

**ORGANIZACION,  
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION  
DE PROGRAMAS DE REHABILITACION  
Y REINserCION PSICOSOCIAL**

12-4882

**ORGANIZACION,  
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION  
DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION  
Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL**

CENTRO DE DOCUMENTACION	
CONSEJERIA DE SANIDAD	
Unidad	0100
Registro	00004883

Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
C/. Ronda de Levante, 11  
Telf. 36 26 71  
30008 Murcia

I.S.B.N.: 84-87686-62-1

Depósito Legal: MU-889-1995

Diseño de portada: Lola Gómez Medina

Composición: CompoRapid

Imprime: Imprenta Regional

# ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL

## GRUPO DE EXPERTOS

### Coordinador:

Juan Antonio Aznar Moya

Psiquiatra. Centro de Salud Mental nº2. Murcia

### Componentes:

Jose M<sup>º</sup> Aroca Tejedor

Esther Carrasco Parrado

M<sup>º</sup> Dolores Castillo Bueno

Caridad Espinosa Delgado

M<sup>º</sup> Luz Hernández Terrer

Purificación Herráiz Ruiz

Jose Luis López Mesas

M<sup>º</sup> Dolores López Mondejar

Celia Marín Corbalán

Julio César Martín García-Sancho

Carlos Martínez Cano

Concepción Sáenz González

M<sup>º</sup> Dolores Sánchez Juárez

Psicólogo Clínico C.S.M. Lorca

Psiquiatra. Centro de Salud Mental nº2. Murcia.

Enfermera. Centro de Salud Mental nº1. Murcia.

Psiquiatra. Centro de Día Centro de Salud Mental. Cartagena.

Psicóloga Clínica. Hospital Psiquiátrico. Monitora. Hospital Psiquiátrico.

Psicólogo Clínico. Jefe Servicio de Rehabilitación Hospital Psiquiátrico

Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental nº1. Murcia.

T. Social. Hospital Psiquiátrico

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental nº1. Murcia

Enfermero. Centro de Día Centro de Salud Mental. Cartagena.

Psiquiatra. Jefe Sección Hospital Psiquiátrico.

T. Social. Centro de Salud Mental nº1. Murcia.

### Colaboradores

M<sup>º</sup> Victoria Fernández Aguirre

Juan Carlos González Cases

Fermín Mayoral Cleries

Luis López Sánchez

Psicólogo. Grupo Exter. Madrid

Psicólogo. Grupo Exter. Madrid

Psiquiatra. Coordinador URA de Málaga

Psiquiatra. Jefe de Area de Salud Mental.

## INDICE

INTRODUCCION .....	7
1. ANTECEDENTES HISTORICOS .....	9
2. SITUACION DE LA ATENCION AL ENFERMO MENTAL CRONICO EN LA REGION DE MURCIA .....	13
2.1. Caracterización del problema .....	13
2.2. Conclusiones del análisis de situación .....	18
3. DEFINICION DEL MODELO DE REHABILITACION .....	21
3.1. Principios Básicos .....	21
3.2. Equipos de rehabilitación .....	24
3.3. Organización .....	25
3.4. Recursos .....	29
3.5. Dispositivos .....	29
3.6. Coordinación .....	30
4. POBLACION DESTINATARIA .....	33
5. RECURSOS PARA LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DEL ENFERMO MENTAL CRONICO .....	37
5.1. El Centro de Salud Mental .....	37
5.2. La Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Area (URPA) .....	39
6 PROGRAMAS .....	45
6.1. Programas específicos de rehabilitación .....	45
6.2. Ocupacional Laboral. ....	57
6.3. Ocio y tiempo libre .....	65
6.4. Alternativas residenciales a los H.P. ....	67
6.5. Programa de atención a la población institucionalizada .....	78
7. FORMACION E INVESTIGACION .....	81
7.1. Formación .....	81
7.2. Investigación .....	83

