

COMUNIDAD DE MADRID

GUÍA DE
FUNCIONAMIENTO Y
CALIDAD DE LOS
CENTROS DE
REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL (CRPS)



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

GUÍA DE
FUNCIONAMIENTO Y
CALIDAD DE LOS
CENTROS DE
REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL (CRPS)



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

Dirección General
de Atención a Personas con Discapacidad

Edita:

Comunidad de Madrid
 Consejería de Políticas Sociales y Familia
 Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
 Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental.

Coordinación:

Abelardo Rodríguez González
 Juan González Cases

Autores:

Vicenta Alonso Martos
 Raquel del Amo Gómez
 Alejandro Arribas Sánchez
 Mercedes Blanco Hernández
 M^a Ángeles Carrillo Núñez
 Fernando Cobo Martínez
 Rafael Cristina López
 Paz Galán Morán
 César García Beceiro
 Olga Gómez Pérez
 Juan González Cases
 Mar Hernández Blázquez
 Ángeles de la Hoz Garcimartín
 José Luis Jiménez Rodríguez
 Sara Lafuente Nieto
 Paloma de Larrazábal Pintado
 Paloma Martínez Heras
 José Luis Menéndez Gálvez
 Alicia Molina Solana
 Raquel del Olmo Tena
 Mariano Orts Jiménez
 Diego Pulido Valero

Lola Ramírez Cordero
 Fran Recalde Iglesias
 Blanca Rodado Sáez
 Abelardo Rodríguez González
 Marta Rosillo Herrero
 Margarita Rullas Trincado
 Carlos Salamero Platas
 María Salazar García
 María Sánchez Vicente
 Simón Smith

Grupo redactor:

Raquel del Amo Gómez
 Alejandro Arribas Sánchez
 Rafael Cristina López
 Juan González Cases
 Mar Hernández Blázquez
 Ángeles de la Hoz Garcimartín
 José Luis Jiménez Rodríguez
 Diego Pulido Valero
 Marta Rosillo Herrero
 Margarita Rullas Trincado
 Carlos Salamero Platas

Grupo corrector:

Rafael Cristina López
 Juan González Cases
 Margarita Rullas Trincado

Diseño y maquetación:

CRL Vázquez de Mella

Edición:

Abril de 2016.

ISBN: 978-84-451-3573-0

ÍNDICE

- ▶ [1- PRESENTACIÓN – INTRODUCCIÓN.](#)
- ▶ [2- CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Definición general.](#)
- ▶ [3-.OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.](#)
- ▶ [4- PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER.](#)
- ▶ [5- PRINCIPIOS RECTORES Y FILOSOFÍA DE ATENCIÓN.](#)
 - 5.1 Principios Rectores.
 - 5.2 Filosofía de atención.
- ▶ [6- ESTILO DE ATENCIÓN.](#)
- ▶ [7- ÁREAS PRINCIPALES DE ATENCIÓN EN LOS CRPS.](#)
 - 7.1 Rehabilitación psicosocial y apoyo a la Integración social.
 - 7.2 Coordinación y trabajo en red con recursos socio-comunitarios y apoyo comunitario.
 - 7.3 Apoyo a las Familias.
 - 7.4 Servicios complementarios.
- ▶ [8- METODOLOGÍA BÁSICA Y ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN.](#)
 - 8.1 Estrategias de intervención.
 - 8.2 Variables a tener en cuenta en el diseño de la intervención.



▶ 9- PROCESO Y FASES DE LA ATENCIÓN.

- 9.1 Acogida y enganche. Implicación del usuario en el proceso de rehabilitación.
- 9.2 La fase de Evaluación.
- 9.3 Establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación.
- 9.4 Intervención.
- 9.5 Coordinación del proceso global de intervención: el tutor como profesional de referencia del usuario y funciones de los tutores.
- 9.6 Seguimiento.
- 9.7 Alta del CRPS.

▶ 10- PROGRAMAS DE INTERVENCION.

- 10.1 Metodología de Programas de Rehabilitación.
- 10.2 Programas Básicos.
 - 10.2.1 Programa de psicoeducación y prevención de recaídas.
 - 10.2.2 Programa de autocontrol o de habilidades de afrontamiento.
 - 10.2.3 Programa de habilidades sociales.
 - 10.2.4 Rehabilitación cognitiva.
 - 10.2.5 Programa de familias.
 - 10.2.6 Inserción laboral de personas con trastorno mental grave.
 - 10.2.7 Ocio y tiempo libre.
 - 10.2.8 Programa de actividades de la vida diaria.
 - 10.2.9 Programa de integración comunitaria.
- 10.3 Otros Programas.
 - 10.3.1 Intervención temprana.
 - 10.3.2 Habilidades de crianza para padre-madres con trastorno mental grave.

▶ 11- OTROS ASPECTOS RELEVANTES.

11.1 Perspectiva de género.

11.2 Inmigración, interculturalidad y salud mental.

11.3 Diversidad funcional.

11.4 Estigma.

▶ 12- COORDINACIÓN.

12.1 Coordinación y trabajo integrado con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia.

12.1.1 Derivación y acceso al CRPS.

12.1.2 Seguimiento del usuario en el CRPS (Comisiones de seguimiento o rehabilitación).

12.2 Coordinación con Servicios Sociales generales y con recursos socio-comunitarios.

12.2.1 Servicios Sociales Generales.

12.2.2 Recursos Socio-comunitarios.

12.2.3 Recursos integrados en la Red Pública de Atención Social.

▶ 13- ORGANIZACIÓN INTERNA.

13.1 Capacidad de atención y horario de funcionamiento.

13.2 Plantilla, tipo, número y funciones básicas de las distintas categorías.

13.3 Organización interna y coordinación del equipo.

13.4 Reglamento básico de funcionamiento de un CRPS.

▶ 14- INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD.

14.1 Introducción.

14.2 Indicadores de proceso.

14.3 Indicadores de Resultados.

▶ [15- EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS CRPS.](#)

15.1 Memorias anuales.

15.2 Cuestionarios de evaluación global.

▶ [16- BIBLIOGRAFÍA.](#)

▶ [17- ANEXOS.](#)

Anexo 1 DÍPTICOS Y/O TRÍPTICOS.

Anexo 2 GUÍA BÁSICA DE EVALUACIÓN.

Anexo 3 MODELO DE INFORME RESUMEN DE EVALUACIÓN.

Anexo 4 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN.

Anexo 5 MODELO DE INFORME DE INTERVENCIÓN/SALIDA.

Anexo 6 MODELO DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO.

Anexo 7 GUÍA DE MEMORIA ANUAL.

Anexo 8 CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN GLOBAL.



1**PRESENTACIÓN-INTRODUCCIÓN**

1.PRESENTACIÓN - INTRODUCCIÓN

Las personas que padecen un trastorno mental grave y duradero (TMG en adelante) como son la esquizofrenia, trastorno bipolar, otras psicosis y otros diagnósticos, presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de estas 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 sufrir situaciones de desventaja social, además de los problemas de tensión y sobrecarga que afectan a muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

A lo largo de las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de gran importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con TMG. Se organiza como un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es el de ayudar a dichas personas a superar o compensar las dificultades que sufren y favorecer su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna posible, así como en el desempeño y manejo de los roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. Así, la Rehabilitación Psicosocial se articula como un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psicosociales derivadas de un TMG para que puedan integrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.

El campo de intervención de la Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario se ha convertido pues en un elemento esencial y central en la organización de una atención socio-sanitaria comunitaria e integral de dicha población. La filosofía y la orientación de Rehabilitación Psicosocial, esto es, el compromiso con la mejora del funcionamiento, con el incremento de la autonomía, con el apoyo a una integración lo más activa y normalizada posible en el entorno comunitario y en suma con la mejora de la calidad de vida de las personas con TMG en la comunidad, debe impregnar la organización de los distintos servicios sanitarios y sociales implicados en la atención y apoyo a esta población.

La Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, está, desde hace más de dos décadas, firmemente comprometida en la atención social a las personas con discapacidad por TMG y en el apoyo a sus familias. Para ello viene prestando atención social a través de una serie de centros y recursos de atención social especializada que dan respuesta a las diferentes necesidades psicosociales, laborales y residenciales de estas personas y apoyan su integración social, trabajando en una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental (en adelante SSM).

Esta experiencia de más de veinte años de promoción y desarrollo de recursos se ha ido consolidando en la **Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera**. Esta red ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración causadas por TMG, que son derivadas desde los SSM de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico.

La **Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera** cuenta 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), diversos 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 ofrecen 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 TMG.

Actualmente esta Red cuenta con más de 6.000 plazas en más de 200 centros y recursos de atención social especializada, distribuido territorialmente y en los que trabajan más de 1.300 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, maestros de taller, etc.).

Uno de los principales ámbitos de intervención social de esta Red es el de la Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la integración social y para ello se diseñaron y se están desarrollando un tipo de centros de atención social especializado que se denominan **Centros de Rehabilitación Psicosocial** (CRPS en adelante) en los que se ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración y actividades de apoyo social, para ayudar a las personas con TMG a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

En 1989 se abrió el primer CRPS en Alcalá de Henares y hoy a finales de 2015 la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid cuenta con 24 CRPS en funcionamiento con un total de 1.778 plazas. Es una experiencia de más de 25 años que ha venido a demostrar la utilidad y eficacia de este tipo de centros y se ha convertido en referencia para otras Comunidades Autónomas.

En estos años, se han ido desarrollando distintas publicaciones fruto de la experiencia del trabajo de los CRPS y entre ellas merece ser destacada especialmente la publicación en 2002 en el nº 17 de la serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid del manual práctico titulado: *“Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención”* promovida desde la coordinación de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid, con la activa participación de los profesionales de los citados centros en su redacción y desarrollo; y que también está disponible en formato digital (disponible en la web www.madrid.org /Consejería de Políticas Sociales y Familia/Red Atención Social a personas con enfermedad mental).

Sobre esta base y partiendo de toda la experiencia de años de funcionamiento y evolución de la atención en los CRPS, desde la coordinación técnica de la Red se propuso en 2009 el objetivo de elaborar un Documento de carácter técnico al que denominamos como **Guía de Funcionamiento y Calidad de los CRPS**. Las principales características que se pretendía que tuviera esta nueva Guía se resumen a continuación:

- Formato con información sintética, clara y concreta.
- Elaborada de un modo participativo y consensuado con la activa implicación de todos los Directores de CRPS.
- Que sirviera como un manual actualizado y práctico del diseño, organización y funcionamiento de este tipo de Centros. Ampliando, actualizando y desglosando de un modo operativo los elementos fundamentales establecidos en el documento de diseño de CRPS y en los pliegos de prescripciones y sintetizando los elementos básicos de la intervención desarrollados en el Cuaderno Técnico nº 17 ya citado.
- Que viniera a actualizar de un modo operativo los criterios metodológicos y técnicos mínimos comunes de funcionamiento y organización de la intervención para todos los CRPS y para todos los profesionales.
- Que facilitara la formación inicial y la incorporación de nuevos profesionales.
- Que sirviera de apoyo a los procesos de calidad y mejora continua de los centros.

A tal fin se trabajó a lo largo de 2009 y 2010 con todos los directores¹ y coordinadores de los CRPS de la Red para definir y consensuar los objetivos y los contenidos de esta nueva *Guía de Funcionamiento y Calidad de los CRPS*.

En la redacción de los distintos capítulos y apartados han participado activamente los directores y profesionales de los distintos CRPS. Asimismo, para organizar y coordinar de un modo práctico el trabajo de redacción, se eligió un Grupo Redactor formado por una representación de directores/coordinadores del conjunto de los CRPS de la Red. Durante dos años se ha trabajado en distintos borradores hasta llegar a una última redacción que ha sido a su vez revisada y validada por el conjunto de los autores.

El documento final que aquí se presenta ha logrado cumplidamente el objetivo que se pretendía con la elaboración de esta guía: ofrecer un instrumento práctico, claro y útil para ayudar a los profesionales que trabajan en los CRPS a desarrollar los procesos de intervención para la mejora del funcionamiento psicosocial y la integración comunitaria de acuerdo a criterios e indicadores de calidad.

¹ Este documento promueve el uso no sexista del lenguaje y a lo largo de él se utilizará el género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos. Las referencias a personas, colectivos o cargos citados en los textos en género masculino, por economía del lenguaje, debe entenderse como un género gramatical no marcado. Tan solo cuando la oposición de sexos sea un factor relevante en el contexto se explicitarán ambos géneros.

En los distintos apartados de este documento se definen de un modo claro y preciso los elementos e ideas claves y las actuaciones e intervenciones a realizar en las distintas fases de los procesos de atención en el CRPS, desde la derivación y acogida, a la evaluación, la intervención propiamente dicha y la fase final de seguimiento y alta. Se describen también de un modo pormenorizado los elementos metodológicos de los programas de intervención fundamentales en las distintas áreas de la vida personal y social. Ofrece también otros programas de interés en ámbitos más novedosos como la intervención con jóvenes o las habilidades de crianza y apoyo para los usuarios con hijos.

Asimismo, hay que destacar que se incorporan también otros aspectos relevantes a tener en cuenta como la perspectiva de género, la lucha contra el estigma y la discriminación o los problemas de la inmigración.

Un elemento a señalar de esta Guía es que se describen los aspectos relacionados con la calidad con propuestas de indicadores de proceso y de resultados así como se exponen los elementos para una evaluación global de los centros sobre la base de las memorias anuales y de cuestionarios globales de funcionamiento, calidad de vida y satisfacción. El documento se completa con un apartado de anexos en el que se incluyen distintos materiales y modelos de instrumentos de utilidad para la organización y funcionamiento de este tipo de centros.

Se trata pues de un trabajo que ofrece un excelente y práctico instrumento metodológico para el desarrollo y mejora de la calidad de los procesos y las intervenciones que han de realizarse en los CRPS y que viene a ayudar a los profesionales que trabajan en este tipo de centros dentro de nuestra Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental y también por extensión será de utilidad a todos aquellos que en la Comunidad de Madrid o en el resto del Estado español intervienen con esta población.

En suma esperamos que esta nueva *Guía de funcionamiento y calidad de los CRPS* sirva a todos aquellos profesionales, centros y entidades que tienen interés en el desarrollo de programas e intervenciones de calidad para la rehabilitación psicosocial y la integración comunitaria de las personas con dificultades derivadas de TMG. En definitiva, para fomentar la recuperación, la mejora de la autonomía, el apoyo comunitario, la participación social activa y en suma el ejercicio de una ciudadanía plena y digna de las personas con TMG a las que pretendemos ayudar.

Madrid, diciembre de 2015

Abelardo Rodríguez González

Coordinador Técnico de la *Red Pública de Atención Social*

a personas con enfermedad mental grave y duradera

Subdirección General de Atención a la Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con
Enfermedad Mental.

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.

Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid

2**CENTRO DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL****Definición general**

2. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Definición general

Los CRPS pertenecen a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera, dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, que se encuentra integrada actualmente dentro de la Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Los CRPS y demás centros de atención social de esta Red tienen unas características y organización básica que fueron regulados en el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997), que estipula el *Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas en diferentes centros de servicios sociales especializados*.

El CRPS se concibe como un recurso de servicios sociales especializados, es un tipo de centro de atención psicosocial dirigido a la población con TMG que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad.

Su finalidad es la mejora del nivel de autonomía y funcionamiento de las personas pertenecientes a este colectivo, así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida. Para ello se ofertan programas de mejora del funcionamiento psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo, desde estos centros se trabaja con las familias ofreciéndoles el apoyo, psicoeducación y asesoramiento que necesiten. Trabajan para ello de un modo coordinado y complementario con los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los SSM así como con los Servicios Sociales Generales (en adelante SSG) y con el conjunto de recursos socio-comunitarios pertinentes para apoyar los procesos de integración y participación social normalizada.

3**OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS
CENTROS DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

3. OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los OBJETIVOS que guiarán el trabajo y actividades que desarrollarán los CRPS serán los siguientes:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso. Trabajando para ello en coordinación con los Centro de Día de soporte social que existan en su zona de referencia.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginación y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de las personas con TMG de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos. Así como facilitar su acceso a los recursos sociales y profesionales necesarios fomentando su auto-organización en asociaciones que sean capaces de ofrecer actividades y recursos útiles en la labor de integración social de esta población.

Para la consecución de estos objetivos generales, se desarrollarán las siguientes FUNCIONES:

1. Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan y posibiliten la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada una de las personas requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
2. Posibilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada persona en su entorno comunitario ofreciéndole apoyo flexible durante el tiempo que necesite.
3. Posibilitar el mantenimiento del nivel de autonomía y funcionamiento psicosocial alcanzado facilitando el seguimiento y apoyo comunitario necesario.
4. Colaborar con las familias apoyándolas, asesorándolas y entrenándolas tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación; de manera que puedan mejorar sus competencias en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia con su familiar que presenta un TGM, así como promover su implicación activa en el proceso de rehabilitación e integración social de del mismo. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de auto-ayuda entre las familias.
5. Apoyar, colaborar y coordinarse con los SSM de referencia y con los SSG para favorecer y articular una atención integral a las personas, que posibilite procesos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario ajustados a las necesidades de cada persona.
6. Apoyar y coordinarse con los recursos socio-comunitarios en los que puedan participar los usuarios o que puedan ser útiles de cara a su integración social de acuerdo con el principio de normalización.
7. Apoyar, colaborar y coordinarse con otros recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

4

PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER

4. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER

Las personas que accedan al CRPS deberán estar atendidas en el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC en adelante) de su SSM de referencia.

El perfil general de la población a atender será el siguiente:

1. Personas con edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y duraderas que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y por tanto en su integración socio-comunitaria.
2. Estar en una situación psicopatológica estabilizada y por tanto no estar en una situación de crisis psiquiátrica.
3. No presentar patrones de comportamientos agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el centro.

5**PRINCIPIOS RECTORES Y
FILOSOFÍA DE ATENCIÓN**

5. PRINCIPIOS RECTORES Y FILOSOFÍA DE ATENCIÓN

5.1 Principios rectores.

La práctica de la Rehabilitación Psicosocial promueve el reconocimiento de las personas con TMG como ciudadanos de pleno derecho. Esta condición supone aplicar a toda acción rehabilitadora los siguientes principios rectores:

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA

El objetivo principal de la Rehabilitación Psicosocial es, sin duda, lograr la mayor autonomía posible del usuario. Potenciar este principio es, quizá, el objetivo fundamental de todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Rehabilitación.

El Principio de Autonomía (del griego *auto*, “uno mismo” y *nomos* “norma”) exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas.

Por tanto, la práctica en rehabilitación debe ir orientada a capacitar a las personas a tomar sus propias decisiones sobre su vida. Se acompañará y valorarán junto a los usuarios las ventajas y los inconvenientes de una decisión, dejando de lado la ideología y absteniéndose de emitir juicios morales.

Respetar el Principio de Autonomía e Independencia implica promover que el usuario sea el responsable de sus decisiones y de las responsabilidades derivadas de sus actos. Es devolverle el control de su propia vida, capacitarle para que aprenda a tomar decisiones y para que afronte los resultados de sus acciones.

PRINCIPIO DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Rehabilitación Psicosocial está orientada al mantenimiento de la persona en su entorno y a lograr su participación activa en los recursos socio-comunitarios inmersos en el mismo. Así, el escenario de la intervención se traslada desde las instituciones hasta la comunidad. Asumir como objetivos la integración y participación social implica trabajar desde un modelo de atención comunitaria, dirigida a la capacitación de la persona para que desarrolle su vida en su medio natural y orientado también a la reducción de aquellos factores externos a la persona que obstaculicen su participación en el mismo. De esta manera, la práctica de la Rehabilitación Psicosocial se centra, no sólo en la persona, sino también el entorno, estableciendo medidas efectivas para la reducción del estigma y la discriminación.

PRINCIPIO DE IGUALDAD

La Rehabilitación Psicosocial se enmarca dentro del movimiento generado por la ideología de los Derechos Humanos, según el cual, las personas deben disponer de las medidas necesarias para hacer efectivo su derecho a una ciudadanía plena. Este movimiento incluye a las personas con TMG, por lo que la práctica de la Rehabilitación Psicosocial implica capacitar a estas personas psicológica y socialmente para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones.

PRINCIPIO DE NORMALIZACIÓN

La Rehabilitación Psicosocial se dirige al logro de unas condiciones de vida lo más normales posible, favoreciendo que la persona desempeñe roles sociales ajustados a las características propias de cada persona y de su entorno concreto. Esta postura implica alejarse de la adopción del rol único de “enfermo” para experimentar y consolidar roles similares a los desarrollados por cualquier persona con características parecidas a la suya.

El Principio de Normalización define como objetivo de la Rehabilitación Psicosocial la adquisición o el mantenimiento de una identidad personal valorada, significativa y satisfactoria, basada en gran medida en el sentimiento de competencia generado gracias al desempeño de los roles socialmente valorados. Asimismo, implica la consideración de las características propias de las personas y de su entorno, y el respeto por aquellos aspectos culturales, sociales y familiares que influyan sobre la vida de las personas atendidas.

PRINCIPIO DE INDIVIDUALIZACIÓN

El objeto de la Rehabilitación Psicosocial es una persona única y no un colectivo. Esto implica la consideración de la unicidad del sujeto y el ajuste del proceso de intervención a las características que lo definen. La Rehabilitación Psicosocial se concibe como un proceso global que comienza con una evaluación individualizada que va a permitir que se diseñe un Plan Individualizado de Rehabilitación. En él se establecerán unos objetivos de intervención únicos, en ese momento concreto, y se determinarán las acciones necesarias para la consecución de los mismos.

COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED

La Rehabilitación psicosocial debe dispensar a la persona una atención integral. Para ello todos los servicios, recursos y programas implicados en la intervención deberán colaborar de forma coordinada, complementaria y en red.

5.2. Filosofía de atención

Toda acción enmarcada dentro de la Rehabilitación Psicosocial debe garantizar el cumplimiento de los principios descritos en el punto anterior y estos consolidan una filosofía de la atención a las personas con TMG.

Un aspecto que adquiere especial relevancia en la aplicación de estos principios es el referido a la relación que el profesional establece con la persona con la que va a intervenir. Es fundamental que esta vinculación proporcione un apoyo que promueva la consecución de los objetivos de rehabilitación, es decir, la superación de las dificultades existentes para lograr la integración de la persona en su medio natural, en las condiciones de vida normalizadas y alcanzando el mayor nivel de autonomía posible.

En este proceso se hace imprescindible lograr la implicación de la persona, consiguiendo que asuma un papel activo en la toma de decisiones sobre diferentes aspectos de su vida. Promover el protagonismo de la persona implica que los profesionales deberán generar una relación que enfatice la condición de la persona como experta de su propia experiencia vital (no como mero receptor pasivo del servicio) y como responsable de los cambios que quiera introducir en la misma. Esta manera de relacionarse con la persona deberá facilitar la identificación de las posibilidades de mejora de su calidad de vida actual.

La filosofía de la atención en rehabilitación ha sido enriquecida con la aportación de conceptos que apoyan y refuerzan los principios rectores. Es el caso de la Recuperación, concepto de gran valor operativo para orientar la manera de relacionarnos con la persona en proceso de rehabilitación. Se define como un proceso personal de superación del impacto negativo de una discapacidad psiquiátrica, dándole un nuevo significado a pesar de su presencia continuada. El concepto de recuperación hace referencia a la “re-apropiación” de la propia vida, más allá de la persistencia de los síntomas y de las consecuencias de un diagnóstico clínico, aunque la persona deba seguir un tratamiento prolongado. Supone el desarrollo relativo de la autonomía personal, de roles socialmente valiosos, relaciones socio-afectivas satisfactorias, la ocupación del tiempo en actividades significativas y de valor para el sujeto y su entorno, y una convivencia con los síntomas que permitan a la persona un nivel de integración socio-comunitaria para desarrollar una vida relativamente satisfactoria. La perspectiva de recuperación implica enfocar la atención sobre las posibilidades y la mejora respecto a la situación actual, sobre la construcción de un proyecto de vida.

Esta postura conceptual implica que los profesionales conozcan y compartan los mismos valores, consiguiendo que éstos estén presentes en cada una de sus acciones. Farkas, Gagne, Anthony y Chamberlin (2005) señalan cuatro valores que fomentan la Recuperación:

- Orientación hacia la persona: El servicio debe estar orientado hacia la persona, no hacia la discapacidad. Se promueve la visión integral de la persona, evitando centrarse exclusivamente en los aspectos relacionados con el deterioro o la enfermedad.
- Implicación: La persona en atención debe estar activamente implicada en su proceso de recuperación, convirtiéndose en agente protagonista del mismo.
- Autodeterminación: Señala el derecho de la persona para ejercer el control sobre las decisiones de su propia vida.
- Esperanza: Es esencial que el proceso proporcione a la persona la confianza en sus propios recursos para establecer y conseguir sus propias metas. La esperanza es creer, firmemente, que la persona puede superarse y transmitírselo a lo largo de todo el proceso.

Según estos valores, el profesional debe estar atento, no exclusivamente a la sintomatología de la persona, sino fundamentalmente al impacto derivado de la condición social de ser un paciente psiquiátrico. Farkas et al (2005) señalan que la relación que se establece entre el profesional y la persona con TMG debe estar marcada por la importancia de la renovación de la esperanza y significa salirse del estigma y de otras fuentes de trauma asociadas a la enfermedad mental y retomar el control de la vida de uno mismo.

6

ESTILO DE ATENCIÓN

6. ESTILO DE ATENCIÓN

Tan importante como las técnicas, las estrategias y las actividades que se realizan desde un CRPS lo son las actitudes y el estilo de atención de los profesionales que intervienen en el proceso de rehabilitación.

La relación que ha de proponer el profesional ha de ser de cercanía y manteniendo una actitud empática. Las personas que se incorporan a un CRPS han de sentir que se les comprende y que no se les está juzgando.

Lograr la cercanía y la implicación profesional más efectiva es en ocasiones difícil de alcanzar. Ciertamente es que la persona ha de sentirse aceptada, pero la implicación emocional del profesional no puede llegar hasta el punto de correr el riesgo de perder su objetividad.

Igualmente, una actitud empática, saber ponerse en lugar del otro y transmitirle que se le está comprendiendo, no implica condescendencia con conductas o actitudes que pueden ser perjudiciales para él o para los demás.

El inicio de la atención, cuando la persona y sus familiares entran en contacto por primera vez con los profesionales, es un momento crucial que puede marcar la eficacia de todo el proceso de rehabilitación psicosocial. Desde este primer instante la persona con TMG ha de percibir que tanto el servicio como los profesionales que en él participan van a poder ofrecerle la seguridad necesaria para continuar con el proceso de recuperación.

Los profesionales pueden representar, para la persona atendida y para sus familias, una base segura, en el sentido que emplea Bowlby, para experimentar con la confianza suficiente y la tranquilidad necesaria la expresión de sus emociones y sentimientos y la búsqueda de nuevas formas de pensar y actuar que le resulten más efectivas y que después pueda trasladar a sus ámbitos de relación cotidiana.

Es desde este primer momento cuando se empieza a establecer la alianza de trabajo, entendida como una relación de colaboración mutua entre la persona y los profesionales. Una colaboración que ha de estar basada en la negociación y el acuerdo sobre los objetivos y metas a alcanzar y sobre las actividades en las que pudiera ser adecuado participar. Los profesionales deben tener presente durante el proceso de atención que la influencia externa hacia los usuarios puede producirse por tres procedimientos: coacción, manipulación y persuasión. Desde el punto de vista moral sólo es aceptable la persuasión, definida como convencer a alguien de algo mediante argumentos y razones (Beuachamps y Childress, 1999). La persuasión no debe considerarse como una intromisión en el derecho del usuario a decidir autónomamente, en este sentido es legítimo que los profesionales y los familiares recomienden al usuario un determinado procedimiento terapéutico.

De nada serviría establecer un Programa Individualizado de Rehabilitación sin el convencimiento de la persona que ha de realizarlo. El imponer los criterios profesionales, aunque se hiciera con la mejor intención y con el mejor criterio técnico, lo único que propiciaría es, en unas ocasiones, resistencias y, en otras, dependencia.

Es importante que la persona se sienta la protagonista de su propio proceso de mejora. El papel del profesional no consiste en tomar las decisiones en su lugar. Su función es fomentar la motivación intrínseca, la autonomía, la capacidad de elegir y decidir de cada una de las personas que atiende y, en todo caso realizar sugerencias, ayudando a analizar los pros y los contras de una decisión y ampliando su perspectiva con información sobre otras posibilidades.

En el acuerdo y la negociación puede tener mucha trascendencia la capacidad motivacional del profesional. Pero siempre se ha de tener mucho cuidado para proponer acciones o actividades acordes con el momento por el que está pasando cada persona ya que si no se le puede abocar a un fracaso y a una nueva frustración.

Un elemento fundamental es que la persona en su totalidad, y no sólo su enfermedad, sea el eje de la atención. Además de las dificultades que presente en el plano funcional, habrá que tener muy en cuenta su adaptación emocional a la situación que ha vivido, los temores que puede estar sintiendo a una futura recaída, su sentimiento de pérdida y poner el énfasis en las funciones y capacidades que mantiene preservadas y transmitir la esperanza en que la recuperación es posible.

Una esperanza en la que el profesional crea auténticamente, basada en la confianza en las posibilidades de la persona y en su propia capacidad técnica. Una confianza sustentada en expectativas realistas que fomente la competencia y la auto eficacia y que no se conforme únicamente con que todas las personas simplemente se mantengan y que no sufran una recaída.

A la vez que es muy importante que cada persona y sus familiares tengan conciencia de la enfermedad y de las limitaciones que puede conllevar, es igualmente fundamental que reconozcan sus potencialidades, que no se auto estigmaticen creyendo que ya nunca van a poder llevar una vida autónoma y que van a encontrarse siempre en una situación de dependencia.

Para propiciar esta autonomía y la integración comunitaria, los profesionales de los CRPS han de tener muy presente que pertenecen a un programa comunitario. En la medida de lo posible se potenciarán las intervenciones y actividades que se puedan realizar en el ambiente cotidiano de cada una de las personas atendidas y en los lugares que utilizan todos los ciudadanos.

Por último, los profesionales del CRPS han de mostrar una especial sensibilidad ante las diferencias culturales y la identidad de género, comprendiendo los valores de las personas que atiende desde su aprendizaje en una cultura concreta y en un rol de género determinado.

Las plantillas de los CRPS están compuestas por profesionales de diversas especialidades y diferente cualificación. Pero todas sus actuaciones se ajustarán a la filosofía del trabajo en equipo, de manera que las intervenciones que cada uno de ellos lleve a cabo forme parte de un todo coherente guiado por los objetivos marcados con cada persona. Esto no debe suponer que las funciones de los profesionales se confundan o se solapen. El trabajo en equipo supone que todos los profesionales implicados comparten la misma información, intercambian sus puntos de vista buscando los comunes y persiguen los mismos objetivos. Para ello se cuidará especialmente la coordinación interna y la toma de decisiones conjunta.

El trabajo en rehabilitación permite que las actuaciones profesionales puedan adquirir diseños variados y que pueda intervenir sobre un gran abanico de áreas. Esta potencialidad puede hacernos perder la perspectiva del necesario rigor profesional que debe presidir nuestras acciones. La buena intención de los profesionales y su implicación no garantizan la calidad del trabajo que desarrollan. Es responsabilidad de los profesionales poner en práctica actuaciones eficaces, eficientes y basadas en modelos contrastados.

TRABAJO EN RED

La gran variabilidad y heterogeneidad de las necesidades de las personas con TMG hace imprescindible la existencia de una red coordinada y diversificada de tratamientos y de cuidados de carácter comunitario, en la que se garantice la continuidad de su asistencia, así como la colaboración con otros recursos del ámbito social, educativo, laboral, etc; para asegurar la cobertura de sus necesidades básicas.

Para garantizar la atención integral y la continuidad de cuidados que recibe un usuario, y evitar la fragmentación, la duplicidad y la falta de equidad en el acceso a los recursos, es condición necesaria la interacción entre los profesionales, siendo los Coordinadores del Plan de Continuidad de Cuidados de los SSM los responsables de potenciar y facilitar dicha interacción.

El desarrollo de modelos de trabajo comunitario en el ámbito de lo social así como la colaboración entre los diferentes recursos, en un determinado ámbito geográfico, ha producido, en algunos distritos o mancomunidades, una serie de redes comunitarias organizadas en torno a algún colectivo o necesidad básica (mujer, salud, etc.) en las que participan entidades vecinales, profesionales de recursos relacionados y asociaciones de usuarios. En ocasiones estas redes, más o menos formales, han surgido como vía de innovación, generando actividades y proyectos compartidos.

En este sentido el modelo de trabajo del CRPS, como recurso comunitario de atención a un colectivo específico, debe ser un modelo de trabajo en red, entendiendo por tal el trabajo sistemático de colaboración y complementariedad entre los recursos locales de un ámbito territorial. El trabajo en red va más allá de la coordinación, entendida como intercambio de información, y es una articulación comunitaria: colaborar de forma estable y sistemática, para evitar duplicidades, competencia entre recursos, descoordinación y potenciar el trabajo conjunto.

Las personas con TMG pueden necesitar a lo largo de su vida diferentes tipos de atención socio-sanitaria, relacionada con el trastorno que padecen. Pero a su vez como personas de pleno derecho, van a presentar otras necesidades que tienen que ver con su condición de ser hombre/mujer, desempleado, tener padres mayores en situación de dependencia, usuarios de un centro de salud... Por este motivo desde el CRPS, además del trabajo en red con los recursos socio-sanitarios de la zona, se debe intervenir también en red con entidades y servicios de otros ámbitos diferentes al socio-sanitario, para participar de forma constructiva en los procesos comunitarios de desarrollo local.

7

ÁREAS PRINCIPALES DE ATENCIÓN EN LOS CRPS

7. ÁREAS PRINCIPALES DE ATENCIÓN EN LOS CRPS

7.1. Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la integración social

La Rehabilitación Psicosocial e integración social es el área principal de intervención de los CRPS. Su misión es ayudar a las personas con TMG a alcanzar el mayor nivel de autonomía, de funcionamiento personal y social, posibilitar su inclusión y participación en la sociedad, potenciando el desempeño de roles sociales normalizados y valiosos.

La intervención en rehabilitación combina:

- El entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias en cada persona para que pueda funcionar en la comunidad de la manera más autónoma posible
- Las actuaciones sobre su entorno: fortaleciendo los apoyos que tiene o promoviendo soportes adecuados que compensen los déficits que puede presentar.

Mejora de la autonomía y funcionamiento

El trabajo en rehabilitación para la mejora de la autonomía y funcionamiento de las personas con TMG se articula a través de programas de intervención que se pueden aplicar de forma individual o grupal. En este apartado sólo se hace una pequeña mención a estos programas y será en el capítulo 10 donde se explicarán con más profundidad.

De todos los programas se destacan en este apartado los que se han denominado programas básicos de intervención, que son los que han demostrado su eficacia en la recuperación de las personas con TMG, y por lo tanto, imprescindibles en la intervención en rehabilitación con esta población.

- Rehabilitación cognitiva: Entrenamiento en procesos cognitivos, fundamentalmente en atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social, dirigidos fundamentalmente a la mejora no sólo de los propios repertorios cognitivos sino también en el funcionamiento ocupacional, familiar y social.

- **Actividades de la vida diaria:** Se trata de 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 y del 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.) para favorecer la participación de la persona en aquellos roles que configuran su identidad.
- **Psicoeducación y prevención de recaídas:** Programa dirigido a incrementar la conciencia de su situación vital a través del conocimiento de la enfermedad, de modo que se facilite una actitud realista y positiva, se promueva la recuperación mediante estrategias que faciliten un estilo de vida de protección y auto cuidado, a través de ofrecer información clara y asequible sobre el trastorno.
- **Manejo y afrontamiento de la ansiedad y el estrés:** Se pretende favorecer la adquisición de habilidades y estrategias que les permitan controlar y manejar las respuestas de ansiedad y las situaciones vitales estresantes que pueden influir en la aparición de crisis y recaídas.
- **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:** Este programa va dirigido fundamentalmente a potenciar dos aspectos del funcionamiento social: establecimiento de redes sociales y el uso de recursos comunitarios.
- **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.

- Orientación y apoyo a la inserción laboral: Se tratará de promover la inserción laboral a través de la orientación vocacional, el entrenamiento en habilidades de ajuste laboral y búsqueda de empleo, el apoyo a la formación profesional y a la integración laboral, especialmente con aquellos usuarios que no requieran un proceso de rehabilitación laboral específico, intensivo y estructurado como el que se ofrece desde los Centros de Rehabilitación Laboral, con los que, en su caso, se trabajará en coordinación.

El nivel de desempeño es diferente en cada persona y en el mismo individuo puede variar según las diversas áreas de la conducta o del ambiente en el que se desenvuelve por lo que la intervención debe ajustarse a las características, problemáticas, necesidades y posibilidades en cada usuario, del momento en que se encuentra y de su entorno concreto. La rehabilitación es, por tanto, un proceso individualizado que se organiza de un modo flexible, continuado y progresivo, que debe tener en cuenta siempre los intereses y expectativas del usuario.

El trabajo está enfocado tanto a proveer al usuario de las estrategias necesarias para mejorar su funcionamiento, conducta social o desempeño de una tarea específica y/o reforzar y potenciar las habilidades que ya tenga como a incidir sobre su entorno, bien para que éste disminuya las exigencias/ expectativas y aumente el apoyo que precise la persona o para que al contrario, reduzca el nivel de apoyo en aras de una mayor independencia del individuo.

La intervención se realiza tanto de un modo individual como grupal en base a los objetivos de mejora que previamente se establecen con cada persona.

En la medida de lo posible los entrenamientos se llevan a cabo en contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria con el objeto de generalizar los aprendizajes y destrezas adquiridas.

Apoyo a la integración social y soporte comunitario

No se puede mejorar o alcanzar una adaptación social de la persona en la sociedad y en el ámbito comunitario sin conocer o acceder a los recursos disponibles. Desde los CRPS se potencia el uso de los recursos del entorno (bibliotecas, polideportivos, centros culturales, colegios, asociaciones culturales, juveniles, etc.) por parte de los usuarios del centro con el objeto de favorecer la integración, la creación de redes de apoyo social y favorecer el desempeño de roles significativos y normalizados. Para ello se contacta y se coordina con todos aquellos recursos sociales (educativos, laborales, recreativos, etc.) que puedan ayudar a la integración efectiva de cada una de las personas del centro.

La necesidad de apoyo para el acceso a los recursos del entorno puede variar mucho de unas personas a otras, por lo que se debe ofrecer un apoyo gradual en función de las dificultades, intereses y motivaciones de cada uno. No se trata de que el usuario esté o utilice un recurso de la comunidad, sino de que su uso aporte oportunidades o contribuya a satisfacer alguna expectativa del usuario.

Para aquellos usuarios con mayores dificultades de integración se organizan actividades de apoyo y soporte que faciliten la estructuración de su vida cotidiana. Estas actividades se realizan tanto dentro como fuera del CRPS, priorizando el uso de los recursos comunitarios.

Asimismo, y de cara a favorecer el apoyo social de la sociedad en general se realizan contactos en diferentes foros (colegios, asociaciones, vecinos) y actividades (charlas, jornadas informativas...) de forma individual o con otros agentes sociales para favorecer un mejor conocimiento de los aspectos relacionados con los TMG y reducir el estigma y prejuicios asociados. Cabe mencionar la importancia de favorecer la creación de grupos de autoayuda y promover el asociacionismo de afectados y familiares.

7.2. Coordinación y trabajo en red con recursos socio-comunitarios y apoyo comunitario

El trabajo en red requiere un proceso de creación de una epistemología común a partir del trabajo en equipo. La metodología del trabajo en red se puede diferenciar en tres niveles:

- Construir las bases del trabajo en red: establecimiento de los acuerdos básicos iniciales, reconocimiento mutuo, análisis de las necesidades y definición de las grandes líneas de actuación.
- Hacer operativa la red creada: desarrollar protocolos de trabajo colaborativo y, a partir de las prioridades y opciones de actuación más viables, preparar proyectos articulados o conjuntos.
- Hacer eficaz la red: dinamización de los espacios de articulación, de ejecución y consecución de proyectos o actuaciones pactadas en los protocolos desde una perspectiva de complementariedad.

El CRPS se coordina con todos aquellos recursos socio-comunitarios que pueden estar implicados en el proceso de rehabilitación e integración social del usuario. Entendiendo estas coordinaciones como la colaboración entre dispositivos con el objetivo de atender de manera integral y global las necesidades sociales, psicosociales y sanitarias de los usuarios.

Dichas coordinaciones se realizan con la participación de diferentes recursos, cada uno de ellos con objetivos y funciones específicas, para consensuar líneas de actuación en pro de un objetivo común. Esto requiere planificación y organización de tareas en una lógica de complementariedad que evite solapamiento y duplicidad de actuaciones.

Son los objetivos de rehabilitación marcados en el PIR del usuario los que van a determinar no solo los recursos con los que el CRPS se coordina, sino la manera y finalidad de la misma.

Cuando los dispositivos implicados en la atención integral y global de los usuarios trabajan coordinadamente de forma sistemática, este trabajo en red permite aunar esfuerzos, optimizar recursos y poner al servicio de la rehabilitación la especificidad de cada dispositivo, actuando como un sistema que abarca las necesidades de la población con TMG.

Por ello, es importante que el CRPS conozca y se dé a conocer en los diferentes recursos, formando parte del tejido socio-comunitario del municipio y realizando labores de apoyo y asesoramiento que puedan facilitar la integración de los usuarios, cuando sea necesario para la consecución de los objetivos de rehabilitación.

Los recursos con los que el CRPS se coordina abarcan desde los más generales, que ofrecen servicios a la población general (Instituto Nacional de Empleo, SSG, etc.), hasta aquellos que cubren necesidades específicas del colectivo (asociación de familiares, etc.).

Como parte del tejido socio-comunitario el CRPS, también participa de manera activa, como un recurso más del municipio, en foros como pueden ser la mesa de la discapacidad, mesa de inclusión social, etc.

Asimismo, el CRPS ofrece apoyo comunitario adaptado a las necesidades de cada usuario en cada momento para asegurar el nivel de funcionamiento psicosocial e integración comunitaria, el mantenimiento en su entorno con la mayor autonomía y calidad de vida, y el de los objetivos conseguidos por el usuario. Esto requiere una presencia flexible y adaptada del CRPS, maximizando que los usuarios utilicen recursos socio-comunitarios normalizados y en estrecha coordinación con los dispositivos que sean necesarios.

No hay que olvidar el apoyo comunitario informal, proporcionado por grupos o personas que no forman parte de instituciones y con los que frecuentemente se deberá coordinarse para facilitar la integración socio-comunitaria de los usuarios, como son los grupos de amigos, vecinos, voluntarios, o cualquier otra persona significativa.

