntos de apoyo.
- Atender a cualquier cambio por imperceptible que parezca.
- Destacar y reforzar los avances por insignificantes que parezcan.
- Dar apoyo ante el desánimo que pueda generarse al no obtener resultados tangibles.

Para desarrollar lo anteriormente expuesto es necesario, sin lugar a dudas, la implicación de todo el equipo profesional y otros apoyos externos (Servicio de Salud Mental, familia y otros recursos comunitarios implicados) muy bien coordinados.

Se debe avanzar de una manera monolítica, es decir la intervención en soporte social no debe ser algo aislado (como a veces ocurre y se confunde con uso del tiempo libre, con hacer amigos, “salir o quedar” sin otra motivación que la indicación profesional, rellenar un registro y a veces engrosar las estadísticas mensuales).

Para que una persona pueda modificar su red de apoyo y así contar con el soporte social que le permita funcionar lo más adecuadamente posible. Deberá mantener unos mínimos de estabilización psicopatológica, lo que conlleva una adherencia al tratamiento, mantener unos niveles aceptables de autocuidados, unas mínimas habilidades sociales, conocer sus pródromos, pedir ayuda ante situaciones

que generen estrés, poder utilizar algún medio de transporte y así se podría seguir enumerando.

Evidentemente estas características no las cumplen, en muchas ocasiones, los usuarios de los Centros de día. Pues entonces no debe comenzarse la casa por el tejado. Primero habrá que afianzar otros aspectos, fortalecer las habilidades y quizás en un segundo término empezar a intervenir en el soporte social propiamente dicho ya que el Centro de día es un generador de soporte social.

No será posible que una persona sea aceptada en un recurso normalizado si no cumple con las mínimas normas de aseo, una cierta estabilidad en su trastorno, un manejo de los medios de transporte y unas habilidades sociales básicas. Es por ello que el cumplimiento de los objetivos vinculados a la red social buscará estrategias y tácticas menos ambiciosas a corto plazo pero realistas a medio y largo.

Cuando se avanzaba en párrafos anteriores en estrategias se mencionaba la participación de grupos de apoyo, por ejemplo. Es un verdadero desafío el plantearse grupos de apoyo de usuarios ya que se estaba acostumbrado a que fueran específicamente de familiares.

El grupo de apoyo de mutuo y no de autoayuda, tiene una metodología propia y el cumplimiento de unos objetivos específicos. Deben ser pequeños, con una estructura, con reuniones pactadas de antemano –generalmente semanales-, con sesiones de una hora de duración por lo menos, con una programación y con una aproximación a los contenidos. Ello no implica una rigidez en la sistemática pero tampoco un libre albedrío en el que prime la anarquía y la improvisación. No debe convertirse en un espacio de queja permanente pero sí puede serlo de queja constructiva. Debe estar coordinado por un profesional con experiencia en la gestión de grupos de apoyo ya que dista bastante de los grupos terapéuticos y de los educativos.

La intervención directa en la red social: recuperando antiguos apoyos, fortaleciendo los existentes, favorecer las interacciones con los miembros de la red, estará muy ligada a la que se lleve a cabo con la familia. Por lo que será necesaria una absoluta coordinación dentro del equipo del Centro de día sino también con el Equipo de continuidad de cuidados.

En cuanto a lo concerniente a avances y a la aparición del desánimo debe ser tenido en cuenta por el tutor en sus intervenciones con el fin de reforzar los avances y dar soporte al profesional que esté interviniendo específicamente en temas de soporte social.

Cuando se apuntaba en la bidireccionalidad del apoyo se estaba queriendo decir que el usuario pasara de ser receptor de la ayuda a ser el generador. Las edades de los padres de usuarios de Centros de día suelen superar los 70 años y en algunos casos rozan los 90. A pesar de estar en buenas condiciones, algunos, es necesario fomentar la iniciativa de convertirse en cuidadores de sus progenitores. En ciertos casos se está dando pero de una manera muy "tímida", parece que sólo están preparados para acompañar a la compra o a las citas con el médico de atención primaria. Pero no lo están para acompañar a una cita de mayor trascendencia (pruebas clínicas, seguimiento de la medicación de sus padres, trámites de mayor complejidad, etc.) ése es otro desafío de este tipo de intervención.

En muchas ocasiones se los considera incapaces de afrontarlo tan sólo porque nunca se les ha dado la oportunidad de ponerlo en práctica. En estos casos también la intervención tendría que estar íntimamente relacionada con la intervención familiar que se desarrolle desde el Centro de día.

Otra estrategia era la participación en actividades de ocio. Pero en cuáles. En aquéllas que se acercan o cumplen las expectativas del usuario y se vuelve a tocar el tema de la individuación. No es cuestión de introducirlos en un redil. Habrá que diseñar actividades de ocio diversos y con tratamiento diferente según qué persona aunque coexistan en la misma actividad. ¿Qué se hace cuando se decide visitar un museo y hay dos personas que no les interesa? Pues quizás que esas personas no acudan y darles alguna alternativa. O si acuden estar pendientes de ellas e intentar relacionar aspectos de esa exposición con temas que les puedan interesar. Es decir ser creativos, no caer en la rutina ni la comodidad pero siempre respondiendo a unos objetivos planteados con la suficiente antelación.

Una vez conseguidos los objetivos planteados en el inicio del proceso, el seguimiento debe ser continuo siendo competencia del equipo del Centro de día o en su defecto del equipo de continuidad de cuidados del Centro de Salud Mental una vez finalizada la vinculación al dispositivo de rehabilitación. Así se pasa el testigo. Pero

cómo. Con un informe pormenorizado de lo actuado y de los aspectos más relevantes en los que hay que incidir en el seguimiento.

Pero es necesario puntualizar que ese usuario puede seguir vinculado a grupos de apoyo que existan en el Centro de día y participar en alguna actividad de ocio especial que se realizara. Porque no hay que olvidar que ya el Centro de día forma parte de su red de apoyo social. El Centro fue y seguramente será al momento de alta un lugar de referencia no de dependencia ya que en algunos casos se ha dado que la dependencia que se daba con la familia en muchos casos se había trasladado a algún profesional o al dispositivo de rehabilitación.

Caso práctico

Describe la intervención llevada a cabo con un usuario cuyo perfil es el del Centro de día.

Hombre de 48 años, soltero, sin familia, con una relación con una mujer de su edad con cierto deterioro social que él define como amiga especial, vive solo en una habitación de una pensión marginal, percibe una pensión no contributiva, carece de otro tipo de recursos y ha tenido un prolongado ingreso en un hospital psiquiátrico privado hasta que su familia agotó sus ahorros y posteriormente se produjo la muerte de sus padres.

Evaluación de la red:

- Los puntos de apoyo se centran
 - sector amigos (1) la mujer con la que mantiene una relación afectiva.
 - sector recursos formales: Salud mental (2) psiquiatra y enfermera.
 - dispositivo de rehabilitación (2) psicólogo y trabajadora social.
 - sector con quien convive: (1) perro.

Se concluye en que la red es: pequeña, unidireccional, densa ya que las 5 personas se conocen y están en contacto, centrada en los servicios formales que procuran apoyo instrumental, recibe apoyo material de su amiga a la vez que afectivo y el perro le aporta apoyo emocional. Manifiesta a lo largo de las entrevistas que es el único estímulo que recibe cuando abre la puerta de su pensión y el perro del dueño lo recibe con ladridos y demostraciones de afecto.

¿Cómo se intervino?

- Se reforzaron los contactos con los apoyos existentes.
- Se intervino paralelamente en el manejo del dinero ya que se detectó cierto descontrol.
- Se facilitó el contacto con un grupo de apoyo mutuo que tenía organizados encuentros dos veces por semana.
- Dado que uno de los objetivos del Plan de intervención era trasladarse a una pensión que reuniera mejores condiciones de habitabilidad no podía soslayarse. Pero si cambiaba de domicilio el contacto diario con el perro al que cuidaba en cierta manera (el apoyo era bidireccional) se perdería.
- Se consiguió que se trasladara a otra pensión pero se le propuso la idea de acordar con el dueño del perro que lo sacaría a pasear o al menos no perdería ese contacto que para él era realmente fundamental.

¿Qué conclusión se obtiene?

- La red no creció cuantitativamente de manera considerable de 6 (incluido el perro) pasó a 8 (incorporó sólo a 2 miembros del grupo de apoyo a su red) pero sí cualitativamente ya que ganó tiempo de ocio con el grupo de apoyo y pasó de receptor de ayuda a emisor ya que se comprometió a cumplir con algunas responsabilidades hacia el perro a cambio de no perder el contacto.
- Los servicios formales daban la estabilidad necesaria para la prevención de recaídas y garantizaban la adherencia al tratamiento.
- Desde el Programa de AVD se abordó el manejo de dinero lo que posibilitó el traslado a otra pensión.
- El deterioro psicosocial era notable por lo que los cambios fueron muy lentos, con objetivos realistas y con el claro propósito de afianzarlos y generalizarlos.

14.4 .CONCLUSIONES.

□ La intervención en soporte social debe seguir una metodología clara, conocida por todo el equipo profesional y accesible para el sujeto con el que se intervenga.

- La familia no debe ser el único punto de apoyo.
- Las personas que acuden a los Centros de día, llevan una larga evolución del trastorno, con deterioro considerable, con familia envejecida y

deteriorada y escasos apoyos por lo que es necesario que la red se soporte también en los servicios formales (Servicios sociales municipales, Servicio de ayuda a domicilio, Atención primaria, centros para mayores, etc.).

- El flujo del apoyo debe tender a que sea bidireccional.
- La detección de los puntos de apoyo y la posterior intervención debe hacerse extensible a las familias ya que la experiencia demuestra que suelen caer en un marcado aislamiento.

Capítulo 15: APOYO, PSICOEDUCACIÓN Y ASESORAMIENTO A LAS FAMILIAS

Gema Orduña y Eloisa Fernández

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La intervención con las familias se plantea de forma directa en el ámbito de la enfermedad mental y, concretamente con familiares de enfermos crónicos, desde un compromiso social enmarcado en el área de servicios sociales. Desde los Centros de Día, además de la tarea de contención y rehabilitadora llevada a cabo en las personas con enfermedad mental, se debe desarrollar un trabajo con las familias, desde dos formatos: individual y grupal. Todo ello, para cubrir las necesidades de información, formación en el manejo adecuado de la interacción con la persona con enfermedad mental y el apoyo necesario para que el entorno vivencial se ajuste lo más posible. El objetivo último es que las familias puedan llegar a adquirir un alto grado de autonomía personal y de capacidad de decisión en su responsabilidad. Para ello se intervendrá desde un modelo que tenga como referencia el propuesto por autores como Vaughn y Leff, Kuipers, Berkowitz, Falloon, etc. Este tipo de intervención pretende propiciar y potenciar una atención y ayuda en la que los familiares sean los principales colaboradores en el proceso de atención de los usuarios.

Por tanto, se considera que “La intervención con familias” es un programa necesario en los Centros de Día por tres aspectos:

1. Integración de la familia en el proceso de rehabilitación de la persona con enfermedad mental.
2. Paliar el estigma.
3. Apoyo al movimiento asociativo.