8. DOCENCIA .....	87
9. COORDINACION .....	89
10. EVALUACION .....	91
11. RECOMENDACIONES .....	93
12. BIBLIOGRAFIA .....	95
ANEXO .....	99

## INTRODUCCION

La Rehabilitación Psicosocial de la enfermedad mental crónica es uno de los aspectos de la Salud Mental que menor atención ha recibido en nuestra Comunidad Autónoma; hasta el punto de poder afirmar que esta situación nos impide hablar de un verdadero cambio en el modelo asistencial psiquiátrico y de la consecución del proceso de reforma psiquiátrica.

De tal manera es necesario el desarrollo de la rehabilitación que ésta se convierte en la clave para que una serie de trabajos realizados en otros campos de la Salud Mental, cobren su sentido de modificación y cambio en la manera de entender la atención a la misma.

Esta comisión, formada por profesionales de distintos dispositivos de la red de Salud Mental, ha elaborado el presente documento para organizar la intervención en rehabilitación del enfermo mental con carácter regional.

Hemos de decir aquí que, precisamente su carácter regional y la inexistencia de documentos específicos previos, lo convierte en un instrumento que pretende establecer los principios básicos, técnicamente imprescindibles, para la rehabilitación de la enfermedad mental. Recomendamos a la Administración el desarrollo de estos principios dentro del modelo de rehabilitación que, así mismo, definimos en el presente documento.

Este documento se inicia a partir de un análisis de la situación de la enfermedad mental crónica en nuestra región. Define el modelo y la organización del proceso de rehabilitación que, debe aplicarse a los enfermos mentales de nuestra comunidad, marca los objetivos que deben cumplirse y reseña las estrategias y actividades a realizar para conseguirlos.

Así mismo, define los programas y dispositivos que deben intervenir en la rehabilitación del enfermo mental con sus características, funciones y ubicación dentro de la organización que ejecuta el programa.

Además contempla otras actividades de formación, investigación y docencia, coordinación y evaluación, que con las características específicas de la rehabilitación, comparte con el resto de los servicios de Salud Mental.

Por último, remarcamos los puntos esenciales para el desarrollo de la red de rehabilitación y los proponemos a la administración sanitaria en forma de recomendaciones, priorizadas en su orden de exposición.

## 1. ANTECEDENTES HISTORICOS

La rehabilitación de los trastornos psiquiátricos tiene una larga historia, mucho más avanzada en su práctica que en su cuerpo teórico - como ocurre con todo conocimiento que se inicia a partir de las necesidades de intervención y resolución de situaciones concretas ya establecidas.

Douglas Bennett señala en los antecedentes de la rehabilitación psiquiátrica tres fases bien diferenciadas:

Una primera fase de **Ineficacia**, justificada por la creencia firme de que no se podía hacer nada por los enfermos mentales en el campo de la rehabilitación y que condujo a verdaderas actitudes de maltrato y rechazo, que ha llegado casi a las puertas de nuestra época (primera mitad del Siglo XX).

El rechazo y abuso sobre los enfermos mentales se fue reduciendo paulatinamente en Europa (Gran Bretaña) con el auge de movimientos de ideología cristiana que mostraron su preocupación por aplicar conceptos morales y sociales al trato y entendimiento de los enfermos mentales crónicos. Comienza así, según Bennett, la 2ª fase histórica en el enfoque de las incapacidades mentales: La de los **cuidados caritativos**.

Se caracterizó esta segunda fase por la protección del incapacitado, la aceptación de su vulnerabilidad (Watts y Bennett) y se le otorgaron privilegios. Se desarrollaron servicios para estos pacientes bajo tutelas de índole caritativa y voluntarista, a menudo confundiendo la indigencia, la pobreza, el defecto físico y la enfermedad mental. Aparecen las acciones individuales e institucionales de carácter reformista que constituyeron los cimientos de los posteriores avances de la rehabilitación. No obstante, la coincidencia con el aumento de internamientos manicomiales que se produjeron obedeciendo más a los principios de rechazo y malestar social que a planteamientos terapéuticos, hizo que el tratamiento en los hospitales fuese perjudicando las posibilidades terapéuticas rehabilitadoras que se vislumbraban en este movimiento.