7.3. Apoyo a las familias.

Las familias desempeñan un papel muy importante en la atención y en el mantenimiento en la comunidad de las personas con TMG. Los problemas y necesidades que tienen que resolver son con frecuencia complejos y no siempre atendidos. La convivencia, en ocasiones, supone dificultades y conflictos que pueden llevar a las familias a sentirse desbordadas, generando situaciones de tensión y sobrecarga que repercuten de forma negativa tanto en el usuario como en el resto de la familia.

El apoyo a las familias tiene una especial importancia en el abordaje que se realiza desde los CRPS tanto para el bienestar de la familia como para la recuperación de la persona.

La intervención se inicia desde el primer contacto que el usuario y su familia tienen con el centro. En el caso de que la persona se niegue a que se atienda a su familia el equipo trabajará activamente con el objetivo de lograr su consentimiento.

Este apoyo se ofrece principalmente a través de:

- Asesoramiento e intervención individualizada con la familia de cada usuario.
- Intervenciones grupales: Escuela de Familias.
- Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA CON LA FAMILIA

Los objetivos del primer encuentro son:

- Facilitar información sobre las características, funcionamiento del recurso y presentar el espacio y los profesionales que forman el equipo técnico.
- Recoger y realizar una primera aproximación a las necesidades y expectativas que presentan tanto la familia como el usuario.
- Ajustar las expectativas respecto a las posibilidades que ofrece el recurso.
- Favorecer el vínculo para reforzar la participación de la familia en todo el proceso de intervención.

Tras esta primera toma de contacto se cita a los familiares que conviven con el usuario o aquellas que mayor responsabilidad asumen en su cuidado y si vive solo alguna persona de referencia que suponga un apoyo significativo, para llevar a cabo las entrevistas de evaluación (se detalla en el apartado 9.2 Fase de evaluación el modo en que ésta se realiza).

Se suelen dedicar 2 ó 3 entrevistas para realizar esta evaluación, habitualmente en el centro y una visita al domicilio, siempre que la familia esté de acuerdo.

La síntesis de esta evaluación inicial incluye información sobre los siguientes aspectos:

- composición de la familia, tipo de interacciones que se dan entre sus miembros, reparto de responsabilidades, estilo de comunicación, conocimientos sobre la enfermedad, creencias (recuperabilidad, atribuciones sobre el origen), problemas significativos para la familia o demandas expresas y sus expectativas
- Propuesta de objetivos de intervención y acciones a desarrollar, adaptados a las necesidades de cada familia.

APOYO CONTINUADO Y SEGUIMIENTO CON LA FAMILIA

Con carácter periódico y al menos una vez cada 3 meses, se establecen entrevistas con la familia, en el centro o en el domicilio con el objeto de:

- Recabar y ofrecer información de la evolución del usuario.
- Pautar estrategias para la solución de problemas concretos que surgen durante el proceso de intervención.
- Ofrecer información o asesoramiento para cubrir necesidades específicas.
- Abordar los objetivos planteados en el plan de intervención (autonomía del usuario, comunicación, etc.).
- Plantear nuevos objetivos o acciones en base a los cambios producidos en el proceso.

Como hemos planteado antes, los objetivos propuestos deben estar siempre adaptados a las necesidades y al momento de cada familia, valorando su modificación a lo largo de la intervención. Los que suelen abordarse con mayor frecuencia en estas intervenciones unifamiliares son los siguientes:

- Mejorar conocimientos sobre la enfermedad.
- Mitigar problemas que pueden surgir asesorando sobre recursos específicos.
- Mejorar comunicación.
- Ajustar expectativas.
- Favorecer autonomía del usuario.
- Mejorar la competencia en la solución de problemas o modificación de conductas ofreciendo estrategias.
- Favorecer la expresión de emociones ofreciendo un espacio para la escucha u apoyos que disminuyan el aislamiento, la soledad o el desbordamiento de algún miembro de la familia.

La frecuencia o intensidad de las intervenciones puede variar significativamente de unos casos a otros, pero debe prestarse mayor atención cuando:

- Se detecta una comunicación muy intrusiva.
- Se detectan situaciones conflictivas.
- Ante familias muy demandantes.
- La familia expresa necesidad de apoyo.
- Los usuarios están al inicio de la enfermedad.
- Exista demasiada sobreimplicación por parte de algún miembro.

INTERVENCIONES GRUPALES

Otra labor de apoyo que se ofrece a las familias desde los CRPS son los grupos familiares o “Escuelas de Familias”. Estas intervenciones combinan información o educación sobre el TMG con tareas de resolución de problemas, habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento para hacer a las familias más competentes en el manejo de las situaciones cotidianas. (Este programa se desarrolla en el apartado 4).

APOYO AL DESARROLLO DE GRUPOS DE AUTOAYUDA Y ASOCIACIONES DE FAMILIARES

Las primeras asociaciones de familiares de personas con TMG se constituyen a finales de los 1970, principios de 1980, tras el cambio en el modelo de atención a las personas con TMG: de la atención asilar y de custodia de los hospitales psiquiátricos a un modelo comunitario, que supuso la Reforma Psiquiátrica. Sus inicios tuvieron un marcado objetivo reivindicativo. Actualmente el movimiento asociativo está muy consolidado, existiendo numerosas agrupaciones en todo el territorio nacional.

Aunque el nivel de desarrollo es muy desigual, muchas de las asociaciones son proveedoras de servicios, gestoras de recursos de rehabilitación y cuentan con profesional contratado, ofreciendo gran variedad de actividades y servicios, entre los que se encuentran:

- Club de Ocio.
- Ayuda a Domicilio.
- Escuelas de Familia.
- Grupos de autoayuda.
- Asesoría Jurídica.
- Información y orientación.
- Vacaciones /Respiro familiar.

Las asociaciones cumplen una función de apoyo social informal para los familiares muy importante, que cubre:

- Apoyo emocional. Posibilidad de sentirse comprendidos, escuchados y aceptados por personas que han experimentado situaciones similares.
- Información. Que ayuda a orientar sobre dónde acudir, qué hacer.
- Apoyo instrumental. Proporciona espacios de encuentro a los usuarios para la realización de actividades de ocio o programas de vacaciones que suponen un respiro para las familias. Se intercambian información o ayuda específica para resolver situaciones concretas.
- Fomento de relaciones interpersonales. Posibilita la recuperación de espacios personales y evita el aislamiento de la familia.

La red social de las familias de personas con TMG suele ser escasa, en muchas ocasiones el aislamiento se produce por la presión que supone la atención continuada del familiar con TMG y en otras es un aislamiento autoimpuesto provocado por el estigma y la vergüenza que todavía para muchos supone admitir tener un familiar con un trastorno mental. La posibilidad de desahogo y de apoyo emocional es muy reducida, limitándose a veces al contacto y soporte ofrecido por los profesionales que les atienden (médicos, enfermeros, trabajadores sociales...).

Los CRPS en este momento pueden cumplir una función muy importante como facilitadores de los grupos de autoayuda y asociaciones ya existentes. Una de las vías más utilizadas en el trabajo diario es la incorporación de algún miembro de las asociaciones en las últimas sesiones de los grupos de familia, donde se da a conocer la asociación con el objeto de que los participantes del grupo puedan incorporarse, si así lo desean, al grupo asociativo. Otras vías de apoyo son la realización de actuaciones conjuntas (Festivales, Jornadas, etc.) destinadas a sensibilizar a la población general, para disminuir el estigma asociado a los TMG.

7.4. Servicios complementarios

El origen de los servicios complementarios se sitúa en la detección de las dificultades que algunos usuarios presentan para beneficiarse de un proceso de rehabilitación en el CRPS, motivado principalmente por las dificultades de acceso al recurso, debido a la dispersión geográfica y en consecuencia, a la comunicación en transporte público que también repercute en la disponibilidad horaria del usuario. Para paliar esta situación, surgen los servicios complementarios como aportaciones extraordinarias que, aún no siendo esenciales en la labor del CRPS, facilitan la consecución de los objetivos propuestos. Estas ayudas no deben ni pueden sustituir a las ayudas sociales ofrecidas desde otros servicios generales, es más, el objetivo del CRPS irá encaminado a que los usuarios puedan beneficiarse de estas otras.

Los servicios complementarios que algunos CRPS ofrecen son de apoyo al transporte y apoyo de comidas. Estos servicios son flexibles, puntuales y ajustados para cada usuario, facilitando los procesos de rehabilitación y el mantenimiento autónomo en la comunidad.

Apoyo al transporte

Previo al servicio de apoyo que el CRPS puede aportar a los usuarios, hay que informar y valorar las ayudas al transporte ofrecidas desde SSG. En el caso de que el usuario no pueda beneficiarse de estas ayudas o bien mientras ésta es tramitada, el CRPS puede asumir esta función.

El apoyo al servicio de transporte incluye el acceso del usuario al CRPS y la realización de actividades en recursos normalizados.

Serán los objetivos de rehabilitación marcados para cada usuario los que determinen el tipo y tiempo de apoyo. A medida que los objetivos que articulan el apoyo se van consiguiendo la ayuda se irá desvaneciendo.

Los criterios a tener en cuenta para poner en marcha este servicio son:

- Lejanía y/o comunicación desde la residencia del usuario al CRPS o lugar en el que realiza la actividad. Este criterio es especialmente importante en aquellos CRPS donde la población a atender se encuentra dispersa geográficamente.
- Criterios económicos: teniendo en cuenta los ingresos/gastos de la unidad familiar del usuario y el desembolso económico que implica el transporte.

Apoyo de comidas

Este servicio se ofrece en aquellos casos en los que se valora oportuno ofrecer el apoyo según los objetivos planteados con el usuario como por ejemplo: instaurar hábitos de alimentación saludable. Los criterios para ofrecer este tipo de servicios son:

- Objetivos de rehabilitación marcados en el PIR del usuario: principalmente los relacionados con facilitar la asistencia del usuario al centro, vinculación al recurso, salud, socialización....
- Distancia entre el centro y residencia del usuario y horarios del servicio de transporte público para realizar dicho desplazamiento.
- Económicos: Imposibilidad de cubrir la necesidad básica de alimentación desde otros recursos sociales destinados al efecto (por ejemplo, mientras se gestiona y concede la asistencia a comedores sociales o de mayores).

En aras de la integración social del usuario lo ideal es que este servicio se ofrezca en restaurantes concertados con el CRPS, teniendo en cuenta las variables que propician la normalización como número de usuarios en cada restaurante comiendo a la vez y que sean acordes a las necesidades del usuario. Este servicio, dependiendo de las características del Centro, ubicación, etc; puede ofrecerse en el propio CRPS o en otros lugares.

Mantener una alimentación digna es un derecho que se debe garantizar desde el ámbito de lo social; en este sentido, desde el CRPS se debe favorecer que accedan a estos recursos en el ámbito comunitario.

8**METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS
DE INTERVENCIÓN**

8. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN²

8.1. Estrategias de intervención

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 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 implicados en el proceso de atención del usuario.
- Evaluación continua.

8.2. Variables a tener en cuenta en el diseño de la 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 los objetivos de rehabilitación.

² Extraído del cuaderno técnico de los Centros de Día de Soporte Social

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

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. No se debe olvidar que el profesional es un modelo 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 éste 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.
- 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.
- 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:
 - o El centro 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.
 - o La inclusión de un usuario en las actividades organizadas por el centro, incluidas las de apoyo y soporte, tanto dentro como fuera, 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 sean funcionales. 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:
 - o 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 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. Las técnicas a utilizar son las cognitivo conductuales: ensayo conductual, sobreentrenamiento, discusión estructurada, moldeamiento, modelado, instrucciones, autoinstrucciones, feed-back, refuerzo, extinción,... Especial atención merecen aquellas que facilitan el papel activo en la intervención como el método socrático y la resolución de problemas.

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 auto refuerzo para que sea él mismo el que se refuerce por la emisión de conductas adecuadas.

9

PROCESO Y FASES DE ATENCIÓN

9. PROCESO Y FASES DE LA ATENCIÓN

9.1. Acogida y enganche. Implicación del usuario en el proceso de rehabilitación.

9.1.1. *La necesidad de trabajar activamente la motivación del usuario hacia el proceso de rehabilitación.*

Los usuarios pueden, por muy diversos motivos, manifestar dudas, reticencias u oposiciones para participar e implicarse en un proceso de rehabilitación. Estas circunstancias no debe ser menoscabo para que se desarrollen todas las acciones posibles por nuestra parte para lograr superar esta situación. La voluntariedad en la asistencia a los CRPS y la libertad de decisión del usuario como persona con capacidad de decidir, no pueden ser justificación para no intervenir ante negativas o dificultades iniciales que impedirían el desarrollo de los procesos de rehabilitación que se suponen necesarios y deseables. Se debe aceptar que las dificultades citadas pueden ser habituales y trabajar para superarlas, porque en la mayoría de las ocasiones pueden ser explicadas por variables que las alejan de ser una decisión plenamente libre y voluntaria. Las personas pueden expresar verbalmente su deseo de no iniciar el proceso que se pone a su alcance o evitar las citas programadas. Se debe, como profesionales, analizar las variables que pueden estar implicadas en estas conductas porque existe la alta probabilidad de que en su historia de aprendizaje y en su situación psicopatológica se encuentren elementos que las expliquen o al menos modulen, y que las conviertan en hechos que no sean fruto de lo que se puede llamar una decisión libre y voluntaria. No hacerlo así, sería tanto como abandonar al usuario a su suerte, cuando su decisión puede estar mediatizada por muchos motivos que si son modificados, cambiaran dicha decisión. En resumen, no podemos esperar que los potenciales usuarios estén siempre motivados para iniciar procesos de rehabilitación. Y siendo así, se debe estar preparado para analizar que variables pueden estar impidiéndolo e intervenir para modificarlas. Es decir, el profesional debe mostrar un papel activo para superar los problemas que puedan surgir en el inicio de la relación mínima indispensable con el usuario para posibilitar un proceso de rehabilitación, respetando a la persona, pero no aceptándolos sin más.

9.1.2. Variables facilitadoras de la implicación.

Además de analizar e intervenir sobre aquellas variables personales que pueden estar mediando en la falta de motivación o implicación de los usuarios para iniciar un proceso de rehabilitación, se debe tener en consideración que existen aspectos relacionados con la propia organización de los dispositivos y con el modo de actuar de los profesionales que pueden convertirse en facilitadores o no de dicha implicación.

Respecto a los aspectos físicos de los centros, es deseable que estos sean accesibles con facilidad y que su ambiente interior resulte agradable, cuidando que no sea ni muy frío ni muy sobrecargado estímulamente. La colocación en lugar visible del decálogo de derechos de los usuarios de Centros de Servicios Sociales no es sólo una obligación legal, sino que puede convertirse en una declaración de intenciones, hacia el usuario, de que allí se le va a tratar como a un ciudadano con derechos. Y por eso, la especificación de las normas que limitan ciertos comportamientos no es deseable que se haga *a priori* de la aparición de los mismos, pues pocas cosas hay menos motivadoras para continuar acudiendo a un lugar que el hecho de que lo primero que se encuentre en él sea lo que no se puede hacer y sus consecuencias.

Por otra parte, los profesionales de la rehabilitación no sólo deben estar cualificados técnicamente para desarrollar las intervenciones más adecuadas sino que además deben de ser capaces de adaptar su lengua y actitud a las necesidades del usuario. Junto a ello, los datos demuestran que pocas cosas valoran más los usuarios y sus familiares que la accesibilidad de dichos profesionales y la inmediatez en la respuesta a las demandas y peticiones de ayuda. La capacidad para la empatía junto con el gusto por el trabajo en equipo, comunitario y a largo plazo, son claves para facilitar un estilo de atención que maximiza la implicación de los usuarios y sus familias en los procesos de rehabilitación.

9.1.3. Las intervenciones de “acogida” y el diseño de intervenciones específicas para situaciones de falta de motivación para iniciar un proceso de rehabilitación.

Con vistas a facilitar la primera toma de contacto entre el usuario y el dispositivo y minimizar la posibilidad de negativas a participar en procesos de rehabilitación, deberá cuidarse de manera especial el contenido y la forma de las primeras citas individuales cuyo objetivo primordial será el de establecer las bases de una relación positiva usuario/dispositivo por encima del de la recogida de información. En ellas, además de explorar las demandas del usuario y su familia se intentará corregir las ideas más desajustadas que, sobre el centro y el proceso que se inicia, puedan tener. Todo esto podrá además apoyarse, si se considera necesario, con otras intervenciones, grupales o individuales, destinadas a transmitir una visión positiva y ajustada del trabajo que se va a realizar con ellos, hacerles más agradable su estancia en el centro, etc.

La toma de contacto con el usuario y su familia y las sesiones de evaluación inicial deben mantener un modelo flexible respecto de variables tales como:

- Profesionales implicados.
- Cauces de comunicación.
- Lugar.
- Horarios.
- Duración.
- Contenidos.
- Participantes.

La meta será que los contactos con el usuario puedan llevarse a cabo, de manera que cuando se produzcan o prevean dificultades para ello, se realizarán las modificaciones necesarias en las variables citadas ajustándolas a las necesidades del usuario. Serán los procesos de evaluación y toma de contacto los que deban adaptarse a las personas y no a la inversa.

Se realizan un mínimo de tres intentos para mantener un contacto inicial con el usuario, realizando todas las modificaciones oportunas en su diseño, de manera que no bastará con la ausencia a tres citas concertadas por teléfono, por ejemplo. Cuando razonablemente hayamos realizado todas las adaptaciones posibles en la forma de contacto y las negativas se mantengan de manera consistente en el tiempo se considerará que no es posible desarrollar, con esa persona y en ese momento, un proceso de rehabilitación.

Incluso en los casos en que sea imposible mantener contactos con el usuario puede ser pertinente mantenerlos con elementos de la red social de la persona. Ello permitirá llevar a cabo una recogida útil de información e incluso intervenir, si fuera necesario, sobre ciertas situaciones especialmente preocupantes con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de la persona, aunque sea de una manera indirecta. Además, estas intervenciones con la red social del usuario pueden facilitar que éste acabe aceptando los contactos directos con él y el desarrollo de procesos de rehabilitación en sentido estricto.

EJEMPLO DE ACTUACION EN CASOS DE DIFICULTADES EN LOS PRIMEROS CONTACTOS

Si el usuario, habiéndolas aceptado, no ha llegado a acudir a ninguna cita en el CRPS, después de concertar tres de ellas telefónicamente:

1. Se analizaría la información aportada por el CSM y la familia si existiese, en un intento de encontrar datos sobre las variables que pudieran estar interviniendo en las ausencias, buscando aspectos que pudieran servir de reforzadores o facilitadores de los contactos.
2. Se la ofrecería una cita en su domicilio.
3. Si rechaza o no cumple la anterior se intentaría en algún lugar de su entorno cercano que él frecuente.
4. Después de intentar un mínimo de dos citas fuera del domicilio sin éxito, se informará al CSM de la situación y se tomará una decisión conjunta.
5. Si durante todo este proceso el usuario verbaliza claramente su negativa a mantener contactos (“no pienso acudir”, “no llaméis más”.....) y se entendiera como irrevocable su decisión, no tendría sentido continuar con los intentos.

Si el usuario ha acudido a alguna cita de evaluación en el CRPS, siendo más las ausencias:

- A. Se analizaría la información recabada, junto con la aportada por el CSM y la familia si existiese, en un intento de encontrar datos sobre las variables que pudieran estar interviniendo en las ausencias buscando aspectos que pudieran servir de reforzadores o facilitadores de los contactos.
- B. En función de lo anterior se podría (no siendo las alternativas excluyentes):
 - a. Decidir qué profesional es más adecuado que esté presente.
 - b. Acortar el tiempo de sesión.
 - c. Distanciar las citas.
 - d. Limitarse a algunos contenidos.
 - e. Acortar los plazos para la incorporación a intervenciones.
 - f. Introducir cambios en los instrumentos de evaluación.
 - g. Ofrecer actividades de enganche.
- C. Si lo anterior no diera resultado, se podría aplicar la secuencia de la situación anterior a partir del punto 2.

9.2. La fase de Evaluación.

9.2.1. La necesidad de la evaluación.

Siendo el fin último de la rehabilitación la mejora de la adaptación y el funcionamiento de la persona con TMG en su entorno comunitario de la manera más autónoma posible, será imprescindible conocer que capacidades y habilidades le exige poner en funcionamiento dicho medio, si las posee y, si no es así, si puede adquirirlas o recuperarlas y de qué manera. Es decir, será necesario evaluar a la persona y sus competencias pero también a su entorno, al ambiente en el que va a tener que adaptarse, conocer sus recursos y sus demandas. Sin una evaluación rigurosa no podrán concretarse objetivos de rehabilitación, ni valorar si se están consiguiendo avances o no en el proceso.

Se puede hablar así de una evaluación inicial que deberá ser permanentemente actualizada mediante evaluaciones continuas a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. Dichas evaluación continuada permitirá además profundizar en el análisis más allá de los datos generales obtenidos en la evaluación inicial. Así pues, la evaluación no es sólo la primera fase imprescindible de todo proceso de rehabilitación, sino un elemento clave para el desarrollo de todo él.

La evaluación inicial debe permitir conocer la historia de aprendizaje y vital de la persona que explique la situación actual, pero también realizar “una fotografía” de su realidad presente. Será necesario que dicha “fotografía” vaya detallándose con una evaluación permanente y continuada.

Se debe entender que la fase de evaluación no es solamente un proceso lo más riguroso posible de recogida de información. Incluye también el adecuado análisis de los datos recabados. Además, como fase inicial del proceso de rehabilitación, la evaluación tendrá el objetivo añadido y fundamental de establecer las bases de una adecuada relación con el usuario y su familia, sustento de todo el trabajo posterior.

9.2.2. Metodología de la evaluación en rehabilitación.

En el apartado anterior ya citábamos algunas de las características metodológicas más relevantes que deben tenerse en cuenta para realizar un proceso de evaluación riguroso:

- Proceso continuo y permanentemente abierto.
- Que recoja información sobre el antes y el después del inicio de la aparición del problema.
- Referida tanto a la persona como a su entorno y la interacción entre ambos.
- Detectar y operativizar las necesidades del usuario. Para conseguirlo es condición necesaria partir del análisis de sus demandas y expectativas.

Los profesionales de la atención a personas con TMG pueden caer con facilidad en la tendencia a centrar nuestra atención en lo más llamativo que suelen ser las manifestaciones sintomatológicas y los déficits conductuales asociados a ciertos procesos de deterioro. Se debe pues dejar claro que será clave para evaluar en rehabilitación prestar tanta o más atención a las habilidades y competencias conservadas por la persona, ya que estas serán algo así como el punto de apoyo de la palanca de la rehabilitación, serán los cimientos sobre los que se podrá construir nuevas habilidades o reincorporar las perdidas.

Para completar la rigurosa evaluación que se propone, será necesario ser capaces de analizar toda la información y los datos recabados mediante un análisis funcional que permita evitar especulaciones, centrándose en conductas concretas.

Aunque se postula el rigor, éste no debe suponer procesos de evaluación excesivamente largos que resultarán aversivos para la persona y dificultarán su implicación al proceso de rehabilitación. No se debe olvidar que esta fase suele ser, por diversos motivos, la menos atractiva para el usuario. Se considera que con 45 días, contados desde el primer contacto con el usuario y su familia, debe ser suficiente para poder recabar la información inicial que se necesita para un primer análisis funcional de la situación. Siendo la evaluación un proceso continuado, ya habrá ocasión de profundizar en niveles de análisis más profundos y concretos.

Durante la evaluación inicial se mantendrán contactos con el usuario y su familia, como elemento clave de su entorno, tanto individual como conjuntamente. Siempre que sea posible se realizará, durante la misma, una visita al domicilio del usuario pues aportará información de primera mano sobre su ambiente más cercano y personal. En los casos en que por alguna razón esta visita no pueda llevarse a cabo durante la evaluación, se intentará desarrollar en el momento que sea posible.

Todos los profesionales que participen en la evaluación deberán estar perfectamente coordinados para distribuirse las áreas a evaluar y evitar redundancias que sólo aportaran cansancio al evaluado. De esta forma, cuantos más profesionales intervengan más necesaria será dicha coordinación, pues más probabilidades habrá de solapamientos, más exigente será el proceso para la persona que tendrá que “adaptarse” a diversos profesionales, y mayor será el riesgo de saturación ante el número de citas. Dado que una de las finalidades de la evaluación inicial será la de confeccionar una Historia Social que se archivará en su expediente personal, será imprescindible la participación de un Trabajador Social en este proceso. De igual manera, siendo al análisis funcional el método adecuado para analizar la información recogida, la participación de un psicólogo debe ser inexcusable.

9.2.3. Áreas e instrumentos de evaluación.

Durante la fase de evaluación se intentará recoger toda la información que sea necesaria pero cuidando que además sea pertinente; es decir, que sea relevante para el proceso de rehabilitación y para el usuario o su familia. Con vistas a ordenar la información recogida y facilitar su posterior análisis, los datos se podrán organizar en diversas áreas. Las que tradicionalmente se consideran en rehabilitación suelen ser, con estas u otras denominaciones, las que se comentan someramente a continuación:

1. Datos biográficos y clínicos.

Se recogerían los datos de la evolución vital de la persona y de su historia de aprendizaje, especialmente de aquellos relacionados con sus habilidades y competencias, pasadas y presentes, y con el inicio y evolución del trastorno mental.

2. Demandas y expectativas.

Será esencial conocer de primera mano que espera el usuario y su familia del proceso que se les propone. Conocer sus objetivos y la ayuda que esperan recibir, facilitará a acercar el proceso de rehabilitación haciéndose entendible y deseable.

3. Actitud ante la enfermedad y medicación.

Por una parte, incluye los conocimientos que sobre la enfermedad y la medicación tiene la persona y la aceptación, rechazos, dudas, miedos, etc., que mantiene ante ambas. Por otra, el nivel de autonomía sobre todas las conductas relacionadas con el cuidado de la salud mental.

4. Prevención de recaídas.

Se trataría de detectar cuáles han sido en el pasado los factores de riesgo y protectores ante situaciones de crisis psiquiátricas, incluyendo a ser posible conductas prodrómicas.

5. Conductas problemáticas.

Se refiere a la existencia o no de conductas muy disruptivas que; relacionadas directamente o no con el trastorno mental, dificulten el funcionamiento adaptado de la persona.

6. Capacidades cognitivas.

En esta área se incluirán datos sobre el funcionamiento de la persona respecto de las competencias cognitivas más importantes (atención, memoria, lenguaje.....).

7. Ansiedad y manejo emocional.

Siendo la vulnerabilidad al estrés el modelo explicativo de los TMG aceptado, la intención es recabar datos sobre qué situaciones son las más claramente ansiógenas para el sujeto. Además sería necesario detectar el repertorio de manejo emocional como factor modulador en el afrontamiento.

8. Autocuidados y actividades de la vida diaria.

Se recogerá información sobre las conductas implicadas en el cuidado personal y de la propia salud, así como todo lo relacionado con las tareas domésticas y actividades cotidianas.

9. Red y competencia social.

Será muy relevante conocer la composición de la red social de la persona, sus elementos claves y las relaciones que se establecen entre ellos, además del repertorio conductual que es capaz de desplegar el usuario en situaciones sociales.

10. Ocio.

Aunque sin duda esté área está relacionada estrechamente con algunas de las anteriores, puede ser interesante recoger explícitamente que actividades de ocio realiza la persona en la actualidad comparándolas con las realizadas en el pasado.

11. Medio familiar.

No sólo será relevante conocer qué miembros forman la estructura familiar cercana, sino las relaciones que se establecen entre ellos, sus roles dentro de la familia, sus pautas de comunicación, su grado de conocimiento del problema, sus necesidades y demandas y el papel que pueden jugar en la mejora de la calidad de vida del usuario y de ellos mismos.

12. Integración comunitaria.

Se refiere esta área al grado de autonomía y competencia del individuo para desenvolverse en el medio circundante y la utilización que hace de los recursos cotidianos disponibles.

13. Área laboral.

Se recogerán sus experiencias formativas y laborales, tanto exitosas como no, desde las más lejanas a las más próximas en el tiempo.

Los instrumentos para la recogida de la información utilizados en la evaluación inicial en un proceso de rehabilitación no difieren de los utilizados en otro tipo de evaluaciones. Así los principales serán:

1. La entrevista. Se recomienda utilizar el modelo de entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas que ayuden a concretar las respuestas, con un guión preparado. Debe cuidarse el lenguaje para facilitar la comprensión de los mensajes adaptándose a las capacidades del entrevistado y a su situación emocional y psicopatológica. Las entrevistas familiares permitirán recoger información sobre el medio familiar, además de complementar y contrastar la información aportada por el usuario.
2. Los registros. De uso muy extendido debe cuidarse su correcto diseño para que puedan cumplir adecuadamente el objetivo para el que fueron creados, especialmente si se utilizan en su modalidad de autoinforme a cumplimentar por el usuario ya que se debe garantizar su total comprensión.

3. La observación directa. Puede proporcionar importante información sobre el repertorio conductual en una situación específica pero debe centrarse en aspectos concretos de la conducta y conviene que el evaluador se apoye en algún tipo de registro para recoger la información, sin olvidar que la misma se referirá al ambiente concreto en que se produce la observación, no necesariamente extrapolable a otros ambientes.
4. Los cuestionarios y escalas. Siendo multitud los existentes, si se decide emplear alguno durante la evaluación inicial, deberá procederse con la meticulosidad que estas pruebas de medida aconsejan, cuidando el lugar, forma y profesional que los administra.

Dado la cantidad de áreas potencialmente a evaluar y la diversidad de instrumentos a utilizar, es aconsejable que los evaluadores dispongan de un protocolo de evaluación que les sirva de guía a seguir y de documento aglutinador de la información, evitando que ésta quede dispersa. Además ello dotará de coherencia las diferentes evaluaciones independientemente de los profesionales que las lleven a cabo.

9.3. Establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación.

9.3.1. Definición y características esenciales del PIR.

Después de la mera recogida de información, todos los profesionales que en ella participaron deben ser responsables de estructurarla y ordenarla. La evaluación continuará con el análisis funcional de la misma por parte de profesionales competentes para ello. Fruto de este análisis se diseñará un plan de trabajo, una programación que se concretará en objetivos a alcanzar y en intervenciones que perseguirán alcanzar dichos objetivos. Esta programación se constituye en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR en adelante) que para cada usuario evaluado será diseñado. Dicho Plan, junto con la información relevante que lo justifica será presentado al resto del equipo del centro en la llamada Junta de Evaluación. En la misma, se profundizará en el análisis y se modificará si fuera necesario el PIR propuesto hasta alcanzar un consenso de todo el equipo.

Esta propuesta de trabajo será presentada después tanto al usuario como a su familia, de una manera accesible a ellos, con la finalidad de recabar su opinión y su apoyo al mismo, de manera que no podrá ser considerado como definitivo hasta que no sea abiertamente apoyado por los interesados. No se debe olvidar que no es el plan de los profesionales, debe ser un plan para el usuario. Se está, pues, hablando de una guía a seguir, consensuada con el usuario y su familia, que por lo tanto se base en las necesidades reales de la persona a la que se refiere.

Es entendible que el desarrollo de los PIR se demorará en el tiempo y, por lo tanto, debe permitir su modificación y estar sujeto a continua evaluación y análisis.

Resumiendo, los PIR deben contener:

- Los objetivos generales que se nos marcan con el usuario.
- Los objetivos específicos que concreten los anteriores.
- Las intervenciones con las que se tratará de alcanzar dichos objetivos.
- La secuencia temporal de unos y otros, desde lo más cercano a lo más lejano en el tiempo

9.3.2. Establecimiento de objetivos.

Toda intervención que se ponga en marcha en rehabilitación debe tener un objetivo concreto a la que se refiera, sino no se sabrá para que se está interviniendo. Por lo tanto, el PIR será la guía de todas las intervenciones que se lleven a cabo con el usuario y sus familias. Por ello, es importante que los PIR estén bien definidos y estructurados. Para ello, se puede distinguir entre objetivos generales:

Por ejemplo:

- Que aumente sus conocimientos sobre la medicación y su autonomía respecto de la toma de la misma

Y entre objetivos específicos:

Por ejemplo:

- Que conozca el nombre y función de cada uno de los medicamentos que toma.
- Que sea capaz de solicitar por sí mismo cita con su psiquiatra.

Los objetivos generales se referirán a metas generales y por lo tanto serán más abstractos. Los objetivos específicos concretan y operativizan los objetivos generales, refiriéndose a conductas o secuencias conductuales que deben ser medibles.

Queda dicho que es necesario definir cómo se van a alcanzar estos objetivos y concretar cuales se intentaran alcanzar primero y cuales sucesivamente y porque.

9.4. Intervención.

La fase de intervención comienza una vez hecha la junta de evaluación y formulado el PIR. Esta fase, la más larga normalmente de todo el proceso, tiene como objetivo fundamental la consecución de los objetivos planteados en el PIR a través del entrenamiento de habilidades y competencias del usuario. Este trabajo debe estar basado en los principios de individualización y contextualización; todas las intervenciones deben ser significativas para la mejora del funcionamiento de la persona, y así facilitar su mantenimiento e integración.

Se debe trabajar siempre en tres ámbitos, el usuario, la familia y el contexto comunitario donde su vida se desarrolla. Estas tres áreas están interconectadas como un engranaje, de tal forma que si obviamos la intervención en alguna de ellas no conseguiremos la integración plena. La intervención consistirá en entrenamientos específicos, flexibles y contextualizados de las habilidades que la persona necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno, así como la intervención directa sobre el ambiente específico (físico y social) del usuario para compensar los déficits existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora para su integración social.

A continuación se describe someramente la intervención sobre cada uno de ellos:

1. **USUARIO:** Fundamentalmente a través de entrenamientos individuales y/o grupales para la adquisición de habilidades en todas las áreas de vida descritas en el punto anterior (habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, actividades de la vida diaria, conocimiento y manejo de la enfermedad y medicación, autonomía en las gestiones y uso de transportes públicos, etc) (Se describirá de forma más pormenorizada en el apartado 4).

2. **FAMILIA:** El trabajo de la familia debe tener dos objetivos fundamentales, por un lado el apoyo al trabajo realizado con el usuario como mediadores conductuales que ayudan a la generalización y el mantenimiento de los objetivos trabajados y, por otro lado, como sujetos también de intervención que necesitan apoyo para la mejora en el manejo de la enfermedad y la convivencia en el domicilio. De esta forma la intervención con la familia iría dirigida a tres aspectos importantes:
 - a) Conocimiento y manejo de la enfermedad (detección de pródromos, fomentar la autonomía en el manejo de la enfermedad, reducción de la carga familiar y el estrés, etc.).
 - b) Manejo de contingencias con las conductas del usuario.
 - c) Estrategias de afrontamiento para mejorar la convivencia (habilidades de comunicación, solución de problemas,...).

Este trabajo se debe hacer de forma individual y completarse con el programa de Escuela de Familias y, por otro lado, la intervención con las familias debe dirigirse también hacia el fomento y apoyo del asociacionismo.

3. **ENTORNO:** El objetivo fundamental en este punto es facilitar la participación de los usuarios en la vida de su comunidad. Por ello, es importante hacerse visibles y participar también como centro en las propuestas que desde ahí se hagan. Se llevarán a cabo dos tipos de intervenciones: una más macro,

nombrada anteriormente, donde el centro se da a conocer para forma parte del tejido social de la comunidad como un recurso más: reuniones con servicios sociales, mesa de la discapacidad, de exclusión social, mesa laboral, reuniones con juventud, cultura, mujer, etc. Y otra más micro que va más dirigida a favorecer la integración de un usuario concreto en una actividad de cualquier tipo, también concreta. En este caso, dependiendo de los intereses, necesidades, nivel de autonomía, competencias y déficits del usuario así como del tipo de actividad, tipo de recurso que lo oferte, etc.; se diseñará un plan de intervención específico.

La intervención vendrá coordinada por el tutor del usuario (en el punto siguiente se explica de forma más pormenorizada) y desarrollada por los profesionales que cada usuario necesite según los objetivos formulados en el PIR. El trabajar en un equipo multidisciplinar requiere de acciones coordinadas, con funciones delimitadas de cada uno de los profesionales, y dirigidas siempre hacia el cumplimiento de objetivos. Intervenir de esta forma hace que a veces varios profesionales trabajen sobre el mismo objetivo, cada uno desde su ámbito pero siempre de forma complementaria. Por ejemplo, si la meta es matricularse en la escuela de adultos, el psicólogo formularía los pasos en esta intervención y podría entrenar a la familia en el manejo de contingencias para aumentar la probabilidad que esto ocurra, el trabajador social evaluar qué escuela sería la más apropiada, qué turno, si es necesario contactar con ella y el educador llevar a cabo el entrenamiento en vivo recogiendo registros de observación.

9.5. Coordinación del proceso global de intervención: el tutor como profesional de referencia del usuario y funciones de los tutores.

Toda la intervención explicada en el punto anterior está articulada por un profesional del CRPS que será el tutor del usuario, de tal forma que cada uno de los usuarios tendrá un psicólogo de referencia denominado tutor. Esta persona será referente tanto para el usuario como para la familia.

Este tutor es la persona que coordinará el proceso global de la intervención, es la persona responsable tanto del diseño de la intervención como de las técnicas empleadas para conseguir cada uno de los objetivos planteados en el PIR, debe decidir cómo priorizar en cada momento los objetivos con los que intervenir teniendo en cuenta: las prioridades del usuario, las exigencias del medio y/o los objetivos con más probabilidad de éxito para empezar por uno de ellos, siempre apoyado en el análisis funcional.

Por otro lado, otra tarea del tutor es derivar y coordinar las intervenciones necesarias de todos los demás profesionales del centro para la consecución de los objetivos planteados. Así, será el receptor de la información recogida por los demás responsables del centro.

El tutor será también la persona que trabaje individualmente con el usuario repertorios conductuales que afiancen y apoyen los entrenamientos llevados a cabo por otros profesionales y en los grupos. Igualmente, función suya será la derivación a los distintos formatos grupales con que cuenta el centro o proponer nuevos formatos más ajustados a las necesidades de esa persona. El tutor, por tanto, hará la hoja de derivación al grupo y será el encargado de reunirse con el responsable del mismo para comentar los objetivos que tiene con esa derivación, así como hacer un seguimiento del trabajo realizado con esa persona dentro de él.

Por supuesto, será el responsable de hacer una evaluación funcional continua que le permite revisar y/o modificar los objetivos de trabajo cuando esto sea necesario.

Por último, el tutor será la persona encargada de elaborar los informes periódicos anuales.

9.6. Seguimiento.

La fase de seguimiento comienza una vez cumplidos todos los objetivos planteados en el PIR. Durante esta fase se abordará fundamentalmente el seguimiento y mantenimiento de estos objetivos, especialmente los relacionados con el nivel de

funcionamiento y de integración comunitaria alcanzados, es decir, se debe asegurar el mantenimiento de dichos niveles antes de proceder al alta.

Durante esta fase se hará una evaluación continua del mantenimiento y generalización de los repertorios alcanzados. Para ello es necesario el desvanecimiento programado de los apoyos mantenidos durante la intervención referidos fundamentalmente a dos elementos: frecuencia de los contactos y presencia de los profesionales. Así, en un primer momento es necesario tener sesiones presenciales (con una frecuencia similar a la mantenida en las últimas fases de la intervención) para posteriormente ir aumentando el tiempo entre uno y otro y acabar con contactos, como mínimo trimestrales, intercalados con contactos telefónicos o con personas relevantes de su entorno.

Al igual que en cualquier momento del proceso de rehabilitación el trabajo debe ser lo suficientemente flexible como para detectar cualquier cambio que se produzca en la evolución del usuario de tal forma que si es necesario se vuelva a la fase de intervención. De hecho, esta fase no puede tener una duración determinada, sino que se alargará todo lo necesario hasta que se vea garantizado este objetivo de mantenimiento comentado anteriormente.

El profesional encargado de hacer estos seguimientos no tiene porqué ser siempre el profesional-tutor en la fase de intervención; en algunos casos podría ser otro profesional, que haya trabajado anteriormente con el usuario y que tenga un conocimiento profundo de la evolución de éste.

Durante este período también se hará necesaria la participación de profesionales de otros recursos de la red de salud mental, fundamentalmente del PCC, ya que deben ser ellos los que progresivamente puedan asumir esta supervisión, así como los programas de participación ciudadana e integración social con que cuente el municipio donde viva.

9.7. Alta del CRPS

Toda intervención requiere de una conclusión y así ocurre también con los procesos de rehabilitación. El objetivo último deberá ser siempre que las personas con TMG dejen de ser atendidas porque ya no necesiten de intervenciones rehabilitadoras. Todos los profesionales implicados en la atención a personas con TMG deben trabajar para acercarse a este momento y nunca perderlo como referente. Es importante también, para las personas atendidas, entender que el proceso de rehabilitación tiene un final que es la consecución y el mantenimiento de los objetivos consensuados con ellos a lo largo del proceso de atención.

Cuando se haya comprobado suficientemente, durante la fase de seguimiento, que los objetivos alcanzados se mantienen a pesar del desvanecimiento progresivo del apoyo profesional, procederemos a dar de ALTA al usuario del dispositivo.

El concepto de ALTA implica que los objetivos marcados en el PIR, que habrá ido evolucionando, han sido alcanzados y es previsible que se mantengan razonablemente de manera autónoma o con apoyos naturales. No supone que las personas dadas de alta alcancen iguales niveles de integración y autonomía, sino que son capaces de mantener en el tiempo los que han sido necesario trabajar en cada caso.

Aquellas personas que dejen de ser atendidas sin haberse alcanzado los objetivos marcados no serán consideradas de alta y se utilizará en esos casos los conceptos de BAJA y/o ABANDONO.

El alta, como cualquier otra actuación del proceso de rehabilitación, será consensuada con el usuario, su familia si procede y con los responsables en los CSM.

Dado lo prolongado de los procesos de rehabilitación, debe tenerse en cuenta que pueden producirse temores, reticencias y dudas, tanto de los usuarios, los familiares e incluso los profesionales, a la hora de abordar este paso. Esta circunstancia deberá valorarse y planificar estrategias para superarla.

Una vez llevada a cabo la decisión, el tutor de la persona dada de alta elaborará un INFORME DE ALTA en el que se resumirá todo el proceso de rehabilitación desarrollado junto al usuario y será remitido a los profesionales pertinentes.

10**PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN**

10. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con los presupuestos teóricos anteriormente expuestos, el trabajo en rehabilitación se hará mediante programas de intervención, encaminados hacia dos objetivos fundamentales:

- La mejora de todos los déficits psicosociales que lleva aparejados los TMG.
- La disminución y control de las recaídas.

Los programas están estructurados en módulos con objetivos diferenciados. Dentro de cada uno de ellos existen a su vez submódulos definidos más concretos que se ponen en práctica gracias a unidades operativas específicas, que son las llevadas a cabo en las sesiones de entrenamiento. Los submódulos pueden trabajarse en las actividades de forma monográfica, de forma complementaria o de forma secuencial en actividades cíclicas.