En este capítulo se propone crear un espacio amplio de actuación con los familiares del Centro de Día, donde puedan desarrollarse intervenciones de diferentes niveles de exigencias (progresivas y permeables entre sí), con el objetivo de que llegue la implicación al mayor número posible de familiares. Para el desarrollo de la intervención se hace necesario el trabajo conjunto y coordinado de los profesionales del Centro de Día.

Los ámbitos específicos de intervención dentro del Programa de Intervención con Familias en los Centros de Día son los siguientes:

- . *ACOGIDA DE FAMILIARES.*
- . *ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A LAS FAMILIAS.*
- . *ATENCIÓN GRUPAL (Programa de familias).*
- . *APOYO AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.*

Todos estos ámbitos abarcan tres niveles:

1. Preventivo (Detectar situaciones disfuncionales o patológicas en la familia o en algunos de sus miembros).
2. Asistencial o terapéutico (con el fin de recuperar, mantener o desarrollar las capacidades de autonomía, relación interpersonal y familiar).
3. Trabajo en red (Salud mental, Servicios Sociales y Centro de Día).

La intención es desarrollar una intervención que parta de la realidad del colectivo, que responda a unas necesidades reales y que se integre en el marco del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Para ello, se utilizará una metodología activa y participativa, potenciando en todo momento la solidaridad y el cooperativismo a través de diversas actividades y técnicas de grupo. Además, la metodología debe ser flexible, ya que debe acomodarse en todo momento a las variables estructurales, ambientales y de recorrido, buscando en todo momento la productividad y la satisfacción entre los familiares.

En este sentido, los principios básicos que regirán la metodología a emplear serán:

- a) **PRINCIPIO DE VOLUNTARIEDAD:** Esto produce que la motivación sea un factor fundamental que va a determinar que la familia se implique o no. Se utiliza en todos los ámbitos de intervención específicos.
- b) **PRINCIPIO DE FUNCIONALIDAD DE LOS APRENDIZAJES:** Será fundamental que la familia perciba que los conocimientos y habilidades que está adquiriendo en los diferentes ámbitos de intervención van a ser útiles en el funcionamiento de la vida diaria.
- c) **PRINCIPIO DE CLIMA DE COMUNICACIÓN:** Que potencie la expresión libre y creadora que hace que la familia deje de ser agente pasivo y se convierta en agente activo, responsable y crítico.
- d) **PRINCIPIO DE GLOBALIZACIÓN:** Que permita acceder a la comprensión global de la realidad percibida por la familia, tomando ésta como punto de

partida (principio de funcionalidad del aprendizaje) y sometiendo a análisis los elementos que la componen y las relaciones que existen entre ellas.

- e) **PRINCIPIO DE DINÁMICA DE GRUPOS:** En función de las necesidades que cubre (inclusión, participación, apoyo) y su finalidad (comprensión de las relaciones interpersonales, entrenamiento en el sentido de la colaboración, auto conocimiento a través del grupo).

En relación a la evaluación de la intervención, el contenido de la misma se dividirá en: Evaluación de Proceso y en Evaluación de Resultados. La evaluación del proceso nos servirá de guía en la ejecución de la intervención. De esta manera, se recogerá información sobre si está siendo correcta la estructura de funcionamiento diseñada para conseguir los objetivos propuestos. La evaluación de resultados permitirá juzgar las acciones llevadas a cabo, la consecución o no de los objetivos operativos marcados y la consecución de respuestas a las necesidades descubiertas en el análisis de las mismas al que hemos sometido a las familias. Por último, es importante señalar que la intervención con las familias se enmarca como un programa transversal y complementario al proceso global de rehabilitación de personas con enfermedad mental.

2. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES.

Las familias a quien va dirigida la intervención tienen una serie de características y carencias que las define derivadas del desarrollo de su proceso de socialización, ya que, posiblemente, la influencia de la persona con enfermedad mental ha sido mayor que el resto de aspectos o valores, llevándoles a graves carencias actuales.

Y concretando aún más, el perfil del destinatario/s a quienes va dirigido este Programa de Intervención sería el siguiente:

- Familiares de la persona que esté derivada al Centro de Día.
- Con poca formación sobre la enfermedad mental.
- Familiares que necesiten recibir información y formación específica que contribuya a la consecución de los objetivos del Plan Individualizado de Atención y Soporte (PIAS)

En este sentido, la población diana demanda una información útil de acuerdo con la realidad que les ha tocado vivir. Se encuentran en una situación de desigualdad y en muchas ocasiones de agotamiento físico o psíquico. Además, en muchos casos, hay que sumar el añadido de la edad que tienen y, por ende, la necesidad de tener que adaptarse a los nuevos cambios sociales que se están produciendo. Teniendo en cuenta el contexto empobrecedor en el que la mayoría de las familias han llevado a

cabo su socialización, se puede clasificar las principales necesidades en estos bloques:

1. Falta de información, formación y apoyo.
2. Falta de habilidades de comunicación y solución de problemas.
3. Deficiencias de necesidades y recursos sociales.

3. OBJETIVOS:

El Programa de Intervención con Familias en los Centros de Día, como se ha señalado, está definido, dentro del proceso global de rehabilitación de personas con enfermedad mental, como un programa específico cuyos objetivos, que se exponen a continuación, dan temporalidad e idea de proceso a la intervención.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Proporcionar soporte social, a través de mecanismos de información, formación y apoyo que sean funcionales para la convivencia con la persona con enfermedad mental, a través de un trabajo conjunto y coordinado.
2. Facilitar que las familias cuenten con redes sociales de apoyo.
3. Proporcionarles estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y OPERATIVOS.

1.1 Informar sobre el Plan de Trabajo del Centro de Día.

1.1.1. Que adquieran información sobre el funcionamiento básico.

1.2. Realizar una valoración de las necesidades, recursos personales y sociales de la familia.

1.2.1. Identificar y registrar las necesidades que no tienen cubiertas y la inexistencia de recursos.

1.2.2. Desarrollar una evaluación familiar (Anexo 1) que conste de:

- Un Genograma familiar.
- Historial familiar, situación socio-económica y entorno social.
- Expectativas y necesidades de la familia.

1.2.3. Desarrollar de manera pautada el apoyo a las familias

1.3 . Favorecer y estimular la empatía entre el equipo profesional del Centro de Día y la familia.

1.3.1. Se realizarán entrevistas unifamiliares en donde:

- Se escuchará con eficacia emitiendo un feedback constructivo, útil y comprensible.

- Se apoyará a las familias para que sean capaces de manifestar necesidades, puntos de vista y circunstancias.
- Se les informará en un formato comprensible y funcional la mejor forma de acción dentro del contexto de los requerimientos y de las obligaciones legales.

1.3.2. Se mantendrá el compromiso de apoyo, acercamiento y sensibilidad durante todo el proceso.

1.3.3. Se establecerá un contacto permanente a través de llamadas telefónicas.

1.4. Integrar a las familias en el proceso de rehabilitación de la persona con enfermedad mental.

1.4.1 Conseguir la colaboración y la participación de las familias en el proceso de Rehabilitación Psicosocial.

1.4.2. Motivar a las familias para que se impliquen en el proceso de rehabilitación, argumentando las ventajas de participar en el programa de familias para su bienestar social a corto, a medio y a largo plazo (“Podemos vivir la vida en un grado alto o bajo de calidad”).

1.4.3. Evitar la discriminación y la estigmatización.

1.4.4. Potenciar la integración y la participación de las familias dentro del grupo de familias:

- Facilitando un espacio donde se potencie la escucha y el diálogo a través de las diferentes actividades, favoreciendo al mismo tiempo un marco estable donde se puedan desarrollar los procesos y, en definitiva, un buen clima grupal.

- Favoreciendo la relación entre las familias, respetando la individualidad y, al mismo tiempo, potenciando la socialización, la ayuda mutua y una actitud crítica y creativa.

- Favoreciendo reflexiones personales y el contraste de las experiencias grupales.

1.4.5. Posibilitar y potenciar la participación del usuario y de la familia en los objetivos elaborados por el profesional responsable.

1.5. Informar sobre conceptos funcionales acerca de la salud mental que ayuden a su comprensión y a una visión integradora.

1.5.1. Que adquieran información y conocimientos acerca de:

- El cuidado de la salud.
- Qué es la enfermedad mental.
- Tipos de enfermedad mental.
- Síntomas (Positivos y Negativos).
- Evolución de la Enfermedad.
- Cursos y Fases.

1.5.2. Que adquieran conceptos funcionales sobre:

- El abordaje de la enfermedad mental.
- La prevención de las recaídas.
- Factores de riesgo y de protección.
- El tratamiento farmacológico.

1.6. Aportar conocimientos útiles para favorecer una convivencia positiva.

1.6.1. Que adquieran conocimientos y estrategias funcionales sobre:

- Una comunicación clara.
- Una escucha activa y empatía.
- La importancia de evitar comentarios críticos y hostiles.
- La relevancia de realizar peticiones de modo positivo y claro.
- El reconocimiento de lo positivo al usuario.

1.7. Facilitar y proponer cambios efectivos en la convivencia familiar.

1.7.1. Que adquieran estrategias funcionales para construir una buena convivencia familiar, destacando la necesidad de:

- Establecer unas normas claras.
- Plantear cambios y exigencias de forma positiva.
- Modificar comportamientos desadaptativos (Extinción, consecuencias del comportamiento, etc.).

1.7.2. Que adquieran estrategias funcionales para la resolución de conflictos en el ámbito familiar, destacando la importancia de:

- Definir el problema y las posibles soluciones.
- Valorar las consecuencias de estas soluciones.
- Escoger la mejor solución.
- Valorar la solución elegida y reconocimiento de los logros.

1.8. Proporcionar a las familias autonomía y capacidad de decisión.

1.8.1. Informar y orientar acerca de:

- Los recursos asistenciales más funcionales.

- Las prestaciones desde todos los ámbitos socio-sanitarios.
- 1.8.2. Que adquieran un listado con las direcciones de asociaciones y federación de la Comunidad de Madrid.
 - 1.8.3. Que adquieran información sobre el asociacionismo y los grupos a autoayuda existentes.
 - 1.8.4. Desarrollar pautas de entrenamiento para generalizar y mantener lo aprendido sin generar dependencias.
- 2.1. Facilitar respuestas plurales a la diversidad de necesidades y demandas de los familiares ajustándolas al recurso.
 - 2.1.1. Recoger demandas, expectativas, actitudes e intereses de las familias (Evaluación Social).
 - 2.1.2. Ajustar las demandas de los familiares al recurso (Evaluación Familiar).
 - 2.2. Hacer uso de las redes existentes para reducir el estigma.
 - 2.2.1. Crear y desarrollar redes de coordinación con otros recursos para identificar, proveer y asegurar recursos de apoyo a las redes nuevas y a las ya existentes.
 - 2.2.2. Fomentar el desarrollo al movimiento asociativo entre familiares, proporcionándoles información y, si fuera necesario, facilitar el contacto con organizaciones, asociaciones, etc.