Esta fase se alarga desde finales del siglo pasado a mediados del presente siglo, donde la influencia de la 2ª Guerra Mundial con sus experiencias en el campo militar, la necesidad de mano de obra y la de una rápida adaptación a situaciones nuevas, trasladadas al campo de la enfermedad mental, abrieron caminos hacia la aceptación

y entendimiento de la misma, más allá de la actitud de cuidados caritativos, dirigiéndose a una **búsqueda activa de la modificación de la enfermedad**.

Con estos avances, propiciados en el entorno de una conflagración militar, se dieron los primeros pasos para la transición del cuidado caritativo a una 3ª fase histórica, que se caracterizó por el intento de modificar la incapacidad y contrarrestarla, potenciando otras capacidades del individuo (Clarke, 1962). Se establecieron convenios de colaboración entre los ministerios de Salud y Trabajo en Estados Unidos (1943). En Gran Bretaña se estableció un plan general de rehabilitación para incapacitados y en el Hospital Belmont, se estableció la Unidad de Neurosis Industrial para estudiar las necesidades de los neuróticos desempleados dirigida por Maxwell Jones (1952) y cuyas metas estaban en definir el trabajo más idóneo posible a los desempleados por neurosis. Esta Unidad se denominó en 1954 Unidad de Rehabilitación Social y posteriormente se transformó en el Hospital Henderson, especializado en la readaptación comunitaria de psicópatas.

Los años 50 se caracterizaron pues, por una gran preocupación institucional y profesional por los enfermos mentales. Se realizaron trabajos experimentales para evaluar los efectos del manicomio en las capacidades de los pacientes. Se establecieron cambios en los ambientes y dinámicas manicomiales (Maxwell Jones 1952) para superar el modelo tradicional, que ya en estos momentos estaba muy cuestionado. En Gran Bretaña se legisló equiparando los cuidados y derechos de los enfermos mentales a los de las personas que necesitaban cuidados por otro tipo de incapacidad o dificultad social. (Royal Comisión 1957; Ley de salud mental 1959).

A finales de los 50 en Gran Bretaña y Estados Unidos, la meta principal de la rehabilitación pasó a ser la **reubicación** de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos. Lógicamente la reubicación constituía una meta ideal. La realidad orientó las actividades hacia el concepto de **adaptación** "que permita a las personas impedidas utilizar óptimamente sus capacidades residuales en un contexto social tan normal como sea posible". La adaptación fue la meta propiamente dicha de la rehabilitación. No obstante el concepto de reubicación, entendido en términos de salir del hospital y restauración de capacidades para desarrollar empleos lucrativos, condicionó los trabajos de rehabilitación en los años 60. Se desarrollaron talleres y unidades de terapia industrial en algunos hospitales psiquiátricos (Kidd 1965, Wansbrugh 1968) y se recurrió al trabajo remunerado en lo que hasta entonces eran departamentos de terapia ocupacional.

El resultado de todo lo anterior se aprecia en el declinar de los hospitales psiquiátricos (Gran Bretaña y Estados Unidos) por descenso de su población. La brecha entre el hospital psiquiátrico y la comunidad se reducía por la reubicación de pacientes incapacitados en ésta última. La introducción del trabajo remunerado y la comunicación con servicios y recursos externos, también se sumó al movimiento de superación de los hospitales psiquiátricos.