Cada programa incidirá sobre alguno de los factores de riesgo o sobre las variables mediadoras de las recaídas, o a incrementar los factores protectores o moduladores de mejoría. En el siguiente cuadro se expone la relación entre factores y programas.

Cuadro 1. Relación entre las Variables de Vulnerabilidad y Programas de Intervención

T.M.G.	C R P S	<p>ABANDONO DE MEDICACIÓN, CONSUMO DE TÓXICOS</p> <p>FALTA DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL</p> <p>ALTA EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR AISLAMIENTO FAMILIAR</p> <p>FALTA DE SOPORTES COMUNITARIOS</p> <p>AISLAMIENTO Y PÉRDIDA DE ROLES.</p>	<p>PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y MANEJO DE MEDICACIÓN</p> <p>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES. (Programa de AVD, habilidades sociales, autocontrol, rehabilitación cognitiva.)</p> <p>PSICOEDUCACIÓN Y APOYO FAMILIAR</p> <p>INTEGRACIÓN COMUNITARIA, PROGRAMAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE</p> <p>CONTACTO CON EL ENTORNO Y APOYO AL ACCESO SOCIAL Y/O LABORAL</p>
--------	------------------	---	--

Dentro de la organización planteada en el CRPS se pueden distinguir dos grandes bloques o actuaciones, que tienen que ver con la posibilidad de ofrecer una atención global y completa a las necesidades que tienen las personas con TMG:

- a) Programas de entrenamiento, recuperación de capacidades, adquisición de hábitos.
- b) Actividades de soporte y apoyo social, que aportan un contexto lúdico y relacional que facilite la integración social.

Con todos aquellos usuarios que participen de las actividades incluidas en el apartado *b)*, se debe hacer una reflexión y un análisis previo de lo que se pretende conseguir (o evitar) para no generar una dependencia excesiva e innecesaria de nuestro recurso y evitar caer en una actitud paternalista.

No obstante, no se deben entender estos bloques como aislados, sino como complementarios e integrados, compartiendo objetivos de manera transversal, potenciando su utilización según el momento de intervención y las necesidades concretas de cada usuario.

Proponemos a continuación 13 programas diferenciados, unos englobados en lo que hemos venido a denominar “programas básicos o fundamentales”, que dan cobertura a las áreas de intervención específicas definidas para los CRPS (Tabla 1) y otras intervenciones que surgen como respuesta a las necesidades de adecuar las intervenciones a variables sociodemográficas relevantes tales como la edad, el sexo, los años de evolución del trastorno, país de procedencia, etc.

Tabla 1. Programas por Áreas de Intervención

- Área de Rehabilitación cognitiva
- Área de Autocuidados
- Área de actividades de la Vida Diaria
- Área de Ocio y Tiempo Libre
- Área de Integración Comunitaria
- Área de Comunicación
- Área de Autocontrol y Afrontamiento Personal
- Área de Psicoeducación
- Área Laboral
- Área Familiar

La elección de los programas de intervención está apoyada por datos empíricos que señalan que las intervenciones psicosociales tanto a nivel individual como grupal y familiar, dirigidas a la mejora del funcionamiento personal y social, del manejo de la enfermedad y de la adherencia terapéutica, así como a la reducción de síntomas, y a la prevención de recaídas, son altamente efectivas y son intervenciones de elección (American Psychiatric Association (APA), 2004; NICE. National Institute of Clinical Excellence, 2002, 2010).

Existen muchos estudios y meta-análisis que avalan la Rehabilitación Psicosocial en su conjunto, tanto por su eficacia como por su eficiencia. Cabe destacar entre las intervenciones con apoyo empírico el modelo de tratamiento asertivo comunitario, los programas de psicoeducación familiar, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia cognitivo-conductual (TCC en adelante) para síntomas psicóticos positivos, la psicoeducación y la prevención de recaídas (Vallina Fernández, y Lemos Giráldez, 2001; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, 2009). Por tanto no se puede obviar que hoy en día la Rehabilitación Psicosocial cuenta con fundamentación teórica importante y con programas de intervención basados en la evidencia, lo que determina en gran medida la elección de los mismos.

La selección de programas que a continuación se describen se analiza a la luz de la evidencia disponible y en aquellos casos más innovadores se someten a un proceso de evaluación riguroso que garantice que las intervenciones se basen en técnicas y marcos conceptuales con apoyos empíricos solventes.

10.1. METODOLOGÍA DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN

Se trata de intervenciones estructuradas, destinadas a rehabilitar discapacidades y minusvalías específicas mediante actuaciones intensivas, generalmente en grupo.

Una actividad de rehabilitación se caracteriza por la siguiente estructura:

- *Identificación de la actividad:* de acuerdo con el área de intervención y el nivel de actuación en rehabilitación al que pertenece.
- *Objetivos de la actividad:* constituyen las metas que deben alcanzar los usuarios si cumplen las exigencias de la actividad. Son definidos en términos operativos y concretos, evitando las generalizaciones.
- *Requisitos de entrada:* se trata del repertorio básico que permita a los usuarios incorporarse con aprovechamiento a la actividad de rehabilitación.
- *Módulos de ejercicios o sesiones:* son la parte central de la actividad y se refieren a las prácticas de entrenamiento, en las que primará la práctica y el ensayo sobre el mero discurso verbal. La actividad puede estar estructurada en módulos de ejercicios que se pueden aplicar secuenciados o alternativos de acuerdo a los rendimientos del grupo o de cada usuario.
- *Sistemas de registro y valoración:* cada actividad está dotada de uno o varios instrumentos de medida que permitan evaluar al usuario antes, durante y al finalizar la actividad, y siempre referidos a los objetivos concretos de la actividad. De igual modo se llevan a cabo evaluaciones de los resultados de los programas a través de la definición de indicadores y la elección pertinente de los instrumentos de medida.
- *Definición de los recursos materiales y económicos* para la realización de la actividad.
- *Frecuencia de las sesiones, número de personas, horario y lugar de realización.*
- *Terapeutas y observadores:* todas las actividades se realizan en un pequeño grupo y su metodología se basa en la psicología del aprendizaje.

10.2. PROGRAMAS BÁSICOS

10.2.1 Programa de psicoeducación y prevención de recaídas

Las personas con TMG pueden presentar una disminución en la capacidad de introspección y una aceptación pobre del tratamiento. En este sentido, las intervenciones psicoeducativas pretenden incrementar la aceptación por parte del usuario de su enfermedad y del tratamiento.

Hay datos de evidencia constatable y muy importantes que sugieren que los programas psicoeducativos son de utilidad para conseguir:

- Reducir tasas de recaídas y reingresos.
- Mejorar el funcionamiento psicosocial.
- Mejorar la relación y la comunicación del usuario con el médico.
- Hay correlación positiva entre la transmisión de información y la adherencia al tratamiento, la información mejora la adherencia al tratamiento (incluido el rehabilitador).
- Cambios en sintomatología negativa.
- Promueven estilos de vida saludables.

Los modelos psicoeducativos (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Falloon, Boyd y McGill, 1984; Liberman, 1993) se apoyan en la Teoría de la Vulnerabilidad y en el Enfoque Educativo, según el cual proporcionar información sobre la enfermedad favorece el desarrollo de actitudes favorables hacia la misma, propone el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia a los tratamientos, la comunicación eficaz con el sistema socio-sanitario y el conocimiento de la enfermedad. Desde enfoques más intervencionistas como el de Leff (1996), se considera que el mero hecho de proporcionar información sobre la enfermedad no produce efectos significativos, sino que el verdadero efecto está en involucrar al usuario en el proceso de cambio a través de esta información. En esta línea los Modelos de Recuperación ponen el acento en la participación del individuo en su propio proceso salud-enfermedad, convirtiéndose éste en agente proactivo del proceso terapéutico.

Con estos programas se pretende desarrollar competencias de afrontamiento ante la enfermedad, luchar contra antiguas creencias relativas a la incurabilidad y alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

En definitiva, la comprensión de las experiencias psicóticas disminuye el nivel de sufrimiento del paciente y permite introducir un modelo individualizado de prevención de la reaparición de experiencias no deseadas (Garety, Fowler y Kuipers, 2000).

OBJETIVOS

Objetivo general: Incrementar la capacidad de autoconciencia de su situación vital a través del conocimiento de la enfermedad, de modo que se facilite una actitud realista y positiva, y se potencia la recuperación mediante estrategias que promuevan un estilo de vida de protección y auto cuidado.

Objetivos específicos:

- Incrementar el conocimiento sobre su enfermedad.
- Incrementar el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y el tratamiento rehabilitador.
- Favorecer la cooperación y el cumplimiento de los tratamientos tanto farmacológico como rehabilitador.
- Posibilitar una reconstrucción de la identidad como persona activa más allá de la enfermedad mental.
- Identificar y afrontar los precipitantes de recaídas, crisis y reagudizaciones.
- Desarrollar un plan individualizado de prevención de recaídas.
- Establecer un modelo de vulnerabilidad personalizado donde queden identificados los factores de riesgo y protección respecto al inicio o empeoramiento de la enfermedad y desarrollar la motivación para minimizar unos y maximizar otros.

- Administrar de forma autónoma el tratamiento farmacológico.
- Prevenir formas de afrontamiento desadaptativas: abuso de drogas, autolesiones, abandono de medicación, etc.
- Fortalecer formas de afrontamiento adaptadas: comunicación, uso adecuado de la medicación, etc.
- Adquirir las habilidades necesarias para el uso y manejo de forma más eficaz, normalizada y autónoma posible los recursos sanitarios y las relaciones con los profesionales implicados en el proceso de rehabilitación.
- Mejorar la calidad de vida en lo que se refiere a la sintomatología y tratamiento.

METODOLOGÍA

Los programas de psicoeducación se estructuran en módulos de trabajo que incluyen las siguientes áreas:

- Información acerca de la enfermedad y la medicación.
- Administración correcta de la medicación y prevención de recaídas.
- Manejo eficaz de los servicios socio-sanitarios.

La aplicación del programa se realizará fundamentalmente en formato grupal, aunque la heterogeneidad del grupo no es un inconveniente, se procurará un perfil homogéneo de integrantes respecto a edad, años de evolución y sintomatología. Se atenderá a las necesidades y recursos de cada usuario dentro del propio grupo favoreciendo una intervención flexible.

Los usuarios han de estar motivados para conseguir los objetivos. Esto requiere un trabajo previo al comienzo del programa que asegure el compromiso con el mismo y con el esfuerzo que le ha de suponer para que sea efectivo.

Algunas de las técnicas a utilizar en este tipo de programas se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Técnicas de intervención

Transmisión de información y empleo de resúmenes
Técnicas de Motivación - Entrevista motivacional. Escucha activa y reflexiva.
Técnicas de decisión compartida.
Solución de problemas
Técnicas de refuerzo y feedback
Técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva, detección de pensamiento, distracción-restricción de la atención, autoafirmación y visualización)
Técnicas de modelado.
Técnicas de generalización
Role playing

Las habilidades que se requieren en un terapeuta engloban la actitud de tolerancia y empatía que facilite el clima de confianza, la capacidad de maximizar las técnicas expuestas para generar el buen aprovechamiento del programa, la habilidad para generar reflexión y espontaneidad en los propios usuarios así como suficiente dirección para poder mantener normas y asegurar el avance del grupo en las tareas pertinentes.

La individualidad y la flexibilidad son los calificativos que mejor concuerdan con la metodología propuesta, empezando por un ajuste de objetivos individualizados en las primeras sesiones con el usuario que permitirán adecuar su asistencia o no a los distintos módulos según las necesidades detectadas. Igualmente, la relación y el orden de sesiones propuestas y las dinámicas elegidas deberán ser adaptados ineludiblemente al perfil de grupo que se haya generado en cada ocasión.

Por último, se recomienda la participación activa de usuarios que se encuentren en una fase avanzada de su proceso de rehabilitación y de los familiares o personas de apoyo de la persona en el programa, a través de su asistencia a algunas de las sesiones dedicadas a la prevención de las recaídas. También resulta muy enriquecedora la participación activa en las sesiones dedicadas al tratamiento farmacológico de la presencia de un psiquiatra o algún otro profesional de referencia.

CONTENIDOS

A modo de ejemplo se recoge en la Tabla 2 la estructura de un programa de psicoeducación.

Tabla 2: Contenidos de los Módulos de un programa de Psicoeducación.

Módulo	Tema	Objetivos
1	Módulo Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar el plan personal de recuperación. - Promover la motivación para el cambio, la implicación y el compromiso en el programa. - Favorecer el conocimiento mutuo de los participantes del grupo que permita el establecimiento de un grupo cohesionado. - Establecer un espacio de confianza para poder expresar y elaborar las emociones y las cogniciones desadaptadas asociadas al proceso de enfermar. - Desarrollar estrategias de afrontamiento del malestar derivado de la asunción del rol de enfermo - Ofrecer apoyo al duelo consecuente al trastorno.
2	Módulo Salud y Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Acercamiento a los conceptos de enfermedad y salud. - Crear una expectativa de controlabilidad de la enfermedad que sopesa los calificativos de cronicidad e incurabilidad. - Familiarizar a los integrantes del grupo con los síntomas de la enfermedad que tienen. - Aprender las diferencias entre los grupos de síntomas y los tipos de enfermedades mentales y los diferentes tipos de abordaje. - Fomentar la idea de la susceptibilidad de padecer episodios psicóticos y crear la necesidad de protegerse mediante el desarrollo de hábitos y habilidades. - Desarrollar su propio modelo de vulnerabilidad

Módulo	Tema	Objetivos
3	Módulo Prevención de Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer expectativas realistas y positivas frente al manejo de las recaídas. - Construir una hipótesis acerca de la aparición individualizada de una recaída. - Entender el significado de las experiencias vividas anteriormente a una recaída vinculándolas con eventos vitales o factores de riesgo. - Reconocer cambios comportamentales, cognitivos y emocionales que tuvieron lugar antes de la última recaída. - Tomar conciencia de la importancia de incluir a otras personas de apoyo en el reconocimiento de las señales de aviso. - Aprender a pedir ayuda para reconocer y registrar sus señales de aviso. - Desarrollar un plan de prevención de recaídas.
4	Módulo sobre manejo eficaz del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los diferentes tipos de tratamientos, tanto farmacológicos como rehabilitadores, y los beneficios asociados a cada uno de ellos. - Reconocer, identificar y adecuar posibles dudas, actitudes y expectativas en relación a los diferentes tratamientos que conocen. - Enfatizar la responsabilidad y capacidad de elección personal del tratamiento. - Asumir la utilidad de la medicación y el tratamiento terapéutico como factor de protección frente a posibles recaídas.

Módulo	Tema	Objetivos
4	Módulo sobre manejo eficaz del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir hábitos adecuados para la toma correcta de la medicación. - Conocer e identificar los síntomas secundarios asociados a la toma de la medicación. - Adquirir estrategias para el control de los efectos secundarios cuando aparecen. - Conocer las interacciones de la medicación con otras sustancias como alcohol y drogas y concienciar de la necesidad de controlar su consumo.
5	Módulo sobre relaciones con los servicios socio-sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a solicitar la información necesaria para un adecuado manejo de la medicación y resolver dudas sobre recomendaciones terapéuticas. - Mejorar las habilidades de comunicación y trato con los profesionales de referencia. - Identificación de dificultades personales (miedos a ser enjuiciados, expectativas desajustadas, creencias erróneas sobre la labor del profesional...).

RESULTADOS

Las estrategias psicoeducativas han mostrado resultados positivos en la clínica cotidiana, en el manejo de la sintomatología persistente y en la prevención de recaídas. El mantenimiento de las intervenciones psicoeducativas, disminuye la tasa de recaídas, aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico y mejora el sentimiento de bienestar del paciente. Algunas revisiones, como la de Mueser et al. (2006) sobre gestión del trastorno y recuperación recogen los beneficios de una intervención psicoeducativa y del tratamiento cognitivo-conductual.

Las intervenciones psicoeducativas se recomiendan ya desde las guías de práctica clínica del sistema nacional de salud como programas a formar parte del plan de tratamiento y su implementación en los servicios.

10.2.2. Programa de autocontrol o de habilidades de afrontamiento

Las personas que padecen un TMG no solamente presentan síntomas denominados tradicionalmente “mayores” como son las alucinaciones, los delirios o el déficit en el procesamiento de la información, también presentan problemas psicológicos relacionados con alteraciones emocionales tales como ansiedad y estrés. Es más, entre los elementos que más impactan en la persona se suelen identificar las discapacidades asociadas a la enfermedad y las situaciones de estrés que generan respuestas emocionales que desbordan su capacidad de afrontamiento. A lo largo del curso de la vida van a experimentar estrés relacionado por un lado con su trastorno (como por ejemplo el ocasionado por sus síntomas positivos y negativos, los ingresos hospitalarios y situaciones de crisis) así como estresores cotidianos como pueden ser las relaciones familiares o la realización de las tareas de la vida diaria. El conocimiento del efecto de estos factores en la evolución del trastorno ha contribuido al desarrollo de intervenciones psicológicas que se están mostrando eficaces.

Las intervenciones incluyen objetivos relacionados con el manejo de la disforia, ayudar a reestructurar creencias negativas y distorsionadas, trabajar sobre el autoconcepto negativo, enseñanza de estrategias de afrontamiento para el automanejo de estresores diarios e incrementar las conductas reforzantes, entre otras. La intervención que se presenta aquí consiste en una intervención en autocontrol. El autocontrol se entiende como una intervención mediante la cual se aprende una combinación de estrategias de afrontamiento para dirigir el cambio de conducta ante situaciones de estrés, manipulando las variables internas o externas hacia la dirección deseada por el propio usuario.

Los programas de autocontrol permiten intervenir sobre las alteraciones emocionales y la capacidad para manejar el estrés y los problemas de la vida cotidiana. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales similares a las aplicadas a otro tipo de trastornos, ofreciendo un amplio abanico de instrumentos terapéuticos (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, control de impulsos, solución de problemas y manejo de la autoestima). La finalidad a largo plazo es que el uso de las técnicas facilite el funcionamiento del individuo en el entorno personal y social inmediato.

Por tanto dos conceptos importantes a tener en cuenta en el abordaje de los TMG, son el concepto de estrés y el concepto de Afrontamiento. Los modelos más relevantes e integradores de ambos conceptos son el de Lazarus y Folkman (1986) y el de Vulnerabilidad a la Psicosis de Zubin y Spring (1977) y Neuchterlein y Dawson (1984).

Ambos modelos destacan la relación del sujeto con el contexto, enfatizando que las respuestas del individuo son cambiantes según las demandas de la situación y de las respuestas de la persona. En el modelo de Lazarus y Folkman (1986) se distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento: las dirigidas a solucionar el problema y las dirigidas a la regulación emocional. Aunque se han hecho algunas adaptaciones de esta clasificación para el TMG (Middelboe y Mortensen, 1997) han consistido en cambios más conceptuales que prácticos. Como regla general, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias de solución de problemas, mientras que en las que solo cabe la aceptación favorecen estrategias focalizadas en la mejora del impacto emocional. También según este modelo el que una situación sea estresante depende del significado o valoración que se le de. En este sentido el sujeto haría una doble valoración, una primaria sobre el evento y las posibles consecuencias negativas que le va a acarrear y otra secundaria para determinar qué debe hacer para afrontar el evento.

Según el modelo de Vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977) un episodio psicótico se puede presentar en un individuo vulnerable cuando se enfrenta a problemas que sobrepasan su posibilidad de afrontamiento. Cuanto mayor sea el estrés y menor el afrontamiento, más vulnerable se es a reexperimentar brotes de síntomas y recaídas. Pero no está indefenso ante el estrés, pues el modelo considera que desarrollar una mejor capacidad de afrontamiento supone un factor de protección personal que permite predecir una mejor evolución del trastorno. Por otro lado, el modelo de vulnerabilidad permite mejorar la comprensión de cómo actúa el estrés en esta población, lo que tiene dos efectos: reducir la confusión y la estigmatización al comprender las vías “normales” del estrés y las reacciones del individuo; y poner la base para intervenciones específicas que alivien los síntomas del estrés y el malestar emocional.

En los programas de rehabilitación el abordaje principal es el incremento de las habilidades de afrontamiento del sujeto ante diversos problemas. En los programas de autocontrol esta idea adquiere mayor relevancia y se define el afrontamiento como los recursos personales que utilizan las personas con TMG para manejar las demandas ocasionadas por su trastorno y las provenientes de su entorno (Perona y Galán, 2001).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Adquisición de técnicas de afrontamiento para mantener el estrés en límites tolerables en situaciones reales de la vida cotidiana.
- Mejorar la sensación de competencia en el afrontamiento de las situaciones estresantes de la vida diaria, ya sean provocadas por el entorno o por procesos personales internos.
- Fortalecer la motivación para el enfrentamiento de nuevas situaciones sociales y cotidianas.

Objetivos específicos:

- Aprender técnicas específicas de relajación y de control de activación para incrementar el manejo de las respuestas fisiológicas de la ansiedad.
- Incrementar la valoración de las situaciones agradables y gratificantes e implicación en ellas.
- Incrementar el nivel de autoestima personal
- Incrementar la capacidad de auto-reconocimiento de emociones positivas y negativas.
- Aprender técnicas de identificación de pensamientos negativos.
- Desarrollar mecanismos de afrontamiento de pensamientos y emociones negativos.
- Aprender a detectar y defenderse de situaciones de estrés, tanto provocado por situaciones externas (eventos vitales) como internas (sensaciones y cogniciones personales).
- Aprender a manejar técnicas efectivas de resolución de problemas.

METODOLOGÍA

Los programas de autocontrol pueden llevarse a cabo individualmente o en formato grupal. Es deseable el segundo formato, entre las ventajas que tiene el grupo está el facilitar el componente psicoeducacional del programa, así como el desarrollo de las técnicas mediante el modelado, ensayo y *feedback*. Otras ventajas son el aprendizaje vicario mediante observación de los otros participantes, el compromiso público de hacer las tareas de casa y conseguir una red de apoyo social informal mediante la ayuda del resto de usuarios, lo que evita la dependencia absoluta del terapeuta para solucionar los problemas cotidianos.

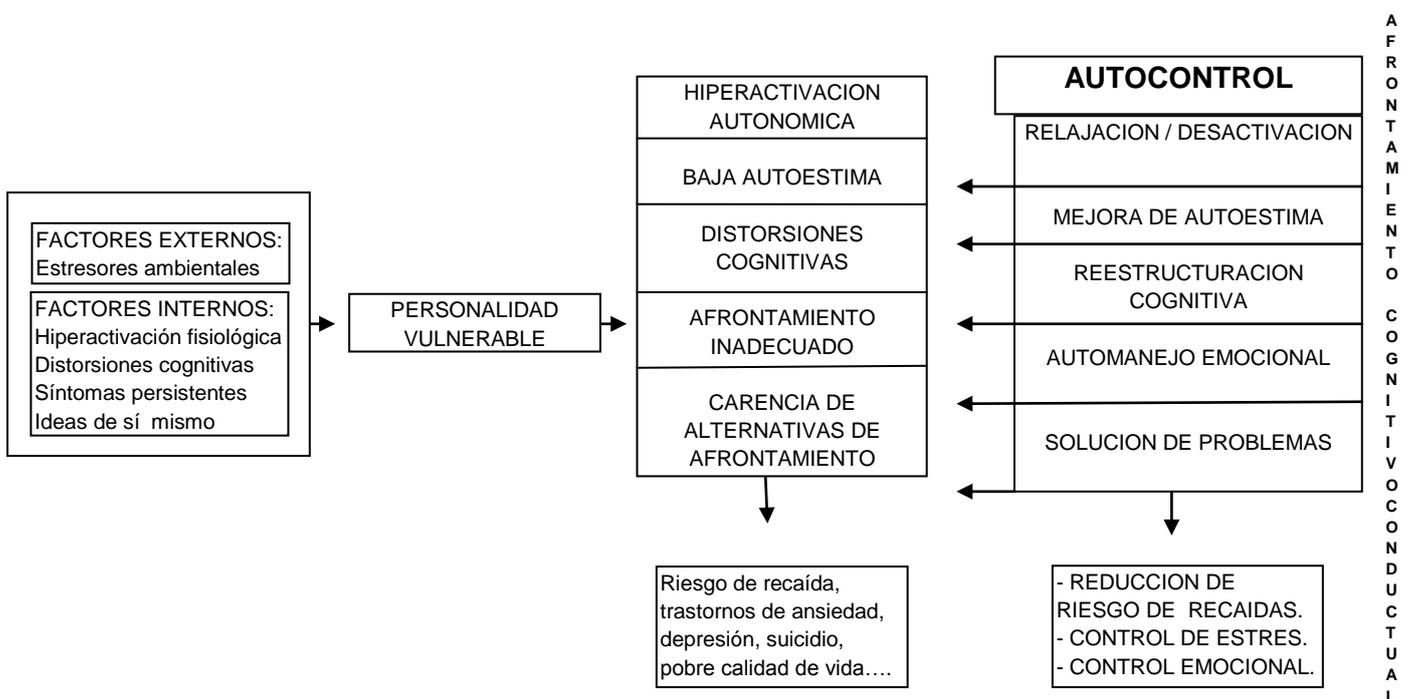
Son recomendables una o dos sesiones semanales de una hora de duración aproximadamente. El número total de sesiones y la duración del programa puede ser variable, en función de las características del grupo. Normalmente los programas de autocontrol suelen ser prolongados y tras el mismo se suelen implementar sesiones de recuerdo y seguimiento. Es recomendable prolongar de este modo la intervención, para que los usuarios tengan oportunidad de profundizar en las técnicas y de generalizar su uso a situaciones naturales de manera automatizada.

El programa está dirigido a usuarios con TMG, especialmente esquizofrenia, acompañados en su evolución por síntomas emocionales de ansiedad, depresión, baja autoestima y alta sensibilidad a los estresores cotidianos. A la hora de incluirlos en el grupo hay que tener en cuenta una serie de consideraciones: ausencia o control de sintomatología positiva, no existencia de déficits cognitivos básicos (atención, concentración) incapacitantes para el aprendizaje, habilidades sociales mínimas que permitan un nivel de intercambio personal, de dialogo y de participación, cierta motivación para la actividad, existencia de unos objetivos "personalizados" y concretos, no interferencia de la medicación por efectos secundarios fuertes como somnolencia o enlentecimiento severo.

Los requisitos que aquí se enumeran deben ser flexibles, ya que será tarea del terapeuta el adaptar los criterios y estándares a los usuarios incluidos, como por ejemplo conocer las necesidades individuales de cada uno, adaptar los estilos de comunicación y tareas encomendadas, conocer las relaciones particulares entre los antecedentes y las respuestas conductuales y emocionales de cada participante, y tratar de compensar los problemas que surjan de manera lo más individual posible.

Los contenidos de un programa de autocontrol se estructuran en módulos de trabajo que son seleccionados por requerir de una intervención específica en la población diana, como puede observarse en la Figura 1, que pone de manifiesto la relación entre variables de vulnerabilidad y técnicas de afrontamiento del programa.

Figura 1. Relación de variables de vulnerabilidad y técnicas de afrontamiento del programa.



CONTENIDOS

Cada módulo sigue básicamente la misma estructuración en su desarrollo: explicar metas y objetivos, sesiones de desarrollo y práctica de técnicas, repaso del módulo. A modo de ejemplo en el Cuadro 1 (tomado de Navarro y Rosillo, 2010) se recogen los módulos de un programa de autocontrol.

Cuadro 1. Contenidos de los módulos del programa de autocontrol

Módulo	Tema	Objetivos
1	Relajación / Control de activación	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la relación entre el estrés y la vulnerabilidad personal. - Conocer la relación entre el estrés y las respuestas fisiológicas. - Aprender técnicas específicas de relajación y control de la activación fisiológica. - Aprender a liberarse de la tensión subjetiva.
2	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la autoestima. - Incrementar la capacidad para valorar situaciones cotidianas agradables. - Promover una valoración realista y positiva de sí mismo. - Aprender a valorar sus capacidades y potencialidades. - Reforzar los puntos fuertes y el repertorio de estrategias conductuales positivas que utilizan para el manejo de situaciones propias de la vida cotidiana. - Aprender a que su valor como personas viene de ellos mismos y no de un trastorno mental. - Modificar mitos relacionados con el estigma.

Módulo	Tema	Objetivos
3	Reestructuración cognitiva / identificación y afrontamiento de pensamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la capacidad de reconocer sus estados emocionales y su conexión con los pensamientos. - Aprender a identificar pensamientos negativos y disfuncionales. - Desarrollar mecanismos de afrontamiento de pensamientos disfuncionales en las situaciones de estrés. - Fomentar la capacidad de modificar y reestructurar pensamientos irracionales en situaciones desagradables.
4	Automanejo emocional / identificación y afrontamiento de emociones negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a identificar, expresar y valorar las emociones en uno mismo y en los demás. - Desarrollar mecanismos de afrontamiento para estados emocionales concretos: ansiedad, tristeza, ira. - Practicar estrategias aprendidas para afrontar el estado emocional negativo en situaciones reales.
5	Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar problemas comunes que causan estrés en su vida. - Aprender el manejo de la técnica de solución de problemas. - Aprender a solucionar problemas cotidianos mediante el modelo de solución de problemas y las técnicas de autocontrol aprendidas.
6	Repaso	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar las técnicas más importantes para reducir el estrés. - Recordar que pueden reducir el estrés y el malestar emocional y seguir mejorando su habilidad. - Conocer las técnicas más eficaces para cada sujeto. - Reforzar la continuidad del programa en sus vidas cotidianas, como forma de prevenir el estrés.

El orden de los módulos responde a un aprendizaje “escalonado” de los mismos. Así, se va de las técnicas más sencillas a las más complicadas; de sesiones basadas en el manejo de la técnica en la sesión a sesiones basadas en la vida real; de sesiones emocionalmente neutras a sesiones cada vez más cargadas emocionalmente. Cada módulo requiere de las habilidades aprendidas en los anteriores, así como una mayor generalización a la vida personal. Por eso es preferible que las sesiones de manejo emocional y solución de problemas personales se pospongan hasta conseguir un clima de confianza, una mayor apertura de los usuarios y cierto grado de autocontrol cognitivo y conductual.

RESULTADOS

Los programas de autocontrol para el manejo y la recuperación de los TMG han tenido siempre su protagonismo dentro de las intervenciones en Rehabilitación Psicosocial. Especialmente desde 1990 se han ido publicando programas basados en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC en adelante) para la esquizofrenia. Los resultados positivos de estos programas han ido creando un campo favorable para el desarrollo de estudios controlados que han ido conformado un cuerpo de evidencias que ha llevado a aceptar la TCC como parte de los tratamientos basados en la evidencia para la esquizofrenia y otros TMG tanto en las fases agudas como crónicas (Turkington, Kingdon y Weiden, 2006). Los estudios y ensayos clínicos sobre la eficacia de estas técnicas fueron emergiendo, construyendo programas de intervención estructurada y multicomponentes que han ido mejorándose y completando a las intervenciones iniciales, hasta construir lo que hoy denominamos “programas de autocontrol y de afrontamiento”. Los principales componentes de estos programas son: 1) las alteraciones emocionales, 2) el estrés y 3) las estrategias de afrontamiento.

En realidad existen pocos estudios controlados sobre programas de autocontrol y afrontamiento del estrés (ver cuadro 2 tomado de Navarro y Rosillo, 2010), en comparación con los resultados positivos de programas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación que han quedado sobradamente demostrados.

Cuadro 2. Estudios controlados de programas de autocontrol y afrontamiento en TMG en los últimos 15 años.

Estudio	Grupos de Comparación	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Resultados
Schaub, Andres, Brenner y Doncel (1997)	Programa de afrontamiento GC	11 9	2 sesiones semanales de 1h. y 30 min. 24 sesiones en total durante 2 meses y medio. 4 sesiones adicionales para las familias.	Seguimiento de resultados a 2 años. Grupo de afrontamiento>GC en: conocimiento de la enfermedad, incremento del contacto social, asertividad, rehospitalizaciones y autoconcepto. No hubo diferencias en calidad de vida ni en síntomas.
Hodel, Brenner, Merlo y Teuber, (1998)	Terapia de manejo emocional (TME) GC	10 9	11 sesiones de 50 min. durante 4 semanas.	Post: no diferencias en bienestar emocional ni en funcionamiento social. TME>GC en procesamiento cognitivo. A 8 meses de seguimiento TME>GC en integración social y recaídas.
Lecomte, Lesage, Wilde, Leclerc y Ricard (1999)	Programa de afrontamiento y autoestima GC	51 44	2 sesiones semanales de 1h durante 12 semanas. 24 sesiones totales.	Seguimiento a los 6 meses: grupo de tratamiento>GC: nº de estrategias activas de afrontamiento, disminución de síntomas positivos.

Estudio	Grupos de Comparación	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Resultados
Norman et al. (2002)	Programa afrontamiento estrés GC	60 61	12 sesiones semanales de 1h.	Seguimiento a 1 año. Programa>GC: menos nº de reingresos hospital, crisis y percepción subjetiva de estrés. No diferencias en síntomas ni en funcionamiento social.
Hall y Terrier (2003)	Programa de autoestima GC	12 13	7 sesiones semanales.	Seguimiento a 3 meses. Programa>GC: autoestima, síntomas clínicos, funcionamiento social y depresión. A los 3 meses desaparecen diferencias en depresión.
Hodel (2004)	TME GC	11 11	2 sesiones semanales de 45 min. 12 semanas, 24 sesiones en total.	Seguimiento a 4 meses. TME>GC en síntomas clínicos, funcionamiento social y procesamiento de emociones.

GC: Grupo Control

De los estudios realizados hasta la fecha podemos concluir lo siguiente:

- Los programas de manejo del estrés consiguen fundamentalmente reducir las recaídas y número de hospitalizaciones (Holdel et al., 1998; Norman et al., 2002).
- Mejoran el funcionamiento cognitivo (Holden et al., 1998).
- Incrementan las estrategias de afrontamiento dirigido a los problemas (Andres, Pfammatter, Garst, Teschnery Brenner, 2000).

- Incrementan las habilidades de afrontamiento en general y disminuyen los síntomas positivos (Lecomte et al., 1999).
- Las personas con psicosis son capaces de aprender técnicas de relajación y de resolución de problemas (Starkey, Deleone y Flannery, 1995; Bellack, Morrison y Mueser, 1989).

Como bien apuntan las guías de práctica clínica para la esquizofrenia, las TCC se vislumbran como el tratamiento a seguir en el manejo del estrés, ansiedad y depresión en personas con esquizofrenia, pero en las que deberían ser necesarias algunas adaptaciones a las técnicas utilizadas en otras poblaciones.

Sin duda los programas de autocontrol constituirán un área candente de investigación que ayudarán a refinar las intervenciones. Este refinamiento en la intervención ayudará a dar respuesta a cuestiones como cuáles son los módulos a incluir en un programa de estas características, cuál es su organización y las dimensiones de los mismos, de igual modo la investigación debe ir pareja a la solución de aspectos prácticos, como son la consolidación del aprendizaje, la generalización, la comprensión y seguimiento de los programas por parte de las personas destinatarias.

10.2.3. Programa de habilidades sociales

Una de las consecuencias más comunes de padecer un TMG es la pérdida de vínculos sociales que muchas veces viene precedido de una pérdida o falta de habilidades sociales en el funcionamiento de la persona. Así, el déficit en la relación social es uno de los indicadores que se producen con mayor frecuencia en el nivel premórbido, inicio y posterior curso de la enfermedad, de tal forma que su presencia premórbida podría constituir un predictor negativo de la evolución, así como su persistencia se convierte en una fuente de consecuencias negativas en el funcionamiento personal y en la calidad de vida (Orviz y Lema, 2000). Esto conlleva en muchos casos niveles altos de aislamiento, la pérdida de la red social o la falta de habilidades de *coping* y puede incrementar el riesgo de recaídas y hospitalizaciones (Lieberman, 1988).

Por todo ello el entrenamiento en habilidades sociales (en adelante, EHS) es una herramienta que inicia su desarrollo a la vez que los programas de rehabilitación psicosocial, tomándose como uno de los ejes de estos programas. Los EHS van dirigidos a entrenamiento en habilidades micro, concretas (mirar a los ojos, sonreír cuando te hablan, etc.) o bien a objetivos de mayor alcance (como expresar emociones positivas o recibir una crítica).

Para buscar una definición general podríamos apuntar la hecha por Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta (2004): “los EHS son procedimientos educacionales altamente estructurados, cuyo fin es enseñar a ejecutar comportamientos en situaciones sociales, y por tanto, mejorar la competencia social”.

De esta manera cuando se habla de entrenamientos en habilidades sociales se hace referencia a los métodos que deliberada y sistemáticamente emplean las técnicas del aprendizaje conductual, de forma estructurada, para implementar tales habilidades y no a las actividades en grupo inespecíficas que hacen participar a los usuarios de la “socialización”. Es decir, es necesario diseñar marcos especiales de aprendizaje para el adiestramiento en habilidades sociales (Lieberman, 1988).

Los principios en los que debe basarse cualquier programa de habilidades sociales inciden en que (Mueser y Sayers, 1992):

- Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con y sin deterioros.
- Las habilidades sociales son específicas a cada situación.
- Las habilidades sociales facilitan la competencia social, pero no la aseguran.
- Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia.

Los déficits más frecuentes en las personas con TMG en interacción con otras personas son los siguientes:

- Expresión facial inapropiada.
- Gestos y posturas inadecuadas.
- Escaso/excesivo contacto ocular.
- Tiempo de respuesta o sincronía deficiente.
- Escasos índices de interacción social espontánea.
- Dificultades en el reconocimiento de situaciones sociales.
- Dificultades para reconocer emociones en los demás.
- Escasos índices de conductas asertivas o inhabilidad para expresar deseos o derechos.

Los EHS van dirigidos a intervenir en estos aspectos a través de los siguientes componentes:

1. Mejorar repertorios de comunicación no verbales.
2. Adecuar los componentes verbales de la comunicación al contexto.
3. Habilidades de conversación.
4. Habilidades asertivas.
5. Expresión de emociones.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar y adecuar sus competencias sociales a los diferentes contextos donde transcurre su vida para poder ampliar y/o afianzar la red social, defender sus derechos y expresar distintas emociones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Mejora de la conducta no verbal y paraverbal (mirada, postura, gestos, distancia, sonrisa, latencia de respuesta, volumen, tono, vocalización, etc)
2. Que adecue la conducta verbal (iniciar conversaciones, mantener y cerrar, hacer preguntas, pedir información).
3. Que disminuya el nivel de ansiedad social.
4. Que adquiera habilidades asertivas.
5. Que exprese emociones positivas y negativas.
6. Resolución de problemas interpersonales.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN:

El EHS debe ser siempre individual, aunque la intervención sea grupal; cada persona debe entrenar los repertorios sociales que sean funcionales para su vida independiente y además que estén contextualizados al entorno donde se desenvuelva.

El trabajo en habilidades sociales se realiza a través de sesiones grupales fundamentalmente en el marco de un grupo cerrado de no más de 8-10 usuarios y no menos de 4-5 aumentando el número en grupos de alto nivel cognitivo y dejándolo en menos cuando sí se ha evaluado este deterioro.

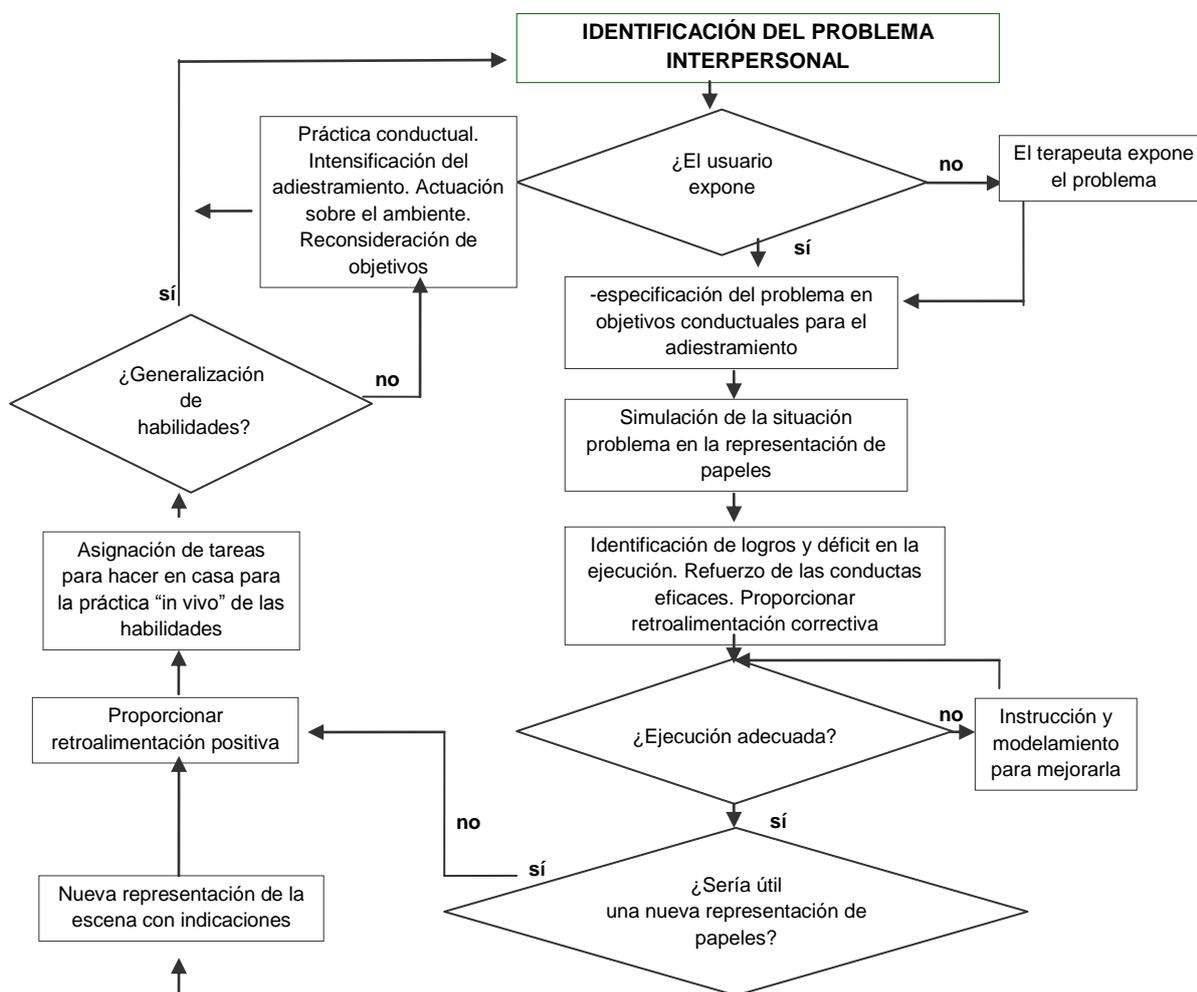
Como cualquier otro programa de corte conductual los entrenamientos en habilidades sociales se realizan a través de técnicas operantes y modelado, destacando fundamentalmente el *role-playing*, *feedback* y el sobre-aprendizaje.