4. ESTRUCTURA DE FUNCIONAMIENTO:

4.1. Metodología.

En la intervención familiar y más concretamente en la intervención grupal, como se ha dicho anteriormente, se utilizará una metodología activa, participativa y flexible, adaptada a la progresión del aprendizaje, que favorezca la creación de una plataforma de conocimientos básicos, sencillos, pero útiles y fáciles de recordar. *Metodología activa y participativa* porque las familias son los auténticos protagonistas de su proceso de aprendizaje. *Metodología flexible* porque resulta imprescindible adaptarse en todo momento a las variables estructurales, ambientales, etc., que pueden condicionar el proceso. Se partirá de un estudio previo de la situación familiar a través de la primera entrevista y de la evaluación previa. Todo ello, con el propósito de que los profesionales de la intervención familiar conozcan la situación en la que se encuentran los familiares (sentimientos, motivaciones, actitudes...) ante la finalidad de formar el grupo de familias. En este sentido, el estudio más adecuado para verificar las necesidades de la familia es la OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA DIRECTA, que nos

permitirá observar aquello que interesa en un determinado momento, ya que es intencional, objetiva y registrada. A través de este método se recoge la información, por medio de una entrevista semiestructurada, preguntando acerca de la conducta, teniendo en cuenta las siguientes variables:

- A. NECESIDAD DE INFORMACIÓN: Si perciben la necesidad de recibir por parte del Centro de Día esta necesidad, reflexionando y proporcionando una visión acerca de su realidad.
- B. CONOCIMIENTOS: Sí poseen algún conocimiento sobre el tema.
- C. DISPONIBILIDAD: Sí estarían dispuestos a implicarse de manera activa en el proceso de rehabilitación de su familiar enfermo.
- D. EXPECTATIVAS DE FUTURO: Qué esperan conseguir desde el Centro de Día.
- E. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

El programa de familias será la realidad concreta que nos interesa y motiva, es decir, el núcleo generador del que parte nuestra intervención. Y todo ello sin olvidar la acción de capacitar. Capacitar es ayudar a superar sus dependencias y sus vasallajes. Un equipo que realiza intervenciones debe responder a esta complejidad e interrelación, por lo que hemos de tener en cuenta:

- La importancia de motivar a la familia (la motivación es una herramienta imprescindible para trabajar en rehabilitación) y de despertar el interés hacia los futuros aprendizajes.
- Necesidad de empatía y de asertividad.
- Utilización de criterios de participación y de consenso.
- Contacto con la comunidad.
- Apelación de aquellos aspectos más sanos y conservados, sabiendo escuchar en todo momento sus dificultades. Es una función de acompañamiento activo.
- Facilitación de un espacio donde se potencie la escucha y el diálogo a través de las diferentes actividades, favoreciendo al mismo tiempo un marco estable donde se puedan desarrollar los procesos y, en definitiva, un buen clima grupal.
- Favorecimiento de la relación, respetando la individualidad y, al mismo tiempo, potenciando la socialización y la ayuda mutua.

En suma, partir de una vivencia común de todas las personas que constituyen el grupo significa:

1. Que cada persona es capaz de expresar su visión, la vivencia de su realidad.

2. Que todos conocen las vivencias de los demás.
3. Que se exterioriza lo que es común.

Por otro lado, la aplicación del programa de familias que se presenta en este capítulo corresponde al periodo comprendido entre octubre de 2006 y febrero de 2007. Se compone de 12 sesiones de 2 horas de duración, realizadas durante un día a la semana, que a continuación se expone en la siguiente tabla:

TABLA

SESIONES	CONTENIDO	DURACIÓN
Módulo informativo I	El cuidado de la salud. Que es la enfermedad mental. Tipos. Síntomas (positivos y negativos) Etiología. Evolución de la enfermedad. Cursos y fases.	2h
Módulo informativo II	Abordaje de la enfermedad mental. Prevención de recaídas. Tratamiento farmacológico.	2h
Módulo informativo III	Rehabilitación psicosocial (fundamentación, dispositivos de atención social)	2h
Módulo informativo IV	Vivencias. Vivencias de la familia ante la enfermedad mental. Etapas y culpabilidad. Vivencias que experimenta el usuario en el curso de su enfermedad.	2h
Módulo Informativo V	Como evitar recaídas. Factores de riesgo y protección. Niveles de E.E. en la convivencia familiar.	2h
Módulo de habilidades de comunicación VI	Habilidades de comunicación en la convivencia familiar. Comunicación clara. Escucha activa. Empatía. Evitar comentarios críticos y hostiles. Realizar peticiones de modo positivo y claro. Reconocimiento de lo positivo.	2h
Módulo de habilidades de comunicación VII	Estrategias para una buena convivencia. Necesidad de establecer normas. Plantear cambios y exigencias de forma positiva. Como modificar un comportamiento. Extinción. Consecuencias del comportamiento.	2h
Módulo de habilidades de comunicación VIII	Estrategia familiar de solución de problemas. Definir el problema. Posibles soluciones. Consecuencias de estas soluciones. Valoración Escoger la mejor solución. Valoración. Reconocimiento de logros.	2h
Módulo de necesidades y recursos IX	Recursos. Recursos asistenciales. La capacidad de las personas.	2h
Módulo de necesidades y recursos X	Prestaciones. Prestaciones desde todos los ámbitos socio sanitarios.	2h

Módulo de necesidades y recursos XI	Asociacionismo y grupos de autoayuda. Direcciones de asociaciones y federación.	2h
Finalización programa XII	Puesta en común. Valoración. Salida al medio (celebración).	2h

Como se puede comprobar, cada sesión posee un nombre que la define, con el propósito de situarnos en cada momento concreto, además de dotar de un cierto orden que facilite el aprendizaje (progresión).

El profesional se encargará de:

- a) Intervenir directamente en la aplicación de la sesión.
- b) Preparar las sesiones de cada semana.
- c) Realizar el seguimiento: evaluaciones.
- d) Desarrollar el programa.

La dinámica general consistirá en dos aspectos:

1. *Preparación de las sesiones en el que el profesional se encargará de:*

- *Evaluar la sesión anterior:*
 - . Análisis de las evaluaciones realizadas por el grupo de familias.
 - . Análisis de la evaluación del profesional.
 - . Evaluación global.
- *Preparación de la siguiente sesión:*
 - . Análisis de los contenidos.
 - . Análisis de la metodología.
- *Preparación del material.*

Se les entregará un dossier con la estructura del programa y se adjuntará la guía informativa básica de la Comunidad de Madrid, para personas con enfermedad mental crónica y para sus familiares.

2. *Sesiones en el Centro de Día:* (a excepción de la última sesión en la que, parte de la misma, se realiza fuera del centro).

- . Exposición del tema.
- . Actividades (variadas, ajustadas a los objetivos y basadas, principalmente, en la dinámica y técnicas de grupo).

Como punto y final, se realizará un acto de celebración que supondrá la clausura del programa de familias.

5. DISEÑO DE EVALUACIÓN.

Llegados a este punto es el momento de comparar lo deseado con lo realizado, es decir, se tratará de estimar cuantitativamente y cualitativamente el proceso de intervención con las familias. Ambas dimensiones (datos cuantitativos y datos cualitativos) se constituyen como complementarias e imprescindibles en el proceso de evaluación. Sin embargo, es importante no olvidar donde nos encontramos, por lo que aunque no se consiga los resultados cuantitativos esperados, siempre queda la satisfacción de haber contribuido a dar un paso hacia delante en el proceso de rehabilitación. Por último, se viene enfatizando en la implicación que tienen que tener las familias a lo largo de todo el proceso, por lo que la evaluación será un momento más en donde mostrar la confianza y donde sigan siendo los protagonistas de su propio proceso de aprendizaje, asumiendo responsabilidades también en esta tarea.

5.1 Proceso de evaluación:

El programa de intervención con las familias, prevé una evaluación continua o de proceso, adecuándose a sus resultados en cada momento, de modo que se posibiliten replanteamientos durante el proceso con el fin de lograr los objetivos planificados.

Evaluación inicial:

Comienza la intervención individualizada con la familia, realizando un análisis de la realidad que tanto la persona como los familiares presentan al ser derivados desde el Área de Salud Mental al Centro de Día. Para ello, se realizará una primera entrevista (semiestructurada) y se responderá a un cuestionario familiar (Anexo 1).

Asimismo, la evaluación inicial también nos ayudará a situar el punto de partida del equipo profesional (composición, estabilidad, etc) así como de los recursos humanos y materiales de que dispone el centro. Se realizará la primera visita domiciliaria.

Por otro lado, se valorará si es el momento oportuno o si están interesados en formar parte del programa de familias. Una vez dentro del programa de familias, realizarán tres cuestionarios: uno sobre las actitudes que presentan frente al programa otro que nos permitirá establecer una línea base y/o nivel de conocimientos iniciales y otro sobre las expectativas familiares respecto a la persona con enfermedad mental (Anexo 2, 3 y 4).

Evaluación continua o de proceso:

En el desarrollo del programa con familias, al finalizar cada sesión con el grupo, el profesional realizará una evaluación semanal de las sesiones, teniendo en cuenta las mejoras que aporten las familias en cada momento (Anexo 5) y realizará de la misma manera un registro que recogerá la asistencia, consecución de objetivos, metodología y observaciones (Anexo 6).

Evaluación final o de resultados:

Una vez terminada la intervención es preciso comprobar en que medida se han cumplido nuestros objetivos. Para ello, se analizarán las técnicas de análisis cualitativo empleadas, en donde se encuentran recogida las opiniones, sensaciones, reflexiones personales, contraste de experiencias con el grupo, etc...., de los diferentes ámbitos de intervención, de los resultados obtenidos, etc. Asimismo, se realizará un cuestionario de evaluación del grupo de familias, sobre la organización, contenidos/temas, metodología, profesionales..., (Anexo 7). Finalmente, la propuesta incluye la realización de una memoria (anual) de la que se extraerán propuestas de mejora para futuras intervenciones.

ANEXOS

ANEXO 1. EJEMPLO DE ÁREAS DE EVALUACIÓN:

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.
2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL ENTORNO.
3. OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y SU FAMILIA RESPECTO AL CENTRO.
4. PROCESO DE ACOGIDA Y ENGANCHE (PLAN DE ACOGIDA Y RESULTADOS).
5. DATOS BIOGRÁFICOS-CLÍNICOS.
 - 5.1. Antecedentes psiquiátricos familiares
 - 5.2. Antecedentes personales (embarazo, parto, adquisición de habilidades del lenguaje y desarrollo psicomotor).
 - 5.3. Ajuste previo (sólo la información relevante)
 - Escolarización (temporalización, rendimiento y ajuste personal y social).
 - Actividad laboral (temporalización, descripción, rendimiento y ajuste personal y social).
 - Relaciones interpersonales y de pareja.
 - 5.4. Inicio de la enfermedad (edad, circunstancias precipitantes, características del primer episodio, respuesta de la familia y el entorno), evolución temporal de la enfermedad (curso, nº de ingresos y gravedad, tipo de diagnósticos recibidos, sintomatología predominante, historia de intentos autolíticos, dispositivos y tipo de internamiento en los distintos ingresos, tratamientos recibidos, respuesta a los mismos y adherencia) y datos biográficos relevantes de este periodo.
6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.
 - 6.1. Enfermedad actual (diagnóstico, sintomatología, ideación autolítica y pauta farmacológica actual, interferencia sobre su funcionamiento, existencia de consumo de tóxicos).
 - 6.2. Conocimiento sobre diagnóstico, síntomas, causas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad (expectativas). Conciencia de enfermedad.