Llegamos a los años 70 con la concepción clara de que la atención y rehabilitación de las personas que padecen trastornos mentales debe llevarse a cabo **en la comunidad**. Se legisló, se investigó y se actuó sobre el objetivo de que el tratamiento

moderno para enfermos mentales graves era "permitirse vivir en la comunidad de la manera mas normal posible", siendo la rehabilitación una parte esencial de los servicios prestados a estas personas. No obstante, los resultados prácticos no consiguieron todo lo que en principio se propugnó como cambio a conseguir para los enfermos mentales. Quizá se continuó confundiendo reubicación con rehabilitación, quizá la red comunitaria, considerada imprescindible para unos buenos resultado en rehabilitación comunitaria, no estaba lo suficientemente desarrollada... quizá no estaba integrada la atención psiquiátrica en los hospitales generales... o quizá, como señaló Criswell, "estamos poniendo la mira demasiado alta, si pensamos que la rehabilitación de los enfermos mentales con subempleos es volver a participar permanentemente en la comunidad abierta. Sólo unos cuantos pacientes lo conseguirán".

Se realizaron trabajos de investigación que apreciaron los pobres resultados obtenidos ante estas premisas. (Griffiths, 1974, Steven, 1973, Wing, 1972). Tras estos trabajos de investigación se cuestionó la idea de que la rehabilitación psiquiátrica era un proceso de cambio de capacidades y se planteó en términos de proceso de acomodación (Criswell) acercando así el trabajo de los profesionales hacia los problemas cotidianos (vida diaria) de los enfermos mentales..

La rehabilitación se ve así como un ajuste o adaptación del individuo al ambiente social y familiar. El empleo en la década de los 80 ya no es la meta principal de la rehabilitación, si bien sigue siendo una meta favorable para quien pueda conseguirlo. Pero sí es un objetivo esencial que el enfermo mental se ocupe en algo.

El movimiento de la salud mental comunitaria caracteriza los años 80, al menos en nuestro país, por la ampliación y el desarrollo de las metas de rehabilitación, incluyendo nuevos conceptos que se convierten en premisas básicas regidoras de los planes de rehabilitación actuales, como son: **el ajuste vocacional, interpersonal y residencial**. La necesidad de **actuaciones combinadas** en estos campos y la necesidad de la **cooperación profesional-paciente**, puesto que la rehabilitación no es algo que se le hace a alguien. También hubo cambios en la dirección de la atención (mas allá de las capacidades o incapacidades del paciente) hacia las exigencias que establece el ambiente, al contexto y a los apoyos que éste puede prestar en la rehabilitación de los enfermos mentales.

El concepto de **rehabilitación temprana** (Gastager 1969) se impone, porque ya no eran masas de enfermos hospitalizados sobre los que se trabajaba, sino pacientes que nunca habían estado en el hospital psiquiátrico; pacientes que debido al desarrollo de dispositivos comunitarios estaban siendo atendidos al margen de la institución hospitalaria. Esta concepción introduce también uno de los planteamientos básicos de la rehabilitación actual, que es el enfoque individual, y lógicamente también la atención a las necesidades de las familias de los enfermos mentales (Bennet). Así mismo la contemplación de la rehabilitación mas allá de la alternativa residencial, combinando ésta con la adaptación de habilidades, hace que todo un cuerpo técnico de profesionales se incorpore a los trabajos de rehabilitación para enfermos mentales, siendo el psicólogo y el trabajador social los profesionales sobre los que actualmente recae la mayor responsabilidad en el desarrollo de la rehabilitación psicosocial comunitaria.

En resumen, la concepción biopsicosocial de la enfermedad mental y la combinación, por tanto, de intervenciones terapéuticas en los tres campos, ha modificado ostensiblemente la comprensión que la psiquiatría clásica ("que nunca pudo ni tocar ni trastornar la clínica" en palabras de Lacan) ha tenido de la locura. Estamos en condiciones de afirmar que el pronóstico de los pacientes, si no son abandonados, como antaño, a la evolución natural de su malestar, va a depender de la intervención que se realice sobre ellos durante los primeros años que siguen a la aparición del trastorno.