CONTENIDOS:

Desde los años 80 ha habido un gran desarrollo en los programas de EHS dada su importancia para el funcionamiento social. Así, se pueden elaborar los contenidos del programa a partir de varios modelos de intervención:

1. Modelo básico de entrenamiento: Desde este modelo se utiliza fundamentalmente la técnica de aproximaciones sucesivas, dando mucha importancia a asemejar lo más posible la escena a ensayar a una escena real en la vida del usuario. El entrenamiento seguiría el esquema expuesto en la figura 1 (Lieberman, 1988).

Figura 1. Modelo básico de entrenamiento (Lieberman, 1988)



2. Modelo orientado a la atención: Este modelo va dirigido expresamente a personas con TMG que presentan graves deterioros cognitivos.

Al igual que el modelo anterior éste utiliza prioritariamente la técnica del moldeamiento (aproximaciones sucesivas) pero tiene una serie de diferencias con respecto al modelo básico de entrenamiento:

- Ensayos más cortos y muy estructurados.
- Presentación secuencial y controlada de los componentes.

- Si no hay respuesta espontánea, se utiliza el modelado con apoyos contextuales y guía física, si son necesarios, o incluso la repetición literal.
- El desarrollo de cada sesión tendría tres componentes: ejercicios atencionales, seguidos de aproximaciones sucesivas a la conducta no verbal y entrenamiento en conductas discretas.

3. Modelo de resolución de problemas: Es el modelo más empleado, fundamentalmente con personas con un nivel medio o alto de repertorios cognitivos. El trabajo va dirigido fundamentalmente al entrenamiento de tres habilidades:

- Habilidades de recepción (atención y percepción adecuada de los elementos del contexto).
- Habilidades de procesamiento (generación de alternativas de respuesta, sopesar las consecuencias de cada una y elegir las opciones óptimas)
- Habilidades de emisión (poner en práctica la opción elegida para una respuesta social efectiva, integrando tanto habilidades verbales como habilidades no verbales).

4. Cognición social: A partir de los años 90 comienzan a desarrollarse dentro de esta área modelos de intervención que incluyen otras habilidades previas al EHS, destacando la cognición social como un aspecto importante que facilita los resultados en la competencia social.

La cognición social se define como el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de los otros (Brothers, 1990). Dentro de esta área se incluirían cinco componentes: reconocimiento y expresiones de emociones faciales, Teoría de la Mente, percepción social, conocimiento social y estilo o sesgo atribucional.

En estudios realizados con personas con esquizofrenia se encuentran déficits en el reconocimiento de emociones, fundamentalmente de emociones negativas, sobre todo de miedo y asco (Kohler, et al., 2003); deterioro en la capacidad de

expresar emociones negativas; no se encuentran datos concluyentes con respecto a la Teoría de la Mente (Brüne, 2003); y se encuentran peores resultados en personas con sintomatología negativa (Greig, Bryson y Bell, 2004).

Con respecto a percepción social se detecta una deficiente percepción de estímulos socialmente relevantes (Penn, Ritchie, Francis, Combs y Martin, 2002), y en estilo atribucional destaca la tendencia de las personas con TMG a saltar a conclusiones de forma precipitada (Penn et al., 2005).

Dentro de los programas de intervención destacan fundamentalmente la Terapia Integrada de la Esquizofrenia-IPT (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996). La IPT es un modelo de penetración, donde a partir del entrenamiento en prerrequisitos básicos atencionales se van entrenando otras habilidades, hasta completarse con EHS según el modelo de resolución de problemas de Liberman, descrito en el apartado anterior.

Este programa está compuesto por 5 subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Destaca el subprograma 2, percepción social, cuyo objetivo principal es mejorar la percepción visual de situaciones sociales, utilizando dos parámetros: la complejidad de la estimulación presentada, operativizado en el número de estímulos, y la carga emocional que la situación presenta. Para el entrenamiento se utilizan una serie de diapositivas donde se conjugan estos dos elementos.

Otro de los programas que focaliza su intervención en la cognición social es *Social Cognition and Interaction Training-SCIT* (Penn et al, 2005). Es un programa muy estructurado compuesto de tres fases: comprensión de emociones, estilo de cognición social (centrado en la dificultad de saltar a las conclusiones precipitadamente) y una última fase de integración cuyo objetivo fundamental es la generalización a la vida diaria.

GENERALIZACIÓN

Un apartado específico requiere la generalización de estas habilidades a los entornos naturales del usuario. Para esto es necesario poner en marcha desde el primer día estrategias facilitadoras de acercamiento. Se podría hablar fundamentalmente de cinco estrategias (Orviz y Lema, 2000):

1. Favorecer la realización de tareas de entrenamiento intersesiones.
2. *Role-playing* de situaciones reales y funcionales para el usuario, no de situaciones sacadas de un manual.
3. Sesiones en contextos naturales, lo más cercano a los contextos propios del usuario.
4. Entrenamientos frecuentes durante un período largo de tiempo (2-3 sesiones semanales durante al menos un año).
5. Desvanecimiento progresivo de las sesiones.

RESULTADOS:

Como hablábamos al inicio de este punto, el EHS es uno de los programas más desarrollados y también uno de los más avalados por la evidencia científica. Así, en el siguiente cuadro se muestran los estudios más relevantes:

Estudio	Grupos de comparación	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Resultados
Bellack y Luber (1984)	EHS Grupo-control	29 14	Tres horas a la semana 3 meses	Durante 6 meses, mejores resultados en el grupo de habilidades sociales Al año, se igualan los resultados
Hogarty et al.(1986)	EHS E. Farmacológico EHS + EF Grupo control	23 22 23 25	EHS semanales durante 1 año y quincenales el 2º	A los dos años, mejorías 1º Grupo combinado 2º e. Farmacológico 3º EHS 4º Grupo control
Liberman et al. (1998)	EHS TO (Terapia Ocupacional)	42 42	2 años: 12 horas/semana durante 6 meses, precedido de 18 m. de case management.	Seguimiento a los dos años: mejor funcionamiento en el primer grupo.
Glynn, Marder, Libermana y Blair (2002)	EHS EHS + sesiones en vivo	32 31	15 meses: 2 sesiones a la semana de 90m. 6 meses: sesiones en vivo	Grupo combinado: mejores resultados y más rápida la mejoría en las relaciones sociales, roles instrumentales y relaciones intrafamiliares.

Los estudios sobre EHS avalan que las personas con TMG:

- Pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales en situaciones específicas de entrenamiento.
- Tienen moderadas generalizaciones a situaciones similares externas, menor con conductas complejas.
- El reforzamiento de personas cercanas al usuario potencia la generalización.
- Refieren tener una percepción subjetiva de menos ansiedad después de un EHS.
- La duración de la permanencia de las habilidades entrenadas en el repertorio del usuario depende de la duración del entrenamiento, a mayor duración, mayor permanencia.
- El EHS durante más de tres meses combinado con otras intervenciones (farmacológica) reduce las recaídas y mejora el funcionamiento social.
- La puesta en práctica de estas habilidades en contextos naturales se favorece al cambiar el lugar de entrenamiento, se crean oportunidades dentro de sus contextos habituales y la ejecución es reforzada por agentes externos.

10.2.4 Rehabilitación cognitiva

Las personas afectadas por un TMG pueden presentar alteraciones en la cognición producidas por fallos en procesos de tratamiento de la información (atencionales, mnésicos, ejecutivos, etc.) que a su vez repercuten en el autocuidado y el funcionamiento ocupacional, familiar y social (Wykes y Reeder, 2005).

Autores como Green (2001) proponen que el rendimiento cognitivo, en forma directa o actuando recíprocamente con los síntomas negativos, influye sobre el funcionamiento comunitario, la capacidad de resolver problemas sociales y la adquisición de nuevas destrezas. Asimismo plantea que la severidad del déficit cognitivo sería el principal factor limitante del éxito de los programas de rehabilitación psicosocial.

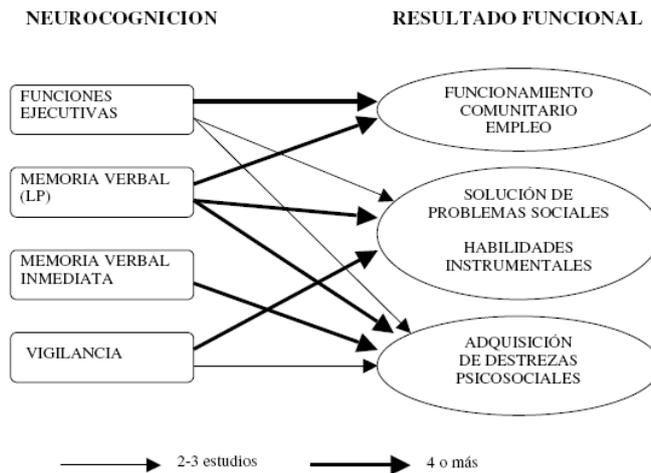


Figura 1. Relaciones entre variables cognitivas y funcionales (adaptado de M.F. Green, 2001).

Sin embargo existe aún hoy día una dificultad a la hora de interpretar las alteraciones cognitivas de la esquizofrenia por la heterogeneidad de ésta. Aun así existe un cierto consenso en considerar que las funciones cognitivas más afectadas son:

- La atención en sus diferentes funciones: dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo o estímulos complejos, atención sostenida, etc.
- La memoria de trabajo: disminución de la capacidad de recordar palabras o imágenes en un corto periodo para realizar una tarea concreta.
- Las funciones ejecutivas: pérdida de fluidez verbal y capacidad de abstracción, dificultad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar ideas relevantes.

Por otro lado los elementos de la cognición social afectados (procesamiento emocional, percepción social, teoría de la mente, esquemas sociales/conocimiento social y estilo atribucional), incluyen las capacidades para percibir correctamente una situación, para encontrar soluciones en un conflicto y la capacidad para llevar a cabo dichas soluciones.

Se trata de examinar cómo dichos déficits cognitivos interactúan con la relación interpersonal para organizar protocolos de rehabilitación adecuados. La rehabilitación cognitiva tendría como objetivo remediar y/o compensar la alteración cognitiva para minimizar la disfuncionalidad.

Brenner, Hodel, Roder y Corrigan (1992) plantean un modelo en el que las interrelaciones entre los déficits cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos. En un primer círculo, las deficiencias cognitivas más elementales (atención y memoria) interfieren con el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo que a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Esta espiral lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un segundo círculo, en que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable aún al estrés social e impidiendo la adquisición de nuevos conocimientos.

EVALUACIÓN

Es importante encontrar un perfil de alteraciones cognitivas sobre las que intervenir mediante rehabilitación. La evaluación debe incluir medidas de las diferentes funciones cognitivas: la atención, la memoria, el lenguaje, las habilidades visoespaciales y visoconstructivas y las funciones ejecutivas.

Una propuesta de evaluación es el proyecto MATRICS (Nuechterlein et al, 2004; Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein, 2005; Sergi, Rassovsky, Nuechterlein y Green, 2006). Se identifican seis áreas cognitivas de deterioro: *a)* velocidad de procesamiento; *b)* atención y vigilancia; *c)* memoria operativa, verbal y visual; *d)* aprendizaje verbal; *e)* aprendizaje visual, y *f)* razonamiento y resolución de problemas (esta área cognitiva es denominada también funcionamiento ejecutivo). Más adelante, se decidió incluir la cognición social como la séptima función cognitiva relevante en esquizofrenia. En la tabla 1 se señalan las pruebas propuestas para la evaluación de cada dominio.

Tabla 1. Dominios cognitivos y pruebas de evaluación MATRICS

DOMINIO COGNITIVO	TESTS
Velocidad de procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)-Symbol-Coding</i> - Fluidez: Nombrando animales - <i>Trail Making Test (TMT): Part A</i>
Atención/Vigilancia	- <i>Continuous Performance Test – Identical Pairs (CPT-IP) Test de Cancelación</i>
Memoria de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Set-Number Span (Verbal)</i> - Escala de Memoria de Wechsler (No verbal)
Aprendizaje Verbal	- <i>HVLT-R (Hopkins Verbal Learning Test)-Revisado</i>
Aprendizaje Visual	- <i>BVMT-R (Brief Visuospatial Memory Test-Revisado)</i>
Razonamiento y Resolución de Problemas	- <i>NAB (Neuropsychological Assessment Battery)</i>
Cognición Social	- <i>MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso emocional Intelligence Test: Manejando Emociones)</i>

En opinión de sus autores cualquier instrumento que se use para evaluar el rendimiento cognitivo debe cumplir una serie de requisitos mínimos, entre los que se destacan la fiabilidad, la posibilidad de valorar de manera independiente cada área cognitiva, la existencia de baremos comparativos y la duración de la prueba, proponiendo un tiempo límite de una hora. En los últimos años se han desarrollado otras baterías neurocognitivas que cumplen estas condiciones y que inciden en la necesidad de realizar valoraciones breves y fáciles de interpretar.

Otro de los instrumentos para valorar el deterioro cognitivo es el “Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica Test Barcelona” (Peña-Casanova, 1990, 1991). Esta prueba valora un amplio conjunto de funciones cognitivas y dispone de baremos en función de la edad y los años de escolaridad. Cumple con los criterios planteados por el proyecto MATRICS ya que se trata de una batería con una buena fiabilidad (valorada de manera parcial mediante la consistencia interna), que evalúa de forma separada cada área cognitiva y con un tiempo de aplicación de aproximadamente 30 minutos.

El objetivo último de cualquier evaluación no es sólo detectar los déficits sino modificarlos. Desde esta perspectiva la evaluación se convierte en un proceso dinámico, en el que es necesaria la utilización de una amplia variedad de instrumentos que permitan:

- Proveer una línea base de funcionamiento no sólo de los déficits sino de las capacidades intactas del individuo.
- Planificar el tipo de intervención que se realizará: en qué nivel atencional se intervendrá y con qué tipo de tareas.
- Comprobar la eficacia de la intervención, no sólo en lo que respecta a las pruebas psicométricas, sino también en la vida diaria del sujeto.

En la tabla 2 se muestran las pruebas del Test de Barcelona para la valoración en personas con esquizofrenia (Gil, Bengochea, Arrieta y Lastra, 2008).

ATENCIÓN		MEMORIA		FUNCIONES EJECUTIVAS	
MODALIDAD	PRUEBA	MODALIDAD	PRUEBA	MODALIDAD	PRUEBA
- Volumen atencional - Capacidad retención verbal - Memoria de Trabajo	Dígitos directos Dígitos inverso Letras y Números	VERBAL - Inmediata - Diferida-recuerdo libre - Reconocimiento - Curva aprendizaje - Uso de estrategias	TAVEC	Productividad Sostenida, Fluidez Verbal, Estrategia Recuperación	Evocación fonológica /palabras comienzan con p, Evocación categorial semántica/nombres de animales
- Sostenida	CPT Toulouse Pieron			Razonamiento verbal y juicio a partir de conocimientos culturales	¿Por qué pagamos impuestos? ¿Por qué hay semáforos? ¿Cómo se forman las nubes?
- Velocidad procesamiento	Clave de números Test de cancelación (caras)			Relaciones lógico-semánticas (lógicas) comparativas de rasgos específicos	“Cielo es a azul como fuego es a...” (rojo) “Manos es a guantes como pies a...” (calcetines)
- Focalizada - Exploración visual - Velocidad visomotora	TMT-A			Relaciones lógico-semánticas (lógicas) comprensión efectos acciones Describir el peligro, final o solución de:	“Caminas sobre una capa muy fina de hielo...” “Olvidas regar las plantas...”
- Dividida - Alternancia foco - Flexibilidad mental	TMT-B	VISUAL Copia Inmediata Diferida Estrategia , organización dibujo	Figura de Rey	Relaciones lógico-semánticas (lógicas) identificación causalidad	Conectas un interruptor pero la luz no se enciende... La ropa que sacas de la lavadora está sucia...
- Sensibilidad interferencia	Stroop			Relaciones lógico-semánticas (lógicas) soluciones posibles	Recibes dos regalos iguales.. En un restaurante encuentras un insecto en tu plato...
- Ejecución Dual	Copia figura Rey + Evocación fonológica de animales			Comprensión y razonamiento abstracto de proverbios y expresiones	A quien madruga Dios le ayuda... Mucho ruido y pocas nueces...
				Capacidad organización, planificación tarea	Zoo test, Torre de Hanoy

Otras subpruebas a valorar son “Vocabulario” del WAIS, cuya utilidad es la evaluación de la memoria semántica y por tanto nos da una medida del funcionamiento previo del sujeto.

También pueden ser útiles subpruebas del “Test Conductual de Memoria Rivermead” (Wilson, Cockburn y Baddeley, 1985) que si bien son de cribado, tienen la ventaja de ser muy breves, tener una versión B y ser muy ecológicas.

También es muy importante incluir pruebas subjetivas que evalúen la percepción del sujeto de sus propios déficits (por ejemplo el “Cuestionario de Memoria de la Vida Diaria-MFE”).

Otro aspecto importante dentro del proceso de evaluación cognitiva, si se usan varios días, es no realizar las pruebas siempre a las mismas horas del día, de cara a minimizar factores como somnolencia, etc.

METODOLOGÍA

Las áreas que se han de incluir en la rehabilitación cognitiva son principalmente, como se dijo anteriormente, la atención, memoria y función ejecutiva, así como lo referente a percepción de situaciones sociales. De la investigación se pueden extraer varias conclusiones que pueden resultar útiles a los terapeutas para diseñar las intervenciones (López y Florit, 1998):

- Seguir un modelo teórico. Por ejemplo, en la atención un modelo útil es el que divide la atención en sostenida, selectiva, alternada y dividida.
- Comenzar con tareas que exijan al sujeto unas demandas mínimas de su capacidad atencional, de tal modo que sea necesario un pequeño esfuerzo para realizarlas pero que asegure que se va a tener éxito en la misma, e ir progresando en dificultad poco a poco, según se vaya alcanzando el criterio adecuado.

- Elegir o crear programas de rehabilitación que se adapten a las necesidades de cada individuo, en los que pueda ser evaluado el rendimiento del sujeto (como forma de controlar los resultados y poder darle retroalimentación de su actuación) y que, en definitiva, sean útiles para la vida real (de nada sirve que un individuo aprenda a cancelar números si eso no le va a ayudar a desenvolverse de un modo más adaptativo en su medio).

A la hora de organizar la intervención sobre dificultades cognitivas hay que ser consciente de varias decisiones a tomar.

1. Intervención individual vs. programa grupal. La economía de tiempo es la gran ventaja de la intervención grupal aunque la decisión sobre qué tipo de intervención realizar depende de cada caso. Aún dentro de una intervención grupal conviene no perder de vista la máxima individualización en cuanto a tareas y objetivos de cada participante.
2. Realizar una evaluación PRE y POST ajustada a los déficits de la población con la que trabajamos. Bien una batería como la mencionada en apartados anteriores, bien usando pruebas de diferentes baterías.

Idealmente esas pruebas a utilizar deberían:

- ser lo más ecológicas posibles,
- breves,
- que evalúen también la dimensión subjetiva (cómo perciben los participantes sus dificultades),
- no redundantes
- que den información sobre aspectos conservados,
- sensibles y que detecten mejorías,
- fiables, estandarizadas (especialmente si tienen baremos con población con TMG más que con población general),
- que tengan una versión B para utilizar en el post.

3. Trabajar específicamente la percepción que tienen de sus propios déficits, ya que en muchos casos se producen mejorías objetivas pero los usuarios siguen teniendo una percepción muy deficitaria de sus capacidades. Para ello conviene potenciar el feedback de los compañeros sobre su ejecución real en la tarea. Así como que puedan conocer la diferencia entre lo que predicen que pueden hacer y sus resultados reales. Para ello se le puede plantear previamente a las tareas que intenten adivinar cuántos aciertos creen que van a tener y analizarlo al final.
4. Partiendo de sus déficits se recomienda incluir en el programa de intervención un módulo en el que se trabajen estrategias específicas de organización de la información entrante, memoria, etc.
5. Focalizar en las primeras realizaciones de una tarea, la búsqueda por ellos mismos de las pequeñas estrategias que facilitan su realización. Fomentar el aprendizaje mutuo de esas estrategias poniéndolas en común.

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- Varias sesiones semanales (2-3 sesiones/semana, de 1 hora duración) durante mínimo 6 meses.
- Utilización de tareas para casa.
- Buscar homogeneidad de los usuarios participantes.
- Que la evaluación esté conectada con los contenidos y estrategias de las sesiones.
- En la medida de lo posible individualizar los objetivos de rehabilitación a cada participante.
- Prever un seguimiento en las medidas post (a 6 meses y 1 año por ejemplo).

Además de las recomendaciones generales, dentro de las intervenciones de rehabilitación cognitiva es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Tratar de no mezclar tareas de memoria dentro de una misma sesión. Si se realiza más de una tarea que trabajen capacidades diferentes.
- Utilización de variados materiales adecuados y no infantiles. Hay que cuidar el aspecto lúdico y por ejemplo utilizar materiales audiovisuales.
- Graduar ejercicios en cuanto a dificultad, capacidad de abstracción y contenido emocional, de menos a más. Graduar una misma tarea si el grupo es heterogéneo (misma tarea, diferentes niveles de dificultad). De este modo, puede ser necesario, para un determinado sujeto, comenzar con tareas más automáticas del estilo de "orientación al estímulo" e ir progresando hacia otras más controladas (Ducke, Weathers, Caldwell y Novack, 1992).
- En fases más avanzadas del programa, utilizar agrupamientos por parejas o pequeños grupos, que den una respuesta común compartida (por ejemplo el módulo de Comunicación Verbal del IPT).
- No centrarse en la práctica repetida. Sino en el aprendizaje de estrategias, utilización de habilidades conservadas, sustitución de funciones, medidas compensatorias.
- Que se trabaje la metacognición; esto es, explicar al sujeto la importancia de realizar un esfuerzo por mantener la atención y cómo funciona ésta. Es muy importante que la persona sepa que con este esfuerzo puede mejorar su atención.
- En la medida de lo posible incluir también ejercicios que tengan una relación directa con la vida diaria del sujeto.

CONTENIDOS

Algunos contenidos del programa de rehabilitación cognitiva junto con ejemplos de ejercicios concretos para trabajar esas capacidades se muestran en la siguiente tabla:

PROCESO COGNITIVO	CONTENIDO	EJERCICIOS
MEMORIA	MEMORIA DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Con ajedrez. Dando un valor a cada ficha (peón= 1, Caballo= 3, etc.) se sitúan en el tablero varias figuras formando columnas, al sumar el valor de cada figura da un número a cada columna. Las negras restan y las blancas suman. Se puede asociar una letra a cada valor. Si la columna suma 1= A; si suma 2= C, etc. Y se juega a detectar la palabra formada por las letras resultantes de la suma de cada columna. - Tareas tipo <u>aritmética</u>. Se les lee un problema aritmético sencillo y tienen que solucionarlo sin ayudas. En caso de no poder se les repiten los datos como apoyo. En caso de no poder hacerlo se les proporciona soporte escrito (problema por escrito).
	MEMORIA SEMÁNTICA	Categorías. Países que empiezan por una letra. Animales que empiezan por una letra, etc.
	MEMORIA TEXTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Palabra clave del texto. - Idea general. Ideas secundarias (Cuándo/Dónde/Quién/etc.)
	MEMORIA VISUAL	-Ejercicios de visualización (ver más abajo)
FUNCIONES EJECUTIVAS	ATENCIÓN SOSTENIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Laberintos. - Tareas de cancelación de patrones (tachar de un conjunto de letras cada vez que aparezca la H seguida de la Z.)
	ATENCIÓN ALTERNANTE	-2 tareas atencionales que se realizan <u>alternando de una a la otra</u> . Ej: una tarea de cancelación (20 sg.) y pasar a una tarea de clave de números (20 sg.)
	ATENCIÓN DIVIDIDA	-2 tareas que se llevan a cabo <u>a la vez</u> : realizar una tarea escrita y a la vez dar una palmada cada vez que se oiga determinada palabra.
	CONTROL ATENCIONAL	-Deletreo de palabras. Deletreo de palabras al revés. Adivinar una palabra que ha sido deletreada al revés, etc.
	PLANIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de Búsqueda de información activa en un periódico. Dadas unas preguntas buscar la respuesta en el periódico. - Tareas tipo Zoo. Planificar el recorrido en un mapa de calles para llegar a determinado punto cumpliendo restricciones dadas. - Resolución de problemas cotidianos. ¿Qué hacer si te regalan una chaqueta y no es de tu medida?

PROCESO COGNITIVO	CONTENIDO	EJERCICIOS
	CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO Y ABSTRACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos con tarjetas del IPT. Ej.: detectar de un grupo de 4 tarjetas comparten un criterio común (color por ej.), una quinta que se ha colado en ese grupo y no tiene ese criterio. - Jugar con categorías. Partiendo de una categoría muy general, ir haciendo categorías cada vez más concretas que estén incluidas en la anterior. Ej.: Profesiones artísticas – músicos – pianistas, etc.
	FLEXIBILIDAD COGNITIVA	Generar hipótesis de lo que está pasando en una situación (texto) que se les va proporcionando frase a frase (pistas) calibrando de 1 a 100 la seguridad que tienen en esa interpretación. Según va habiendo más datos se va analizando la congruencia entre las pistas. Pueden producirse cambios de opinión, al generarse hipótesis alternativas.
ESTRATEGIAS	CATEGORIZACIÓN	Dado un grupo de palabras organizarlas por grupos que tengan algo en común (categorías más generales, subcategorías, etc.)
	ASOCIACIÓN	En el recuerdo de nombres de persona. Dada una lámina con caras y los nombres de esas personas, asociar los nombres a personajes conocidos, familiares, etc.
	VISUALIZACIÓN	Situar objetos encima de la mesa y pasado un tiempo ser capaces de recordarlos recurriendo a la imagen mental también a hacerse preguntas (¿qué colores? ¿Qué tamaños? ¿Qué posición? ¿Había algo encima, junto a, fuera, lejos, cerca?)
TEORÍA DE LA MENTE	TM 1º ORDEN	Textos con falsas creencias de primer orden.
	TM 2º ORDEN	Textos con falsas creencias de segundo orden.
	METEDURAS DE PATA/ IRONÍAS	Textos. Ir más allá de lo explícito (meteduras de pata, intenciones, etc.)
	EXPRESIÓN FACIAL DE EMOCIONES	Caras con diferentes expresiones faciales. Identificar la emoción. Buscar una frase que pudiera estar diciendo en línea con la emoción identificada.
PERCEPCIÓN SOCIAL		<ul style="list-style-type: none"> - DIAPOSITIVAS (IPT), FOTOS PERIÓDICOS, NOTICIAS REVISTAS. Distinguir entre creencias/hechos objetivos. - Vídeos de películas (mudas, trozos sin diálogos, etc.), interpretar qué está pasando en esa situación. Qué pueden estar sintiendo los protagonistas, etc. - Tiras cómicas sin palabras. Diferenciar los detalles relevantes/irrelevantes. Detectar el chiste. Ponerle un título a la tira cómica.

RESULTADOS

Los resultados son contradictorios y conviene ser cautelosos. En la literatura se recogen trabajos de todo tipo. La eficacia depende, por tanto, de cuáles sean los objetivos que se busquen. Por otro lado las dificultades metodológicas hacen que sea difícil sacar conclusiones ya que la mayoría de estudios se realizan sin grupo control, con muestras reducidas de sujetos y/o sin seguimiento posterior.

A nivel clínico en el funcionamiento cotidiano de los centros, dentro de la heterogeneidad de los grupos que se forman, sí se ven mejorías en aspectos parciales. Se producen mejorías pero no en todos los usuarios participantes en los programas y los que mejoran no lo hacen en todos los criterios. Un efecto muy repetido es una mejora psicométrica que no se acompaña de una mejoría subjetiva por parte del usuario. Esto es un aspecto muy criticado de los programas de rehabilitación cognitiva y también la difícil generalización a la vida cotidiana del usuario. Estos aspectos deben hacer redoblar los esfuerzos por trabajar el autoconcepto, el propio conocimiento realista de sus capacidades y la generalización al medio. En ese sentido vías de trabajo que se empiezan a abrir de manera experimental es el trabajo con programas informáticos (programas Grador, Rehacom) así como trabajos con realidad virtual (por ejemplo los trabajos de Beatriz López Luengo en la Universidad de Jaén).

Con todo parece que existe una mayor mejoría en los parámetros que tienen que ver con memoria verbal (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, uso de estrategias semánticas) que con funciones ejecutivas, donde los resultados son muy contradictorios.

La propia evaluación antes del grupo ya está guiando sobre los objetivos que se deben plantear y debe permitir medir la capacidad de aprendizaje y el uso de estrategias eficaces. Esto apunta hacia unos objetivos más ambiciosos (por ejemplo la mejoría de la función) o hacia una reestructuración de la vida de la persona en cuanto a apoyos y medidas de soporte (uso de agenda, aprendizajes procedimentales, etc.)

Respecto a la eficacia del “Integrated Psychological Therapy” (IPT), existen dos meta-análisis (Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006; Roder, Mueller y Schmidt, 2012) y una reciente investigación (Mueller, Schmidt y Roder, 2012), que demuestran que tras participar en dicho programa, los sujetos obtienen mejoras significativas en neurocognición, cognición social, funcionamiento psicosocial y síntomas negativos, en comparación con muestras de sujetos control. La duración de los efectos positivos de este programa se estima en torno a los 8,1 meses, pudiendo ser mayor cuando se aplican conjuntamente los cinco sub-programas que lo integran. Destacar que el IPT muestra estos efectos favorables independientemente de cómo se realice la evaluación del programa (comité de expertos, medidas de auto-reporte o test psicológicos), el tipo de sujetos a los que vaya dirigido (ingresados o viviendo en el medio comunitario), la fase de la enfermedad en la que se encuentre la persona (aguda o crónica) o la edad de la misma.

10.2.5. Programa de familias

La mayoría de las personas que padecen un TMG y duradero conviven con familiares que con una frecuencia elevada han asumido la responsabilidad de proporcionar la atención y el soporte que éstos necesitan con la repercusión que para cada uno tiene. Las consecuencias para los familiares incluyen tanto los problemas objetivos derivados de la misma enfermedad –abandono del trabajo, disminución de los ingresos económicos, incremento de responsabilidades domésticas, reducción de las actividades propias, disminución de las relaciones sociales, problemas de convivencia, estigma- como las vivencias y emociones subjetivas de cada miembro – sentimientos de fracaso, culpa, cansancio físico y/o mental, estados ansiosos-depresivos-. Por todo lo expuesto resulta necesario desarrollar intervenciones en el entorno familiar.

La familia como sistema en evolución, vive cambios a lo largo del tiempo y las necesidades varían en función de los diferentes momentos. La situación de las familias de usuarios jóvenes, con un inicio reciente de la enfermedad, cuyas demandas se centran en la necesidad de información y pautas de actuación, es diferente de aquellas otras, con una larga trayectoria, menos permeables ya a las intervenciones y en ocasiones cansadas.

En otro orden de cosas los modelos familiares y sociales han ido cambiando y es necesario adaptarse a las nuevas necesidades de familias monoparentales y a la menor disponibilidad de las madres y padres para el cuidado de sus hijos.

El efecto que tiene sobre la vida familiar que uno de sus miembros se vea afectado por un TMG quedó constatado tras los estudios de Platt (1985) y reflejado en el término de “carga familiar”. La consideración positiva del papel que la familia puede desempeñar, da paso, en la década de los 80, a las intervenciones psicoeducativas, al considerar que las diferentes reacciones posibles se deben a la mayor o menor información de que se disponga acerca de la enfermedad, proponiendo la disminución del contacto por debajo de las 35 horas semanales cuando no pueda reducirse la alta expresión emocional.

Actualmente crece el interés por evidenciar la eficacia de las distintas intervenciones y se plantean modelos con contenidos menos estructurados, centrados en las necesidades concretas de cada familia.

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

- Mejorar la calidad de vida de los diferentes miembros de la familia disminuyendo la repercusión negativa de la enfermedad.
- Reducir la carga familiar y el estigma asociado a los TMG.
- Contribuir a la mejora del curso de la enfermedad.
- Promover su participación activa en pos de la eficacia de los procesos de rehabilitación psicosocial y recuperación personal.

Objetivos Específicos:

- Aumentar sus conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento.
- Mejorar el clima familiar y disminuir la emoción expresada.
- Mejorar la comunicación familiar y la capacidad para la resolución de conflictos interpersonales.
- Mejorar la competencia personal de sus miembros para la mejora del manejo emocional y el afrontamiento de los diferentes problemas.

- Favorecer la adhesión al tratamiento y disminuir las recaídas.
- Facilitar el conocimiento y uso de los diferentes recursos comunitarios de los que pueden beneficiarse.
- Potenciar la participación activa en la defensa de sus derechos.

METODOLOGIA:

Los programas con familias incluyen tanto las intervenciones individuales como aquellas realizadas en formato grupal. Es aconsejable ofrecerlas desde el inicio del proceso de atención para favorecer la mejor implicación en el proceso de rehabilitación psicosocial y su integración con el resto de intervenciones del plan individualizado. En las entrevistas individuales, en las que podrán participar los diferentes miembros de la familia, el profesional informará periódicamente del proceso de rehabilitación e intentará implicarles en el desarrollo del mismo. De igual modo podrá realizar en dicho contexto, el entrenamiento en las habilidades precisas para la mejora de la comunicación, el abordaje de las situaciones particulares de cada familia y el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas.

Las intervenciones unifamiliares o multifamiliares pueden ajustarse a contenidos previamente estructurados y cada vez es más frecuente que se vayan implantando modelos centrados en las necesidades concretas de cada familia. La variedad en los diseños recoge experiencias en las que las sesiones se desarrollan en el domicilio o en el centro, incluyendo o no en las mismas a los usuarios, en jornadas intensivas o en sesiones en torno a los noventa minutos, sin que la evidencia se decante de manera preferente por ningún modelo.

Respecto de la duración de las mismas, sí existe evidencia respecto de su eficacia cuando se prolongan. Las intervenciones breves resultan ineficaces, las de duración intermedia no consolidan los objetivos alcanzados con el paso del tiempo, recomendándose las intervenciones a largo plazo. Los estudios coinciden en que el tiempo no debe ser inferior a seis meses, alcanza los resultados óptimos cuando se mantienen durante dos años sostenidas con un apoyo diluido que permita a la familiar recurrir cuando lo considere necesario.

Si bien puede decirse que los objetivos fundamentales de las intervenciones que nos ocupan son los de informar y desarrollar capacidades, no debe restarse importancia a los beneficios que supone la descarga emocional o el desahogo al sentirse escuchado.

Debe tenderse a la creación de grupos homogéneos que tengan en cuenta tanto el diagnóstico como el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel sociocultural. Aunque suelen dirigirse a los padres, resulta especialmente interesante la inclusión de otros familiares. Es necesario valorar de un modo especial aquellas intervenciones dirigidas a familiares de personas jóvenes con un tiempo de evolución corto ya que sus necesidades son diferentes al encontrarse reciente el impacto de la aparición de la enfermedad y realizarlas, cuando habiéndose confirmado el diagnóstico, no se hayan consolidado comportamientos familiares desajustados.

CONTENIDOS

Podemos elaborar los contenidos del programa a partir de varios modelos de intervención:

- Las Intervenciones sociales en familias de Leff (Leff y cols., 1983; Kuipers, Leff y Lam, 1992).
- Las Terapias familiares conductuales de Falloon (Fallon y Liberman, 1983) y de Liberman (1988).
- El Modelo psicoeducativo de Anderson, Hogarty y Reiss (1986).
- El Modelo de intervención cognitivo-conductual de Barrowclough y Tarrier (1995).
- La Terapia familiar orientada a la crisis de Goldstein (1981).
- La terapia multifamiliar de McFarlane (1983, 1995).

Tabla 1. Modelos de intervención familiar

Modelo	Marco Teórico	Componentes básicos	Metodología. Intervención Duración aproximada
Terapia familiar orientada a las crisis (Goldstein, 1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en crisis. - Estudios que demuestran que el periodo inmediatamente posterior al alta hospitalaria es el de mayor riesgo de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores estresantes y anticipación. - Desarrollo estrategias de evitación y afrontamiento del estrés para prevenir recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones unifamiliares conjuntas. - Pacientes de primera o segunda hospitalización. - 6 semanas, tras el alta hospitalaria
Intervención familiar conductual (Falloon y Liberman, 1983; Liberman, 1988)	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia. - Procedimientos conductuales de cambio de conducta, condicionamiento operante y aprendizaje social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la enfermedad. - Entrenamiento en habilidades de comunicación - Entrenamiento en solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional y estrategias conductuales. - Sesiones conjuntas con el paciente y la familia. - Sesiones unifamiliares y grupales. - Fomento de la participación en las asociaciones y grupos de autoayuda. - 12 meses y seguimiento posterior
Modelo psicoeducativo (Anderson, Hogarty, Reiss, 1986)	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría de la vulnerabilidad. - Emoción expresada y comunicación desviada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de expectativas realistas. - Exigencias progresivas - Mejora de los patrones de comunicación. - Evitar el aislamiento social de la familia 	<p>Fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conexión con la familia: establecer alianza terapéutica. 2. Taller psicoeducativo multifamiliar (sin el paciente) (1 Jornada intensiva) 3. Integración gradual en el medio familiar, social y laboral <p>Sesiones unifamiliares conjuntas (retirada gradual o mantenimiento permanente del apoyo).</p>

Modelo	Marco Teórico	Componentes básicos	Metodología. Intervención Duración aproximada
Intervención familiar para reducir la emoción expresada (Leff y cols, 1983)	Emoción Expresada	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la enfermedad - Habilidades de comunicación - Entrenamiento en solución de problemas. - Reducción de la EE o del tiempo de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones psicoeducativas - Grupos multifamiliares de alta y baja EE (sesiones quincenales, 9 meses) - Sesiones de terapia familiar individual (de 1 a 25 sesiones en el domicilio)
Terapia multifamiliar (McFarlane, 1983)	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría general de sistemas. - Estudios sobre emoción expresada, comunicación desviada, asilamiento social y estigma/carga 	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención de recaídas: reducción de la EE, mejora de la comunicación, reducción del estigma y la carga. - Mejora del funcionamiento psicosocial: Disminución de la dependencia. Incremento de la red social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo cerrado - Familiares y pacientes juntos. - Sesiones psicoeducativas y de solución de los problemas que vayan planteando. - Fomentar relaciones entre las distintas familias - 2-3 años
Modelo de intervención cognitivo-conductual (Barrowclough y TARRIER, 1992)	Modelo interactivo de administración de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y disminución de la EE - Mejora del funcionamiento psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa educativo (2 sesiones, una con la familiar y una conjunta) - Manejo de estrés y afrontamiento. Disminución de las conductas problema y automanejo emocional - Establecimiento de metas y diseño conjunto del plan de acción.

Los diferentes diseños de intervención combinan la información sobre la enfermedad y su tratamiento, el abordaje de otros aspectos como la comunicación, el afrontamiento del estrés y la resolución de problemas que son contenidos imprescindibles de una intervención familiar.

Como guía de contenidos para los grupos de familiares a realizar en el CRPS, proponemos:

- Información sobre los trastornos mentales: papel activo en el cuidado de la salud, las enfermedades mentales de larga duración, síntomas, causas, tratamientos (farmacológico, psicoterapéutico, rehabilitación), abordaje integral, evolución y factores de protección.
- Mejora de la comunicación dentro de la familia: claridad en los mensajes, como hacer una crítica, cómo expresar malestar, cómo reconocer aspectos positivos, mejora de la capacidad de empatía.
- Aprendizaje de técnicas de solución de problemas, dirigidas a mejorar problemas en la convivencia.
- Manejo de las emociones en los familiares: toma de conciencia de los estados emocionales, estrategias para disminuir emociones negativas, como cuidarse los propios familiares, atender al desarrollo del proyecto vital de cada miembro de la familia, evitando “sacrificios”.
- Trabajo con las creencias y las expectativas familiares: mantener expectativas positivas, ajustadas a la realidad; evitar creencias culpabilizadoras y atribuciones erróneas; orientación hacia el futuro, potenciando la autonomía en la persona con TMG.
- Información sobre recursos, prestaciones y asociacionismo y autoayuda.

Algunos de estos aspectos se trabajarán también en las entrevistas individuales a mantener con el usuario y su familia a lo largo de la intervención.

RESULTADOS

Los diferentes diseños de intervención combinan la información sobre la enfermedad y su tratamiento, el abordaje de otros aspectos como la comunicación, el afrontamiento del estrés y la resolución de problemas. Si por separado ninguna de las estrategias ha mostrado su eficacia según la revisión de Montero en 1995, el éxito terapéutico radica en la combinación de todas ellas.

Los numerosos estudios empíricos que se han realizado hasta la actualidad nos permiten extraer algunas conclusiones para la práctica:

- Las intervenciones familiares combinadas con el tratamiento farmacológico y como parte de una intervención psicosocial más amplia, son eficaces para reducir las recaídas, emoción expresada y la carga familiar.
- Pese a la gran variedad de formatos de intervención familiar, la mayoría de los estudios apuntan a la necesidad de intervenciones a largo plazo para mantener la eficacia, de aproximadamente dos años de atención familiar, pudiendo variar la intensidad de esta atención a lo largo del tiempo.
- La mayoría de los estudios sobre intervención familiar se han realizado con personas que ya llevan varios años de evolución, siendo necesario profundizar más en el estudio de intervenciones familiares en primeros episodios.

Pese al desarrollo de numerosos modelos teóricos de intervención familiar y a la evidencia empírica de la eficacia de estos programas, es necesario un mayor desarrollo de estas intervenciones en la práctica asistencial diaria, ya que existe escasa formación especializada en los profesionales y además, en ocasiones todavía cuesta considerar a los familiares como un recurso para la rehabilitación de la persona con TMG.