6.3. Factores de riesgo y de protección de crisis (factores asociados a las recaídas (ej. Consumo de tóxicos,...), desarrollo y adquisición de estrategias de prevención de recaídas, pródromos).

6.4. Tratamiento farmacológico.

- Información del usuario sobre: pauta, indicaciones, efectos secundarios y estrategias de manejo de los mismos.
- Competencia y autonomía.
- Problemas en el manejo de la medicación (ej. Sobreingesta de ansiolíticos cuando se encuentra nervioso)
- Actitud y expectativas

6.5. Manejo de recursos sanitarios (conocimiento, adherencia, forma de utilización y autonomía en su uso).

7. AFRONTAMIENTO Y COMPETENCIA PERSONAL.

7.1. Manejo de estados emocionales.

- ANSIEDAD (manifestación en los tres niveles, interferencia en su funcionamiento y el entorno, situaciones desencadenantes, estrategias de afrontamiento, componente objetivo y subjetivo, en caso de valor clínico relación con diagnóstico principal y/o asociado).
- DISFORIA (sintomatología, distorsiones cognitivas y actitudes disfuncionales, interferencia en su funcionamiento y su entorno, situaciones desencadenantes, estrategias de afrontamiento, componente objetivo y subjetivo, en caso de valor clínico relación con diagnóstico principal y asociado).
- IRA/HOSTILIDAD (nivel de manifestación, grado de interferencia, situaciones desencadenantes, historia de agresiones y gravedad de las mismas).

7.2. Autoconcepto y autoestima.

7.3. Solución de problemas y toma de decisiones.

8. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO.

8.1. Atención (competencia y/o déficit, interferencia en su funcionamiento, estrategias de compensación, componente objetivo y subjetivo).

8.2. Memoria (competencia y/o déficit, interferencia en su funcionamiento, estrategias de compensación, componente objetivo y subjetivo).

- 8.3. Función ejecutiva (capacidad de planificación, categorización, y abstracción; así como de flexibilización e inhibición de una conducta).
- 8.4. Orientación espacial y temporal.
- 8.5. Otras capacidades (lectura, escritura y cálculo).

9. RUTINA/ DÍA HABITUAL.

10. A.V.D. AUTOMANTENIMIENTO (la evaluación se centrará en el nivel de funcionamiento actual pero siempre con referencia al funcionamiento premórbido).

10.1. Higiene personal y vestido.

- Funcionamiento.
- Autonomía.
- Percepción de necesidad.
- Hábitos familiares e interferencia cultural.
- Hábitos de salud.
- Alimentación (dieta y hábitos).
- Sueño (características y hábitos).
- Ejercicio físico.
- Consumo de cafeína y nicotina (número y frecuencia).
- Estado físico general y manejo de problemas somática.
- Comunicación funcional (manejo de instrumentos para la comunicación: ordenador, □internet, teléfonos, cartas...)
- Integración comunitaria.
- Uso de transportes.
- Uso de recursos comunitarios.
- Manejo y administración del dinero.

11. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS (la evaluación se centrará en el nivel de funcionamiento actual pero siempre con referencia al funcionamiento premórbido).

11.1. Manejo del hogar.

- Características del domicilio (cuando afecten a su funcionamiento en éste área).
- Tareas domésticas (percepción de la necesidad, nivel de autonomía y cuidado): cocina, ropa (lavadora y plancha), limpieza y orden.

- Seguridad y prevención de accidentes domésticos.

11.2. Cuidado de otros. En esta área se recogen aquellas actividades que realiza el usuario relacionadas con las personas que tiene su cargo (hijos, padres etc.) y como influye en sus rutinas diarias, cuando se de esta situación.

11.3. Orientación sociocultural. Nivel de conocimiento sobre temas de actualidad, motivación e interés por estar informado y nivel de utilización de los distintos medios de comunicación.

12. ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

Intereses (pasados, actuales y futuros), ejecución (individual o grupal, número, frecuencia, grado de gratificación, fuera y/o dentro del domicilio), percepción de la necesidad y grado de autonomía.

ANEXO 2. EJEMPLO DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN:

DATOS OBSERVACIÓN						
Exp.						
fecha						

Apellidos: _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Hoja n°: _____

AUTOCUIDADOS

SI	NO	AV	NO OB.
----	----	----	--------

- ¿Se presenta con un aseo personal adecuado? SI NO AV NO OB.
- ¿El estado de la ropa es el adecuado? SI NO AV NO OB.
- ¿La ropa es la adecuada a la temporada? SI NO AV NO OB.
- ¿Se observa un adecuado cambio de ropa? SI NO AV NO OB.

OBSERVACIONES:

COMUNICACIÓN

- ¿Mantiene las habilidades básicas referentes al saludo (Saluda/ se despide)? SI NO AV NO OB.
- ¿Interactúa con los usuarios? SI NO AV NO OB.
- ¿Interactúa con los profesionales? SI NO AV NO OB.
- ¿Mantiene contacto visual? SI NO AV NO OB.
- ¿En la conversación participa activamente? SI NO AV NO OB.
- ¿En la conversación utiliza temas acordes a la situación? SI NO AV NO OB.
- ¿En la conversación presenta temas recurrentes? SI NO AV NO OB.
- ¿Cambia de discurso de forma poco coherente? SI NO AV NO OB.
- ¿En la conversación mantiene un tono de voz adecuado? SI NO AV NO OB.

- ¿Invade el espacio interpersonal?
- ¿Utiliza espacios comunes?
- ¿Se muestra inquieto en los tiempos de espera?
- ¿Se muestra inquieto en las intervenciones grupales?

OBSERVACIONES

ASPECTOS COGNITIVOS

- ¿Presenta amplios tiempos de reacción al preguntarle?
- ¿Olvida citas, conversaciones, programas, pautas?
- ¿Se distrae con facilidad?
- ¿Cuándo se distrae es capaz de volver a la actividad inicial?
- ¿Está orientado a nivel espacial-temporal?
- ¿Presenta problemas a la hora de tomar una decisión?
- ¿Presenta dificultades para seguir instrucciones para realizar actividades?

OBSERVACIONES

NORMAS DE CONVIVENCIA

- ¿Adopta un rol pasivo ante los demás?
- ¿Adopta un rol agresivo ante los demás?
- ¿Sigue las indicaciones de los profesionales?
- ¿Respeto a los demás usuarios?

OBSERVACIONES

FIRMA:

ANEXO 3. EJEMPLO DE AUTORREGISTRO UTILIZADO PARA DETERMINAR RUTINAS RELACIONADAS CON TOMA DE MEDICACIÓN, ESTRUCTURACIÓN DE ALIMENTACIÓN Y SUEÑO:

MARTES 14	MIÉRCOLES 15	JUEVES 16
¿A QUE HORA ME HE LEVANTADO? 8.00? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN? ¿Y EL DESAYUNO?	¿A QUE HORA ME HE LEVANTADO? 9.00? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN? ¿Y EL DESAYUNO?	¿A QUE HORA ME HE LEVANTADO? 8.00? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN? ¿Y EL DESAYUNO?
¿HE ACUDIDO A LA CITA?	¿HE ACUDIDO A LA CITA?	¿HE ACUDIDO A LA CITA?
¿QUÉ HE COMIDO? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN?	¿QUÉ HE COMIDO? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN?	¿QUÉ HE COMIDO? ¿HE TOMADO LA MEDICACIÓN?
¿HE CENADO? ¿Y TOMADO LA MEDICACIÓN?	¿HE CENADO? ¿Y TOMADO LA MEDICACIÓN?	¿HE CENADO? ¿Y TOMADO LA MEDICACIÓN?
¿A QUE HORA ME HE ACOSTADO? 12.00?	¿A QUE HORA ME HE ACOSTADO? 11.30?	¿A QUE HORA ME HE ACOSTADO? 11.30?

ANEXO 4. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA OMS (WHO DAS-I)

(Organización Mundial De La Salud, 1997)

1. PERÍODO CUBIERTO POR LA VALORACIÓN (señalar la casilla apropiada):

- Actualmente
- Último mes
- Último año
- Otro (especificar): _____

2. ÁREAS ESPECÍFICAS DE FUNCIONAMIENTO (señalar el nivel adecuado):

B. A. Cuidado personal

Se refiere a higiene personal, vestido, comida, etc.

(sin discapacidad) 0 1 2 3 4 5 (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

C. B. Ocupación

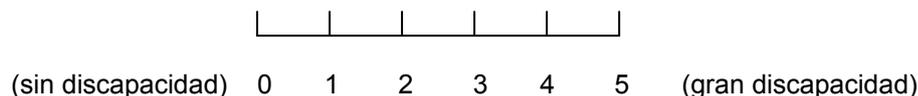
Se refiere a trabajos pagados, estudios, labores del hogar, etc.

(sin discapacidad) 0 1 2 3 4 5 (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

D. C. Familia y hogar

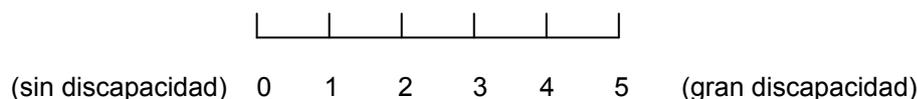
Se refiere a la interacción con la pareja, los padres, los niños y otros familiares, participación en tareas del hogar, etc. Al evaluar, poner especial atención a la ejecución en el contexto en el que vive el individuo.



- Funcionamiento con asistencia

E. D. Funcionamiento en el contexto social

Se refiere a la ejecución esperada en la relación con los miembros de la comunidad, participación en actividades de ocio y sociales.



- Funcionamiento con asistencia

3. DURACIÓN TOTAL DE LA DISCAPACIDAD (señalar la casilla apropiada):

- Menos de 1 año
- 1 año o más
- Desconocida

4. HABILIDADES ESPECÍFICAS

Algunos pacientes pueden sufrir un nivel muy elevado de discapacidad en algunas áreas de las mencionadas, pero sin embargo disponer de habilidades específicas que son importantes para el cuidado personal y el funcionamiento en la comunidad o la familia. Por ejemplo, tocar un instrumento musical, buena apariencia, fuerza física o hábil en situaciones sociales.

Indicar si existe alguna habilidad específica y describirla.

.....
.....

ANEXO 5: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

(APA, 2002)

PUNTUACIÓN EEFG: _____

Hay que considerar el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir deterioros del funcionamiento debidos a limitaciones físicas (o ambientales). (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.).

91-100 - Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

81-90 - Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).

71-80 - Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).

61-70 - Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

51-60 - Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

41-50 - Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).

31-40 - Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).

21-30 - La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).

11-20 - Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).