La condena a una muerte en vida que ha significado el diagnóstico de cierto tipo de psicosis ha sido desmentida por los propios pacientes, como ha demostrado este mismo año el Premio Nobel de Economía, John Nash, esquizofrénico de 20 años de evolución que constituye un ejemplo de cómo mediante el apoyo social y familiar, la integración en su medio habitual y la no reducción de su subjetividad a esa "identidad sobreañadida" que para los otros y para los mismo pacientes significa "ser esquizofrénico", es posible la recuperación del paciente y su participación como sujeto en su comunidad.

## 2. SITUACION ACTUAL DEL ENFERMO MENTAL CRONICO EN NUESTRA REGION

### 2.1. Caracterización del problema

Tras analizar los datos estadísticos de ésta población y el tipo de atención que en estos momentos recibe en la red asistencial pública de sanidad y de servicios sociales, resumimos en este apartado las características de la atención al enfermo mental crónico.

Hemos contado con los datos y opiniones aportados por profesionales y expertos de Salud Mental de nuestra región.

Pasamos a exponer de manera resumida lo que caracteriza a cada uno de los dispositivos que puede incidir y están incidiendo en la trayectoria del enfermo mental crónico.

#### *Atención Primaria*

Escasa incidencia sobre trastornos psicóticos funcionales. Participación a través de la provisión de recetas. Mayor intervención de este nivel sanitario en los trastornos mentales orgánicos, a través de programas de atención a paciente crónico, con intervención y seguimiento de enfermería.

#### *Centro de Salud Mental*

- Responsabilidad asistencial plena sobre el enfermo mental crónico. Actividades asistenciales de consulta. Programas terapéuticos sobre los enfermos esquizofrénicos y familiares.
- Trastornos mentales orgánicos poca incidencia en su asistencia ya que se resuelven en atención primaria y se comparten en el nivel especializado con neurología.

## PERFIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Paciente joven (25-39 años un 60%), soltero (70%), procedente del Hospital Psiquiátrico (63%), con un tiempo de evolución de la enfermedad muy variable, desde 5 a 9 años (40%) hasta más de 20 años (30%). La situación familiar la consideramos estable en el 85% de los casos.

### *Unidad Hospitalaria Agudos*

Los enfermos mentales crónicos actualmente ocupan de un 10-15% de la oferta de camas destinadas a casos agudos de hospitalización psiquiátrica. Así mismo en estas unidades se ingresan pacientes por orden judicial, ocupando camas de agudos, a veces durante mucho tiempo.

La ubicación del enfermo mental crónico en estas unidades se acentúa más en el hospital psiquiátrico, porque tradicionalmente esta más ligado a la atención de estos pacientes y por la dificultad que plantean a veces las unidades de Hospitales Generales con respecto a algunos tipos de pacientes.

Estos pacientes tienen un perfil semejante al de los centros de salud mental, quizá con mayor deterioro familiar, pérdida de empleo, abandono de las relaciones sociales, etc., que puede ser muchas veces el motivo del ingreso independientemente de la situación clínica del paciente.

### *Dispositivos de Rehabilitación*

#### CENTRO DE DIA DE MURCIA

Es el único recurso del área que realiza actividades específicas de rehabilitación sobre el enfermo mental crónico. Atiende a 62 enfermos mentales crónicos. La mayoría (90%) con diagnóstico de esquizofrenia. Más del 60% se encuentra en el rango de edad de 30 a 50 años, un 50% lleva de 2 a 4 años en centro de día. La residencia de estos pacientes se distribuye de la siguiente manera.

#### *Residencia*

- Vivienda propia:	7 (4 solos con apoyo, 2 matrimonio, 1 casado)
- Pensión:	1
- Pisos:	22 (5 mujeres, 17 hombres)
- Familia:	22 (5 mínimo apoyo)
- Subagudos:	6
- Jesús abandonado:	1
- Agudos:	3
TOTAL:	62

Asisten al centro 10 pacientes en días alternos y 52 todos los días de la semana. Las plazas de comedor son 40 y sólo están cubiertas 29, el resto come en sus domicilios.