Tabla 2. Evaluación de programas de intervención familiar

Estudio	Grupos de Comparación	N	Frecuencia y duración del tratamiento	Resultados
NICE (2003)	Compara intervención familiar en diferentes formatos (individual, Grupal o multifamiliar) Contenido psicoeducacional, Orientado hacia crisis. GC	1458	6 semanas Como Mínimo.	Se reducen las recaídas durante el tratamiento y a los 4-15 meses de haber finalizado el tratamiento. En las intervenciones de más de 6 meses o de más de 10 sesiones.
Fallon, Montero, Sungur, Mastroeni (2004)	Intervención psicosocial (Grupo OPT, Optimal Treatment Project) que incluye intervención familiar, frente a tratamiento estándar (farmacológico y apoyo)	603	Tratamiento durante 24 meses. Seguimiento de 5 años.	Grupo OPT mejora significativamente en gravedad clínica, discapacidad y estrés percibido por cuidadores
Montero et al. (2001)	Compara eficacia de intervención familiar en formato grupal vs intervención familiar individual.	87	12 meses (al inicio frecuencia semanal y después se va espaciando hasta llegar a frecuencia mensual. Sesiones semanales de 1h durante 12 semanas. 24 sesiones totales.	Ambos grupos mejoran en tasa de recaídas o reingresos. Las familias que recibieron atención individual mejor en funcionamiento social, dosis de medicación y síntomas psicóticos.
Pharoah, Mari, Rathbone y Wong (2006, 2010)	Evalúa efectividad de la intervención familiar comparada con el tratamiento estándar (asistencia psiquiátrica que incluye tratamiento farmacológico)	765	Intervenciones de diferente duración.	La interv. famil. de cualquier duración redujo significativamente las recaídas, incluso en seguimiento a los 10 años. Aquellas que duran más de 5 sesiones obtienen mejores resultados en cumplimiento del tratamiento farmacológico, reducción de la carga percibida familiar y de los niveles de emoción expresada.

10.2.6. Inserción laboral de personas con trastorno mental grave

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La incorporación al mundo laboral proporciona a las personas con TMG la posibilidad de tener una vida más estructurada, mayor red social, menos deterioro cognitivo, mejor autoestima, mayor calidad del ocio y del tiempo libre. Las personas de este colectivo que trabajan suelen tener menos recaídas y sus familias se sienten más aliviadas. “Un empleo permite obtener a la persona una mayor autonomía e independencia económica y el desempeño de un rol normalizado. Hay menos riesgo de recaídas y hospitalizaciones, mejora el *insight* y ayuda a reducir el estrés familiar” (Fernández Liria y García Álvarez, 2004). El abordaje de la inserción laboral es percibido como una necesidad por parte de las personas que acuden a los CRPS.

Las personas con TMG pueden tener dificultades para su integración laboral, derivadas del estigma social y de la propia enfermedad. Estas últimas pueden girar en torno a la elección, consecución y conservación del trabajo.

Es por esto que en los CRPS se abordan específicamente cuestiones relacionadas con la inserción laboral y el desarrollo de una carrera profesional.

OBJETIVOS

Generales: ayudar, estimular y acompañar a la persona en el proceso de adquisición, recuperación o potenciación de conocimientos, hábitos y habilidades con el fin de la inserción laboral.

Los objetivos específicos son:

- Propiciar la planificación y desarrollo de la carrera profesional.
- Favorecer la toma de decisiones.
- Apoyar en el desarrollo de competencias y habilidades de empleabilidad.
- Ajustar expectativas, tanto individuales como familiares.

CONTENIDOS

1. Evaluación y diagnóstico de necesidades y características individuales:

- Evaluación funcional vocacional-laboral.

2. Planificación de actuaciones:

- Apoyo en entrenamiento de habilidades (entrevistas de trabajo y mejora del CV)
- Apoyo en entrenamiento de habilidades de búsqueda de empleo.
- Propiciar la planificación y desarrollo de la carrera profesional.

3. Ayuda orientadora y estímulo sistemático

- Orientación en la compatibilidad laboral con pensiones, certificado de minusvalía.
- Apoyo en búsqueda de formación

4. Evaluación de las intervenciones y de su contexto

5. Apoyo en la inserción laboral y seguimiento en el puesto de trabajo.

ACTIVIDADES

Se desarrollan las siguientes actividades:

- Complimentar el protocolo de análisis y evaluación del potencial profesional y de los intereses personales, conocimientos, competencias y motivaciones en el proceso de inserción laboral.
- Consulta de recursos documentales.
- Información, valoración y orientación.
- Búsqueda de recursos.
- Seguimiento a lo largo del proceso de los resultados parciales que se van logrando después de cada etapa o actividad.

- Entrenamientos puntuales en ciertas técnicas de búsqueda de empleo, sobre todo elaboración de *currículum vitae*.
- Coordinación con otros agentes.
- Devolución al equipo de la valoración inicial y de la propuesta del proyecto profesional.
- Control de impacto en el destinatario y su entorno (en ocasiones entrevistas con la familia).
- Acompañamiento a los diferentes recursos.
- Encuentro e intercambio, de experiencias profesionales y de conocimientos en el entorno laboral.
- Orientación y acompañamiento de cada participante con el fin de la consecución de su objetivo profesional.
- Entrenamiento de las personas en herramientas de búsqueda.
- Información de cara a mejorar los conocimientos del mercado laboral.
- Asesoramiento para la confección de una carpeta y agenda de empleo.
- Utilización de INTERNET como herramienta de búsqueda de empleo.

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES:

Muñoz y Panadero (2009) recogen los siguientes resultados en relación a la intervención e integración laboral desde los CRPS en el año 2008:

- El 4 % de las personas atendidas durante el año participaron en cursos de formación relacionados con el ámbito laboral.
- El 1 % de las personas atendidas utilizaron recursos de formación laboral específicos para el colectivo aquejado de TMG.
- El 13.61 % de la población atendida estuvo empleada en algún momento a lo largo de ese año.
- El 70 % de los empleos se produjeron en empresa ordinaria.

La “Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave” (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009) hace las siguientes recomendaciones:

- Incluir programas de integración laboral en los CRPS.
- Evaluar y tener en cuenta las preferencias de las personas acerca del tipo de trabajo a realizar.
- Los programas basados en modelos de colocación, con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata, y apoyo individual frecuente tienen evidencia suficiente de su eficacia.
- Cuando hay historia de fracasos laborales previos, sería conveniente incorporar rehabilitación cognitiva como componente en los programas dirigidos al empleo.

CONCLUSIONES:

Se constata una mayor evidencia científica de éxito en la inserción laboral cuando la enfermedad se encuentra en una fase leve o moderada, hay estabilidad sintomatológica y apoyo de los profesionales desde una perspectiva multidisciplinar.

Se pueden trabajar objetivos laborales con el usuario que necesita una intervención en otras áreas no laborales en las que, quizá, desde un CRL no se podría dar cobertura.

En el caso de que la persona no tenga adquiridos estos hábitos, el usuario podría ser derivado a un CRL para proporcionarle una rehabilitación laboral específica, estructurada, intensiva y de más larga duración; por ejemplo cuando necesitase un entrenamiento en hábitos pre laborales desde talleres o compartiendo intervención coordinada desde los dos recursos.

La formación y capacitación profesional específica se realizará de manera externa, proporcionándole la información necesaria para que la búsqueda sea de la forma más autónoma posible.

Cuando una persona en un CRPS ha avanzado en las distintas áreas (mejora de las funciones cognitivas, autonomía personal, afrontamiento o manejo de los síntomas, relaciones socio-afectivas, estructuración y ocupación del tiempo), puede contar con la base necesaria para acercarse al mundo laboral: tiene herramientas para reaccionar ante un aumento de tensión y exigencia que supone un empleo, convivir con los síntomas y disfrutar de las relaciones sociales, afrontar otras nuevas y asumir las demandas del desempeño profesional. Es en ese momento cuando la intervención se centra en la orientación profesional y el CRPS ofrece la posibilidad de comenzar o realizar este tipo de procesos, que generalmente terminarán con la integración de la persona en un empleo.

10.2.7. Ocio y tiempo libre

FUNDAMENTACIÓN

El desarrollo de actividades de ocio ha ido adquiriendo a lo largo de la historia una importancia cada vez mayor como promotor de salud y bienestar (Dumazedier, 1998). Asimismo, ha sido considerado un agente socializador de primer orden.

Según Cuenca Cabeza (1996), cualquier actividad vivida como ocio proporciona satisfacción y permite reducir problemas provocados por la rutina diaria. Por otra parte, permite salir de uno mismo y entrar en contacto con otras personas participando de nuevas experiencias. Para Lemos y Fernández (1990) el soporte social mejora las oportunidades de recuperación y la sensación de bienestar, considerando que el aislamiento social es un factor de riesgo para la salud.

Estas funciones de salud, bienestar, socialización y satisfacción que proporciona el ocio, han de ser rentabilizadas a la hora de trabajar con personas que padecen un TMG.

La rehabilitación psicosocial, al estar sustentada en una metodología de trabajo que tiene presente las diferencias individuales, ofrece alternativas para la integración social a casi la totalidad de las personas con TMG grave a través de programas dirigidos a organizar, planificar y participar en actividades de ocio, acercándoles a los recursos e integrando las actividades en un marco comunitario,

independientemente de las capacidades y habilidades que presenten. Aquellas actividades de carácter más ocupacional y de soporte, cuya importancia reside en estructurar el tiempo libre de los usuarios para darle un contenido al mismo y ayudar en la organización de la vida diaria, deben abordarse en un apartado diferente al que nos ocupa.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el desarrollo de los programas de ocio y tiempo libre mejora la calidad de vida de los usuarios al ayudarles a romper su aislamiento, instaurar lazos amistosos e integrarse en su entorno comunitario de forma autónoma y normalizada.

OBJETIVOS

General: favorecer la práctica de actividades normalizadas de ocio y tiempo libre en el entorno socio-comunitario de la persona.

Específicos:

- Incrementar el abanico de posibilidades en ocio.
- Conocer y utilizar recursos comunitarios.
- Recuperar habilidades y capacidades en ocio.
- Mejorar la competencia social.
- Potenciar un funcionamiento autónomo en el medio.
- Incrementar cuantitativa y cualitativa la red social.

METODOLOGÍA

La práctica de actividades recreativas ha de estar sustentada por un marco teórico que impida actuaciones precipitadas, carentes de planificación y sin unos objetivos que posibiliten el buen desarrollo del proceso rehabilitador.

La metodología en cada intervención viene determinada fundamentalmente por un análisis de las capacidades individuales de los usuarios, de las necesidades e intereses personales y de los objetivos a conseguir. Los profesionales tenemos la exigencia técnica de diseñar una amplia gama de actuaciones que contemplen las distintas capacidades, posibilidades de integración, niveles de autonomía, etc.

Para el desarrollo de actividades, la selección de los componentes es relevante tanto en el ajuste del perfil (edad, capacidades, gustos personales y estilo de vida) como en el número de participantes, intentando evitar siempre grupos numerosos (máximo de 8 personas). De este modo, se favorece el funcionamiento normalizado en el medio, se facilita el conocimiento y disfrute de las actividades y se potencian las relaciones personales.

Para ello, las diferentes vías de actuación deben posibilitar la participación de todas las personas, independientemente del nivel de competencias que presenten. Las estrategias se canalizan a través de diversas intervenciones desde las que poder abordar todas las necesidades existentes. En función de esto, los grupos se estructuran de acuerdo a las capacidades de los participantes y abarcan desde la total organización y planificación por parte del profesional, a la orientación e información respecto a las actividades y recursos de la comunidad a utilizar. Por tanto, a mayor discapacidad, mayor apoyo profesional y a menor discapacidad menor apoyo profesional.

El papel del profesional deberá ser acorde a los criterios anteriormente señalados, teniendo funciones diferentes en cada uno de los formatos. Estos pueden englobarse de forma general en los siguientes:

1. Los usuarios que presenten mayores dificultades de funcionamiento y de autonomía (problemas de orientación espacio-temporal, inadecuado manejo del dinero, déficits importantes en habilidades de comunicación, desconocimiento del funcionamiento de los recursos y ausencia de red social e imposibilidad de adquirirla de forma natural), participarán en grupos donde el profesional facilita, acompaña y supervisa la actividad durante todo el proceso además de entrenar otros aspectos relevantes para el proceso rehabilitador: habilidades instrumentales, aspecto personal, manejo y administración del dinero (pagar billete, calcular precio de una salida,...), utilización del transporte público, orientación espacial (ubicar el lugar de una cita,...) y habilidades de comunicación.
2. Los grupos donde los participantes no muestran un nivel de competencias suficientes para el desarrollo de las actividades, necesitarán de una organización y supervisión en la planificación y ejecución de las mismas. El profesional responsable dirige la sesión facilitando la participación de los usuarios. Para ellos instigará, moderará y fomentará la toma de decisiones y

la variedad en las propuestas. Además mostrará los diferentes recursos de ocio a utilizar.

3. En perfiles que no presenten un importante deterioro funcional pero la red de apoyo sea nula o escasa, la intervención consistirá en ocupar el tiempo libre y conseguir la socialización de sus componentes a través del desarrollo de una misma actividad en el mismo contexto normalizado donde el profesional responsable facilitará las relaciones personales y generará la motivación necesaria para el mantenimiento de la actividad.
4. Cuando el nivel de competencias y habilidades está conservado, el profesional únicamente orientará respecto a las actividades a desarrollar y los recursos a utilizar. Dicho apoyo se extinguirá una vez consolidado el grupo y adquiridos los conocimientos planteados: diferentes posibilidades de ocio, uso de recursos y fortalecimiento de las relaciones interpersonales.
5. Junto al enfoque y actuaciones más organizativas y orientativas de los grupos, se contempla la introducción de una metodología más educativa para usuarios con buen nivel de competencia y funcionamiento autónomo, pero reducida red de apoyo y dificultad a la hora de planificar actividades. Los profesionales responsables aportan contenidos teóricos referentes a la importancia y beneficios que la práctica de actividades conlleva, presentan la amplia gama de posibilidades que el ocio ofrece, las vías para obtener la información, y un apoyo en la adquisición de las competencias para su interacción en el medio sociocomunitario en el que van a desenvolverse. Una vez alcanzadas las competencias para un desempeño óptimo en el área que nos ocupa, se efectuará la derivación a un grupo más exigente o a la finalización de la intervención al no precisarse ningún tipo de apoyo profesional.
6. Otro aspecto a considerar es el del desarrollo de un ocio más individualizado y totalmente normalizado para usuarios que presentan buenas capacidades de adaptación y competencia y precisa un compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a la red social básica. El apoyo profesional consiste en facilitar las diferentes opciones existentes, ubicación de los recursos y establecimiento, si fuera necesario, de coordinaciones con los mismos para realizar un seguimiento del caso. Ejemplo de ello, son los diferentes cursos de pintura, fotografía, maquetas etc., organizados en academias, centros culturales o casas de la juventud.

Tabla 1. Modelos de intervención en ocio, adaptado de Gómez, Sánchez, Sanz y Rullas.

	<u>OCIO CON APOYO</u>	<u>OCIO NORMALIZADO INDEPENDIENTE</u>	<u>OCIO NORMALIZADO BASADO EN RECURSOS COMUNITARIOS</u>
Función de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia continua en planificación y organización de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en planificación - Facilitador de actividades - Educación en ocio 	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de recursos - Orientación - Información y coordinación para la incorporación a recursos - Seguimiento
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer y usar recursos - Socialización 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las opciones de ocio - Usar de diferentes recursos - Crear/ampliar la red social 	<ul style="list-style-type: none"> - Integración en recursos comunitarios estructurados.
Nivel de competencia	<p>BAJO- MEDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de iniciativa y autonomía - Escasos conocimientos de recursos 	<p>MEDIO- ALTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de iniciativa y autonomía - Alternativas propias del ocio 	<p>ALTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buen nivel de capacidades y desenvolvimiento social
Ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> - Culturales, lúdico-recreativas y deportivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Culturales, lúdico-recreativas, gastronómicas, deportivas, musicales, vacacionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en asociaciones - Incorporación a academias, clubs deportivos, juveniles, etc.
Recursos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> - Museos, cafeterías, restaurantes, salas de exposiciones, centros comerciales, recursos medio-ambientales, polideportivos,... 	<ul style="list-style-type: none"> - Cines, teatros, museos, restaurantes, agencias de viajes 	<ul style="list-style-type: none"> - Fundaciones culturales, Casa de la Juventud, asoc. de vecinos, de mujeres, etc., Casa de la Cultura, Centros Cívicos, Centros juveniles

RESULTADOS

No existen muchos estudios que hagan referencia a la eficacia en las intervenciones a través del ocio y tiempo libre con personas con TMG. En un estudio de Petryshen et al de 2001, citado en la “Guía de Práctica clínica de Intervenciones Psicosociales en Trastorno Mental Grave” (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009) se mide la efectividad de un programa de ocio para PTMG dirigido a individuos de 18 a 65 años con TMG. Los resultados indican que hay diferencias significativas en satisfacción general de vida, disminución de la soledad, fomento de la autoestima, satisfacción con las actividades de ocio y funcionamiento social. Sin embargo, el estudio tiene limitaciones respecto al tamaño de la muestra, no hay grupos de comparación y se aplica a personas con alto nivel de motivación.

Debido a esa falta de estudios que reflejen unos resultados concretos y específicos, éstos han de valorarse de manera individual y descriptiva en base a las aportaciones que el desarrollo de actividades conlleva, pudiendo asegurar, en base a la práctica clínica diaria, que ayuda a estructurar parte del tiempo libre, reduce el aislamiento, posibilita el contacto social, aumenta el abanico de posibilidades, proporciona una satisfacción personal y aumenta la sensación de disfrute, además de mejorar habilidades sociales e instrumentales, ayudar en la toma de decisiones y resolución de problemas y permitir por tanto, un desenvolvimiento autónomo e integrado en el medio (González, Grande de Lucas, Fernández y Orviz, 2003).

10.2.8. Programa de actividades de la vida diaria

INTRODUCCIÓN

El concepto de Actividades de la Vida Diaria (AVD) ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y en función de los modelos teóricos o disciplinas desde las que fuera abordado. Concepciones amplias incluyen todas las actividades que una persona realiza en el día, relacionadas con cualquiera de las diferentes áreas ocupacionales (autocuidados, actividades productivas, ocio...). Desde otras aproximaciones el trabajo en esta área se limita a las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD y AIVD). Nos vamos pues a centrar en la intervención sobre las principales

habilidades necesarias para llevar a cabo las tareas relacionadas con el cuidado personal y con la respuesta a las exigencias físicas del entorno que posibilitan llevar la actividad diaria con distintos grados o niveles de autonomía e independencia.

Las AVD se llevan a cabo en el día a día, en unos tiempos y unos espacios determinados, lo cual contribuye a organizar y estructurar el tiempo de la persona. Si pensamos en nuestro desempeño cotidiano, seguramente podemos identificar la regularidad con la que llevamos a cabo determinadas actividades como ducharnos, comer, limpiar la casa o cocinar. Mantener esta regularidad va a contribuir a un mejor rendimiento de nuestro tiempo y a favorecer que dispongamos de mayor estabilidad en nuestro día a día y consecuentemente mayor calidad de vida.

Cabe destacar la importancia de la implementación de las AVD como expresión de la autonomía, tanto para el cuidado personal como para llevar a cabo otras actividades relevantes y significativas en nuestra vida. Otro aspecto fundamental es su contribución al desarrollo de la persona. Moruno y Romero (2006) (refiriendo el punto de vista de Kielhofner, 1995), recoge que la repetición de comportamientos ocupacionales contribuye a la organización de las estructuras físicas y mentales. Además considera que también son un vehículo para la transmisión cultural, refiriendo que “[...] la implicación del individuo en las diferentes actividades genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones de cada sujeto”.

Principales aportaciones de las AVD (Moruno y Moreno, 2006)

- Elementos que favorecen la estructuración del tiempo.
- Sostén de la autonomía personal.
- Forma de expresión de la capacidad de acción de la persona en el mundo.
- Mecanismos de adaptación al medio.
- Señas de identidad personal, sexual o social.

En el caso de las personas que tienen un TMG resulta especialmente importante el trabajo en esta área por diferentes razones:

- La presencia de sintomatología propia de la enfermedad, tanto positiva como negativa, influye en el funcionamiento en las diferentes AVD. Una conciencia de enfermedad ausente, parcial, inadecuada o la falta de información al respecto de la misma, explica un mal seguimiento de los tratamientos farmacológicos y/o de las citas médicas. El afrontamiento de los propios síntomas o de los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos explica en ocasiones la ingesta excesiva de bebidas estimulantes, el consumo de sustancias tóxicas, unos hábitos de alimentación poco saludables, etc.
- La ausencia de participación en actividades significativas y la escasez de contacto social son con frecuencia el origen de la falta de motivación necesaria para alcanzar el establecimiento de los hábitos de higiene, alimentación, sueño, ejercicio físico, que limitan el cuidado de la salud y repercuten en la calidad de vida.
- El curso de la enfermedad resulta determinante ya que el funcionamiento ocupacional será más disfuncional en situaciones de crisis que en períodos de estabilidad psicopatológica, siendo conveniente señalar que desde la fase prodrómica que antecede a una crisis se producen cambios en el funcionamiento en las diferentes actividades y no siempre se restablece el nivel previo que en algunas ocasiones es deficitario.
- Es necesario tener presente el peso que tiene la evolución de la enfermedad ya que al inicio de la misma, la pérdida de roles significativos es menor y en consecuencia el nivel de participación en tareas relacionadas con las actividades de la vida diaria es mayor, mientras que a medida que avanza, si no se cuenta con los apoyos y la oportunidades necesarias, las pérdidas aumentan y disminuye el nivel de funcionamiento.
- Los ambientes sobreprotectores, la falta de confianza propia y del entorno en las posibilidades y el estigma frecuentemente asociado, entre otras razones, limitan de distinta manera, las oportunidades y el acceso con los apoyos precisos, a realizar determinadas actividades (tareas domésticas, ir al banco y administrar el dinero, hacer compras, usar transportes, formarse y trabajar, etc.) necesarias para alcanzar una vida independiente y la integración en la comunidad.

A continuación se presenta una tabla que recoge las AVD que mayor relación tienen con la situación de las personas con enfermedades mentales graves.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
<p>Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene y cuidado personal. - Alimentación. - Sueño. - Cuidado de la salud.
<p>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado del hogar. Tareas domésticas. - Temas financieros. - Medios de transporte y comunicación. - Uso de recursos comunitarios (sanitarios, comercios, bancos,...). - Responsabilidades familiares.

OBJETIVOS

Objetivos generales: Mejorar la calidad de vida de la persona y potenciar un funcionamiento lo más autónomo e independiente posible en relación a las actividades relacionadas con el cuidado y el mantenimiento personal (higiene, sueño, alimentación, desplazamiento, manejo en la comunidad, cuidado del hogar, administración económica,...), básicas para la participación de la persona en aquellos roles que configuran su identidad.

Objetivos específicos:

- Mejorar el desempeño y adecuación de los hábitos de higiene, atuendo, apariencia externa.
- Desarrollar, cuidar y mantener hábitos saludables (sueño, alimentación, ejercicio físico,...).
- Mejorar el cuidado de su salud física y mental.

- Mejorar el desempeño y la adecuación de los hábitos relacionados con las tareas domésticas (limpieza, cuidado de la ropa, cocina,...).
- Aumentar las destrezas o la competencia para mantener un hogar (averías, reparaciones, procedimientos de seguridad, respuestas de emergencia,...).
- Mejorar la organización del tiempo, la planificación y la estructuración de las actividades.
- Mejorar la planificación, la administración económica y el uso del dinero.
- Mejorar el uso de los diferentes recursos comunitarios relacionados (tiendas, servicios sanitarios, bancos, transportes,...).
- Mejorar el desempeño de responsabilidades familiares (crianza de hijos, el cuidado de otros).

Objetivos secundarios:

- Adecuar el autoconcepto, aumentar el sentido de capacidad personal y autoeficacia.
- Aumentar la autoestima.
- Mejorar el estado de ánimo.
- Adquirir o mejorar destrezas que permitan mantener una participación activa en la comunidad.

METODOLOGÍA

Respecto a los diferentes aspectos metodológicos, cabe destacar que el formato individual suele ser la principal elección ya que permite el abordaje de las necesidades concretas de cada persona preservando la intimidad que requieren estos temas.

Las intervenciones grupales de corte educacional pueden ser las herramientas que mejor favorezcan la concienciación de la necesidad y la motivación para el cambio, así como la adecuación de las frecuencias.

Es importante resaltar la conveniencia de llevar a cabo los entrenamientos precisos en los contextos naturales para salvar la dificultad para la generalización de los logros.

No puede dejarse a un lado que la mayoría de las personas que padecen un TMG conviven en el entorno familiar. Los usos y costumbres familiares y sociales son un factor determinante en esta área y contar con la colaboración de sus miembros es una pieza clave y en ocasiones imprescindible cuando se pretende aumentar la autonomía al respecto.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Ocupacionales:

- Asesoramiento ocupacional
- Graduación de la actividad
- Adaptación de la actividad (simplificación cognitiva, reducción de la cantidad de habilidades requeridas, disminución de la duración, introducción de equipos o ayudas técnicas, modificaciones ambientales)

Cognitivas:

- Programación de actividades.
- Valoración de la satisfacción.
- Auto observación.
- Ensayo cognitivo.
- Análisis de costes y beneficios.
- Búsqueda de soluciones alternativas

Conductuales:

- Modelado
- Moldeado
- Encadenamiento
- Reforzamiento
- Contrato de contingencias
- Retroalimentación
- Economía de fichas
- Ensayo de la conducta (*role-playing*)

Como señala Garrido (2012), el diseño de las intervenciones debe partir de un adecuado análisis de los déficits de funcionamiento. La realización de cualquier actividad implica:

- *Saber hacerla*: destrezas de desempeño, contar con las habilidades precisas.
- *Querer hacerla*: tener motivación para ello.
- *Sentirse capaz*: percibirse eficaz.
- *Organizarse para hacerla*: estructurar el tiempo, el espacio y el material necesario.
- *Tener la oportunidad de hacerla*: disponer del entorno físico y social adaptativo.

De este modo cuando las dificultades estén centradas en la ejecución (*saber hacerlo*) se optará preferentemente por sesiones de entrenamiento. Será necesaria la planificación y la práctica repetida cuando sea preciso lograr la adquisición o reorganización de los hábitos.

Con relativa frecuencia, las dificultades en esta área pueden explicarse desde la falta de motivación (*querer hacerlo*) y en estos casos resulta útil buscar en la intervención una razón o actividad complementaria que favorezca la realización, así como el reforzamiento de la misma.

Las intervenciones sobre la percepción que la persona tiene de sí misma, el análisis de las potencialidades, así como proporcionar un contexto seguro con apoyos que puedan irse retirando en la medida en que se incremente la seguridad, favorecerán los sentimientos de autoeficacia (*sentirse capaz*).

Así mismo el análisis del entorno permitirá diseñar, de manera complementaria, aquellas intervenciones sobre el medio físico y el contexto social que garanticen que la persona pueda llevar a cabo la ejecución (*tenga posibilidad u oportunidad de hacerlo*).

A continuación se presenta un cuadro con las principales intervenciones en función de los componentes de la ocupación

INTERVENCIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ATENDIENDO A LOS DIFERENTES COMPONENTES OCUPACIONALES

INTERVENCIÓN SOBRE LAS HABILIDADES PARA EL DESEMPEÑO

(Cuando la persona presenta dificultades en relación a las habilidades de desempeño, habilidades motoras, habilidades de procesamiento y/o de comunicación para realizar actividades de la vida diaria)

- Adaptación de la actividad
- Graduación de la actividad
- Intervención ambiental (entorno físico y social)
- Modelado
- Moldeado
- Encadenamiento
- Ensayo cognitivo
- Auto observación

INTERVENCIÓN SOBRE LOS PATRONES DE DESEMPEÑO. Formas ocupacionales, rutinas y hábitos.

(Cuando la persona presenta dificultades en relación a la forma de realizar una actividad, qué rutinas sigue, con qué frecuencia la realiza, cómo se organiza para realizarla en relación al resto de actividades de su rutina y roles ocupacionales,...)

- Asesoramiento ocupacional
- Graduación de la actividad
- Intervención ambiental (entorno físico y social)
- Programación de actividades /planificación/agenda

INTERVENCIÓN SOBRE LA MOTIVACIÓN. Sentido de capacidad personal y autoeficacia, los valores e intereses y objetivos o expectativas personales para realizarlas.

(Cuando la persona no participa o no mantiene un buen funcionamiento en determinadas actividades de la vida diaria por no identificar capacidades para realizarlas, no sentirse capaz, no querer hacerlas por no compartir determinados criterios para mantener una mejor calidad de vida,...)

- Asesoramiento ocupacional
- Valoración de la satisfacción
- Análisis de costes y beneficios
- Búsqueda de soluciones alternativas
- Reforzamiento
- Contrato de contingencias
- Retroalimentación

MODELOS DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Higiene y cuidado personal:

Proporcionar información, entrenamiento de la ejecución y apoyo para la instauración o recuperación de hábitos y ajuste de frecuencias para lograr el mantenimiento de una higiene personal adecuada en lo referente al aseo y al atuendo.

Educación para la Salud:

Sueño. Proporcionar información sobre los factores que inciden en la cantidad y calidad del sueño fomentando la adquisición de medidas que faciliten la mejora general del mismo.

Alimentación. Proporcionar información sobre los diferentes grupos de alimentos, incidiendo en la cantidad, frecuencia y el estilo de la ingesta llevando a cabo los cambios precisos para lograr el seguimiento de una dieta sana y equilibrada.

Ejercicio Físico. Recuperar, instaurar y/o mantener la práctica del ejercicio adecuando la duración, frecuencia e intensidad para favorecer la mejora de la condición física general.

Sexualidad. Proporcionar información necesaria sobre la fisiología y desarrollo sexual, prevención de enfermedades de transmisión, métodos anticonceptivos y abordaje de la posible interacción con el tratamiento farmacológico para lograr una vida sexual sana.

Cuidado de la salud. Proporcionar información necesaria para la identificación y el afrontamiento de enfermedades comunes. Prevención del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas.

Organización y Mantenimiento Doméstico:

Ofrecer información, entrenamiento de la ejecución y apoyo para la instauración o recuperación de hábitos y ajuste de frecuencias para lograr el mantenimiento del entorno doméstico (limpiezas, preparación de comidas, compras, prevención de accidentes, resolución de imprevistos, gestiones y trámites administrativos...).

Planificación y administración económica:

Proporcionar información, entrenamiento y apoyo para la gestión de la economía personal (control de ingresos y gastos, manejo de la moneda, uso de recursos relacionados, etc.).

Manejo y uso de Medios de Comunicación y Transporte: Proporcionar información, entrenamiento y apoyo para su uso

El interés por la mejora de la atención a la salud física de las personas con TMG está siendo abordado por diferentes asociaciones que pretenden sensibilizar de la necesidad de mejorarla. El informe del I Consenso sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia elaborado en España (Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2007) concluye que las personas con esquizofrenia sufren un deterioro grave de la salud física debido, en parte, a sus hábitos de vida, la mala nutrición y los cambios en el metabolismo inducidos por la propia enfermedad y por algunos fármacos antipsicóticos.

La obesidad es un problema común en las personas diagnosticadas de esquizofrenia. El incremento de peso se ve agravado por el consumo de antipsicóticos ya que entre el 40 y el 80% de las personas que se encuentran en tratamiento con este tipo de fármacos experimentan incrementos de peso que superan hasta en el 20% el peso ideal.

La tasa de personas con enfermedad grave consumidoras de tabaco se sitúa entre el 63 y el 70%, mientras en la población general alcanza a un 30%. Las investigaciones acerca de las consecuencias de fumar en personas con esquizofrenia (Goff et al., 2005), informan de un incremento significativo del riesgo de sufrir enfermedades físicas, de la pérdida de la eficacia de la medicación neuroléptica precisando incrementar las dosis, de peor evolución de la enfermedad, peor calidad de vida y mayores dificultades para participar en entornos comunitarios.

La esperanza de vida es un 20% inferior a la del resto de la población y el 65% del exceso de mortalidad se debe a causas naturales relacionadas con enfermedades vasculares, endocrinas (diabetes, síndrome metabólico,...) y respiratorias.

Los estudios señalan los beneficios de la incorporación del ejercicio físico a la rutina diaria:

- reduciendo la probabilidad de desarrollo de HTA (hipertensión arterial) y desempeñando un papel importante en su tratamiento cuando es leve y moderada.
- Mejorando el perfil de los lípidos, disminuyendo el colesterol total, LDL-C (comúnmente llamado “colesterol malo”) y los triglicéridos, favoreciendo el aumento del HDL-C (“colesterol bueno”).

- Reduciendo el peso corporal y disminuyendo el porcentaje de grasa corporal.
- Mejorando la eficiencia cardiovascular, reduciendo la frecuencia cardíaca y favoreciendo la capacidad respiratoria.

Es preciso mencionar que en los CRPS se constata frecuentemente la coexistencia de los problemas somáticos, anteriormente señalados que acompañan a la persona con TMG. Las intervenciones en algunos casos van encaminadas a ayudar a la persona a llevar a cabo las prescripciones marcadas por su médico (cumplir adecuadamente las pautas, toma de medicación, evitar factores de riesgo...) y en otros el objetivo de las mismas es que la persona inicie los procedimientos para establecer un diagnóstico adecuado de cara al tratamiento o a la prevención de una enfermedad grave. Pero una asistencia integral debe ofrecer nuevas intervenciones para necesidades crecientes, basadas en la evidencia científica.

Faulkner, Soundy y Lloyd (2003) realizaron una revisión de las intervenciones para el control del peso en personas con esquizofrenia, concluyendo que la pérdida del mismo aunque resulta difícil no es imposible a través de una dieta y de una intervención cognitivo-conductual.

Estudios como el realizado por Gaitero, Santed, Rullas y Grande (2007), corroboran la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales encaminadas a perder peso y modificar los hábitos de alimentación y de ejercicio físico, así como su mantenimiento en el tiempo. El trabajo a realizar debe concretarse principalmente en:

- Incrementar la actividad física cotidiana y estructurada favoreciendo también la disminución de la fatiga;
- Adecuar la dieta mejorando el equilibrio nutricional;
- Mejorar los hábitos aumentando la duración del tiempo empleado en realizar la comida principal y disminuyendo la conducta de picar entre horas.

Basado en el programa de Vera y Fernández (1989) los módulos que constituyen la intervención anteriormente mencionada incluye los módulos siguientes:

- Información sobre el trastorno.

- Modificación del tipo de alimentación.
- Modificación del estilo de comer.
- Reestructuración cognitiva.
- Modificación de los patrones de actividad física.
- Prevención de recaída.

Mientras asistimos a un progresivo descenso de fumadores en la población normal, consecuencia entre otras razones de políticas restrictivas junto con el desarrollo de estrategias variadas tanto para prevenir el consumo como para facilitar su abandono; la atención prestada a las personas con enfermedades mentales graves que consumen tabaco es muy baja y en ocasiones inexistente como señalan Arroyo y Otero (2008). Esto se debe con probabilidad a actitudes sobreprotectoras (“es una de las pocas gratificaciones que tienen,...”) o a creencias poco contrastadas (“es imposible que lo dejen, adolecen de motivación, el intento supondrá un incremento de la ansiedad que les llevará a descompensarse o a reaccionar agresivamente,...”). Es necesario, por tanto, crear una mayor conciencia entre los profesionales sobre el impacto que el consumo de tabaco tiene en la salud para que desarrollen intervenciones eficaces que favorezcan la tasa de abandono.

Aunque el consumo de tabaco en personas que presentan un TMG puede presentar características diferenciales, según Ziedonis, Williams y Smelson (2003), responderían a las mismas intervenciones que son útiles en el resto de la población, si bien pudieran requerir un mayor grado de intensidad. La guía práctica elaborada por la SANE (Organización Nacional de Educación y Defensa de Enfermos Mentales de Australia) recomienda el uso de tratamiento sustitutivo de nicotina, sobre todo en los casos que sean considerados de alta dependencia, así como el desarrollo de programas de soporte grupales de orientación cognitivo-conductual (Meadows, Strasser, Moeller-Saxone, Hocking, Stranton y Kee, 2001).

A continuación se presenta el esquema de un diseño práctico de un programa para dejar de fumar

Nº de sesión	Formato	Contenido
1	Individual	- Entrevista Motivacional
2	Grupal	- Información sobre el tabaco y la conducta de fumar - Habilidades para la búsqueda de apoyo en su red social
3	Grupal	- Entrenamiento en el control de la respiración I
4	Grupal	- Entrenamiento en el control de la respiración I - Programación de ejercicio físico
5	Grupal	- Día de la independencia del tabaco - Psicoeducación sobre manejo de parches - Entrenamiento en control de estímulos
6	Grupal	- Potenciar el mantenimiento de la abstinencia en etapas iniciales
7	Grupal	- Entrenamiento en técnicas cognitivas (parada del pensamiento, pensamientos alternativos y distracción cognitiva)
8	Individual	- Potenciar la utilización individualizada de estrategias de afrontamiento - Potenciar abstinencia / análisis de recaída - Evaluación
9	Grupal	- Control del peso y otros efectos indeseables
10	Grupal	- Identificación y reestructuración de pensamientos negativos
11	Grupal	- Exposición (varias)
15	Grupal	- Prevención de recaídas
16	Individual	- Potenciar la utilización individualizada de estrategias de afrontamiento - Potenciar abstinencia / análisis de recaída - Evaluación

Diferentes estudios aconsejan realizar un seguimiento del estado psicopatológico de las personas que intentan dejar el consumo ya que no puede descartarse, aunque no sea frecuente, que se produzcan recaídas psicóticas o episodios depresivos. Asimismo en ocasiones es necesario ajustar las dosis de algunos fármacos antipsicóticos afectados en su metabolismo por la nicotina.

Una de las escasas revisiones científicas sobre los programas de habilidades para la vida diaria, realizada por Tungpunkom y Nicol (2008), concluye la imposibilidad de determinar la eficacia de estas intervenciones, debido a la escasez de estudios de evidencia de nivel superior, por lo que plantea la necesidad de desarrollar investigación en este campo.

10.2.9. Programa de integración comunitaria

La importancia de la dimensión relacional como fuente de inclusión o de exclusión social es un aspecto esencial a valorar y trabajar desde la intervención en rehabilitación. En este sentido el trabajo con el entorno y la red social del usuario/a debe ser un elemento esencial, que contempla la integración de los usuarios como ciudadanos de pleno derecho, y debe abarcar diferentes niveles de intervención (individual, familiar, comunitaria) teniendo en cuenta la participación de los usuarios y también el funcionamiento del sistema formal de ayuda (profesionales, instituciones) así como de los sistemas informales de ayuda (conocidos, asociaciones).

Desde el Modelo de Competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986), se postula la necesidad de promover la competencia de los individuos y desarrollar comunidades y organizaciones competentes para mejorar la salud de las personas y las comunidades. En este sentido, es suficientemente conocido, el efecto amortiguador que los sistemas de apoyo social tienen frente al estrés, así como que la autopercepción de incompetencia más la falta de acceso a recursos, aumentan la vulnerabilidad. Por tanto, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de una persona, el trabajo debe ir encaminado a optimizar, tanto las destrezas, habilidades y recursos personales, como la red social y el sistema de apoyo natural.

Algunos autores (Villalba, 1993) utilizan el término vulnerabilidad relacional para referirse a la especial vulnerabilidad de algunas personas a los acontecimientos relacionales, así como que esta vulnerabilidad les coloca en riesgo de aislamiento y/o exclusión social.

Las necesidades que presenta una persona con TMG no son muy diferentes a las de la población general. La diferencia estriba en que a veces no pueden encontrar por sí mismos, o con la exclusiva ayuda de sus allegados, satisfacción a esas necesidades:

- Necesidades básicas: vivienda, alimentación, atención en salud, educación.
- Ingresos económicos que le permitan cierta autonomía.
- Acceso a la formación y el empleo.
- Desarrollo del tiempo libre.
- Acceso a relaciones sociales (pertenencia a un grupo): familia, amigos, vecinos, etc.

Partiendo de esta situación de pérdida o déficit en habilidades para la autonomía y satisfacción de ciertas necesidades, así como de comprender los apoyos sociales como un elemento clave para la persona con TMG, se puede entender la necesidad del Programa de Integración Comunitaria en el CRPS.

El programa de integración comunitaria va dirigido a potenciar los aspectos sociales de la rehabilitación: fomento de las redes sociales y del uso de los recursos comunitarios.

Como elementos clave de los programas de integración comunitaria señalamos:

- Superación de “lo asistencial” en la intervención, centrándose en el apoyo social.
- Escenarios en los que se trabaja: entorno familiar, red social y comunidad.
- Intervención contextualizada e individualizada.
- Interacción entre la comunidad y los usuario/as.
- Normalización, entendida como el desempeño de roles sociales acordes con el momento del ciclo vital de la persona y el contexto, pudiendo beneficiarse de los recursos generales de la comunidad.
- Evitar el aislamiento y prevenir la marginación y el estigma.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Integración en su medio social.
- Mejora de las condiciones de vida.
- Fomentar la participación activa en el entorno.
- Activar apoyos sociales.

Objetivos específicos

- Mejorar el funcionamiento relacional en el entorno.
- Incremento de la red social y los contactos sociales.
- Fomento de la autoayuda y el apoyo mutuo.
- Incremento de la ocupación y de la actividad diaria.
- Acceso a los recursos formativos, laborales, educativos, de ocio y sociales existentes en su entorno.
- Acceso a prestaciones sociales.

METODOLOGÍA

Proponemos estructurar el trabajo en este programa en los siguientes módulos:

- Orientación y seguimiento.
- Trabajo con las redes sociales.

1. Orientación y seguimiento

La atención se realiza de forma individual y va dirigida a la orientación, facilitación, acompañamiento y seguimiento de la integración en un recurso de su entorno.

Muchas veces el trabajo del profesional debe empezar por hacer que la persona con TMG sea consciente y reconozca sus propias necesidades y trabajar la motivación para acudir a un recurso normalizado donde puedan ser satisfechas. Esta motivación debe ser intrínseca al individuo y no impuesta por los profesionales. Para facilitar la motivación intrínseca debemos recurrir a tareas que permitan experimentar la competencia personal, y la capacidad de decisión y elección del usuario.

En cuanto a los recursos utilizados, puede ser cualquier recurso del entorno dirigido a atender alguna necesidad en el ámbito de:

- Autocuidados, higiene personal y vestido.
- Alimentación.
- Limpieza, acondicionamiento y organización del hogar.
- Hábitos de vida saludables.
- Ocio y tiempo libre.
- Educación y formación.

Es necesario un trabajo previo, en el que debe participar todo el equipo de profesionales del CRPS, de conocimiento y detección de recursos. Asimismo, es especialmente relevante en este programa el trabajo en red, conociendo y estando en los espacios de participación de la zona y desarrollando prácticas de colaboración con los recursos educativos, formativos, socio-sanitarios y culturales.

Las actuaciones a realizar son:

- Identificación de intereses o necesidades en la persona. Análisis de necesidades, expresadas por la persona o detectadas por el profesional.
- Preseleccionar los recursos disponibles basándonos en nuestro conocimiento así como en el conocimiento aportado por el usuario/a.
- Valorar y analizar la idoneidad del recurso.
- Papel activo del usuario: toma de decisiones.
- Determinar apoyos necesarios para facilitar el acceso, que pueden incluir desde el acompañamiento, apoyo para resolver trámites burocráticos, coordinación previa con los responsables del recurso, etc. hasta una intervención más terapéutica dirigida a disminuir la ansiedad anticipatoria o a trabajar las creencias que pueden estar dificultando el acceso del usuario/a a este recurso.
- Desarrollo de la actividad, seguimiento periódico y evaluación continua con el usuario.