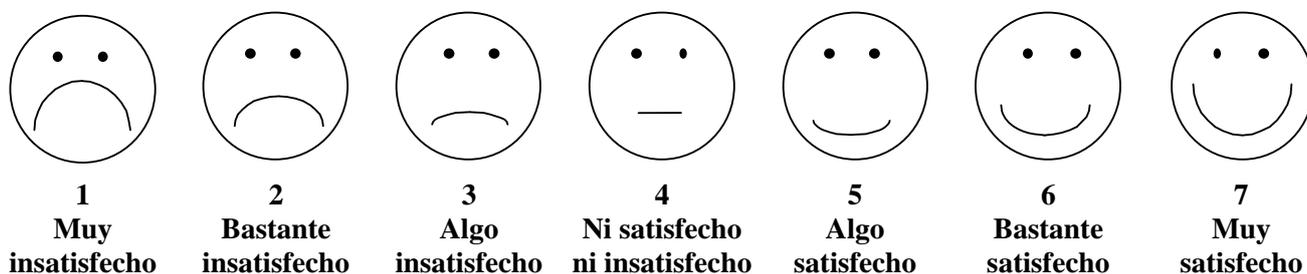
1-10 - Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

0 - Información inadecuada.

Fecha:

Usuario:

ANEXO6 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA



Nos gustaría conocer su satisfacción con diferentes áreas de su vida ¿Podría indicar qué cara expresa mejor sus sentimientos con respecto a los siguientes aspectos en el momento actual? Marque con un círculo el número que corresponde a la cara que eligió:

1. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su hogar / piso / lugar de residencia?	1	2	3	4	5	6	7
3. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su barrio como un sitio para vivir?	1	2	3	4	5	6	7
4. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la comida que come?	1	2	3	4	5	6	7
5. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la ropa que lleva?	1	2	3	4	5	6	7
6. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su salud general?	1	2	3	4	5	6	7
7. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su forma física?	1	2	3	4	5	6	7
8. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su estado de ánimo?	1	2	3	4	5	6	7
9. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la tranquilidad que hay en su vida?	1	2	3	4	5	6	7



1
Muy
insatisfecho



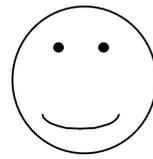
2
Bastante
insatisfecho



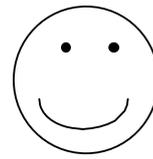
3
Algo
insatisfecho



4
Ni satisfecho
ni insatisfecho



5
Algo
satisfecho



6
Bastante
satisfecho



7
Muy
satisfecho

10. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su problema / trastorno de salud mental?	1	2	3	4	5	6	7
11. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a las personas con quien convive?	1	2	3	4	5	6	7
12. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus amigos?	1	2	3	4	5	6	7
13. En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir el hecho de no tener amigos?	1	2	3	4	5	6	7
14. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con su familia?	1	2	3	4	5	6	7
15. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con su pareja?	1	2	3	4	5	6	7
16. En caso de no tener pareja ¿qué cara se acerca a cómo se siente con el hecho de no tener pareja?	1	2	3	4	5	6	7
17. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con su vida sexual?	1	2	3	4	5	6	7
18. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con otras personas?	1	2	3	4	5	6	7
19. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su trabajo o actividad laboral?	1	2	3	4	5	6	7
20. En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir el hecho de no tener trabajo?	1	2	3	4	5	6	7
21. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los estudios o cursos de formación que realiza?	1	2	3	4	5	6	7
22. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus actividades de ocio?	1	2	3	4	5	6	7
23. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	1	2	3	4	5	6	7
24. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su situación económica?	1	2	3	4	5	6	7
25. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente consigo mismo?	1	2	3	4	5	6	7
26. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 7. EJEMPLO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCION SOCIAL (PIAS):

1. **OBJETIVO GENERAL:** mantener una ocupación normalizada y estructurada de su tiempo libre:
 - a. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** mantener la realización de actividades de ocio en recursos normalizados (acudir al Club de Ajedrez, clases de inglés en la Escuela Municipal de Adultos y a la Biblioteca Pública).
 - i. **FORMATO DE INTERVENCIÓN:** atención individual (educadora), tutorías (psicólogo) y grupo de ocio.

2. **OBJETIVO GENERAL:** mantener capacidades de autocuidado y hábitos de vida saludables:
 - a. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** mantener unos horarios de sueño y ocupación normalizados y estructurados.
 - i. **FORMATO DE INTERVENCIÓN:** atención individual (educadora del CD) y tutorías (psicólogo).

 - b. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** mantener y mejorar hábitos de aseo (cepillarse los dientes al menos 1 vez al día y uso de desodorante a diario).
 - i. **FORMATO DE INTERVENCIÓN:** atención individual (educadora).

 - c. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** mantener la realización de paseos diarios.
 - i. **FORMATO DE INTERVENCIÓN:** atención individual (educadora).

 - d. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** mantener el control de las pruebas de azúcar, análisis de sangre y autonomía con la medicación (ir a por recetas, estar pendiente de la cantidad de medicación que tiene e ir a comprar antes de quedarse sin ella).
 - i. **FORMATO DE INTERVENCIÓN:** atención individual (educadora).

3. OBJETIVO GENERAL: mantener y mejorar habilidades de comunicación:
 - a. OBJETIVO ESPECÍFICO: mantener y mejorar la capacidad de utilizar diferentes temas de conversación.
 - i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: tutorías, atención individual (educadora) y grupo de habilidades sociales y de tertulia.
 - b. OBJETIVO ESPECÍFICO: mejorar el uso de normas básicas de comunicación (respetar el turno de palabra).
 - i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: tutorías, atención individual (educadora) y grupo de habilidades sociales y de tertulia.
 - c. OBJETIVO ESPECÍFICO: reducir la gesticulación facial y corporal adecuándola al contexto.
 - i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: tutorías, atención individual (educadora) y grupo de habilidades sociales y de tertulia.

4. OBJETIVO GENERAL: Mantener y mejorar autonomía doméstica:
 - a. OBJETIVO ESPECÍFICO: limpiar su habitación (hacer su cama a diario, cambiar la cama los fines de semana, barrer, fregar y limpiar el polvo 1 vez en semana).
 - i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: atención individual (educadora).
 - b. OBJETIVO ESPECÍFICO: ayudar en las siguientes tareas domésticas: poner y quitar la mesa a diario, barrer el salón, ayudar a preparar la comida los fines de semana, ir a por el pan todos los días, hacer pequeñas compras semanales y bajar la basura a diario.
 - i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: atención individual (educadora).

5. OBJETIVO GENERAL: Mejorar la convivencia familiar:

a. OBJETIVO ESPECÍFICO: que la familia adquiriera estrategias para el manejo de situaciones cotidianas.

i. FORMATO DE INTERVENCIÓN: tutorías y grupo de psicoeducación con familias.

ANEXO 8

Hoja n°: ____

Apellidos: _____

Nombre: _____

Edad: _____

PLAN INDIVIDUALIZADO DE ACOGIDA	
Exp. N.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha:	___/___/___

ACTIVIDADES GRATIFICANTES	ACTIVIDADES DE SOPORTE/ FECHA DE INICIO
ESTRATEGIAS DE ENGANCHE	
OBSERVACIONES	

FIRMA:

ANEXO 9

☆ Nombre _____
☆ Fecha _____

CUESTIONARIO DE HÁBITOS SALUDABLES

- 1.- ¿Cuántas horas duermes al día?
- 2.- ¿A qué hora te acuestas? ¿A qué hora te levantas?
- 3.- ¿Sueles despertarte por las noches? Si es así, ¿qué sueles hacer?
- 4.- ¿Te echas la siesta normalmente? ¿Cuánto tiempo?
- 5.- ¿Te gustaría modificar tus hábitos de sueño? ¿en qué?
- 6.- ¿Qué hábitos con respecto al sueño son los más adecuados para ti?
- 7.- ¿Cuánta agua bebes al día?
- 8.- ¿Cuánta coca-cola/café tomas al día?
- 9.- ¿Cómo lo consideras?
- 10.- ¿Cuántas comidas realizas al día?
- 11.- ¿Qué tipo de alimentos incluyes habitualmente en tu dieta?
- 12.- ¿Consideras que tu dieta es equilibrada? ¿por qué?
- 13.- ¿En qué consiste para ti una alimentación equilibrada?

14.- ¿Sueles comer entre horas? ¿qué?

15.- ¿Haces ejercicio físico? ¿Cuál?

16.- ¿Lo consideras suficiente?

17.- ¿Consideras importante hacer ejercicio físico? ¿por qué?

18.- ¿Consideras importante cuidar tu imagen personal? ¿por qué?

19.- ¿Qué hábitos de higiene llevas a cabo? ¿con qué frecuencia?

ANEXO 10

A continuación aparecen diversas formas para afrontar los Síntomas Persistentes.

Alucinaciones auditivas (voces, sonidos...)

Tumbarse y descansar
Hacer ejercicio físico
Hacer tu hobby favorito
Hablar con amigos
Ir al cine
Leer un libro, periódico o revista
Escuchar la radio
Tararear o cantar
Decirle a las voces que se marchen
Debatir con las voces
Pensar "¡para!"

Otro tipo de alucinaciones (visuales)

Hacer tu hobby favorito
Tumbarte y descansar
Hacer ejercicio físico
Hablar con amigos
Escuchar la radio
Leer un libro, periódico o revista
Pensar "¡para!"

Delirios (pensamientos o creencias inusuales, sospechas)

Tumbarse y descansar
Hacer ejercicio físico
Echarte la siesta
Hacer tu hobby favorito
Hablar con amigos
Ir al cine
Leer un libro, periódico o revista
Escuchar la radio
Pensar "¡para!"

Depresión (tristeza o infelicidad)

Hacer ejercicio físico
Hacer tu hobby favorito
Hablar con amigos
Ir al cine
Escribir una carta
Leer un libro, periódico o revista
Escuchar la radio
Ver la televisión
Pensar "¡para!"

Ansiedad (miedo, nerviosismo)

Tumbarse y descansar
Hacer ejercicio físico
Echarte la siesta
Hacer tu hobby favorito
Hablar con amigos
Ir al cine
Leer un libro, periódico o revista
Escuchar la radio
Pensar "¡para!"

ANEXO 11

EVALUACIÓN DE HÁBITOS DE SUEÑO

Cuestionario de Evaluación

- ¿Cuál es tu problema fundamental con el sueño?

- Este problema te hace sentir:

- Al irte a dormir: _____
- Al levantarte: _____
- Durante el resto del día: _____

- ¿Cuántas horas duermes normalmente en un día (incluyendo siestas, cabezadas, etc.)?
- Los momentos del día en los que duermes esas horas con los siguientes:

Noche						Mañana						Tarde											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

- ¿Las horas que dedicas a dormir suelen cambiar de un día para otro?
- ¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?
- ¿Cuántas veces sueles despertarte por las noches?
- Las veces que te despertaste, por ejemplo anoche, ¿cuánto tiempo estuviste despierto?

1ª vez: _____ minutos, 2ª vez: _____ minutos, 3ª vez: _____ minutos

- ¿Cómo consideras que es la calidad de tu sueño?
- Cuando te vas a la cama ¿cuál es la tensión de tu cuerpo?
- Cuando te vas a la cama ¿cuál es tu grado de actividad mental?

- ¿Cómo consideras tu nivel de funcionamiento (en tus actividades, trabajo, etc.) durante el día?
- ¿Cuáles son las estrategias que has puesto en marcha para intentar dormir mejor?:

- _____
- _____
- _____

- ¿Cuáles son los medicamentos que tomas actualmente para dormir?

- Nombre: _____ Horas de toma: _____
- Nombre _____ Horas de toma: _____

ANEXO 12

Registro para la detección y eliminación de pensamientos irracionales.