## CENTRO DE DIA DE CARTAGENA

Capacidad del Centro 30 plazas. La media de edad es de 30 años y el perfil corresponde a varones solteros con diagnóstico de esquizofrenia, sin trabajo y que residen en familias propias y que podemos calificar como medios familiares buenos.

## PISOS PROTEGIDOS

Contamos con 4 pisos en la pedanía de El Palmar (3 de hombres y uno de mujeres), que acogen a un total de 26 pacientes (21 hombres y 5 mujeres). Todos ellos psicóticos crónicos: 18 diagnóstico de esquizofrenia, 1 Psicosis Paranoide, y otra psicosis el resto. Una edad en torno a los 50 años; 41-50 años la mayoría. Proceden del Hospital Psiquiátrico y están realizando labores de rehabilitación en el Centro de Día. La situación de apoyo familiar es nula en 16 y regular-aceptable en el resto. La movilidad del paciente casi no existe. Son las mismas personas (excepto alguna que han podido pasar con sus familias) y llevan ya una convivencia y adaptación de 10 años. Los pisos están creados y gestionados a partir del Centro de Día.

## UNIDAD DE SUBAGUDOS: (45 CAMAS)

La consideramos como un pequeño cajón de sastre, donde se mezclan diagnósticos y edades (23-90 años), con una edad media de 55 años. Pacientes con escaso o nulo apoyo familiar. La mayoría psicóticos crónicos con diferentes grados de deterioro. Un 20 % de los pacientes permanecen ingresados por orden judicial. Estos pacientes tienen una larga historia de enfermedad y de internamiento en Hospital Psiquiátrico.

La procedencia actual se realiza desde las unidades de agudos (a veces por rebosamiento). La movilidad es mínima por falta de desarrollo alternativas a la estancia hospitalaria, ya que las que existen actualmente son:

- Hacia residencias de 3ª edad (ancianos/trastornos mentales orgánicos)
- Hacia Residencia Luis Valenciano a través de listas de espera de enfermos mentales crónicos.
- Colegio de deficientes mentales.
- Defunción

Vemos pues como se convierte en un dispositivo depósito y contenedor, sin que tenga sentido propio, al no tener definidos dispositivos y programas alternativos para los enfermos mentales crónicos.

## *Dispositivos Residenciales*

### RESIDENCIA LUIS VALENCIANO

Con una población de 374 pacientes, procedentes del Hospital Psiquiátrico tradicional que el año 1986 tras un programa de distribución de pacientes, con bastantes desinstitucionalizaciones, traspasa a la competencia de Servicios Sociales una población que actualmente se encuentra ubicada en dicha residencia, donde un 19% responde a la definición de enfermo mental crónico. Lo que supone un total de 73.

La media de edad puede llegar a los 70 años, si bien alrededor del 50% están entre 50 y 70 años. La mayoría sin familia o si tienen alguna familia, sin ningún apoyo ni posibilidades por parte de las mismas.

Actualmente las entradas de pacientes a la residencia Luis Valenciano son escasas debido a la inmovilidad de su población y cuando las hay proceden generalmente de su lista de espera constituida por pacientes del Hospital Psiquiátrico, de la población general, de los Servicios Sociales y por ordenes judiciales. La salida de la Residencia es muy escasa, casi siempre a otras residencias normalizadas o por defunciones que dejan plazas libres que son ocupadas desde la lista de espera. Ningún caso vuelve a su lugar de procedencia.

### JESUS ABANDONADO

Es un Patronato sin ánimo de lucro promovido por la Iglesia que se financia desde la subvención municipal y la caridad pública.