En cuanto a la coordinación con los responsables del recurso, antes y durante la permanencia del usuario/a en él, no siempre es necesaria ni oportuna. Debemos realizar dicha coordinación si creemos que aporta algún beneficio de cara a facilitar la integración y adaptación de la persona en él, y siempre informando y solicitando autorización al usuario/a.

La intervención que realicemos con los usuarios debe regirse por el derecho a recibir información y orientación, potenciar la autonomía y la auto-gestión, hasta donde sea posible, y ofertando el apoyo y entrenamiento que sea necesario.

2. Trabajo con las redes sociales y el apoyo social

El concepto de redes sociales hace referencia al conjunto de relaciones alrededor de una persona en las que suelen estar los convivientes, la familia extensa, los amigos, vecinos, compañeros de estudio o trabajo, algunas personas de los servicios formales y otras personas importantes para el individuo (Villalba, 1993). Es un concepto que se ha exportado al campo de los servicios sociales, proveniente del campo de la antropología.

Desde la perspectiva del apoyo social, Gottlieb (1983) define la red social como la estructura social donde tienen lugar las transacciones de apoyo y Garbarino y Sherman (1983) la define como un conjunto de relaciones entre un grupo de personas que ofrecen unos patrones y un refuerzo para afrontar las soluciones de la vida cotidiana.

Los estudios realizados sobre las redes sociales de personas con TMG (Villalba, 1993) destacan una serie de características, comparándolas con las de la población en general: suelen ser de tamaño más pequeño, con relaciones más temporales, mayor proporción de familiares, más asimétricas y con menor reciprocidad en las transacciones relacionales, mayor dependencia de los familiares, menor multiplicidad, menor estabilidad, con presencia de múltiples servicios y profesionales.

El trabajo con redes se estructura en tres fases:

- 1º) Identificación de la red, mediante entrevistas dirigidas a recoger la percepción subjetiva de la persona y recurriendo a instrumentos como el mapa de red social.
- 2º) Análisis de la red, valoración de la cantidad, tipo y funciones de las relaciones de apoyo.
- 3º) Intervención: dirigida a incrementar la cantidad de los contactos sociales y/o a mejorar la calidad del apoyo social.

Los objetivos y estrategias del trabajo con redes tienen que ver con la ampliación, diversificación, flexibilización y potenciación de los apoyos para que estén más disponibles y sean más reales. Las intervenciones incluyen además del trabajo con el propio individuo, el trabajo con las personas de su entorno con los que sea posible una colaboración y contar con los grupos y organizaciones existentes como recursos para incluir a las personas (este aspecto de la intervención se ha recogido en el apartado anterior). En el caso de las personas con TMG, como hemos señalado anteriormente, el elemento central y mayoritario de su red social es la familia. El trabajo realizado con los familiares, es un elemento esencial del proceso de rehabilitación que aparece recogido en un capítulo aparte por lo que no se va a desarrollarlo aquí.

El abordaje que desde la perspectiva de las redes sociales realizamos en el CRPS se estructura en:

1. Trabajo con el usuario/a dirigido a mejorar la calidad y el apoyo del contacto con iguales: mejorar la motivación para los contactos sociales, abordar dificultades en la relación con iguales, trabajar la importancia de conservar su propia red social de iguales como fuente de apoyo social. Estos aspectos suelen trabajarse de forma individual con el usuario/a.

2. Fomentar la creación de redes de apoyo entre los propios usuarios del CRPS: la intervención desde el recurso proporciona una serie de espacios y actividades grupales que favorecen el contacto social; además la intervención que realizan los profesionales debe ser facilitadora de relaciones, creando

sintonía entre los usuarios y buscando y potenciado el apoyo mutuo. En otros países de nuestro entorno existen desde hace años experiencias de asociacionismo de personas con trastorno mental, que potencian, entre otros aspectos, la autoayuda y el apoyo mutuo entre sus miembros (Gracia Fuster, 1997). En nuestro país, han ido surgiendo en la última década este tipo de asociaciones e iniciativas de forma independiente a las familias, ya que hasta ahora el asociacionismo más desarrollado era el de familiares de personas con TMG. Estos grupos funcionan de forma autónoma, al margen de las instituciones socio-sanitarias, aprovechando el potencial y los recursos procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Lograr una relación positiva y mutuamente beneficiosa es el objetivo de estos grupos.

El trabajo que desde el CRPS fomenta la auto-ayuda y el apoyo mutuo se organiza en torno a dos estrategias:

- Impulsar dentro del propio CRPS la creación de grupos de autoayuda. Estos grupos pueden comenzar siendo un grupo de apoyo social para posteriormente constituirse como grupo de autoayuda que funcione con autonomía aunque puntualmente pueda requerir apoyo profesional. En este sentido los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua pueden ser contemplados como fases dentro de un continuo de mayor autonomía respecto a los profesionales, creando una estructura de ayuda mutua que permita al grupo continuar por sí sólo.
- Favorecer e impulsar desde el CRPS la vinculación de los usuario/as a las iniciativas de asociacionismo y ayuda mutua de personas con TMG que han ido surgiendo en los últimos años.

RESULTADOS

Es bien conocida la relación del soporte social con la aparición y evolución de diferentes patologías, entre ellas las enfermedades mentales. Diversos autores (en España, Villalba, 1993) han estudiado la naturaleza del soporte y las redes sociales en personas con esquizofrenia. A pesar de ello, no existen estudios de evidencia empírica sobre la eficacia de intervenciones específicas con las redes de apoyo social

durante los procesos de rehabilitación. Esto puede deberse, entre otras razones, a la dificultad en operativizar su medida. Los cambios en la red social y en la participación comunitaria en su entorno son elementos clave en el proceso de rehabilitación de una persona, y que en los CRPS, especialmente este último, se utiliza como indicador de resultados de la intervención.

Desde la intervención que se realiza en un CRPS es necesario:

- Incluir programas de integración comunitaria que garanticen que las personas con TMG puedan acceder y beneficiarse los recursos de su entorno más cercano.
- Trabajar con los recursos de la red normalizada para acceder a la formación, el ocio, la cultura y la participación ciudadana.
- Promover la participación activa del usuario en aspectos organizativos del CRPS, como espacio de participación social.
- Favorecer las acciones de autoayuda, apoyo mutuo y el intercambio de experiencias personales, a través de las actividades que ofrece el recurso.

Desde el marco de referencia de la rehabilitación es imprescindible considerar la dimensión relacional de la persona, su red social y el sistema de apoyo informal, como elementos muy valiosos e imprescindibles para la mejora de la calidad de vida de las personas con TMG.

10.3. OTROS PROGRAMAS

10.3.1. *Intervención temprana*

FUNDAMENTACIÓN

A partir de los años 90 hay un creciente desarrollo de servicios y programas para personas en sus primeras fases de psicosis, dirigidos fundamentalmente a tres períodos: EMAR (Estado Mental de Alto Riesgo), fase aguda del primer brote e intervenciones post-psicosis durante el período que abarcan los cinco años siguientes a este primer episodio (período crítico). Desde los CRPS, y sólo cuando en la red no haya un programa especializado en intervención temprana, se podrían desarrollar programas de intervención dirigidos a personas en esta tercera fase. Si los hay se podría trabajar de manera coordinada.

Según diferentes estudios es en este período crítico cuando existe una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales (Birchwood, 2000) pero también cuando se detecta una mayor progresión del deterioro. Esto hace necesario intervenir durante el periodo crítico posterior al inicio de la psicosis, tiempo en que el usuario es más sensible a las intervenciones y que en un alto porcentaje van a determinar la evolución y el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. La propia intervención temprana puede resultar iatrogénica por lo que debemos emplear nuestro esfuerzo para que esas intervenciones además de ser precoces sean de calidad.

En el siguiente cuadro se describen los resultados de algunas de las intervenciones en esta fase que avalan la intervención específica en las primeras fases de la enfermedad. Adaptado de “Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la AEN” (Bravo Ortiz et al, 2009).

Programas	Grupos de Comparación	N	Resultados
EPPIC McGorry et al. 1996	Modelo EPPIC vs. Cohorte histórica	102	Mejor calidad de vida, menor DUP, menor nº hospitalizaciones, menos estrés postraumático y dosis farmacológicas más bajas.
Henry et al. 2008	Cohorte prospectiva	723	A los 7 años remisión sintomática entre el 37-59% Recuperación social/vocacional en el 31%.
EPP Addington et al. 2003	Programa de intervención temprana	180	Menos sintomatología positiva y depresiva, Menos % recaída en los dos primeros años (29-35%)
PEPP Malla et al, 2002	Tto psicosocial asertivo integral adaptado	53	Remisión al año del 70% y rehospitalización del 20%. Mejoría en todas las áreas psicopatológicas.
LEO Garety et al. 2005	Servicio LEO vs. Servicio estándar	144	Mejor funcionamiento social, laboral, satisfacción, calidad de vida y adherencia al tratamiento

Las consecuencias del abandono del tratamiento en las primeras fases pasan por una recuperación más lenta y menos completa, el aumento del riesgo de depresión y de suicidio, interferencia con el desarrollo psicológico y social, pérdida de apoyo social y familiar, interrupción de los estudios y/o trabajo, pérdida de autoestima y confianza, aumento del coste del tratamiento, abuso de sustancias y hospitalizaciones innecesarias.

OBJETIVOS

Objetivo general: El objetivo principal de la intervención temprana en la psicosis desde un CRPS es el de disminuir el riesgo de recaídas y conseguir que el usuario desarrolle roles valiosos en la sociedad y no avance en un proceso de cronificación.

Objetivos específicos:

1. Disminuir la discapacidad a largo plazo.
2. Mantenimiento de intereses vocacionales.
3. Preservar roles valiosos y competencias previas al inicio del trastorno.

4. Mejorar adherencia al tratamiento.
5. Amortiguar el estrés que supone un primer episodio psicótico.
6. Mejora de habilidades de afrontamiento a situaciones de estrés.
7. Aumentar el conocimiento sobre la enfermedad.
8. Evitar las rupturas de las relaciones sociales.
9. Apoyo y capacitación de familiares.
10. Reducir el riesgo de comorbilidad con consumo de drogas, depresión y suicidio.

METODOLOGÍA:

A pesar de la diversidad de programas integrales de intervención temprana existen en todos ellos componentes comunes y adaptaciones que pueden hacer más eficaz la intervención (Addington y Addington, 2001; Addington y Burnett, 2004):

1. Psicoeducación: evaluación de las experiencias psicóticas, desarrollar un modelo de psicosis, etc.
2. Terapia individual cognitivo-conductual. Independientemente del formato elegido, esta terapia debe incluir: compromiso terapéutico, potenciación de estrategias autorreguladoras, estilo socrático, desafío verbal a los delirios, pruebas de realidad, naturalizar, trabajo con esquemas, tratamiento de ansiedad y depresión, prevención de recaídas.
3. Grupos específicos (complementan el trabajo individual). Deben incidir sobre las habilidades interpersonales, psicoeducación, promoción de la salud, factores de riesgo y habilidades de afrontamiento y manejo del estrés.
4. Orientación vocacional: entrenamiento y planificación educativa y laboral, preservar y adecuar intereses vocacionales.
5. Intervención con familias: aprender a detectar pródromos, adherencia al tratamiento y solución de problemas específicos.

En la tabla siguiente se describen tres terapias orientadas a la recuperación
Adaptada de “Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la AEN” (Bravo Ortiz et al, 2009).

	Terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE) (Henry et al., 2004)	Terapia cognitiva para síntomas positivos persistentes (Rollison et al. , 2008)	Terapia cognitiva interpersonal para la recuperación de la psicosis (Gumley et al., 2006)
Formato	Individual	Individual	Individual
Objetivo	Adaptación a la psicosis y disminución de la morbilidad secundaria	Disminuir los síntomas positivos persistentes estresantes	Facilitar la reorganización del yo, la recuperación de la psicosis y prevenir recaídas
Población	Personas en fase estable tras episodio psicótico	Personas con síntomas psicóticos y estresantes persistentes	Personas en recuperación tras su primer episodio psicótico
Foco	Múltiples yo Identidad Síntomas Comorbilidad	Síntomas positivos y trastorno emocional asociado	Prevención recaídas Recuperación emocional Afrontamiento interpersonal Relación terapéutica
Técnicas	Psicoeducación Manejo de estrés Reconstrucción identidad Rejilla, línea temporal Resolución problemas Reestructuración cognitiva Prevención de recaídas	Vínculo e implicación Psicoeducación Afrontamiento de psicosis Técnicas cognitivas: Estilo socrático Desafío verbal y pruebas de realidad Generación alternativas Estrategias afrontamiento	Normalización Autorreflexión Autoaceptación Descentramiento Reatribución verbal Conductas de seguridad Imágenes Narrativas Modificación de creencias
Manual	Sí	Sí	Sí
Duración	6-9 meses	6 meses 24 sesiones	9-12 meses 25 a 30 sesiones
Principales efectos	Tendencia a mejorar los indicadores cognitivos de ajuste y adaptación a la psicosis	Reducción de síntomas positivos persistentes y del malestar asociado a estos	Prevención recaídas Reingresos hospitalarios Sintomatología Conductas prosociales

Desde el CRPS se pueden hacer las siguientes adaptaciones para contribuir a que estas intervenciones tengan éxito:

1. Buscar contextos comunitarios para la intervención (salas en centro de la juventud, atención primaria,...).
2. Iniciar la intervención por aspectos más normalizadores, áreas no estigmatizantes (problemas de estrés, conocimiento sobre drogas, etc.).
3. Buscar un ambiente cálido y con espacios lúdicos (bebidas, comida, juegos, etc.).
4. Promover la participación activa de los usuarios durante todo el proceso.
5. Preservar los ambientes que todavía mantengan (red social de amigos, formación, trabajo, etc.).

10.3.2. Habilidades de crianza para padres-madres con tmg

Durante años los intereses sobre el tema de la maternidad de personas afectadas de TMG han versado más en la repercusión de la esquizofrenia sobre el desarrollo psico-evolutivo de los niños y niñas, en poder identificar los factores que pueden influir negativamente en los hijos, que sobre las competencias de la madre para su cuidado.

En estudios más recientes el interés no sólo se centra en ver el impacto de los TMG en los hijos sino en intentar describir cuáles son los elementos de la conducta de apego de la madre que influyen negativamente en el desarrollo del niño. Se perfilan fundamentalmente los siguientes:

- Contacto ocular reducido.
- Poca estimulación.
- Inhabilidad para detectar señales en el hijo (estados de ánimo, deseos, etc.).
- Desarmonía entre madre-hijo (Bosanac, Buist y Burrows, 2003).
- Desorganización en las rutinas.
- No hay respuestas a las demandas (Snellen, Mack y Trauer, 1999).
- Correlación entre apego inseguro y problemas psiquiátricos en la edad adulta. (Goodwin, 2003).

En el año 2005 (Abel, Webb, Salmon, Wan y Appleby, 2005) se hace un estudio sobre factores predictores de buen desarrollo de los hijos con 900 madres desde 1996 hasta 2000. Encuentran entre estos factores la estabilidad familiar, los soportes informales, tener una pareja estable, buena situación económica y un nivel aceptable de habilidades de crianza.

Así, el impacto de un padre o madre con TMG en el funcionamiento de la familia está mediado por interacciones complejas que incluyen tanto los factores relacionados con su TMG (síntomas, efectos secundarios, hospitalizaciones), como por factores secundarios (déficits en las habilidades de crianza, falta de armonía en la pareja, aislamiento social, inseguridad, paro, bajos ingresos, infraviviendas, etc.). Todo esto contribuye al estrés que sufren las mujeres con esquizofrenia y se añaden a su rol como madre.

Los elementos comunes de los programas dirigidos al entrenamiento de las habilidades de crianza y el rol de madre son:

- Manejo de la enfermedad y repercusión en la crianza.
- HH de crianza como parte del repertorio de habilidades de la madre.
- Promover la relación positiva madre – hijo.
- Apoyo al crecimiento de los hijos.
- Búsqueda de alternativas en la red de apoyo del usuario para los momentos de recaídas y/u hospitalizaciones.

Como hemos visto antes, y como ocurre en otras áreas como el empleo y el tiempo libre, el ser padre es un tema en el que muchas personas pueden fracasar si no se les incluye en programas de rehabilitación. La rehabilitación eficaz de los roles de crianza requiere un acercamiento comprensivo que incluye una variedad de tratamientos y soportes sociales. De tal forma, que un programa de crianza debe formar parte de un trabajo en rehabilitación de roles parentales que debe incluir también otros elementos (programas de psicoeducación, coordinación con otros recursos, búsqueda de apoyos en la red del padre,...).

OBJETIVOS

Objetivo general: Enseñar y dotar a los padres de estrategias y habilidades específicas para facilitar la tarea de educar a sus hijos y afrontar las dificultades que vayan surgiendo.

Objetivos específicos:

- Aprender a concretar y definir operativamente las conductas a modificar.
- Intervenir para incrementar las conductas pro-sociales y disminuir las conductas problemáticas de los hijos.
- Aprender técnicas específicas de manejo conductual.
- Participar en actividades de ocio junto con sus hijos.
- Conocer mejor su enfermedad y poder explicarles a sus hijos en qué consiste.

La selección de los participantes debe partir del criterio básico de incluir a aquellos usuarios/as cuya condición de padres-madres suponga una situación de riesgo, bien por las dificultades de manejo debido a la falta de habilidades básicas, bien por constituir la crianza un desencadenante de malestar, y en ambos casos prever que el dotarles de recursos en este sentido mejoraría su calidad de vida. El criterio de homogeneidad lo marca la edad de los hijos. Esto hace que el grupo puede ser heterogéneo en otras categorías: diagnóstico, nivel socioeconómico, nivel de competencias básicas, etc.

La metodología de trabajo es la propia de un programa conductual, con sesiones semanales de una hora y media de duración, y con sesiones individuales de apoyo en los casos de personas con más dificultades en el aprendizaje.

Los contenidos del programa se dividen en tres módulos: una primera dedicada a aclarar conceptos básicos sobre trastornos mentales, basada fundamentalmente en los conocimientos actuales sobre esquizofrenia y trastornos psicóticos crónicos a la luz de la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977); una segunda parte que constituye el núcleo del programa, que presentamos como "manejo de contingencias", consistente en la revisión de nociones básicas de la teoría del aprendizaje, así como el

aprendizaje y la generalización de algunas técnicas sencillas de modificación de conducta, y una tercera parte en la que se informa y orienta sobre actividades de ocio-tiempo libre y recursos normalizados en relación a la infancia y niñez.

Dependiendo de la edad de los hijos de los componentes de cada grupo, los contenidos del segundo módulo se dedican a:

- 0-5 años:
 - Dotar de habilidades de cuidados
 - Seguimiento de citas pediátricas
 - Conocer el desarrollo evolutivo y evitar problemas.
 - Fomentar la relación afectiva (apego)
 - Prevenir accidentes domésticos

- 6-12 años:
 - Manejo de conductas disruptivas
 - Manejo de contingencias
 - Mostrarse como modelo eficaz
 - Fomentar la socialización
 - Seguimiento de la etapa escolar

- 13-17 años:
 - Aprender habilidades de comunicación y negociación
 - Detectar conductas disruptivas
 - Fomentar la relación de confidencialidad madre-hijo
 - Fomentar la socialización

Los resultados que se obtienen con estos programas son fundamentalmente los siguientes:

- Cambios relevantes en la relación con los hijos.
- Aplicación exitosa de alguna técnica aprendida en el grupo.

- El percibirse y percibirle más competente ayuda a delegar el cuidado sobre el niño en sus padres.
- El rol de madre/padre adquiere un carácter más normalizador al entender que no son los “únicos”.
- Es más fácil el acercamiento al niño cuando ambos han vivido siempre en la misma casa, aunque la interacción haya sido escasa.
- A medida que se avanza, el padre se implica más en coordinarse con los contextos donde está su hijo (colegio, pediatra, polideportivo, etc.).
- Por su carácter preventivo, es un proceso a muy largo plazo, por lo que es necesario retomar el formato grupal en distintos momentos del desarrollo evolutivo del niño.

11**OTROS ASPECTOS RELEVANTES**

11. OTROS ASPECTOS RELEVANTES

11.1. Perspectiva de género

A partir del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007, se incluye la perspectiva de género como uno de los principios que deben guiar la atención.

Los aspectos culturales que tradicionalmente han diferenciado a hombres y mujeres hace que estas últimas sufran una doble discriminación, como mujer y como persona con discapacidad, de tal forma que las mujeres suelen acudir más tarde a los servicios, entre sus objetivos están en menor medida la adquisición de roles productivos y mayoritariamente suelen dedicarse o bien a tareas de cuidado de otras personas en el domicilio o bien sin tareas asignadas, permaneciendo aisladas en sus domicilios.

El trabajo en rehabilitación según la perspectiva del género no consiste en segregar sino en adecuar nuestras intervenciones a las necesidades que las mujeres tienen dentro de las diferentes áreas vitales y en incluir objetivos que les lleven a mayor visibilidad y a la ocupación en roles valiosos para la sociedad.

Objetivo general: Detectar, atender y adecuar las intervenciones en rehabilitación a los aspectos relacionados con el género en mujeres con TMG.

Objetivos específicos:

- Disminuir el tiempo que transcurre desde la detección hasta su derivación a rehabilitación.
- Aumentar objetivos formativos y laborales.
- Actualizar revisiones médicas según el calendario del centro de salud.
- Facilitar el cambio de roles (de cuidadoras a otros roles productivos).
- Sensibilizar a los profesionales para la detección de posibles casos de violencia de género.

El trabajo desde la perspectiva de género no requiere una metodología diferente a la que se ha visto hasta ahora en este documento, sólo prestar atención a determinados aspectos en la evaluación e intervención.

En la evaluación incluir dentro del apartado de salud exploración de los aspectos de salud propios de la mujer (embarazo, climaterio, prevención del cáncer de cérvix y del cáncer de mama), incluidos en los programas de cuidado de los servicios de salud del distrito, así como entrevistar sobre el uso de recursos comunitarios específicos de salud (centro de la mujer, asesoría jurídica si es necesario, etc.).

Dentro de la intervención son aspectos de especial relevancia:

1. Hábitos de salud: con especial relevancia a aspectos de prevención de enfermedades propias del género, imagen física y de nutrición.
2. Ocio y tiempo libre.
3. Aumento de la red social.
4. Integración comunitaria.
5. Integración laboral.

11.2. Inmigración, interculturalidad y salud mental

En los últimos años, se ha detectado un incremento considerable de la población inmigrante en España, lo cual implica así mismo un incremento de la población inmigrante con TMG. La importancia de tener en cuenta a este nuevo colectivo se debe a que hay que atender a sus necesidades y demandas que difieren de las de las personas con TMG españolas en diferentes áreas:

- Situación administrativa

Hay que tener en cuenta si la persona inmigrante está en España de forma regular o irregular, si estamos en el segundo caso, la intervención del recurso estará muy orientada, al menos a corto plazo, hacia el proceso de regularización y hacia la gestión de toda la documentación necesaria para poder acceder a cualquier tipo de recurso socio-sanitario y comunitario; obtención de tarjeta sanitaria, empadronamientos, etc.

Así mismo esta situación hace que el usuario no pueda tener ingresos económicos, bien por pensiones o ayudas de la administración, bien por actividad laboral”, por lo que en muchas ocasiones no tienen cubiertas sus necesidades más básicas, como el alojamiento o la manutención.

Por último esta situación irregular implica un permanente estado de ansiedad y miedo a que los detengan en cualquier momento en la calle (hecho que se produce con frecuencia) y puedan ser deportados o detenidos.

- Historia biográfica y de aprendizaje

A la hora de evaluar la historia biográfica del sujeto, se pueden encontrar múltiples situaciones dramáticas, como historias de pobreza, de infancia con hambre y miseria, trabajo infantil, no escolarización, experiencia de guerras y genocidios, abandonos, etc.

Todas esas situaciones traumáticas afectan enormemente no solo a las manifestaciones de su salud mental sino a su evolución, habilidades de afrontamiento, capacidades y posibilidad de normalización-rehabilitación.

- Dificultades específicas

La inmigración generalmente es consecuencia de carencias en su país de origen y está motivada por la búsqueda de nuevas oportunidades, a veces posibles o a veces irreales, que llevan a la persona a irse de su país natal, donde tiene su familia, sus amigos y un entorno conocido para llegar a un país que puede desconocer totalmente, desde el idioma a las costumbres y la cultura y donde es probable que se encuentre solo, sin familia, amigos o apoyo social. Todo ello produce una situación de desamparo, desarraigo y soledad que hay que tener en cuenta en cualquier proceso de rehabilitación.

Así mismo frecuentemente los inmigrantes desconocen los recursos que existen en su comunidad y los itinerarios o procedimientos necesarios para acceder a ellos. Además hay que contar que en muchos casos su condición de inmigrante produce rechazo, prejuicios y supone una barrera añadida para acceder a los recursos.

- Variables culturales

Los inmigrantes pueden provenir de países europeos, comunitarios o no, cuya cultura es más o menos similar a la nuestra, pero en ocasiones provienen de países con culturas y tradiciones muy diferentes; personas de África subsahariana, países orientales, caribeños etc., en cuyos países son aceptadas muchas creencias que en occidente no son habituales como dar validez a las creencias sobrenaturales, a las ideas delirantes o alucinaciones y a las intervenciones mágicas y chamánicas en el proceso de curación, lo que hace más difícil la conciencia de enfermedad y la intervención en este área.

Otro aspecto a tener en cuenta en otras culturas, especialmente de religión musulmana, es la influencia del género a la hora de determinar conductas que pueden ser valoradas como femeninas (un usuario varón estará menos dispuesto a realizar las tareas domésticas en un piso supervisado) o masculinas (el papel de terapeuta o tutor puede no ser aceptado si lo desempeñan mujeres por lo que se dificulta el enganche terapéutico y la capacidad de favorecer aprendizajes o cambios en el usuario).

- Expectativas

Todo inmigrante tiene un objetivo al venir a España, que se traduce por ideas de mejora de su situación en el país de origen; salir de la pobreza, conseguir un trabajo, enviar dinero a su familia, pagar las deudas contraídas en el proceso de migración a España, etc. Si la realidad a la que se ve abocado el usuario no es la que él creía (hecho que suele ser lo más probable) se produce una gran frustración que afecta necesariamente a su situación psicológica.

Como orientación general a la intervención con la población inmigrante sería necesario:

- Una adecuada evaluación individual que tenga en cuenta la historia biográfica, el itinerario de inmigración y las situaciones vitales estresantes vividas.
- Asegurar, como objetivo urgente que el usuario tenga cubiertas sus necesidades básicas de supervivencia.

- Es necesario ajustar las intervenciones teniendo en cuenta su especificidad cultural por lo que conviene tener un mínimo conocimiento sobre la cultura y costumbres del país de origen del usuario.
- Además de las intervenciones médicas, psiquiátricas y rehabilitadoras, se va a hacer imprescindible que el usuario reciba atención y apoyo de numerosos recursos relacionados con la inmigración, el área legal, educativos para aprender castellano, etc. por lo que la continuidad de cuidados y la coordinación van a ser en todo momento piezas claves en la intervención.

11.3. DIVERSIDAD FUNCIONAL

En ocasiones se derivan a los servicios de rehabilitación personas que además de tener un diagnóstico psiquiátrico grave tienen algún otro tipo de discapacidad. En este apartado se intentará reflexionar sobre cuáles son las adaptaciones mínimas que se pueden hacer para atender a esas personas con la misma eficacia que a todos los demás.

Hay un elemento común a todos que tiene que ver con el contactar con las asociaciones y servicios especializados en esa discapacidad para conocer los recursos con los que podríamos contar.

Las investigaciones al respecto son escasas, detectándose la necesidad de desarrollar estudios que validen las adaptaciones necesarias en este ámbito.

DISCAPACIDAD VISUAL

En España, las personas que tienen discapacidad visual se atienden en los servicios de la ONCE por lo que es con ellos con los que debemos contactar. Dentro de la ONCE hay un profesional llamado técnico de integración que nos puede servir de gran ayuda. Esta persona puede entrenar al usuario a moverse por el centro, así como por su casa y todos los trayectos que necesite. Además, realiza las adaptaciones necesarias para el uso de recursos y entrenamientos de AVDs en el domicilio.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las personas con discapacidad intelectual tienen más problemas de salud mental que las personas sin discapacidad intelectual (entre el 20 y el 40%). Las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables a tener problemas de salud mental por causas biológicas (por ejemplo, la alteración del par 21 produce cambios hormonales y hay mayores tasas de cambios en el estado de ánimo). Son más vulnerables porque tienen menos capacidades cognitivas, baja tolerancia al estrés y una autoestima más baja. A nivel social tienen una mayor vulnerabilidad dado que muchas de estas personas han vivido situaciones sociales desgraciadas.

Un gran problema para que se realice este doble diagnóstico se debe al efecto eclipsador en el que la discapacidad intelectual oculta trastornos psiquiátricos como la depresión o la esquizofrenia.

Los tratamientos más eficaces para intervenir con personas con este trastorno dual son la combinación de psicofármacos y la terapia conductual positiva.

Desde hace unos años existen en España centros de atención específicos para personas con este trastorno dual.

DISCAPACIDAD AUDITIVA

Cuando la persona tiene como lengua primera la LSE (lengua de signos española) contactaremos con las asociaciones de personas sordas así como con los servicios de intérpretes con que cuente la comunidad.

Es importante completar la evaluación con el área de su discapacidad: inicio de la sordera, tipo, colegio en el que estuvo escolarizado, adaptación de prótesis, nivel y modo de comunicación, etc.

Hay que tener especial cuidado en no poner muchas barreras en la comunicación, sobre todo si la persona con discapacidad auditiva tiene buena lectura labial; hablar a la cara, sin vocalizar demasiado (deforma las palabras), sin objetos en la boca (bolígrafo), con buena luz, avisando cuando hay un cambio de tema, etc.

Entre los primeros objetivos de intervención tendríamos como prerrequisito que mejorara sus habilidades comunicacionales (si no son las apropiadas), para ello hay que contactar con asociaciones que den clases de LSE, lectura labial o vocalización, así como adaptaciones protésicas.

Objetivo también de conocimiento sobre la comunidad para su posterior integración comunitaria, ya que muchas personas con discapacidad auditiva desconocen cómo funcionan muchos de los servicios de la comunidad donde viven.

Con respecto a las familias, también como prerrequisito es importante mejorar los sistemas de comunicación con su familiar, muchas veces esta es muy rudimentaria (la mayor parte de los padres de hijos sordos son oyentes, y muchos de ellos no comparten el mismo sistema comunicacional con sus hijos) y la comunicación entre ellos es muy básica y se reduce a aspectos meramente instrumentales.

DISCAPACIDAD FÍSICA

La discapacidad física, por ser una de las más visibles es por tanto también una de las más atendidas por lo que la construcción física del contexto donde se realizará la intervención tendrá que llevar de antemano la supresión de barreras arquitectónicas que la legislación establezca en ese momento para facilitar el libre acceso a todos los espacios del CRPS así como un servicio adaptado a personas con movilidad reducida.

11.4. Estigma

El estigma asociado a los TMG y a las personas que la padecen, se aborda en numerosos estudios e investigaciones desde diferentes perspectivas: asociación entre trastorno mental y violencia, tratamiento que se da a los TMG en los medios de comunicación, estigma en los profesionales del ámbito socio sanitario, familiares y hasta del propio afectado (auto-estigma).

El estigma definido como el prejuicio que predispone a actitudes negativas hacia la persona con TMG implica un conjunto de creencias erróneas, actitudes de rechazo social, temor y acciones excluyentes que dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de discriminación.

Desde la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, y dentro del marco de la Red Pública de Atención Social a Personas con TMG, se apoyan y desarrollan toda una serie de acciones de sensibilización social y lucha contra el estigma. Desde los recursos de dicha Red como objetivo transversal y definitorio de la intervención se encuentra el paliar el estigma asociado a las personas con TMG y se operativiza en diferentes acciones realizadas en cada recurso. Dichas acciones tienen como objetivo la sensibilización social hacia la realidad de esta población, desde un conocimiento serio, técnicamente riguroso e integrador. Con los datos de los que disponemos hasta el momento, dentro de las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma asociado se encuentran las acciones educativas de distintos colectivos (profesionales de salud, de la comunicación, de la educación, escolares...), así como las acciones que aumentan el contacto con los afectados, ya que el conocimiento personal se asocia con una mayor tolerancia.

Es por tanto tarea de todos y compromiso real desde los profesionales que trabajan en este campo dar cabida en las intervenciones a acciones encaminadas a la integración y la lucha contra el estigma social que sufre este colectivo. Se puede comenzar potenciando una serie de actitudes y comportamientos:

- Facilitar información a recursos de nuestro entorno sobre las actividades y el tipo de población a la que se atiende.

- Contactar con medios de comunicación para que se pueden difundir de forma más ajustada la realidad de este colectivo.
- Dar a conocer iniciativa llevadas a cabo por los propios afectados acercando una imagen más realista de esta población.
- Contactar con el tejido asociativo de vecinos y con iniciativas del ámbito local, fomentando la presencia y participación del CRPS.
- Abandonar los prejuicios y las expectativas negativas que en ocasiones se vuelcan sobre las personas que atendemos.

12**COORDINACIÓN**

12. COORDINACIÓN

Para garantizar la máxima integración posible de las personas con TMG en su entorno socio-comunitario es condición necesaria que los CRPS trabajen en red con los diferentes recursos comunitarios, tanto generales como especializados. En este sentido la coordinación es un elemento clave para la atención continuada e integral. Jiménez y Cámara (2009) la definen como el conjunto de interacciones entre las profesionales, originadas ó elicítadas por las necesidades de los usuarios y cuya finalidad es darles la mejor respuesta posible.

Finalidad de la coordinación: Dar la mejor respuesta posible a la necesidad de un usuario concreto, facilitando y potenciando la máxima participación posible del usuario y de sus familias.

- Detectar y operativizar las necesidades del usuario partiendo del análisis de sus demandas y expectativas.
- Consensuar un plan de intervención conjunto.
- Definir y consensuar estrategias de intervención.
- Distribución funcional de las acciones en función de la cartera de servicios de cada recurso.
- Ofertar el recurso más idóneo (relacionando necesidad con cartera de servicios).
- Seguimiento de las acciones.

12.1. Coordinación y trabajo integrado en los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los SSM.

Debido a la necesidad de proporcionar a la población de personas con TMG un tratamiento integral a todas sus necesidades es un requisito fundamental que los usuarios de los Servicios de Salud Mental estén incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados para poder ser derivados a los CRPS.

El PCC tiene como finalidad garantizar la atención continuada a estas personas, atendiendo no sólo a la faceta sanitaria sino a todas aquellas relevantes para su integración social, de manera que los usuarios de este programa puedan acceder a la utilización racional de los recursos sanitarios, sociales y comunitarios.

La derivación al PCC la realiza el facultativo de referencia en reuniones destinadas a tal fin, en las que participan los diferentes profesionales de los SSM. Estas reuniones tienen habitualmente una periodicidad mensual, aunque este dato puede variar en los diferentes distritos o servicios. Una vez derivado al PCC se le designa a la persona un tutor del Programa, normalmente un enfermero o trabajador social perteneciente al equipo del SSM. Esta figura es la responsable del Plan de Atención Integral del Paciente y actúa como proveedor directo de cuidados y como el coordinador de los diferentes profesionales y dispositivos que intervengan sobre la persona. También es el responsable de facilitar el acceso a los tratamientos de rehabilitación y apoyo comunitario.

Independientemente de los recursos que esté utilizando en un momento dado la persona con TMG atendida, el tutor del PCC es el que mantiene la responsabilidad sobre la continuidad de la atención global a esta persona.

Las áreas que se trabajan dentro del PCC son:

- Adherencia al tratamiento.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Área de autocontrol.
- Psicoeducación familiar.
- Integración social.

Dependiendo del SSM, en ocasiones los profesionales desarrollan programas con el objetivo de trabajar estas áreas. En otras ocasiones depositan esta responsabilidad en el CRPS a través de los objetivos marcados en el Protocolo de Continuidad de Cuidados, informe indispensable para que la derivación se formalice a los recursos de la Red Pública de Atención Social, y en concreto a los CRPS.

12.1.1. Derivación y acceso al CRPS

Teniendo como objetivo valorar la idoneidad y recoger información (situación clínica y el funcionamiento general del usuario) de las personas propuestas desde los SSM así como conseguir derivaciones ajustadas al perfil establecido como idóneo por la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid para acceder a CRPS se establecerán reuniones con una periodicidad regular, denominadas Comisiones de Derivación, o bien se realizará esta tarea en las reuniones de coordinación habituales, a la que asistirán los profesionales del PCC de los SSM de los distritos del área sanitaria de referencia así como los profesionales del CRPS.

Los profesionales del SSM realizarán una presentación verbal del caso haciendo entrega del Informe de Derivación (Ficha de Continuidad de Cuidados), otros informes disponibles (último ingreso psiquiátrico, informe social, informes de otros recursos del plan,...) e información sobre la aceptación del recurso por parte del usuario y su motivación para entrar en el recurso.

Aún cuando la rehabilitación no es un proceso de urgencia, bien es cierto que en ocasiones se pueden presentar circunstancias que hagan necesaria una rápida derivación y acceso: un usuario de los SSM renuente a implicarse en un proceso de rehabilitación acepta la derivación, o se quiere dar una continuidad de intervención en determinados objetivos que son pertinentes para un CRPS. En estos casos se flexibilizarán los mecanismos de derivación y acceso para maximizar la oportunidad de éxito en el enganche y en la intervención.

12.1.2 Seguimiento del usuario en el CRPS (Comisiones de seguimiento o rehabilitación)

Es un factor importante el establecer canales adecuados de coordinación entre los profesionales que participan en el PCC y los tutores del usuario en el CRPS, con el objetivo de complementar actuaciones y no duplicarlas. Por ello se establecen unos mínimos deseables de coordinación, que permitan conocer la evolución del usuario en el CRPS:

- Reuniones de seguimiento: son reuniones mensuales en las que se ponen en común las líneas de actuación que se están siguiendo con el usuario y se acuerdan nuevas líneas de intervención que puedan aparecer. En estas reuniones deben estar como mínimo los tutores del PCC y los profesionales del CRPS necesarios para la exposición del trabajo desarrollado con cada usuario.
- Contactos telefónicos o presenciales siempre que el seguimiento de la persona atendida así lo requiera.

En definitiva, se debe entender que el PCC es el responsable de la atención a la persona con TMG durante toda la evolución de su enfermedad, mientras que el CRPS es un recurso especializado que entrará a intervenir cuando se requiera una actuación específica de alta intensidad en los objetivos de mejora del funcionamiento psicosocial y de integración comunitaria, pero que se retirará cuando estos objetivos se hayan cumplido o se requiera otra actuación técnica o de otro dispositivo que sea incompatible con la atención prestada en un CRPS.

12.2. Coordinación con Servicios Sociales Generales y recursos socio-comunitarios.

12.2.1. Servicios Sociales Generales.

Un porcentaje significativo de los usuarios atendidos se encuentran en situación de dificultad debido a diferentes razones: situación económica, imposibilidad de llevar a cabo de forma autónoma todas las actividades de la vida diaria necesarias para vivir de forma autónoma, etc.

Por ello se debe establecer una coordinación sistemática con los SSG, ya que estos tienen como objeto promover el desarrollo del bienestar social. Los servicios que prestan son:

- de información, valoración y orientación
- cooperación social
- de ayuda a domicilio
- de convivencia

Al igual que ocurría en las coordinaciones con los SSM, se llevarán a cabo las coordinaciones necesarias entre el trabajador social del CRPS y los Servicios Sociales para aquellos usuarios que así lo requieran.

A nivel formal la coordinación dependerá del lugar en que esté ubicado el CRPS y la estructura previa que tengan las coordinaciones entre los SSM y los Servicios Sociales. Así, por ejemplo, puede que éstos últimos participen de la Comisión de Rehabilitación de Área por lo que éste será otro lugar de coordinación, o que se realicen reuniones específicas entre el SSM y los SSG a las que se puedan incorporar profesionales del CRPS, etc.

12.2.2. Recursos Socio-comunitarios

La rehabilitación psicosocial es eficaz cuando la intervención está orientada al propio medio comunitario. Si el objetivo es la integración, un CRPS debe coordinarse con todos aquellos dispositivos “normalizados” que promueven esta integración o que sirven de plataforma para realizarla, es decir, aquellos recursos que ofrecen actividades culturales, formativas o de otro tipo y que favorecen la interacción social.

La utilización de recursos abiertos a la población general o específicos para personas con TMG dependerá, lógicamente, de las necesidades concretas de cada persona, de su familia y de su entorno.

12.2.3. Recursos integrados en la Red Pública de Atención Social

La diferenciación en objetivos específicos de los diferentes recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (de rehabilitación, residenciales, laborales, de apoyo social, etc.) hace que un mismo usuario pueda ser atendido por más de uno de ellos. Por ello es necesaria la coordinación con aquellos recursos en los que se lleve a cabo una intervención con un usuario del CRPS. Estas coordinaciones deben centrarse en compartir los objetivos a trabajar con el usuario, y una vez acordados, repartir las tareas a desarrollar por cada recurso para dar cuenta de estos objetivos. Lógicamente, los recursos con los que coordinarse son:

- Residencias.
- Pisos supervisados.
- Centros de Día de Soporte Social.
- Centros de Rehabilitación Laboral.
- Equipos de Apoyo Social Comunitario.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Aun siendo difícil establecer unos canales de coordinación mínimos comunes a todos los CRPS de la Red de Pública Atención Social, debido a las peculiaridades de cada área, se pueden proponer los siguientes:

- Reuniones con los SSM para la derivación y seguimiento de los casos.
- Reuniones con los SSG
- Comisión de rehabilitación: el objetivo sería la organización de la atención y la coordinación de las instancias sanitarias y sociales que participan en la intervención con las personas que padecen un TMG grave y duradero.
- Reuniones con la asociación de familiares: con un objetivo estratégico de apoyo al asociacionismo.
- Reuniones con otros dispositivos de la Red Pública de Atención Social: con la finalidad de asegurar la coherencia en los objetivos e intervenciones a desarrollar con los usuarios que utilizan varios recursos simultáneamente.

13**ORGANIZACIÓN INTERNA**

13. ORGANIZACIÓN INTERNA

El CRPS es un dispositivo complejo dado que a su alta especialización se une la atención desde un equipo interdisciplinar. A continuación se verá sucintamente los criterios básicos sobre capacidad del Centro, horarios de funcionamiento y cantidad y funciones de los profesionales.