FECHA	SITUACIÓN (Describe lo que motivó la emoción desagradable: <i>¿qué estoy pensando justo antes de comenzar a sentirme mal?</i>)	EMOCIÓN (especificar: triste, enfadado, etc. y grado de intensidad de 0 a 100)	ANÁLISIS DE LOS PENSAMIENTOS (<i>¿qué pruebas existen para creer que son ciertos?, ¿qué es lo peor que podría ocurrirme si fuera cierto?, ¿qué cosas positivas podrían ocurrir si fuera cierto?</i>)	PENSAMIENTO REALISTA O CONSTRUCTIVO

ANEXO 13

Registro semanal de actividades

	b. c. S	LUNE	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
9-10								
10-11								
11-12								
12-13								
13-14								
14-15								
15-16								
16-17								
17-18								
18-19								
19-20								
20-21								
21-22								
22-23								
23-24								
0-9								

ANEXO 14

Evolución puntuación BDI y Número de horas dedicadas a la realización de actividades placenteras a lo largo de la semana.

P U N T U A C I Ó N B D I	61-65																
	56-60																
	51-55																
	46-50																
	41-45																
	36-40																
	31-35																
	26-30																
	21-25																
	16-20																
	11-15																
	6-10																
	0-5																
FECHA DE LA SESIÓN																	

* Unir las puntuaciones para trazar una gráfica (anotar al lado de cada puntuación el número de horas de actividades placenteras realizadas la semana anterior)

ANEXO 15

Grado de Creencia y Grado de Malestar generado por una idea delirante o una alucinación.

Fecha:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> 0% 100% </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <p style="margin-top: 5px;">Grado de Creencia</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> 0% 100% </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <p style="margin-top: 5px;">Grado de Malestar (interferencia en mi vida)</p>	

(i) Anexo 16

Frecuencia de aparición de una idea delirante o una alucinación a lo largo del mes.

Mes: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

SI = aparece a lo largo del día / No = no aparece a lo largo del día

ANEXO 17

Registro para el análisis de las ideas delirantes o las alucinaciones

Contenido	
Evidencia a favor	Evidencia en contra
- - - - - - - - - - -	- - - - - - - - - - -
Conclusiones	

ANEXO 18

Registro para realizar una prueba de realidad de una idea delirante

CONTENIDO DE LA IDEA DELIRANTE:
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DONDE SE PONDRÁ A PRUEBA LA IDEA DELIRANTE (en qué lugar, en qué momento del día, quién estará presente, etc.):
RESULTADO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA SITUACIÓN DISEÑADA:
CONCLUSIONES:

ANEXO 19

Evaluación de hh.ss. básicas*:

CONDUCTA	ADECUADA	INADECUADA	
		EXCESO	DEFECTO
Contacto ocular			
Postura			
Gestos			
Expresión facial			
Distancia			
...			

* Registro elaborado por M. Rullas.

ANEXO 20



Tarjetas de conversación:

Hola, ¿Qué tal?	Hola, muy bien, ¿y tú?
Muy bien, gracias. ¿Qué vas a hacer este fin de semana?	Este fin de semana saldré de paseo. ¿Y tú, qué vas a hacer?
Voy a quedar con una amiga.	¿A dónde vais a ir?
Vamos a dar un paseo.	Yo también saldré a dar un paseo.
Vale, adiós.	Adiós.

ANEXO 21

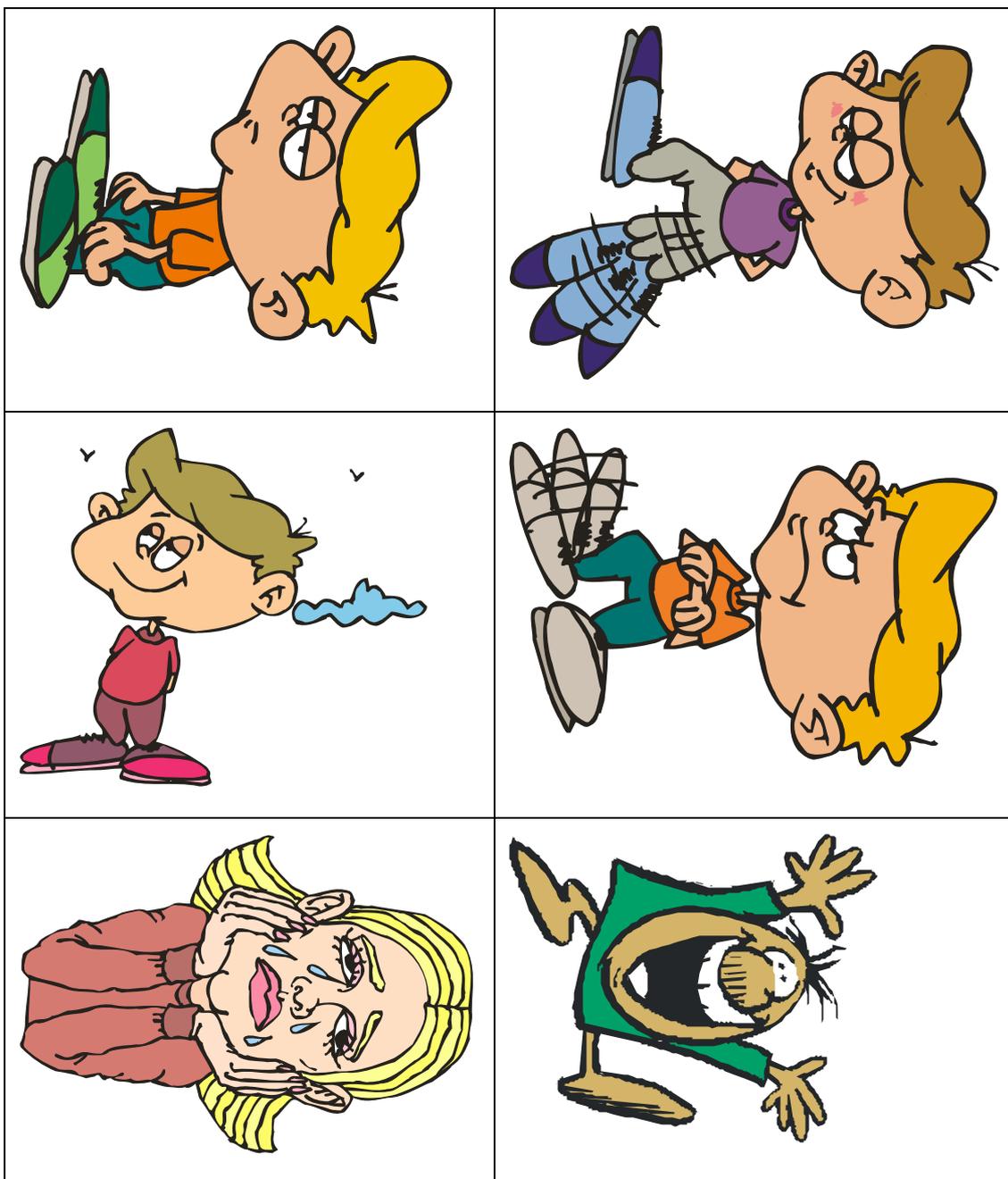
Tarjetas de emociones:

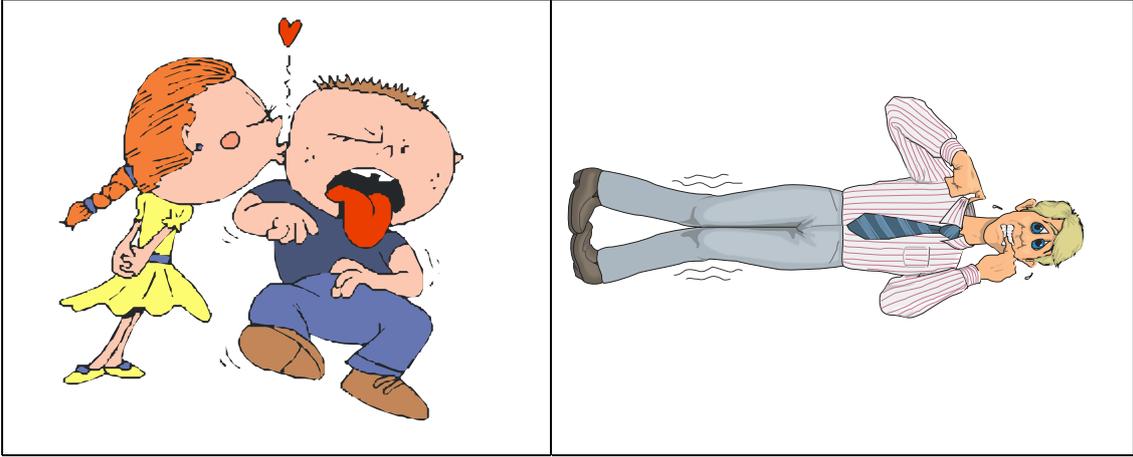
 ENFADO	ASCO	ALEGRÍA
TRISTEZA	MIEDO	SORPRESA
VERGÜENZA	RECHAZO	TERROR
ABURRIMIENTO	IMPACIENCIA	TRANQUILIDAD

ANEXO 22



Dibujos de emociones:





ANEXO 23

Nombre del usuario:
Residencia habitual:

Edad:
Fecha:

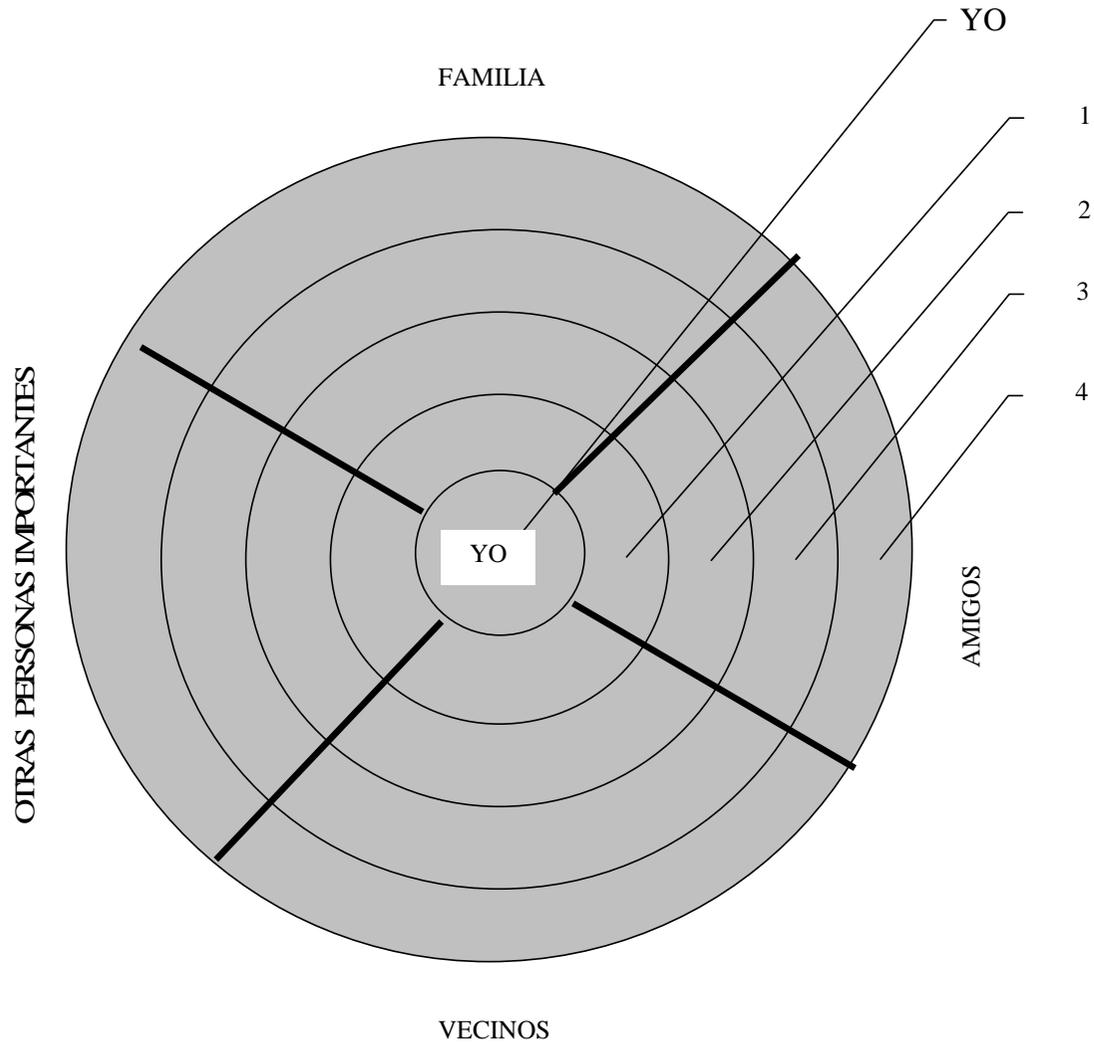
LISTADO DE INTERESES						
Categoría	Actividad	Grado de interés			¿Realiza la actividad?	Realizo la actividad en el pasado
		Gran interés	Algún interés	Ningún Interés	SI / NO	SI / NO
1	Salud y ejercicio	Aerobic				
		Ciclismo				
		Danza				
		Ejercicios en casa				
		Ejercicios en el gimnasio				
		Correr				
		Levantamiento de pesos				
		Patinaje (hielo o ruedas)				
		Natación				
		Caminar				
		Meditación				
	Otras actividades:					
2	Deportes	Fútbol				
		Baloncesto				
		Voleibol				
		Tenis				
		Piscina				
		Dardos, Bolos				
		Running				
		Artes marciales				
			Otros deportes:			
3.	Creatividad	Teatro amateur				
		Cantante				
		Música(tocar instrumento)				
		Escritor(cartas/poemas/artículo)				
		Moda(ropa/Peluquería/Cosmética)				
		Fotografía				
		Pintura/Dibujo (Arte)				
		Escultura				
		Manualidades				
		Trabajos con aguja, costura				
	Cocina					
	Otra Creatividad:					
4.	Productividad- en el hogar	Cocina/Repostería				
		Jardinería- plantas de interior				
		Decoración del hogar				
		Reparación del coche				
		Reparación del hogar				
	Otras actividades					

5.	Ocio en casa	Ordenador – juegos/ pc / internet					
		Juegos de mesa – ajedrez, scrabble etc.					
		Colecciones					
		Televisión/Películas de vídeo					
		Lectura					
		Radio					
		Escuchar música (Música que le gusta)					
	Otros: ocio en casa						
6.	Social:	Fiestas					
		Conciertos					
		Salir a comer o cenar					
		Clubs/bares					
		Invitaciones/visitas a amigos/familia					
		Trabajo voluntario					
		Viajar					
		Espectador de deportes					
	Otras :						
7.	Actividades al aire libre	Barbacoas					
		Pesca y Caza					
		Esquiar en la nieve/ snow					
		Deportes acuáticos					
		Escalar					
		Jardinería					
		Camping					
		Montar a caballo					
		Cuidado y entrenamiento de mascotas					
	Otras :						
8.	Otros entretenimientos fuera de casa	Visitar lugares de interés/excursiones de un día					
		Ir de rebajas					
		Viajar/ vacaciones					
		Bailar					
		Conducir					
		Cine					
		Conciertos/Teatro					
		Compras (incl. Mercado)					
		Museos/galerías de arte					
	Otras :						
9.	Actividades educativas	Lectura					
		Estudio de la Biblia /clases de religión					
		Cursos/educación de adultos					
		Historia					
		Ciencias					

		Política/ Filosofía					
		Lenguas extranjeras					
	Otras :						

ANEXO 24

MAPA DE RED SOCIAL



ANEXO 25

EVALUACIÓN FAMILIAR

Fecha de apertura:

Entrevista realizada a:

1. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

DNI:

Estado Civil:

Domicilio:

Teléfono:

Nivel de Estudios:

Profesión:

Situación laboral:

Tipo de pensión:

Minusvalía:

%:

Está incapacitado jurídicamente:

Año:

Tutor:

Servicio de Salud Mental:

Psiquiatra:

Diagnóstico:

2. IDENTIFICACIÓN Y GENOGRAMA FAMILIAR:

3. RELACIONES FAMILIARES:

PAREJA:

PADRES-HIJOS:

HERMANOS:

4. HISTORIA FAMILIAR

5. SITUACION SOCIO-ECONOMICA.

MIEMBRO	CONCEPTO	CUANTÍA

6. VIVIENDA.

➤ TIPO DE VIVIENDA:

PISO

PENSIÓN:

OTROS:

➤ REGIMEN DE TENENCIA:

PROPIA

ALQUILADA:

OTROS:

➤ EQUIPAMIENTO DEL HOGAR:

BIEN

MAL

REGULAR

➤ HABITACIONES:

Nº de dormitorios:

Habitación individual para el usuario:

➤ CONDICIONES DE HABITABILIDAD:

➤ OBSERVACIONES:

7. ENTORNO SOCIAL.

✓ TIPO DE BARRIO:

✓ TIEMPO QUE LLEVAN VIVIENDO EN EL BARRIO:

8. RELACIONES SOCIALES Y VECINALES.

RED DE APOYO.

MIEMBRO	PERSONA	TIPO DE RELACIÓN	FRECUENCIA

RECURSOS UTILIZADOS

MIEMBRO	ACTIVIDAD	RECURSO	TIEMPO DEDICADO

9. SITUACION ACTUAL

- a) AUTOUIDADOS.
- b) AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL.
- c) AUTONOMIA.
- d) TRATAMIENTO.

10. ¿QUÉ HACE UN DIA CUALQUIERA EL USUARIO

11. PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LA FAMILIA

12. EXPECTATIVAS O DEMANDAS FAMILIARES.

13. VALORACIÓN DEL PROFESIONAL

ANEXO 26

TEST DE CONOCIMIENTOS

1. La enfermedad de mi familiar se llama:

SI **NO**
2. La tendencia a estar solo y la falta de ganas de hacer las cosas son síntomas de la enfermedad.

SI **NO**
3. Los delirios, son un síntoma de la esquizofrenia, que consiste en estar convencido de una idea extraña que los demás no comparten.

SI **NO**
4. Los neurolépticos: (Modecate, Haloperidol, Meleríl) disminuyen las alucinaciones y el delirio.

SI **NO**
5. Cuando se olvida el tomar una dosis en la siguiente debe tomarse el doble

SI **NO**
6. Los correctores (Akinetón, Artane,...) ayudan a disminuir las alucinaciones y los delirios.

SI **NO**
7. La rigidez y el temblor de manos son efectos secundarios de la medicación.

SI **NO**
8. Algunas medicaciones pueden producir un aumento de apetito.

SI **NO**
9. Hay algunos síntomas que avisan de una posible recaída.

SI **NO**
10. Si su familiar enfermo vive en un ambiente con muchas discusiones y críticas, recaerá con más frecuencia aunque tome la medicación.

SI **NO**

ANEXO 27

CUESTIONARIO DE ACTITUDES FAMILIARES ANTE EL USUARIO:

Yo creo que mi familiar enfermo es:

Recuperable	Algo recuperable	Irrecuperable
Cooperador	Algo cooperador	No coopera en nada.

Para mí la enfermedad mental es:

Recuperable	Se puede mejorar	Irrecuperable
Tolerable	A veces tolerable	Intolerable
Conocida	Algo conocida	Desconocida

Mi familia ante la enfermedad mental de nuestro familiar se muestra:

Unida	Algo desunida	Desunida
Comprensiva	Algo comprensiva	Incomprensiva
Aceptadora	Algo crítica	Crítica
Relajada	Algo tensa	Tensa
Esperanzada	Algo desesperanzada	Desesperanzada

Escriba cuatro adjetivos que describan a su familiar:

.....

.....

Anexo 29.

CUESTIONES A VALORAR POR EL PROFESIONAL:

1. ¿Que objetivos se han trabajado?
 - ¿Cómo?
 - Grado de consecución.
 - Necesidad de nuevos planteamientos en los objetivos.

2. Ejecución de la sesión.
 - Dificultades y éxitos.
 - Posibles adaptaciones.

3. Temporalización.

4. Adecuación de recursos materiales.

5. Actitudes y aptitudes de los profesionales.

6. Propuestas de mejora.

7. Toma de decisiones: programación.

BIBLIOGRAFÍA

Aldaz, J.A. y Vázquez. C. (Comps) (1.996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. S.XXI.

Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación psicosocial de personal con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 210-228.

André, C. y Lelord, F. (2.002). *La fuerza de las emociones*. Barcelona: Ed. Cairos.

Beauchamp, T.L y Childress, F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Ed. Masson.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Ed. Descleé De Brouwer S.A. (original, 1979).

Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide*. New York. Ed. The Guildford Press.

Bernstein, D. Y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Ed. Descleé De Brouwer S.A. (original, 1973).

Biegel, D. E. y otros (1985). *Social network and mental health*. Londres. Ed. Sage Publications

Bobes J. et al. (2000). *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Novartis Farmacéutica, S.A.

Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In Rowitz, L (Ed.). *Mental retardation in the year 2000*. Berlín: Ed. Springer-Verlag, pp. 52-66

Bronfenbrenner, U. (1979): *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Bryant, B. (1992). Salud mental, temperamento, familia y amigos: perspectivas sobre la empatía de los niños y la adopción de percepción social. En Einseberg, M. y Strayer, J. *La empatía y su desarrollo*. Barcelona: Ed. Desclée Brouwer, pp. 271-298.

Caballo, E.V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Cañamares, J.M.; Castejón, M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A. Hernández y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Ed. Síntesis.

Cecchin, G. (1997). *Verità e Pregiudizio*. Milano: Ed. Raffaello Cortina

Colis Hernández, J. A. (2001). Filosofía de la rehabilitación laboral. En *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, pp. 41-46.

Consejería de Servicios Sociales (2003). *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. Dirección general de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Correa Urquiza, Martín (2005). Radio Nikosia: Propuesta para una inclusión real que derive del eje de nuevos caminos terapéuticos. *Primer Congreso: La Salud Mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*. Instituto de Mejora y Servicios Sociales (IMSERSO), 1, pg 178 – 183

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.

Cuetos, F. (1.990). *Psicología de la escritura*. Madrid: Ed. Escuela Española.