13.1. Capacidad de atención y horario de funcionamiento.

Los CRPS poseen una capacidad asistencial que oscila entre las 60 y las 90 plazas. La apertura del CRPS es de lunes a viernes, en un horario que se sitúa entorno a las 8:00/9:00 de la mañana para su inicio y hacia las 18:00 horas de la tarde para su cierre.

13.2. Plantilla, tipo, número y funciones básicas de las distintas categorías.

A continuación se detalla la composición del equipo y las funciones inicialmente planteadas para cada profesional.

El equipo del CRPS habitual para 60 usuarios debería contar con los siguientes profesionales:

- 1 Director/a.
- 2 Psicólogos/as.
- 1 Trabajador/a social.
- 1 Terapeuta ocupacional.
- 3 Educadores/as.
- 1 Auxiliar administrativo.

Tras los años de trabajo que lleva desarrollando su intervención este tipo de dispositivos se puede hablar de que existirían unos estándares mínimos que suponen un psicólogo para un máximo de 30 usuarios y un educador por cada 20-30 usuarios.

En lo referido al psicólogo, superar esta cifra de treinta usuarios supone comenzar a perder la información sobre lo que pasa en la vida cotidiana de los usuarios que atiende y tener dificultades para poder desarrollar la atención intensiva que este tipo de procesos de rehabilitación psicosocial requiere. En cuanto a las figuras del trabajador social y terapeuta ocupacional se suele considerar una ratio de un profesional de cada tipo por centro.

Las funciones previstas para cada categoría profesional son:

Director/a (psicólogo/a):

- Coordinación Técnica del CRPS :
 - Dirección y coordinación del personal.
 - Coordinación de los programas y actividades de los Centros.
 - Planificación y ajuste de horarios.
 - Supervisión, evaluación y valoración de los programas y demás actividades del CRPS.
 - Gestión de los aspectos administrativos y económicos.
 - Facilitar y promover la formación continuada del personal así como el desarrollo de investigaciones relacionadas con temas de rehabilitación.

- Coordinación externa:
 - Organizar y mantener la colaboración y coordinación con los SSM de referencia.
 - Organizar y mantener la coordinación con los servicios sociales generales de la zona.
 - Coordinación con los responsables técnicos de Consejería.
 - Coordinar la supervisión y apoyo a los recursos residenciales y ocupacionales destinados a personas con TMG dependientes de la Consejería que le correspondan al Centro según su sectorización.
 - Promover y organizar la formación, colaboración y apoyo a recursos comunitarios de la zona, útiles para favorecer la integración social de los usuarios atendidos.

Psicólogo/a:

- Recepción de usuarios y preevaluación en colaboración con el/la Trabajador/a Social.
- Evaluación funcional de los usuarios y coordinación con el/la Trabajador/a Social en la evaluación de los aspectos sociales.
- Diseño de los planes individualizados de rehabilitación.
- Tutorización de usuarios.
- Diseño, programación e implementación de las diferentes actividades de rehabilitación y apoyo comunitario (programas de entrenamiento de habilidades, programa de Escuela de Familias, actividades de apoyo social y comunitario, etc.)
- Colaboración en la evaluación global del Centro y de la eficacia y relevancia de sus distintas actividades.
- Evaluación de cada usuario en las diferentes actividades y estrategias que conforman su proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.
- Organización, coordinación y desarrollo del seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.
- Formación y supervisión de los otros profesionales del centro, así como de los recursos, profesionales y líderes comunitarios.

Trabajador/a Social:

- Evaluación, en coordinación con el psicólogo, de los aspectos sociales, familiares y económicos de los usuarios.
- Coordinación con los SSG de la zona.
- Apoyo y colaboración en las tareas de tutorización de los usuarios.
- Colaboración y apoyo en el desarrollo del proceso de rehabilitación e integración social, y en las actividades de apoyo y soporte social. Así como en las tareas de información, psicoeducación y apoyo a las familias.
- Asesoramiento a usuarios y familiares sobre recursos y prestaciones sociales, en colaboración con los SSG de la zona.
- Colaboración en el contacto, formación y utilización de otros recursos comunitarios.
- Colaboración, coordinación y apoyo en los procesos de seguimiento y apoyo comunitario.

Terapeuta Ocupacional:

- Colaboración en la evaluación y programación de las áreas de autocuidado, actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre e integración comunitaria.
- Organización de la intervención en dichas áreas y en las actividades de apoyo.
- Apoyo a las labores de tutoría y a las actividades de utilización e integración en recursos comunitarios.
- Colaboración en las tareas de formación y sensibilización en la comunidad.
- Apoyo en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.

Educadores/as:

- Colaboración en las tareas de evaluación y programación, en las distintas áreas de intervención: auto-cuidado, actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, etc.
- Colaboración en el desarrollo de los programas de entrenamiento e intervención a realizar con los usuarios y en el conjunto de actividades de apoyo social comunitario.
- Apoyo y colaboración en las tareas de tutorías.
- Apoyo y supervisión de los usuarios en los entrenamientos y actividades en la "calle" y en la utilización de recursos socio comunitarios.
- Colaboración en las tareas de formación y sensibilización en la comunidad.
- Colaboración y apoyo en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.

Auxiliar administrativos:

- Labores de recepción, administrativas y colaboración en el cuidado y mantenimiento de los centros.

Auxiliar de Limpieza y mantenimiento:

- Desarrollo de las labores de la limpieza general de los centros y colaboración en el cuidado y mantenimiento del centro.

13.3. Organización interna y coordinación del equipo.

La organización interna de un CRPS debe atender a diferentes aspectos de la intervención que se han descrito en esta guía, de forma que quede asegurado un funcionamiento adecuado.

Estos aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de organizar el Centro son, al menos, los siguientes:

- Desarrollo de actividades grupales.
- Espacios específicos para la atención individual, tanto de seguimiento (tutorías, etc.) como de entrenamiento concreto a un usuario en particular.
- Reuniones de equipo.
- Coordinaciones entre los diferentes profesionales.
- Coordinaciones externas.
- Trabajo domiciliario y en el medio comunitario.

El centro deberá dar respuesta a estas grandes áreas de intervención o de interés y se irá a una organización que posibilite su desarrollo.

Así, se planificará, normalmente con una frecuencia anual, un horario de actividades grupales que posibilite la asistencia a los diferentes programas de entrenamiento a los usuarios que así lo requieran, y que permita organizar también la oferta de actividades grupales de soporte social que además de tal función actúen como contexto de desempeño real de lo trabajado en las actividades de entrenamiento. Quizá sea necesario además, si la asistencia desciende significativamente en los periodos vacacionales, suspender temporalmente las actividades grupales de entrenamiento en estos periodos y organizar acciones colectivas de soporte social.

Las reuniones de equipo son otro elemento clave de la organización de un CRPS. La frecuencia será variable en función de las características del centro, del equipo y de los usuarios, yendo desde una frecuencia máxima diaria a una mínima semanal. Como mínimo este espacio compartido por todos los profesionales deberá atender a los siguientes aspectos:

- Juntas o reuniones de evaluación de usuarios.
- Valoración de las actividades grupales y la consecución de objetivos a través de ellas.
- Organización de las actividades: horarios, contenidos, asistentes, etc.
- Evaluación de la eficacia de las diferentes intervenciones.
- Análisis de la evolución de los diferentes usuarios atendidos, valorando el día a día del trabajo rehabilitador sobre cada usuario, viendo las dificultades y progresos alcanzados.
- Otros aspectos organizativos, administrativos o técnicos.

Además de estas reuniones, la organización deberá posibilitar reuniones de coordinación entre diferentes profesionales, para atender aspectos concretos de la atención de los usuarios.

Y, por último, será necesario habilitar los tiempos necesarios para llevar a cabo una de las tareas básicas del CRPS, el trabajo en el medio comunitario. Este trabajo puede estar dedicado bien directamente al usuario (en su propio domicilio o en su entorno) o bien al propio medio (activación de recursos necesarios, coordinación con ellos, etc.)

13.4. Reglamento básico de funcionamiento de un CRPS

El CRPS, como recurso público, debe cumplir un conjunto de exigencias legales encaminadas a asegurar la coherencia con los reglamentos de atención a las personas desde los servicios sociales y a anticipar las medidas a implementar cuando los usuarios lleven a cabo comportamientos que no son adecuados en el Centro o con los demás usuarios del mismo.

Así, el centro debe dotarse de una carta de deberes y derechos y de un reglamento de régimen interno, además de serle de aplicación el “Decálogo de derechos de usuarios de centros de servicios sociales” establecido en la ley 11/2002 de Ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid”.

En un anexo de la presente guía se muestra un ejemplo de estas cartas de deberes y derechos y de un reglamento de régimen interno, pero en este punto sí se deben reflejar algunos elementos interesantes a tener en cuenta en este sentido.

- En rehabilitación, se debe considerar que “cuantas menos normas, mejor”. Este principio tiene que ver con el enfoque básico plasmado en esta guía de que la relación con el usuario debe ser lo más cercana y menos normativizada posible. Sí es necesario que el usuario sepa qué comportamientos no se pueden desarrollar en el Centro, pero hay que huir en la medida de lo posible de un excesivo reglamento que encorsete la relación de colaboración que constituye la esencia del proceso rehabilitador entre el profesional y el usuario.
- También es idóneo que las normas se establezcan con los propios usuarios. Es decir, que las personas atendidas se doten de las normas que ellos consideren más adecuadas.

El CRPS deberá contar también con un reglamento de régimen interno, donde se expliciten los tipos de sanciones correspondientes a los diferentes comportamientos inadecuados que puedan desarrollar los usuarios atendidos. Este reglamento deberá ser conocido por los usuarios, y tener la gradación de sanciones suficiente para poder marcar límites a conductas inadecuadas pero no por ello privar de la atención a personas que podrían beneficiarse de ellas. Es decir, el reglamento de régimen interno debe servir para modificar comportamientos inadecuados y sólo en último término se podría utilizar para defender al centro de la presencia de una persona que no es capaz de utilizarlo de forma mínimamente adecuada.

Por último, el CRPS deberá, tal como marca la legislación, disponer de un mecanismo que asegure la protección de datos de carácter personal. Hay un conjunto de datos que habitualmente aporta el usuario o su familia durante la evaluación y posterior intervención y que entran dentro de la cobertura legal de la ley de protección de datos, y como tales pueden ser retirados o modificados a instancias del usuario, por lo que el Centro debe facilitar este procedimiento a los usuarios que así lo requieran. En un anexo de esta guía se presenta un modelo de cláusula de protección de datos.

14**INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO
Y CALIDAD**

14. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD

14.1. Introducción

Entre los tipos de centros que ha diseñado la Consejería de Políticas Sociales y Familia se incluyen los CRPS, que se conciben como un tipo de Centros dirigidos a acompañar y facilitar a las personas con algún diagnóstico de TMG de larga duración para que logren el máximo desarrollo de su autonomía personal y social y el mayor grado posible de integración social en la comunidad; así como el apoyo a sus familias. Esta misión de los CRPS se puede resumir en las siguientes funciones:

- Rehabilitación psicosocial y Apoyo a la Integración social.
- Seguimiento y soporte comunitario.
- Apoyo a las Familias.

Para vehicular estas funciones los CRPS desarrollan unos procesos mínimos, recogidos en las condiciones técnicas que marca la Consejería de Políticas Sociales y Familia, que son: acogida y enganche, evaluación y formulación del PIR, intervención, seguimiento y apoyo comunitario. Los procesos pretenden asegurar, mediante un conjunto de actividades, los objetivos señalados.

Desde hace unos años se vienen desarrollando los modelos de atención con calidad en los Servicios Sociales. La atención psicosocial con calidad pretende una intervención eficaz, eficiente y basada en principios de evidencia empírica. Los CRPS no son ajenos a estos desarrollos. En general, la calidad parte de las necesidades detectadas en las personas atendidas (o que se van a atender), y persigue cumplir y superar las necesidades detectadas y las expectativas formuladas. Calidad es, para empezar, asegurar que las cosas se hagan bien, y para ello se han de definir los objetivos que se persiguen, las actividades con las que se espera conseguir estos, diseñar los indicadores para medir los aspectos anteriores, y establecer unos estándares entre los que se espera que se sitúen los indicadores. Los indicadores nacen a partir de la definición de las variables críticas para cada objetivo.

Los indicadores tienen una primera función que es reflejar los resultados de la intervención (Indicadores de resultados). Los indicadores de resultados responden a la pregunta ¿Qué se está consiguiendo?, y se pueden dividir en indicadores de impacto e indicadores de satisfacción. Los primeros miden cambios “objetivos” en alguno de los ámbitos de rehabilitación, los segundos miden percepciones acerca del servicio que se ofrece a las personas usuarias del CRPS.

Otra función de los indicadores es conocer qué se está haciendo, cómo se está haciendo, y si lo que se está haciendo es lo que está produciendo esos resultados (indicadores de proceso). Se asume que si se realizan ciertas acciones se facilita la obtención de los resultados deseados. Los indicadores de proceso permiten intervenir en el curso de la acción para corregirla si es necesario y poder así alcanzar los objetivos. ¿Se están realizando las acciones previstas? ¿Cómo se está llevando a cabo el proceso de rehabilitación?.

Además, los indicadores tienen la función de comparar distintos servicios de la Red, para asegurar la adecuada gestión de los procesos esenciales, y facilitar la mejora continua.

Los indicadores y estándares que se proponen en este documento están fundamentados en los propios datos reflejados en las memorias de los CRPS, en el documento de *“Estándares básicos de atención y funcionamiento de los CRPS”* elaborado por la Consejería de Políticas Sociales y Familia y los propios criterios del grupo redactor. Señalar que estos indicadores y estándares no son algo inamovible y serán corregidos y/o adaptados en futuras revisiones de los criterios.

Por último señalar que la reflexión del propio equipo de profesionales de los CRPS sobre su propio trabajo añade un plus a la calidad en la atención y en el servicio. Es por ello por lo que se sugiere la realización con frecuencia anual de una o varias “jornadas de reflexión interna” en cada uno de los CRPS que facilite espacios y tiempos específicos dedicados a valorar el trabajo que se realiza y a proponer mejoras en la atención.

14.2. Indicadores de proceso

La definición de indicadores pasaría por definir y aclarar los objetivos, definir las variables críticas para cumplir el objetivo (¿cómo nos damos cuenta si lo estamos logrando?) para, finalmente desarrollar el indicador. Un estándar define, a su vez, un rango deseable del indicador, por debajo (o por encima) del cual los valores no serían admisibles.

Los objetivos, indicadores y estándares mínimos que se proponen son:

ACCESO, ACOGIDA Y ENGANCHE

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
<p>1.- Acceso, acogida y enganche: procura el adecuado enganche desarrollando para ello las actividades necesarias para lograr la implicación y participación activa de la persona en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario. Se trata de dar una respuesta lo más rápida posible a la demanda que se realiza desde el SSM y de facilitar la aceptación por parte de la persona del servicio que se la ofrece (CRPS)</p>			
1	Que las derivaciones a los CRPS se produzcan a través de los informes de derivación pertinentes.	≥90%.	$\% = \frac{\text{Nº de informes de SSM de las personas derivadas} \times 100}{\text{Nº de personas derivadas}}$
2	Favorecer las vinculación de usuarios con dificultades de enganche al CRPS	≥90%.	$\% = \frac{\text{Nº de personas de baja con los que se han realizado 3 ó más intentos de acercamiento en dos meses} \times 100}{\text{Nº de bajas en evaluación}}$

EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN (FORMULACIÓN DEL PIR)

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
<p>2.- Evaluación y planificación de la intervención (formulación del PIR): Procura una valoración inicial lo más completa y rápida posible para diseñar y acordar el Plan de Intervención</p>			
3	Que la fase de evaluación (evaluación+formulación del PIR+ redacción del informe de evaluación) no tenga una duración excesiva.	≥75%	$\% = \frac{\text{Nº de informes de evaluación en } \leq 60 \text{ días} \times 100}{\text{Nº de evaluaciones efectuadas}}$
4	Favorecer la evaluación del entorno del usuario.	≥ 65%	$\% = \frac{\text{Nº de personas con al menos una sesión de evaluación en el domicilio} \times 100}{\text{Nº personas evaluadas}}$
5	Favorecer la realización de sesiones de evaluación por parte de los psicólogos.	≥ 60%.	$\% = \frac{\text{Nº de sesiones de evaluación realizadas por los psicólogos} \times 100}{\text{Nº de sesiones de evaluación}}$
6	Favorecer la implicación y participación del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación	≥ 90%	$\% = \frac{\text{Nº de sesiones de devolución del PIR} \times 100}{\text{Nº de juntas de evaluación realizadas}}$
7	Favorecer la participación de las familias en la fase de evaluación.	≥ 50%	$\% = \frac{\text{Nº de familias evaluadas} \times 100}{\text{Nº de usuarios evaluados}}$

INTERVENCIÓN

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
<p>3.- Intervención La intervención supone el desarrollo del PIR, y se hace teniendo en cuenta las características, necesidades y ritmos de la persona. Los fines que se persiguen son mejorar su autonomía y competencia personal y social, posibilitar y avanzar en su integración social normalizada, y apoyar a sus familiares.</p>			
8	Favorecer la evaluación continua y el ajuste de los PIR a las necesidades y características cambiantes de los usuarios.	≥90%. de personas que llevan más de un año en el recurso	Nº de informes de intervención realizados X 100 %= $\frac{\text{Nº de informes de intervención realizados}}{\text{Nº de personas en intervención y seguimiento}} \times 100$
9	Favorecer que las personas que son bajas o altas del centro tengan su informe correspondiente y se pueda cerrar el expediente	100%	Nº de informes de alta/baja realizados X 100 %= $\frac{\text{Nº de informes de alta/baja realizados}}{\text{Nº de personas que han salido del recurso}} \times 100$
10	Asegurar una atención individualizada de los usuarios en intervención.	≥12	Nº de tutorías con usuarios. n= $\frac{\text{Nº de tutorías con usuarios}}{\text{Nº de personas en intervención}}$
11	Asegurar una atención individualizada de los familiares de los usuarios en atención.	≥4 (el objetivo es tener una sesión con la familia al menos cada tres meses)	Nº sesiones individuales con las familias n= $\frac{\text{Nº sesiones individuales con las familias}}{\text{Nº personas en intervención.}}$
12	Impulsar la realización de programas en grupos para el desarrollo de habilidades y competencias considerados básicos en los procesos de rehabilitación psicosocial	≥3 (se contabilizará un programa de grupo cuando al menos se han realizado 10 sesiones de ese grupo)	Realizar en el Centro al menos tres de los siguientes programas en grupo durante el año: Habilidades Sociales, Psicoeducación, Autocontrol, Escuela de Familias y Rehabilitación Cognitiva.
13	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios EEFG	≥70%.	Nº de cuestionarios EEFG cumplimentados X 100 %= $\frac{\text{Nº de cuestionarios EEFG cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$
14	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios DAS-I	≥70%.	Nº de cuestionarios DAS-I cumplimentados X 100 %= $\frac{\text{Nº de cuestionarios DAS-I cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$
15	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios de Calidad de Vida	≥50%.	Nº de cuestionarios Calidad de Vida cumplimentados X 100 %= $\frac{\text{Nº de cuestionarios Calidad de Vida cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$

SEGUIMIENTO Y SOPORTE COMUNITARIO:

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
<p>4.- Seguimiento y soporte comunitario: El seguimiento persigue asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad de gran parte de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental de larga duración. Ofrece el nivel de apoyo y supervisión que cada persona requiera para mantener y mejorar su autonomía, independencia y calidad de vida, a la vez que permite detectar e intervenir precozmente ante las dificultades que se presenten en la vida de la persona y puedan suponer un riesgo de recaída o deterioro. Para realizar el seguimiento, el CRPS trabaja en estrecha coordinación y colaboración con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental. Asimismo se debe trabajar para que en el seguimiento y soporte continuado se impliquen las redes sociales relacionadas con el usuario en su propio entorno.</p>			
16	Favorecer una desvinculación progresiva del CRPS previa al alta.	≥4	Nº sesiones de seguimiento n= _____ Nº de personas en seguimiento durante el año

14.3. Indicadores de resultados

Desde la calidad se pone énfasis en los resultados. Los indicadores de resultados pueden ser de impacto, es decir, qué se está consiguiendo en los ámbitos en los que están definidos los objetivos de intervención, y de satisfacción, esto es, cuál es la percepción de las personas “clientes” de los servicios acerca de la atención recibida.

El trabajo realizado por los CRPS se tiene que traducir en una mejora en los ámbitos señalados, pero debido a la complejidad para poder realizar evaluaciones específicas en cada uno de ellos, se ha optado por centrar los indicadores de resultado sobre el usuario exclusivamente. Así se proponen los indicadores de resultados siguientes:

1.- Rehabilitación psicosocial:

Para medir el grado de rehabilitación psicosocial se proponen desde la Consejería de Políticas Sociales y Familia, con el asesoramiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), los siguientes instrumentos:

- Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad, DAS-I de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) desarrollada por la OMS.
- Adaptación de la Escala de Calidad de Vida, de Baker e Intagliata (1982).

Con esta base se proponen los indicadores de resultados en este ámbito, indicadores recogidos en las memorias de los CRPS.

2.- Seguimiento y soporte comunitario:

En este eje del trabajo de los CRPS, se recogen en las memorias la utilización de recursos socio-comunitarios estructurados, tanto normalizados como protegidos, en cuanto a ocio, formación académica, y formación laboral. También se recoge la integración laboral de las personas atendidas en el recurso. Se entiende que una persona está “integrada” en un recurso cuando acude de forma regular.

3.- Satisfacción del usuario:

La satisfacción es una medida de la percepción subjetiva de la persona “cliente” del servicio, CRPS en este caso, acerca de la atención recibida. La escala utilizada está propuesta desde la facultad de Psicología de la UCM, y se debe pasar una vez al año por imperativo de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Resultado
17	Favorecer la integración comunitaria de los usuarios en entornos normalizados.	≥35%	Nº de personas distintas integradas en recursos socio-comunitarios normalizados ³ (<i>recursos académicos normalizados y/o recursos formativo laborales normalizados y/o recursos de ocio normalizados y/o integración laboral</i>) X 100 $\% = \frac{\text{Nº de personas integradas}}{\text{Nº de personas atendidas en el recurso durante el año}} \times 100$
18	Favorecer la inserción laboral de los usuarios	≥ 10%	Nº de personas que han trabajado durante el año X 100. $\% = \frac{\text{Nº de personas que han trabajado}}{\text{Nº de personas atendidas durante el año}} \times 100$
19	Que los usuarios del CRPS estén satisfechos con el servicio, sus prestaciones y sus profesionales	≥ 4	Puntuaciones cuestionario de satisfacción cumplimentados $n = \frac{\text{Puntuaciones de satisfacción}}{\text{Nº de cuestionarios de satisfacción cumplimentados}}$

³Se consignarán en este apartado los usuarios que utilicen con **regularidad** (se excluyen usos esporádicos o abandonos en los inicios) recursos que reúnan todas y cada una de las siguientes características:

- son recursos normalizados, no específicos para personas con trastornos mentales y que utiliza la población general
- son comunitarios
- requieren inscripción o matrícula
- requieren una asistencia regular
- son utilizados sin profesionales

Ejemplos que sí computarían en este apartado: academias de idiomas, curso de pintura en la asociación de vecinos, clases de Pilates en gimnasio, cine-forum, club de atletismo del polideportivo, biblioteca con un uso frecuente y regular o participando en un club de lectura, etc.

Ejemplos que no deberían ser computados en este apartado: ir a bares/cafeterías, ir al cine, ir a la piscina ocasionalmente (excepto si va regularmente a nadar o a clases), ir a hacer footing por el barrio, ir a una exposición de arte o un museo, etc. No computaría ningún recurso en el que el usuario fuese acompañado por algún profesional.

15

EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS CRPS

15. EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS CRPS

15.1. Memorias anuales (Guión consensuado de Memoria anual de CRPS)

Las memorias anuales de los CRPS son el documento fundamental que da cuenta del trabajo realizado en los CRPS. Su cumplimentación se realizará en los primeros meses del año en el plazo que establezcan los responsables de los Centros en la Consejería. Se intentará respetar el formato, apartados y estructura que se propone en el Guión de Memoria para facilitar el análisis global de éstas. Los comentarios y añadidos se harán en los apartados correspondientes o en anexos a la memoria. Ver modelo de guión en el anexo 7.

15.2. Cuestionarios de evaluación global (Calidad de Vida, Funcionamiento, Satisfacción).

Ver Apartado 14.3. Indicadores de resultado y anexo 8.

16**BIBLIOGRAFÍA**

16. BIBLIOGRAFÍA

- Abel, K.M., Webb, R.T., Salmon, M.P., Wan, M.W. y Appleby, L. (2005). The prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted to joint mother and by psychiatric units in England. *Journal Clinical Psychiatry*, 66, 781–789.
- Addington, J. y Addington, D. (2001). Early intervention for psychosis: The Calgary early psychosis treatment and prevention program. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 33, 11-16.
- Addington, J. y Burnett, P. (2004). Working with families in the early stages of psychosis. En J. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp. 99-116). Chichester, UK: Wiley.
- Albee, G. W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J. Sigal (eds.). *Community Psychology* (pp. 213-238). New York: Gardner Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. Second Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andres, K., Pfammatter, M., Garst, F., Teschner, C. y Brenner, H.D. (2000). Effects of a copying-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 318-322.
- Arroyo, J. y Otero, C. (2008). Consumo de tabaco en personas diagnosticadas de enfermedades mentales crónicas. *Informaciones psiquiátricas*, 194, 415-427.

- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention*. London: Chapman y Hall.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1995). Intervenciones con las familias. En M. Brichwood y N. Tarrier (Coor.) (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia* (pp. 69-99). Madrid: Ariel.
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). *Principios de ética médica*. Barcelona: Masson.
- Bellack, A.S. y Luber, R. F. (1984). Chronic Schizophrenic Patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(10), 1023-1031.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide*. Second Edition. New York: Ed. Guilford Press.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L. y Mueser, K.T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 101-116.
- Blanco, A.; Pastor, A y Navarro D (coords) (2010): Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave. Madrid Editorial Síntesis. Colección Psicología, Manuales prácticos
- Birchwood, M. (2000). The critical period for early intervention. En M. Bichwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester,UK: Wiley.
- Bosanac, P., Buist, A. y Burrows, G. (2003). Motherhood and schizophrenic illness: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 24-30.
- Bravo Ortiz, M.F., Vallina Fernández, O., San Emeterio Parra, M., Cid Colom, J., Ibáñez Rojo, V., González Cases, J. y Fernández Liria, A. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009*. Madrid: Documentos Técnicos de la AEN nº 10.

- Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V. y Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 18, 21-27.
- Brothers, L. (1990). The Social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-61.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Cuenca Cabeza, M. (1996). Editorial. *ADOZ. Boletín del Centro de Documentación en Ocio*, 9, 7-9.
- Ducke, L.W., Weathers, S.L., Caldwell, S.G. y Novack, T.A. (1992): Cognitive rehabilitation after head trauma. Toward an integrated cognitive behavioral perspective on intervention. En C.J. Long y L.K. Ross (Eds.), *Handbook of head trauma: acute care to recovery*. Nueva York: Plenum Press.
- Dumazedier, J. (1998). La importancia oculta del crecimiento del tiempo libre en la metamorfosis de la civilización. *ADOZ. Boletín del Centro de Documentación en Ocio*, 15, 10-19.
- Fallon I.R.H., Boyd, J.L. y McGill, C.W. (1984). *Family Care of Schizophrenics*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon I.R. y Liberman R.P. (1983). Behavioural family interventions in the management of chronic schizophrenia. En McFarlane (ed.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 117-37). Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I., Montero, I., Sungur, M. et al. (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorder: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 3(2), 104-109.

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 145-153.
- Faulkner, G., Soundy, A. y Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: A systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 324-332.
- Fernández Liria, A. y García Álvarez, M^a. J. (2004). Medio laboral y salud mental. *Revista de la AEN*, 24 (90) 131-141.
- Gaitero, A., Santed, M., Rullas, M. y Grande, A. (2007). Programa de control de peso en personas con enfermedad mental grave del espectro psicótico. *Psicothema*, 19 (4), 640-645.
- Garbarino, J. y Sherman, D. (1980): High risk neighborhoods and high risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Development*, 51, 188-198.
- Garety, P., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73-86.
- Garrido, C. (2012) "Terapia ocupacional en los trastornos psicóticos". En O. Sánchez, B. Polonio y M. Pellegrini. *Terapia ocupacional en salud mental* (pp. 239-251). Madrid: Panamericana.
- Gil, D., Bengochea, R., Arrieta M. y Lastra, I. (2008). "Uso del Test Barcelona para la valoración cognitiva de los pacientes con esquizofrenia", *Actas Esp Psiquiatr*, 36 (6), 337-344.
- Glynn, S.M., Marder, S.R., Liberman, R.P. y Blair, K. (2002). Utilización complementaria de entrenamiento 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, 829-837.
- Goff, D.C., Sullivan, L.M., Mcevoy, J.P., Meyer, J.M. Nasrallah, HA. Daumit, GL. et al. (2005). A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from de CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*, 80, 45-53.

- Goldstein, M.J. y Kopeikin, H.S. (1981). Short and long-term effects of combining drug and family therapy. En M.J. Goldstein (ed.), *New Directions for Mental Health Services: New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics* (pp. 5-26). San Francisco: Jossey Bass.
- Gómez, O., Sánchez, M^a. C., Sanz, M. Rullas, M. (2003). Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 35-46.
- González, J., Grande de Lucas, A., Fernández, J. y Orviz, S. (2003). Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas psiquiátricos crónicos. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 113-124.
- Goodwin, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 35-56.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: guidelines for mental health guidelines for mental health practice*. Berverly Hill: C.A. Sage.
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Green, M.F. (2001). *Schizophrenia Revealed. From the neurons to social interaction*. Nueva York: Norton.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia new approaches conference. *Schizophr Bull*, 3, 882-7.
- Greig, T.C., Bryson, G.J. y Bell, M.D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *Journal or Nervous and Mental Disease*, 192, 12-18.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental (coord.) (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques;. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- Hall, P. y Tarrier, N. (2003). The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Resesearch and Therapy*, 41, 317-332.
- Hodel, B. (2004). Emotion management training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. *Schizophrenia Research*, 68, 107-108.
- Hodel, B., Brenner, H. D., Merlo, M. C. G. y Teuber, J. F. (1998). Emocional management therapy in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 128-133.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. y Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633.
- Jiménez, J.L. y Cámara, E. (2009). *La coordinación como elemento clave en los Recursos de Rehabilitación*. II Jornadas de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias. Madrid 2009.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation theory and application*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Kohler, C.G., Turner, T.T., Bilker, W.B., Brensinger, C., Siegel, S.J., Kanes, S.J. y Gur, R.C. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1168-1174.
- Kuiper, L., Leff, J. y Lam, D. (1992). *Family Work for schizophrenia. A practical guide*. Londres: Gaskell.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lecomte, T., Lesage, A. D., Wilde, J., Leclerc, C. y Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of nervous and mental disease*, 7(187), 406-413.
- Leff y cols. (1983) Intervention in families of schizophrenics and its effects on relapse rate. En W.R. McFarlane (ed.), *Family Therapy in Schizophrenia* (pp. 173-189). Nueva York: Guilford Press.
- Leff, J.P. (1996). Manejo familiar de la esquizofrenia. En C. Shrique y A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Lemos, G. S. y Fernández, E. (1990). Redes de soporte social y salud, *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1988).
- Liberman, R.P. (Ed.). (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V., y Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1087-1091.
- López, B. y Florit, A. (1998): Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: aplicación del "Attention Process Training". En J. Botella y V. Ponsoda (comp): *La atención: Un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.

- McFarlane, W.R. (1983). Multiple family therapy in schizophrenia, en W.R. En McFarlane (ed.). *Family Therapy in Schizophrenia* (pp. 173-189). Nueva York: Guilford Press.
- McFarlane, W.R. et al. (1995) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52(8): 679-87.
- Meadows, G., Strasser, K., Moeller-Saxone, K., Hocking, B., Stranton, J., Kee, P. (2001). Smoking and schizophrenia: The development of collaborative management guidelines. *Australian Psychiatry*, 9 (4), 340-344.
- Middelboe, T. y Mortensen, E.L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: Categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 188-194.
- Montero, I. (1995). Tratamientos familiares y programas psicoeducativos en la esquizofrenia. En M. Gutiérrez y J. Ezcurra (eds.) *Esquizofrenia entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Montero, I., Asencio, A., Hernandez, I., Masanet, M.J., Lacruz, M., Bellver, F., Iborra, M. y Ruiz, I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull.*, 27(4), 661-70.
- Moruno, P. y Romero, D. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Mueller, D. R., Schmidt, S. J. y Roder, V. (2012). Integrated Psychological Therapy: Effectiveness in Schizophrenia Inpatient Settings Related to Patients' Age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Mueser, K.T. y Sayers, M.S. (1992). Social skills assessment. En J. Kavanagh (Ed), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 182-205). London: Chapman & Hall.
- Mueser, K., Meyer P., Penn D., Clancy, R., Clancy, D. y Salyers, M. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophr Bull*, 32 (suppl 1), 32-43.

- Muñoz, M. y Panadero, S. (2009). *Red pública de atención social a personas con EMG: informe de evaluación correspondiente al año 2008*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Navarro, D. y Rosillo, M. (2010). Autocontrol y afrontamiento del estrés. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 199-236). Madrid: Editorial Síntesis.
- NICE. National Institute of Clinical Excellence. (2002). *Clinical Guideline: Schizophrenia*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Recuperado de <http://www.nice.org.uk>
- NICE. National Institute of Clinical Excellence. (2010). *Clinical Guideline: schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition)*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Recuperado de <http://www.nice.org.uk>.
- NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. (2003). *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
- Norman, M. G., Malla, A. K., MacLean, S., McIntosh, M., Neufeld, R. W., Voruganti, P. y Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293-303.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F. y Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*, 72, 29-39.
- Orviz, S. y Lema, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9(1), 117-126.

- Penn, D., Roberts, D.L., Munt, E.D., Silverstein, E., Jones, N. y Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 89(2-3), 357-9.
- Penn, D.L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. y Martin, J. (2002) Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatric Research*, 109(2), 149–159.
- Peña-Casanova J. (1991) *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas*. Barcelona: Masson.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Test Barcelona. Manual*. Barcelona: Masson.
- Perona, S. y Galán, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12(2), 145-178.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. y Wong, W. (2006). Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., y Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12).
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some ratings scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Ariel, S.A.
- Roder, V., Mueller, D. R. y Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37(suppl 2), 71-79.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. y Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for Schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 (suppl 1), 81-93.
- Sergi, M.J., Rassovsky, Y.R., Nuechterlein, K.H. y Green, M.F. (2006). Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 448-54.

- Shaub, A., Andres, K., Brenner, H.D. y Doncel, G. (1997). Developing a novel coping-orientated treatment programme for schizophrenic patients. En H.D. Brenner, W. Biker y R. Genner (Eds.), *Integrative therapy of schizophrenia*. Berna: Huber.
- Snellen, M., Mack, K. y Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother—infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 902 – 911.
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) (2007). *Informe del I Consenso sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia*.
- Starkey, D., Deleone, H. y Flannery, R.B. (1995). Stress management for psychiatric patients in a state hospital setting. *American Journal Orthopsychiatry*, 65, 446-450.
- Tungpunkom, P. y Nicol, M. (2008). Programa de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, Oxford: Update Software Ltd.
- Turkington, D.T., Kingdon, M.D. y Weiden, M. D. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 365-373.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.
- Vera, M.N. y Fernández, M.C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Villalba, C. (1993): Redes Sociales. Un concepto con importantes implicaciones en la integración comunitaria. *Revista de intervención psicosocial*, 2(4), 69-85.
- Wilson, B.A., Cockburn, J., y Baddeley, A.D. (1985). *The Rivermead Behavioural Memory Test*. London. Pearson Assessment.

- Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice*. London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Ziedonis, D.M., Williams, J.M. y Smelson, D. (2003). Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences*, 326, 223–230.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Manuales de referencia en rehabilitación psicosocial (castellano):

- Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (comps.) (1996). *"Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación"*. Madrid: Siglo XXI.
- Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., Gisbert, C., González Cases, J., Mayoral, F., Moro, J., Pérez, F., Rodríguez, A. y Uriarte, J. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Documentos Técnicos de la AEN nº 6.
- Blanco, A.; Pastor, A y Navarro D (coords) (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Editorial Síntesis. Colección Psicología, Manuales prácticos.
- Cañamares, J.M., Florit, A., Castejón, M.A., González Cases, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *La esquizofrenia*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Fernández Fernández, J.A., Touriño González, R., Benítez Zarza, N. y Abelleira Vidal C (Edit.) (2010): *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: FEARP.

- Gisbert Aguilar, C. (coord.) (2003): *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: AEN.
- González, J. y Rodríguez A. (Coord) (2002). *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17.
- Liberman, R.P. (1993). *"Rehabilitación del enfermo mental crónico"*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (coord). (2010). *Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Ed Síntesis.
- Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Sobrino, T y Rodríguez, A (2007). *Intervención Social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis, Colección Análisis e Intervención Social nº 10.
- Watts, F. y Bennet, D. (Comps.) (1990): *"Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica"*. México D.F.: Limusa S.A.

17**ANEXOS**

17. ANEXOS

Anexo 1: DÍPTICOS Y/O TRÍPTICOS

Anexo 2: GUIA BÁSICA DE EVALUACIÓN

Anexo 3. MODELO DE INFORME RESUMEN DE EVALUACIÓN

Anexo 4: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN

Anexo 5: MODELO DE INFORME DE INTERVENCIÓN/SALIDA

Anexo 6: MODELO DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO

Anexo 7: GUÍA DE MEMORIA ANUAL

Anexo 8: CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN GLOBAL

ANEXO 1 DÍPTICOS Y/O TRÍPTICOS

1. Equipo de profesionales.

- i. Director/a, Psicólogo/a
- ii. Psicólogos/as
- iii. Terapeuta ocupacional
- iv. Trabajador/a Social
- v. Educadores
- vi. Administrativo/a

2. ¿Cómo se accede?

Todas las personas atendidas son derivadas a través del servicio de salud mental que le corresponde.

3. Qué es un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de___(poner nombre del centro)_____, es un centro público perteneciente a la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Está gestionado por___(poner nombre entidad en negrita)___, y todos los servicios que presta son gratuitos.

El proceso de rehabilitación está orientado a proporcionarte los apoyos necesarios para mejorar al máximo tu capacidad de vida.

Buscamos potenciar tus capacidades y habilidades personales para que puedas desenvolverte con una mayor autonomía en tu entorno, a través de actividades, talleres y una atención individualizada.

En todo este proceso necesitaremos de tu implicación.

4. Objetivos

- Mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.
- Fomentar recursos personales y sociales para facilitar la integración en su entorno.

- Ofrecer apoyo social para evitar el aislamiento (aumento de redes sociales, actividades de ocio, etc.).
- Ofrecer a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo para mejorar la capacidad de manejo y convivencia.
- Fomentar y participar en acciones de lucha contra el estigma.

5. Horario de atención a los usuarios

(Especificar horario).

6. ¿Dónde estamos?

Explicar el acceso al lugar, poner metros y autobuses, incluso un mapa si es posible.

ANEXO 2 GUÍA BÁSICA DE EVALUACIÓN

0. Datos administrativos.
1. Datos biográficos.
 - Acontecimientos relevantes y temporalidad
2. Aspectos clínicos del usuario.
 - Diagnóstico principal y asociado.
 - Ingresos psiquiátricos.
 - Características de las recaídas.
 - Sintomatología.
 - Medicación y tratamiento actual.
 - Otras enfermedades o problemas físicos.
3. Valoración de la demanda y expectativas.
 - Usuario.
 - Familia.
 - CSM.
4. Prevención de recaídas.
 - Conciencia de enfermedad.
 - Conocimientos sobre el problema y la medicación.
 - Autonomía en el manejo de la medicación.
 - Pródromos.
5. Conductas problemáticas del usuario
 - Descripción de las mismas.
6. Funcionamiento cognitivo
 - Atención.
 - Memoria.
 - Orientación.
 - Compresión oral y escrita.
 - Razonamiento.
 - Lecto-escritura.
 - Cálculo.
7. Ansiedad
 - Situaciones ansiógenas.
 - Respuestas de ansiedad, experiencia subjetiva, estrategias de afrontamiento.

8. Autocuidados
 - Aseo y vestido.
 - Hábitos saludables.
9. Actividad de la vida diaria
 - Actividades domésticas.
 - Actividades cotidianas.
10. Red y Competencia social
 - Elementos de la red social y relaciones entre ellos.
 - Repertorio conductual.
 - Ambientes sociales en los que funciona competentemente y en los que no.
11. Ocio
 - Actividades de ocio que realiza y con quién.
12. Medio familiar
 - Genograma.
 - Roles familiares.
 - Comunicación familiar.
 - Información familiar.
 - Red social de la familia.
13. Autonomía para la Integración Comunitaria
 - Uso de transporte.
 - Realización de gestiones.
 - Uso de recursos comunitarios.
14. Área laboral
 - Formación.
 - Experiencias laborales.
15. Historia Social

Anexo 3. MODELO DE INFORME RESUMEN DE EVALUACION

Se incluyen los aspectos más importantes recogidos en la evaluación en referencia al funcionamiento psicosocial del usuario en las diferentes áreas.

Datos biográficos y clínicos

En este apartado se resumen los datos más significativos de la trayectoria vital del usuario. Se recoge también los datos relacionados con el curso de la enfermedad, nivel premórbido y características globales del usuario en su momento actual.

Además se incluyen las demandas y expectativas el usuario, familia y servicio de salud mental de referencia.

Aspectos relacionados con la enfermedad

Conciencia de enfermedad, responsabilidad y autonomía en la toma de medicación, conocimientos sobre el problema. Pródromos.

Funcionamiento cognitivo

Recoge información de las capacidades de atención, memoria, orientación, comprensión oral y escrita, razonamiento, lecto-escritura y cálculo.

Ansiedad

Recoge las situaciones ansiógenas experimentadas por el usuario, el tipo de respuesta y estrategias de afrontamiento utilizadas.

Autocuidados

Comprende el aseo personal y los hábitos de vida saludables.

Actividades de la vida diaria

Organización y estructuración del entorno y/o vivienda. Desarrollo de actividades cotidianas o tareas domésticas.

Red y competencia social

Recoge aspectos de la autonomía y manejo del entorno y configuración de su red natural de apoyo.

Ocio

Realización de actividades de ocio y disfrute del tiempo libre. Aficiones desarrolladas en el presente y en el pasado.

Familia

Se recogen aspectos de organigrama familiar, clima, apoyo existente, estilo de comunicación y conocimientos de la enfermedad que poseen.

Autonomía para la integración social

Recoge el uso de recursos comunitarios estructurados, gestión de transportes, comunicaciones, gestiones, dinero...