Cuetos, F. (1.990). *Psicología de la lectura*. Madrid: Ed. Escuela Española.

Cuevas Yust, C., Perona Garcelán, S. (1995). Evaluación conductual en la esquizofrenia. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos Andalucía Occidental. Apuntes de Psicología*, 43, pp. 45-63.

Cuevas-Yust, C. Y Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13 (3), pp. 307-342.

Dabas, E. (1993): *Red de redes. Las prácticas de la intervención en red social*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Delval, J. (1.994). *El desarrollo humano*. Madrid: Ed. Siglo XXI

Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (1993). Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 577-593.

Durante, P. (2007). Recovery. *Boletín Servicios de Salud Mental Área 11*, nº 2, pp. 14-21

Durante P. y Noya B. (2005). *Proyecto técnico de gestión para Centro de Día, Equipo de Apoyo Social Comunitario y Pisos Supervisados para personas con enfermedad mental crónica en Usera*, Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Eckman, P. (2.004) *¿Qué dice ese gesto?*. Barcelona: Ed. RBA Libros.

Einseberg, M y Strayer, Janet. (1.992) *La empatía y su desarrollo*. Barcelona: Ed. Desclée Brouwer

Farkas, Marianne (2005). Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. Revista AMRP: IV Jornada de la Asociación Madrileña de la rehabilitación psico-social. *Los Márgenes de la Rehabilitación.*, Madrid, 15-16, pp. 7 – 14

Fernández, I; Muñiz, J.A; Portellano, J.A, (2000). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Polibea*, 57 pp 14.

Fernández, J., Cañamares J., Otero, V. (2002). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación. En Rodríguez, A. (coord). *Rehabilitación psicosocial de*

personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Ed. Psicología Pirámide. pp: 103-123.

Fernández Blanco, J. (2002). Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación. En González, J., Rodríguez, A. (coord). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Serie Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Nº 17, pp: 77-91.

Fernández Blanco, J. (2002). El campo de la rehabilitación psicosocial y estilo de atención. En *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, pp. 69-74.

Florit Robles A., Mieres Toquero R. Afrontamiento de la ansiedad en esquizofrenia a través de la relajación. *Informaciones Psiquiátricas* - Primer trimestre 2001. Número 163.

Garbarino, J. (1983): *Social Support Networks: informal helping in the human services*. Nueva York. Ed. Aldine Publishing Company

Garety, P., Fowler, D. Y Kuipers, E. (2000). Cognitive-Behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26 (1), 73-86.

Granholm, E., et al. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavior social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp:520-529.

Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales*. Madrid: Ed. Médica Panamericana. Fundación Cafh. Bs. As.

Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991) Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, pp.139-149.

<http://www.cs.urjc.es/revistas/reito/AT/avdprincipal.htm>

Huizinga, J (1938). *Homo ludens*. Buenos Aires: Ed.Emecé Editores.

Irenäus Eibl-Eibesfeldt. (1.986). *Amor y Odio. Historia natural del comportamiento humano*. Barcelona: Ed. Salvat Editores.

Jackson, C. y Chadwick, P. (1997). Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Ed. Siglo XXI de España Editores, S.A., pp. 663-684.

Labrador, F.J., De la Puente, M^a.L. y Crespo, M^a (1993). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 367-395.

Lieberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: Ed. American Psychiatric Press.

Lieberman, R.P. (1.988/1.993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca

Lieberman R.P. (1994). Adiestramiento en habilidades sociales. Lieberman R.P. En *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Ed. Martínez Roca. pp: 130-168.

Lieberman, R.P., Kuehnel, T.G. (1994). Evaluación funcional. En Lieberman, R.P. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Madrid. Ed. Martínez Roca. pp: 66-108.

Lieberman, R.P., Eckman, Ph.D., Marder, S.R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons with Schizophrenia. En *Psiquiatric Services*, 52, pp:31-33.

Linehan, M. (2.003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

López, B (2.003). El cómo y el por qué de la rehabilitación cognitiva en enfermedad mental crónica. *AMRP*, 17, pp 7 – 9.

López, B- Paúl, N y Maestú, F. (2.003). Rehabilitación de la memoria. *AMRP*, 17, pp 28 – 37.

Loureiro, M. (2.000). *El desarrollo evolutivo. Las relaciones sociales En Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Manuel de Prevención FAD y PMCD.* Madrid: FAD

Mañá, S. (2005). *La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos.* Alicante. Ed. ECU.

Martínez, M.C. (2002). *Ética Psiquiátrica.* Madrid: Ed. Desclée de Brouwer.

McQuaid, J.R., et al. (2000). Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. En *Journal of psychotherapy. Practice and research*, 9, pp:149-156.

Moxley, D. (1989): *The practices of Case Management.* Newbury Park- California. Ed. Sage Publications

Mueser, K.T., Bellack, A. Social learning treatment for chronic schizophrenia and autism. En *Chronic schizophrenia an adult autism. Issues in diagnosis, assesment and treatment.* pp: 275-310.

Orviz, S., Fernández, J.A. (2002). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En Rodríguez, A. (coord.) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid. Ed. Pirámide S.A. pp: 229-247.

Orviz, S., Lema, M. (200). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9, 1, pp: 117-127.

Patterson, T.L. et al. (2003). Functional Adaptation Skills Training (FAST). A pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. En *American Journal Geriatric Psychiatry*, 11:1, pp 17-23.

Patterson, T.L., et al. (2003). Functional adaptation skills training (FAST). A pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. En *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11:1.

Paúl, N, Maestú, F. y Muñoz, J.M (2.003). El papel de la rehabilitación neuropsicológica en la intervención terapéutica de la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. *AMRP*, 17, pp 10 – 18.

Perkins, Rachel (2004), Más allá de la independencia de los Servicios Sociales y de Salud Mental: apoyo, control y oportunidad. *Primer Congreso: La Salud Mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales. Instituto de Mejora y Servicios Sociales, (IMERSO)*, 1, pg. 108 – 113.

Perona Garcelán, S., Cuevas Yust, C., Vallina Fdez, O., Lemos Giradles, S. (2003). *Terapia Cognitivo Conductual de la esquizofrenia. Guía clínica*. Madrid. Ed. Minerva Ediciones.

Phelan et al., (1993). *Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (CAN-c)*. Edición española 1995. Grupo de Investigación de Salud Mental Granada Sur. Universidad de Granada

Pilisuck, M. y Parks, S. (1982). *Establishing Group: Community Outreach Method*. 33-46. Nueva Jersey

Pulido, D. (2002). Autocontrol y manejo del estrés. En *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuaderno Técnico de Servicios Sociales nº 17. Consejería de Servicios Sociales (Comunidad de Madrid).

Rebolledo, S.; Lobato, M^a J. (1994) *Cómo afrontar la esquizofrenia: una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: FEAFES

Rebolledo, S.; Lobato, M^a J. (1998) *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Fundació Nou Camí

Repper, Julie y Perkins, Rachel (2003) *Social Inclusión and Recovery: A Model for a Mental Health Practice*. Edinburg: Ed. Bailliere Tindall

Ríos, M, Paúl, N y Muñoz, J.M. (2003) Rehabilitación de las alteraciones de la atención. *AMRP*, 17, pp 19 – 27.

Roder, V; Brenner, H. D; Holdel, B; Kienzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Ariel SA.

Rodríguez, A. (Coord) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide.

Rodríguez, A. (Coord.) (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales.

Rodríguez, A., Sobrino, T. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Análisis e intervención social. Ed. Síntesis.

Rodríguez, J.M. y Periañez, J.A. (2003). El reto de la rehabilitación de las funciones ejecutivas. *AMRP*, 17, pp 38 – 45.

Rullas M., Carretero G., (2002). Habilidades sociales. En González, J., Rodríguez, A. (coord). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid. Serie Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Nº 17, pp.151-162.

Salcedo, M. y Pinilla, B. (1987). Influencia de factores sociodemográficos en la composición de la red social en pacientes de Medicina General. *Psiquis*, 8, pp.159-166.

Segura M., Sánchez, P., Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Ed. Universidad de Granada.

Shirley, M., et al. (2002). Utilización complementaria de entrenamientos en habilidades sociales en la clínica con sesiones manualizadas de apoyo comunitario. Efectos sobre la adaptación social de los pacientes esquizofrénicos. *American Journal of Psychiatry*, 159:829-834.

Spanoil L. y Koehler, M. (1999). *Recuperando la esperanza*. Center for a Psychiatric Rehabilitation (Sargent Coolege of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University)

Speeck, R. y Attneave, C. (1973). *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Valiente Ots, C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Ed. Síntesis.

Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Whittaker, J. y Garbarino, J. (1983). *Social Support Networks: informal helping in the human services*. New York: Ed. Aldine Publishing Company.

Villalba, C. (1995). Intervención en redes. *Documentación social*, 98, pp.105-119.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Anormal Psychology*, 86, pp. 103-126.

Relación de autores por orden alfabético

- Abelardo Rodríguez, Psicólogo. Coordinador técnico de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

- Alexandra Fernández, Trabajador social, Técnico de apoyo de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

- Amparo Sancho, Psicóloga, Técnico de apoyo de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

- Carmen Feoli, Psicóloga Centro de Día *Usera*.

- Clara López Sanguinetti. Directora Centro de Día *Chamberi*.

- Diego Pulido, Psicólogo. Director Centro de Día *Carabanchel*.

- Eloisa Fernández, Psicóloga y Directora Centro de Día Navacarnero

- Esther Moreno, Terapeuta Ocupacional, Centro de Día *Fuencarral*.

- Eva Pizarro, Psicóloga. Directora Centro de Día *Usera*.

- Gema de la Hoz, Psicóloga. Directora Centro de Día Ciudad Lineal.

- Gema Orduña, Trabajadora Social Centro de Día Navacarnero

- Jesús Gentil, Psicólogo. Director Centro de Día Fuencarral

- José Luís Jiménez, Psicólogo. Director Centro de Día Aranjuez.

- José Manuel Cabrero, Terapeuta Ocupacional Centro de Día Carabanchel.

- Juan Fernández, Psicólogo. Director Centro de Día Alcalá de Henares.

- Karin Jiménez, Terapeuta Ocupacional, Centro de Día Getafe.

- Lorena Fernández, Psicóloga. Centro de Día Alcalá de Henares.

- Margarita Sánchez, Terapeuta Ocupacional Centro de Día Retiro.

- Mar Hernández , Psicóloga. Directora Centro de Día Retiro.

- Natalia Guijarro, Monitora Centro de Día Getafe.

- Pilar Villena, Terapeuta Ocupacional Centro de Día Torrejón de Ardoz.

- Raúl Gómez, Psicólogo. Subdirector Recursos de Atención Social, Fundación Manantial.

- Raúl Molano, Monitor Centro de Día Navacarnero.

- Sara Lafuente, Psicóloga. Directora Centro de Día Torrejón de Ardoz.

- Susana Múgica, Monitor Centro de Día Arturo Soria.

- Urbano Barrientos, Psicólogo Centro de Día Aranjuez.

Todas estos Centros de Día de soporte social forman parte de la red pública de centros del **Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera**, de la *Consejería de Familia y Asuntos Sociales* de la *Comunidad de Madrid* .