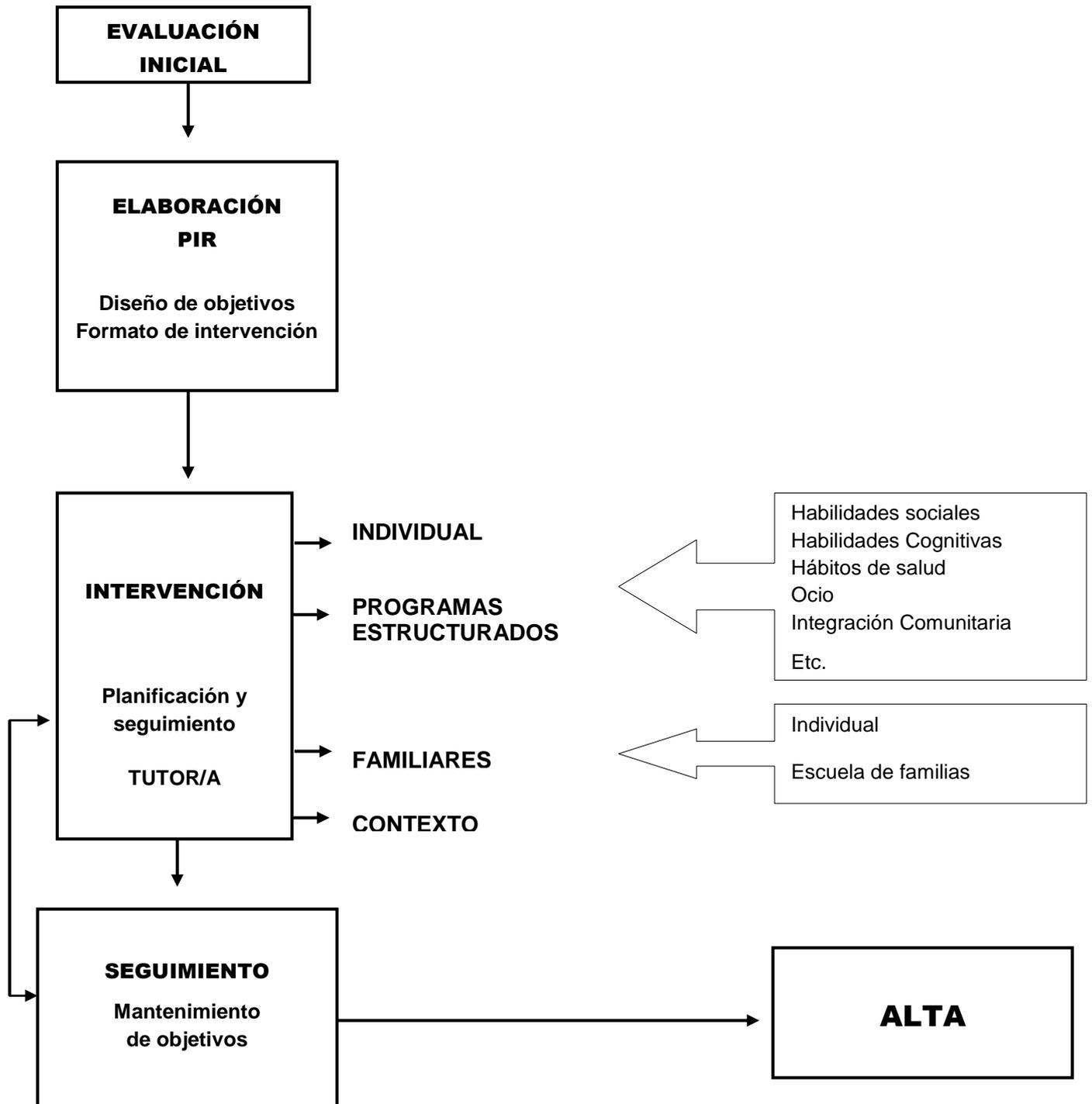
Area laboral

Formación y experiencia laboral.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN:

- A. Objetivos generales
- B. Objetivos específicos
- C. Intervenciones

Anexo 4: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN.



Anexo 5: MODELO DE INFORME DE INTERVENCIÓN/SALIDA.

Nombre		Fecha PIR	
Psicóloga		Fecha Informe	
Psiquiatra	Dr.	Fase	

INFORME DE INTERVENCIÓN/SALIDA.

Respecto al mantenimiento de los objetivos planteados, podemos comentar lo siguiente:

1. *Objetivo general*
 - 1.1. *Objetivo específico*

Comentario sobre la evolución de los objetivos.

Fdo.:

Tutor-Psicólogo CRPS

Anexo 6: MODELO DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO.

En este anexo se presenta un ejemplo de aquellos requerimientos legales que debe cumplir un Centro de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad de Madrid. Este anexo se compone de cuatro elementos: el Decálogo de derechos (obligatorio por ley en Madrid), la carta de deberes y derechos, el reglamento de régimen interno y la cláusula de protección de datos.

DECÁLOGO DE DERECHOS DEL USUARIO/A DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y/O SERVICIOS DE ACCIÓN SOCIAL

Ley 11/2002 de 18 de diciembre de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

- 1.- A acceder a los Centros o Servicios sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- 2.- A acceder, permanentemente y cesar en la utilización del Servicio o Centro por voluntad propia.
- 3.- A un programa de intervención individual definido y realizado con la participación y el conocimiento del usuario.
- 4.- A la máxima intimidad personal y a la protección de la propia imagen. Al secreto profesional de su historia sanitaria y social y a la protección de sus datos personales.
- 5.- A participar en las actividades que se desarrollen en el Centro o Servicio.
- 6.- A asociarse al objeto de favorecer su participación en la programación y desarrollo de las actividades y para la defensa de sus derechos.
- 7.- A presentar reclamaciones y sugerencias.

8.- A la información contenida en su expediente personal, a conocer el precio de los servicios que recibe y en general a toda aquella información que requiera como usuario.

9.- A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.

10.- A recibir los servicios que se presten en el Centro o Servicio de acuerdo con su programa de intervención social, así como a una adecuada coordinación con otros sistemas afines, como el socio-sanitario, educativo, de empleo, y aquellos otros que puedan confluir con los servicios sociales en áreas concretas de intervención personalizada.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Me doy por enterado de que toda la información recogida será tratada con la privacidad que marca la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y se recogerá en el fichero registrado con el nº XXXXXXXXX en la Agencia de Protección de Datos, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, dirigiéndose para tal fin al Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Madrid, a de de

Fdo.: Usuario o representante legal

MODELO

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL _____

1. OBJETO

El objeto de estas normas es regular el régimen y funcionamiento interno del Centro de Rehabilitación Psicosocial (en adelante, C.R.P.S) de_____.

El C.R.P.S de _____-es un centro propio/concertado de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid gestionado por _____.

2. FUNCIONAMIENTO

HORARIO

El C.R.P.S permanecerá abierto de lunes a viernes de _____ todos los días del año; excepcionalmente en períodos vacacionales se hará horario intensivo, previa autorización de la Consejería.

Fuera de este horario se podrán organizar actividades que no puedan ser cubiertas en el horario anterior o que se considere más conveniente realizar en horarios distintos (fundamentalmente actividades de ocio o soporte, contactos con recursos comunitarios y atención a usuarios y familias que no tienen la disponibilidad horaria que el C.R.P.S les ofrece)

Los sábados, domingos y festivos del calendario laboral del municipio de _____ el C.R.P.S permanecerá cerrado.

SERVICIO DE COMIDAS

El C.R.P.S facilitará bonos de comida en restaurantes de la zona para aquellos usuarios que lo necesiten o sea conveniente para el buen desarrollo de su plan de atención. El usuario se compromete a hacer un buen uso de este bono.

SERVICIO DE TRANSPORTE

El C.R.P.S proporciona transporte o abona el transporte a aquellas personas con grandes dificultades para acceder al Centro de forma autónoma. Siempre se valorarán previamente otras alternativas más normalizadoras.

3. PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES EN EL FUNCIONAMIENTO DEL CRPS

Cada usuario y familia tendrá un profesional de referencia. Este profesional, junto al equipo, elaborará un plan individualizado de rehabilitación que determinará la planificación de objetivos y acciones con el usuario y su familia.

Se mantendrán reuniones periódicas para informar y consensuar todos los objetivos de este plan individualizado de rehabilitación, tanto con el usuario como con los familiares de referencia.

Cualquier familiar directo, cuidador principal o usuario podrá formular reclamaciones o sugerencias en las citas preestablecidas o bien por escrito en las hojas disponibles a tal efecto, en cualquier momento, indicando:

- Nombre y apellidos.
- Reclamaciones y sugerencias.

4. ASISTENCIA AL CENTRO Y AUSENCIA DE LOS USUARIOS

La asistencia al CRPS es de carácter voluntario, sin embargo el usuario del CRPS adquiere el compromiso de asistir al mismo en el horario y días establecidos.

El usuario también adquiere el compromiso de comunicar al CRPS sus ausencias.

Se consideran ausencias justificadas:

- Enfermedad del interesado.
- Asistencia a consulta médica.
- Vacaciones.
- Cualquier otra circunstancia justificada que pueda alterar la dinámica habitual del usuario o su familia.

Se justificará su ausencia cuando ésta haya sido avisada antes de la hora de la cita prevista, excepto en los casos donde esto haya sido imposible.

Se considera ausencia injustificada cualquier otra circunstancia no incluida en las anteriores.

5. DERECHOS DE LOS USUARIOS

Se consideran derechos de los usuarios de un CRPS los referidos en el decálogo de Derechos del Usuario de Centros de Servicios Sociales y/o Servicios de Acción Social, Art. 13 de la Ley 11/2002 de 18 de diciembre LEY DE ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DE ACCIÓN SOCIAL Y DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID, expuesto en el tablón de anuncios del Centro.

6. DEBERES DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA CON LOS USUARIOS

Es deber del CRPS exponer en un lugar visible del tablón de anuncios del Centro el “Decálogo de Derechos del Usuario” nombrado en el punto anterior.

Es deber del CRPS garantizar todos y cada uno de los puntos del decálogo anteriormente expuesto.

El ejercicio de los derechos 2, 5 y 9 podrán ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial.

Es deber del CRPS tomar todas las medidas necesarias para custodiar de manera segura los documentos que generen e impliquen información personal sobre los usuarios que se atiendan. Asimismo, estos datos serán incorporados a un registro informatizados.

7. DEBERES DEL USUARIO Y FAMILIA

Se consideran deberes del usuario los recogidos en el artículo 15 de la LEY 11/2002 DE 18 DE DICIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DE ACCIÓN SOCIAL Y DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Son obligaciones del usuario:

Facilitar toda la información necesaria para valorar sus circunstancias y responsabilizarse de la veracidad de dicha información, así como de los cambios que se produzcan respecto a su situación, sin perjuicio de las obligaciones del Centro.

Mantener una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración encaminada a facilitar una mejor convivencia.

Tener especial cuidado en el uso de las instalaciones, enseres y mobiliario del Centro.

No entorpecer las actividades que se desarrollen, así como no promover u originar altercados violentos.

La no consecución de estos deberes, es decir, las personas que por acción y/u omisión causen alteraciones en el Centro, perturben el régimen de convivencia del mismo, falten al respeto a los demás usuarios, familiares o personas que por cualquier motivo se encuentren allí, serán responsables de los daños causados, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en que puedan incurrir y que les sea exigida ante los Juzgados y Tribunales competentes.

Estas acciones, además, traerán consigo las sanciones correspondientes al daño o perjuicio, que irán desde la amonestación verbal privada hasta la expulsión temporal o definitiva del Centro.

ANEXO 7: GUÍA DE MEMORIA ANUAL

GUÍA DE MEMORIA ANUAL PARA CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

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

Consejería de Políticas Sociales y Familia

Comunidad de Madrid

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS MEMORIAS DE CRPS

1. **PRESENTACIÓN.** Breve comentario sobre las características principales del centro: áreas de referencia, ubicación, horario de atención, etc. Esta presentación no tiene por qué exceder de una página.

2. **DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN**

2.1. Derivaciones último año (derivación implica la existencia de un informe cumplimentado de derivación)

- Número de derivaciones totales recibidas.
- Número de derivaciones recibidas de cada distrito.

2.2. Número de derivaciones no aceptadas en el último año (para incluir como persona no aceptada tendrá que haber un informe de derivación o al menos los datos básicos que permitan rellenar la ficha mensual. También se puede no aceptar en una entrevista).

2.3. Lista de espera en el último año.

- Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado al centro a lo largo del año. Tiempo entre derivación y la fecha de la primera cita (aunque no acuda).
- Personas que se encuentran en lista de espera el día 1 de enero.
- Personas que se encuentran en lista de espera el día 31 de diciembre.
- Bajas de la lista de espera (Número). Motivos:
 - No acuden a primera cita.
 - Decisión de salud mental.
 - Fallecimiento.
 - Otros.

2.4. Usuarios atendidos:

a) Personas que acceden al centro

- Número total de personas que han accedido al centro en el último año. Distinguir entre:
 - Número de personas que han accedido al centro en el último año que no habían sido atendidos en ninguna ocasión anterior en el centro (inicios).
 - Número de personas que han accedido al centro en el último año y que habían sido atendidas previamente en el centro en alguna ocasión desde el comienzo del funcionamiento del mismo (reinicios).

b) Personas atendidas en el último año

- Número total de personas que fueron atendidas en el centro en el último año.
- Número de personas de cada distrito que recibieron atención en el centro en el último año.

c) Usuarios en atención a 31 de diciembre

- Número de usuarios que estaban siendo atendidos por el centro a final de año.

2.5. Usuarios que han salido del centro.

a) Nº Total de usuarios que han finalizado su atención en el centro en el último año.

b) Motivos:

- **Altas:** Finalización de la intervención por cumplimiento de los objetivos planteados en el plan individualizado de rehabilitación.
 - Total. Nº de usuarios que han sido dados de alta por el centro.
 - Porcentaje de altas sobre usuarios atendidos.
- **Bajas:** Finalización de la intervención por otros motivos diferentes al cumplimiento de objetivos y la baja voluntaria.
 - Total. Nº de usuarios que han causado baja.
 - Porcentaje de bajas sobre usuarios atendidos.
 - Por motivos (número de usuarios):
 - Cambio de domicilio.
 - Abandono por decisión familiar.
 - Expulsión.
 - Fallecimiento.
 - Suicidio.
 - Derivación a otro recurso.
 - Otros (especificar).
- **Abandono** (por decisión propia)
 - Total. Nº de usuarios que han abandonado el centro.
 - Porcentaje sobre usuarios atendidos.

3. INGRESOS PSIQUIÁTRICOS: solo se considera ingreso cuando ocupa cama en la Unidad de Hospitalización (no se contabilizan urgencias o estancias en observación). Si una persona cuando accede al CRPS está ingresada, dicho ingreso no se contabiliza.

- a. Nº de usuarios con ingresos psiquiátricos en el último año del total de usuarios atendidos.
 - Total (usuarios)
 - Episodios por usuario
- b. Porcentaje de usuarios con ingresos psiquiátricos sobre el total de usuarios atendidos.

4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO-PSIQUIÁTRICO DE LOS USUARIOS QUE SE HAN INCORPORADO EN EL AÑO

Importante: Los datos no harán referencia al total de usuarios atendidos, sino sólo a aquellos que inician o reinician en el año. Opcionalmente se pueden hacer comparaciones por años. Hay que indicar para cada variable el número de usuarios sobre los que se ha calculado.

4.1. Datos sociodemográficos:

4.1.1. **Sexo** (número y porcentaje)

- Varón
- Mujer

4.1.2. **Edad**

- Media (y el número de usuarios sobre el que se obtiene la media)
- Intervalos de edad (número y porcentaje):
 - Entre 18 y 30 años.
 - Entre 31 y 50 años.
 - Entre 51 y 65 años.

4.1.3. **Estado civil** (número y porcentaje):

- Solteros
- Casados / pareja de hecho
- Separados o divorciados
- Viudos
- No se conoce

4.1.4. **Nivel educativo** (número y porcentaje). Se refiere a los estudios terminados.

- Analfabeto
- Sin estudio (lee y escribe)
- Educación especial
- Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB.
- Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.
- Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato
- F.P. 1º grado.
- F.P. 2º Ciclo de grado medio.
- 3º grado. Ciclo de grado superior.
- Título de graduado medio universitario
- Título de graduado superior universitario
- Otros
- Se desconoce

4.1.5. **Tipo de convivencia** (número y porcentaje). (En caso de que la convivencia sea con más miembros que los que figuran a continuación, se indica sólo aquellos sobre los que recae el peso de la atención)

- Solo
- Con el cónyuge
- Con padres
- Con padre o madre
- Con otros familiares
- Con los hijos
- Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada). Sólo si la estancia es indefinida, de lo contrario, se consignará la convivencia habitual
- Otros (especificar)
- No se conoce

4.1.6. Hijos (número de usuarios con hijos y porcentaje)

- Sí
- No
- No se conoce

4.1.7. Ingresos económicos del usuario (número y porcentaje):

- Ingresos propios:
 - Sí :
 - Nivel de ingresos:
 - Menos de 300 euros (no se incluye los usuarios que no tienen ingresos)
 - De 301 euros a 600 euros
 - De 601 euros a 900 euros
 - Más de 901 euros
 - No se conoce
 - Procedencia de los ingresos:
 - Pensión no contributiva
 - Pensión contributiva
 - RMI-RAI
 - Trabajo
 - Orfandad
 - Hijo (del usuario) a cargo
 - Otros
 - No se conoce
 - No
 - No se conoce
 - Usuarios que generan una prestación por hijo a cargo

4.1.8. Profesión (número y porcentaje):

- Sin profesión
- Trabajadores no cualificados
- Trabajadores cualificados
- Estudiantes
- Tareas domésticas
- Ocupaciones marginales
- Otros
- No se conoce

4.1.9. Situación laboral (número y porcentaje):

- Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)
- Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)
- Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)
- Estudiante
- Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)
- Labores del hogar
- Otros
- No activo
- No se conoce

4.1.10. Declaración de discapacidad (número y porcentaje):

- Sí
- No (incluye los que la están tramitando).
- No se conoce

4.1.11. Situación jurídica (número y porcentaje):

- Ninguna
- Curatela /Tutela patrimonial
- Tutela
- No se conoce

4.1.12. Usuarios con Dependencia reconocida (número y porcentaje)**4.2. Datos clínico-psiquiátricos:**

Hay que indicar para cada variable el número de usuarios sobre los que se han calculado los porcentajes.

4.2.1. Diagnóstico principal (número y porcentaje)

- Esquizofrenia
- Otros trastornos psicóticos
- Trastornos de personalidad
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Otros (especificar)
- No disponible

NOTA: es opcional especificar los tipos

4.2.2. Diagnóstico de trastorno asociado (número y porcentaje).

Existencia de un diagnóstico asociado.

- Sí
 - Trastornos de dependencia o abuso de sustancias
 - Trastorno de personalidad
 - Retraso mental
 - Otros
- No
- No se conoce

4.2.3. Tiempo de evolución desde el primer contacto con salud mental (primer ingreso psiquiátrico o consulta con profesional en su defecto) hasta que llega al centro. Se entiende que sería el primer contacto relacionado con el trastorno actual (por ejemplo, no se contaría como primer contacto en salud mental si una persona ha estado en tratamiento en su niñez por problemas relacionados con el control de impulsos, o trastornos de sueño, etc.. Se computaría como primer contacto cuando consulta por primera vez pero sobre su trastorno actual).

4.2.4. Usuarios con ingresos psiquiátricos previos a su incorporación al centro (número y porcentaje).

5. DATOS DE OCUPACIÓN

5.1. Porcentaje de ocupación a 31 de diciembre del último año.

5.2. Duración de la estancia de los usuarios dados de alta en el último año.

- Por intervalos (número y porcentaje).
 - Menos de 1 año
 - De 1 a 2 años
 - De 2 a 3 años
 - De 3 a 4 años
 - De 4 a 5 años
 - De 5 a 6 años
 - De 6 a 7 años
 - De 7 a 8 años
 - De 8 a 9 años
 - De 9 a 10 años
 - Más de 10 años

6. DATOS DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

6.1. Fase de evaluación

6.1.1. Tiempo entre el primer contacto y la junta de evaluación

6.1.2. Nº de PIR realizados durante el último año

6.1.3. Nº de usuarios en fase de evaluación:

- Nº de usuarios que han sido evaluados en el último año (evaluaciones finalizadas)
- Nº de usuarios que están en fase de evaluación el 31/12 del último año

6.1.4. Nº de familias evaluadas en el último año

6.1.5. Nº de sesiones de evaluación (sesiones individuales)

- Nº total de sesiones de evaluación
- Distribución de las sesiones totales de evaluación por profesional:
 - Nº sesiones realizadas por psicólogo/a.
 - Nº de sesiones realizadas por otros profesionales
- Sesiones con el usuario (sólo con el usuario):
 - Nº de sesiones totales de evaluación llevadas a cabo con los usuarios
 - Nº de sesiones por lugar en el que se realizan:
 - Nº de sesiones llevadas a cabo con los usuarios en el centro
 - Nº de sesiones llevadas a cabo con los usuarios fuera del centro:
 - En el domicilio
 - Fuera del domicilio

- Sesiones con la familia (sólo con la familia o con usuario y familia):
 - N° de sesiones totales de evaluación en las que han participado familias
 - N° de sesiones por lugar en el que se realizan:
 - N° de sesiones llevadas a cabo con las familias en el centro
 - N° de sesiones llevadas a cabo con las familias fuera del centro
 - En el domicilio
 - Fuera del domicilio

6.1.6. Media de sesiones / usuario (calculado sobre aquellos usuarios cuya evaluación ha sido iniciada y terminada en el último año)

6.1.7. Media de sesiones / familia (calculado sobre los familiares de aquellos usuarios cuya evaluación ha sido iniciada y terminada en el último año)

6.2. Fase de intervención (La intervención siempre es posterior a la evaluación previa. Con la evaluación previa se realiza el PIR. Se computa como intervención a partir de la junta de evaluación)

6.2.1. Datos globales de intervención en el último año:

- Número de usuarios que han estado en fase de intervención en el último año.

6.2.2. Tutorías (sesiones con el tutor en la fase de intervención)

- N° de tutorías totales realizadas durante el último año
- N° de tutorías por participantes:
 - N° de tutorías con usuarios
 - N° de tutorías en las que han participado familiares (incluye las realizadas con ambos)
- N° de tutorías por lugar:
 - N° de tutorías que se han llevado a cabo en el centro (se incluyen las telefónicas)
 - N° de tutorías que se han llevado a cabo fuera del centro
 - Domicilio
 - Otros
- N° de tutorías por modalidad:
 - Presenciales
 - Telefónicas
- N° de tutorías por profesional:
 - Psicólogos
 - Otros

6.2.3. Atención individual / entrenamiento individual

- N° de personas que ha recibido atención individual
- N° de sesiones individuales
 - N° total de atenciones individuales realizadas:
 - Con usuario
 - Con familia

- Nº de sesiones individualizadas realizadas por lugar:
 - Nº de sesiones individualizadas que se han llevado a cabo en el centro (incluye las telefónicas)
 - Nº de atenciones individualizadas que se han llevado a cabo fuera del centro:
 - En el domicilio
 - Otros (especificar)

6.2.4. Atención grupal

Programas de entrenamiento: (Incluir los nueve básicos, más los que se realicen en el Centro)

Programas de apoyo y soporte

En ambos:

- Nº total de usuarios que han participado en grupos a lo largo del año
- Nº de programas realizados en el último año
- Descripción de los programas realizados:
 - Nombre del grupo (área de trabajo)
 - Nº de grupos de cada programa
 - Nº de sesiones
 - Nº de usuarios que han participado en el grupo

Programa	Nº de grupos	Nº total de sesiones	Nº total de participantes
(tantas filas como programas)			
PROGRAMAS BÁSICOS:			
Psicoeducación			
Autocontrol			
Habilidades sociales			
Rehabilitación Cognitiva			
Pr. laboral			
Ocio y tiempo libre			
Autocuidados y actividades de la vida diaria			
Integración comunitaria			
Programas de familias			
Programas de Soporte: (tantas filas como programas)			
TOTAL			

6.3. Fase de seguimiento. N° de usuarios que han estado en esta fase en el último año

- N° de usuarios que han pasado a seguimiento en el último año
- N° de sesiones de seguimiento (se computan sólo las sesiones individuales):
 - En el centro (incluye las atenciones realizadas por teléfono)
 - Fuera del centro
 - Domicilio
 - Otros (especificar)

7. USO DE RECURSOS COMUNITARIOS FORMALES. Se consignarán en este apartado los usuarios que utilicen con **regularidad** (se excluyen usos esporádicos o abandonos en los inicios) recursos que reúnan todas y cada una de las siguientes características:

- son recursos normalizados, no específicos para personas con trastornos mentales y que utiliza la población general
- son comunitarios
- requieren inscripción o matrícula
- requieren una asistencia regular
- son utilizados sin profesionales

Ejemplos que sí computarían en este apartado: academias de idiomas, curso de pintura en la asociación de vecinos, clases de pilates en gimnasio, cineforum, club de atletismo del polideportivo, biblioteca con un uso frecuente y regular o participando en un club de lectura, etc.

Ejemplos que no deberían ser computados en este apartado: ir a bares/cafeeterías, ir al cine, ir a la piscina ocasionalmente (excepto si va regularmente a nadar o a clases), ir a la hacer footing por el barrio, ir a una exposición de arte o un museo, etc. No computaría ningún recurso en el que el usuario fuese acompañado por algún profesional.

7.1. Formación académica:

- Usuarios que han participado en recursos educativos en el último año (número y porcentaje sobre el total de usuarios atendidos).
- Adherencia - N° de usuarios que han abandonado algún curso de formación académica en el último año (número y porcentaje sobre el total de usuarios que han participado en algún curso de formación).

7.2. Recursos normalizados: Formación laboral

- Usuarios que han participado en cursos de formación laboral en el último año (número y porcentaje sobre el total de usuarios atendidos).
- Adherencia - N° de usuarios que han abandonado cursos de formación laboral en el último año (número y porcentaje sobre el total de usuarios que han participado en algún curso de formación).

7.3. Recursos normalizados: Actividades de ocio

- Nº de usuarios que han participado en actividades de ocio fuera del centro (número y porcentaje sobre el total de usuarios atendidos).
- Adherencia - Nº de usuarios que han abandonado recursos normalizados de ocio en el último año (número y porcentaje sobre el total de usuarios que han participado en algún curso de formación).

8. INTEGRACIÓN LABORAL

Explicación tabla

- Porcentaje de usuarios con empleo sobre el total de atendidos
- Porcentajes de cada tipo de actividad respecto al total de empleos
- Actividades laborales por tipo:
 - Actividad marginal (se refiere a actividades como por ejemplo vender pañuelos por la calle, recoger chatarra, limpiar cristales de coches en los semáforos, “trapichear”, etc.)
 - Empleo protegido (a efectos legales, sólo es empleo protegido el que se realiza en los Centros Especiales de Empleo y en las Empresas de Inserción)
 - Empresa ordinaria:
 - Autónomo
 - Con contrato
 - Sin contrato

Nº de usuarios	Nº de empleos	Empresa ordinaria		Empresa protegida		Autónomo	Actividad marginal
		Con contrato	Sin contrato	Con contrato	Sin contrato		

9. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS

- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de mini-residencias.
- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de Centros de Rehabilitación Laboral.
- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de plazas de pensiones supervisadas.
- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de pisos supervisados.
- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de Centros de día.
- Nº de usuarios atendidos durante el año que a la vez eran usuarios de Equipo de Apoyo Socio Comunitario (EASC).
- Nº de usuarios atendidos durante el año en otros recursos de la red de salud mental (especificar)

10. DATOS DE COORDINACIÓN

- Listado de recursos, centros o servicios con los que se han mantenido reuniones de coordinación y número de reuniones realizadas con cada uno de ellos.

COMISIONES

COMISIÓN	NÚMERO DE COMISIONES
DE REHABILITACIÓN	
DE DOCENCIA	
DE ASISTENCIA	
DE DERIVACIÓN A RECURSOS	
DE SEGUIMIENTO DE CASOS	
OTRAS:.....	

SERVICIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

SERVICIO	NÚMERO DE COORDINACIONES
CSM	
HOSPITAL DE REFERENCIA	
UHTR	
UCCP	
HOSPITAL DE DÍA	
OTROS:.....	

SERVICIOS SOCIALES (por cada Municipio de referencia)

ZONA.....	NÚMERO DE COORDINACIONES
SSSS DE ...	
SSSS DE ...	

RECURSOS COMUNITARIOS MUNICIPALES

Área	SERVICIO-RECURSO	Nº COORDINACIONES
SALUD		
DEPORTE		
MUJER		
EMPLEO		
CULTURA		
MAYORES		
EDUCACIÓN		
INFANCIA		
OTROS		

OTROS RECURSOS

NOMBRE	Nº DE COORDINACIONES

11. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

La aplicación de los cuestionarios de forma rutinaria se hará cada dos años, por ejemplo los años pares.

11.1. Satisfacción

11.1.1. Satisfacción de los usuarios

- Nº de usuarios a los que se ha aplicado el cuestionario para la evaluación de la satisfacción.
- Usuarios a los que no se les ha aplicado.
 - Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado
 - Motivos:
 - La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario.
 - No sabe leer
 - No aceptan
 - Otros
- Puntuación media total
- Puntuación media de cada factor
- Puntuación media de cada ítem

11.2. Calidad de vida subjetiva

- Nº de usuarios a los que se les ha aplicado el cuestionario
- Puntuación media total
- Puntuación media por ítems

11.3 Funcionamiento

DAS-I:

- Nº de usuarios
- Puntuación media total
- Puntuación media por ítems

EEAG:

- Nº de usuarios
- Puntuación media total

INDICADORES DE CALIDAD

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
1.- Acceso, acogida y enganche: procura el adecuado enganche desarrollando para ello las actividades necesarias para lograr la implicación y participación activa de la persona en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario. Se trata de dar una respuesta lo más rápida posible a la demanda que se realiza desde el SSM y de facilitar la aceptación por parte de la persona del servicio que se la ofrece (CRPS)			
1	Que las derivaciones a los CRPS se produzcan a través de los informes de derivación pertinentes.	≥90%.	$\% = \frac{\text{Nº de informes de SSM de las personas derivadas} \times 100}{\text{Nº de personas derivadas}}$
2	Favorecer las vinculación de usuarios con dificultades de enganche al CRPS	≥90%.	$\% = \frac{\text{Nº de personas de baja con los que se han realizado 3 ó más intentos de acercamiento en dos meses} \times 100}{\text{Nº de bajas en evaluación}}$
Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso.
2.- Evaluación y planificación de la intervención (formulación del PIR): Procura una valoración inicial lo más completa y rápida posible para diseñar y acordar el Plan de Intervención			
3	Que la fase de evaluación (evaluación+formulación del PIR+ redacción del informe de evaluación) no tenga una duración excesiva.	≥75%	$\% = \frac{\text{Nº de informes de evaluación en } \leq 60 \text{ días} \times 100}{\text{Nº de evaluaciones efectuadas}}$
4	Favorecer la evaluación del entorno del usuario.	≥ 65%	$\% = \frac{\text{Nº de personas con al menos una sesión de evaluación en el domicilio} \times 100}{\text{Nº personas evaluadas}}$
5	Favorecer la realización de sesiones de evaluación por parte de los psicólogos.	≥ 60%.	$\% = \frac{\text{Nº de sesiones de evaluación realizadas por los psicólogos} \times 100}{\text{Nº de sesiones de evaluación}}$
6	Favorecer la implicación y participación del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación	≥ 90%	$\% = \frac{\text{Nº de sesiones de devolución del PIR} \times 100}{\text{Nº de juntas de evaluación realizadas}}$
7	Favorecer la participación de las familias en la fase de evaluación.	≥ 50%	$\% = \frac{\text{Nº de familias evaluadas} \times 100}{\text{Nº de usuarios evaluados}}$

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso
3.- Intervención La intervención supone el desarrollo del PIR, y se hace teniendo en cuenta las características, necesidades y ritmos de la persona. Los fines que se persiguen son mejorar su autonomía y competencia personal y social, posibilitar y avanzar en su integración social normalizada, y apoyar a sus familiares.			
8	Favorecer la evaluación continua y el ajuste de los PIR a las necesidades y características cambiantes de los usuarios.	≥90%. de personas que llevan más de un año en el recurso	Nº de informes de intervención realizados X 100 % = $\frac{\text{Nº de informes de intervención realizados}}{\text{Nº de personas en intervención y seguimiento}} \times 100$
9	Favorecer que las personas que son bajas o altas del centro tengan su informe correspondiente y se pueda cerrar el expediente	100%	Nº de informes de alta/baja realizados X 100 % = $\frac{\text{Nº de informes de alta/baja realizados}}{\text{Nº de personas que han salido del recurso}} \times 100$
10	Asegurar una atención individualizada de los usuarios en intervención.	≥12	Nº de tutorías con usuarios. N = $\frac{\text{Nº de tutorías con usuarios}}{\text{Nº de personas en intervención}}$
11	Asegurar una atención individualizada de los familiares de los usuarios en atención.	≥4 (el objetivo es tener una sesión con la familia al menos cada tres meses)	Nº sesiones individuales con las familias N = $\frac{\text{Nº sesiones individuales con las familias}}{\text{Nº personas en intervención}}$
12	Impulsar la realización de programas en grupos para el desarrollo de habilidades y competencias considerados básicos en los procesos de rehabilitación psicosocial	≥3 (se contabilizará un programa de grupo cuando al menos se han realizado 10 sesiones de ese grupo)	Realizar en el Centro al menos tres de los siguientes programas en grupo durante el año: Habilidades Sociales, Psicoeducación, Autocontrol, Escuela de Familias y Rehabilitación Cognitiva.
13	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios EEFG	≥70%.	Nº de cuestionarios EEFG cumplimentados X 100 % = $\frac{\text{Nº de cuestionarios EEFG cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$
14	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios DAS-I	≥70%.	Nº de cuestionarios DAS-I cumplimentados X 100 % = $\frac{\text{Nº de cuestionarios DAS-I cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$
15	Favorecer la aplicación rutinaria de los cuestionarios de Calidad de Vida	≥50%.	Nº de cuestionarios Calidad de Vida cumplimentados X 100 % = $\frac{\text{Nº de cuestionarios Calidad de Vida cumplimentados}}{\text{Nº personas atendidas durante el año}} \times 100$

Nº	Objetivo Criterio	Estándar	Indicadores de Proceso
	.4.- Seguimiento y soporte comunitario: El seguimiento persigue asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad de gran parte de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental de larga duración. Ofrece el nivel de apoyo y supervisión que cada persona requiera para mantener y mejorar su autonomía, independencia y calidad de vida, a la vez que permite detectar e intervenir precozmente ante las dificultades que se presenten en la vida de la persona y puedan suponer un riesgo de recaída o deterioro. Para realizar el seguimiento, el CRPS trabaja en estrecha coordinación y colaboración con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental. Asimismo se debe trabajar para que en el seguimiento y soporte continuado se impliquen las redes sociales relacionadas con el usuario en su propio entorno.		
16	Favorecer una desvinculación progresiva del CRPS previa al alta	≥4	Nº sesiones de seguimiento N = $\frac{\text{Nº de personas en seguimiento durante el año}}{\text{Nº de personas en seguimiento durante el año}}$
179	Favorecer la integración comunitaria de los usuarios en entornos normalizados.	≥35%	Nº de personas distintas integradas en recursos socio-comunitarios normalizados ¹ (<i>recursos académicos normalizados y/o recursos formativo laborales normalizados y/o recursos de ocio normalizados y/o integración laboral</i>) X 100 % = $\frac{\text{Nº de personas integradas}}{\text{Nº de personas atendidas en el recurso durante el año}} \times 100$
18	Favorecer la inserción laboral de los usuarios	≥ 10%	Nº de personas que han trabajado durante el año X 100 %. = $\frac{\text{Nº de personas que han trabajado durante el año}}{\text{Nº de personas atendidas durante el año}} \times 100$
19	Que los usuarios del CRPS estén satisfechos con el servicio, sus prestaciones y sus profesionales	≥ 4	Puntuaciones cuestionario de satisfacción cumplimentados N = $\frac{\text{Nº de cuestionarios de satisfacción cumplimentados}}{\text{Nº de cuestionarios de satisfacción cumplimentados}}$

¹Se consignarán en este apartado los usuarios que utilicen con **regularidad** (se excluyen usos esporádicos o abandonos en los inicios) recursos que reúnan todas y cada una de las siguientes características:

- son recursos normalizados, no específicos para personas con trastornos mentales y que utiliza la población general
- son comunitarios
- requieren inscripción o matrícula
- requieren una asistencia regular
- son utilizados sin profesionales

Ejemplos que sí computarían en este apartado: academias de idiomas, curso de pintura en la asociación de vecinos, clases de pilates en gimnasio, cineforum, club de atletismo del polideportivo, biblioteca con un uso frecuente y regular o participando en un club de lectura, etc.

Ejemplos que no deberían ser computados en este apartado: ir a bares/cafeeterías, ir al cine, ir a la piscina ocasionalmente (excepto si va regularmente a nadar o a clases), ir a hacer footing por el barrio, ir a una exposición de arte o un museo, etc. No computaría ningún recurso en el que el usuario fuese acompañado por algún profesional.

OTRAS ACTIVIDADES

Se incluyen en este apartado las actividades de formación continua del personal, las actividades de divulgación y de formación a otros profesionales, la participación en acciones de lucha contra el estigma, las comisiones de trabajo, etc.

En formación divulgación:

- nº de profesionales del equipo (y porcentaje) que han recibido a lo largo del año en al menos una actividad de formación (curso, congreso o jornadas)
- nº de presentaciones en congresos/jornadas/cursos a lo largo del año
- nº de publicaciones a lo largo del año.

12. VALORACIÓN Y COMENTARIOS

13. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE

GLOSARIO DE TÉRMINOS. CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Derivación – Supone la existencia de un informe cumplimentado de derivación (con una cierta flexibilidad).

Lista de espera – Hace referencia a aquellos usuarios de los cuales se tiene el informe de derivación y que están esperando su incorporación al centro.

Inicios – Usuarios que han accedido al centro por primera vez, es decir, que no han sido atendidos con anterioridad en el centro.

Reinicios – Usuarios que acceden al centro el último año y que habían sido atendidos en alguna ocasión previa desde el comienzo del funcionamiento del mismo.

Motivos para la finalización de la intervención:

Altas - Finalización de la intervención por cumplimiento de los objetivos planteados en el plan individualizado de rehabilitación.

Bajas - Finalización de la intervención por otros motivos diferentes al cumplimiento de objetivos y abandono voluntario.

Abandono – Hace referencia a aquellas intervenciones que finalizan por decisión voluntaria del usuario.

Fases del proceso de rehabilitación:

Evaluación – Proceso que se inicia con la incorporación del usuario al centro y finaliza con la realización del PIR.

Intervención – Fase que se inicia cuando finaliza la fase de evaluación.

Tutorías – Todas las sesiones que se realizan con el tutor, independientemente del tipo de profesional que ejerza la figura de tutor (no sólo los psicólogos).

Atención individual – Sesiones individuales que no son realizadas con el tutor.

Seguimiento – Fase posterior a la fase de intervención y previa al alta del usuario.

ANEXO 8. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN GLOBAL

**RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA****Instrumentos Evaluación**

Profesionales

FECHA DE APLICACIÓN: _____

USUARIO (código): _____

SEXO: V M EDAD: _____

FECHA DE INCORPORACIÓN AL CENTRO: _____

MOTIVO PARA LA EVALUACIÓN (señalar con una cruz la opción que proceda):

- Incorporación al programa
- Finalización de la intervención (especificar):
 - Baja
 - Abandono voluntario
 - Alta
- Aplicación rutinaria anual

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):**A. Cuidado personal**

Se refiere a higiene personal, vestido, comida, etc.

--	--	--	--	--	--

(sin discapacidad) 0 1 2 3 4 5 (gran discapacidad)

- Funcionamiento con asistencia

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

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.

--	--	--	--	--	--

(sin discapacidad) 0 1 2 3 4 5 (gran discapacidad)

Funcionamiento con asistencia

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.

--	--	--	--	--	--

(sin discapacidad) 0 1 2 3 4 5 (gran discapacidad)

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.

.....

.....

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.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Mes y año de incorporación al centro: _____

Fecha de realización del cuestionario: _____



	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Algo insatisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1. Considerando sus necesidades particulares, ¿está satisfecho/a, en general, con los servicios que presta este Centro?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Está satisfecho/a con el tutor que le atiende en este Centro?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Está satisfecho/a, en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Está satisfecho/a con la frecuencia con la que debe acudir a este Centro para la realización de esas actividades?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Está satisfecho/a con la limpieza e higiene de este Centro?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Está satisfecho/a con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Está satisfecho/a con la temperatura habitual que hace en este Centro?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Está satisfecho/a con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?	1	2	3	4	5	6



	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Algo insatisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
9. ¿Está satisfecho/a con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Está satisfecho/a en general con las instalaciones de este Centro?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Está satisfecho/a con el horario en que es citado para acudir a este Centro a realizar las distintas actividades en las que Ud. participa?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Está satisfecho/a en general con los profesionales que le atienden en este Centro?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Está satisfecho/a con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	1	2	3	4	5	6
14. ¿Está satisfecho/a con el nivel de participación que le permiten en este Centro? (p.e. dar su opinión sobre determinadas cuestiones, acudir al Centro sin estar citado, etc.)?	1	2	3	4	5	6

15. Basándose en su experiencia en este centro ¿qué aspectos cambiaría? _____

MUCHAS GRACIAS

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Usuario: _____

Fecha: _____



1	2	3	4	5	6	7
Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Algo insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho

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
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

La *Guía de Funcionamiento y Calidad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)* de la **Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia** pretende ser un instrumento práctico, claro y útil que ayude a los profesionales que trabajan en los CRPS a desarrollar los procesos de intervención para la mejora del funcionamiento psicosocial y la integración comunitaria de acuerdo a criterios e indicadores de calidad.

El documento define los elementos e ideas clave y las actuaciones e intervenciones a realizar en las distintas fases de los procesos de atención a personas con enfermedad mental en un CRPS y describe los programas básicos de rehabilitación psicosocial en las distintas áreas de la vida personal y social, así como otros programas de interés en ámbitos más novedosos como la intervención con jóvenes o las habilidades de crianza de los hijos. La Guía incorporan, además, la perspectiva de género y aborda la lucha contra el estigma y la discriminación o los problemas de la inmigración.

El texto se detiene finalmente en los aspectos relacionados con la calidad, con propuestas de indicadores de proceso y de resultados, así como elementos para una evaluación global de los centros sobre la base de las memorias anuales y de cuestionarios globales de funcionamiento, calidad de vida y satisfacción.



**Red de Atención Social
a Personas con Enfermedad Mental**



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA
Dirección General
de Atención a Personas con Discapacidad