Oferta: Atención a transeúntes y residentes: Estos últimos, viven durante años con posibilidades de marcharse voluntariamente. Colaboran en el mantenimiento de la institución y reciben atenciones de alojamiento, manutención estudio médico-psicológico y ocupación de tiempo en actividades organizadas (talleres cerámica, encuadernación, herrería).

El perfil de sus usuarios es el de alcohólicos crónicos, sin vínculos familiares. Enfermos mentales cronicados, demencias en régimen de residencia asistida. Podemos hablar que un 90% de la patología está relacionada con el alcoholismo y un 10% podrían entrar en la definición de enfermo mental crónico. El régimen de vida es totalmente abierto, lo que le da un mayor nivel de integración social que una institución psiquiátrica.

### RESIDENCIAS DE 3ª EDAD

Se organizan generalmente para personas de la tercera edad no procedentes de "la enfermedad mental". Aunque contienen gran cantidad de problemática psíquica y

demencia a la que llegan por la edad. En algunas residencias sobre todo de procedencia religiosa, si admiten al enfermo mental crónico (siempre y cuando su conducta no altere su convivencia).

### *Otros dispositivos*

#### ASOCIACIONES FAMILIARES

AFES (Regional), APICES (Cartagena) y AMAFEM (Murcia): Trabajan actividades de rehabilitación desde el ámbito social organizando cursos y actividades con los pacientes y con las familias y de sensibilización social acerca del enfermo mental: Cursos de formación profesional a los pacientes y seminarios a familiares sobre la enfermedad mental.

Actividades de ocio: Campamentos, convivencias, actividades culturales, etc...

Los pacientes llegan a la asociación a través de los dispositivos sanitarios especializados, con quien se coordinan los profesionales de la Asociación. Los pacientes aquí tienen un perfil muy joven en una media de edad entre 20-25 años.

Los recursos materiales y económicos de los que disponen estas asociaciones son muy escasos y un índice muy bajo de participación familiar y social.

#### SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

No tienen definido de manera específica ningún programa de ayudas al enfermo mental crónico. Los que reciben ayudas, lo hacen a través de los programas generales de los que se benefician por circunstancias concomitantes con su enfermedad (situación familiar, marginalidad). Los trastornos mentales orgánicos y alcohólicos si tienen más definidos los programas por los que reciben ayudas.

Las ayudas y prestaciones recibidas son esencialmente de tipo económico directo y atención domiciliaria (mantenimiento de casa, ayudas individualizadas, prestaciones económicas, apoyo al menor, etc...).

#### VOLUNTARIADO

No existe un grupo organizado específicamente para atender al paciente mental crónico. Están participando en acciones aisladas con determinados pacientes (Cruz Roja, Cáritas y Solidaridad Universitaria).

## 2.2. Conclusiones sobre el análisis de situación de enfermos mentales crónicos

Con carácter general podemos decir que, en el marco de una situación generalizada de desconocimiento de la problemática del enfermo mental crónico, tanto por parte de la sociedad en general como por los sistemas sanitarios y de servicios sociales, la atención al mismo está escasamente desarrollada, deficientemente organizada en los citados sistemas y sin coordinación entre ellos.

Los rasgos que caracterizan la situación del enfermo mental crónico en nuestra región, son los siguientes:

1. Se aprecia una superposición entre los conceptos de cronicidad e internamiento. Analizando las edades y otras circunstancias de los usuarios de los diferentes dispositivos, podemos deducir que éstos ingresan en dispositivos psiquiátricos hospitalarios fundamentalmente por pérdidas familiares (sobre todo los progenitores) y no en base a criterios clínicos o diagnósticos. Se utilizan recursos hospitalarios como recursos residenciales.
2. Constatamos que la atención al enfermo mental en general sigue teniendo un carácter marginal dentro del sistema sanitario; lo que ha llevado a un escaso e inadecuado desarrollo de los dispositivos de atención al mismo (falta de desarrollo y dotación de unidades de hospitalización en Hospitales Generales, fragmentación en las actividades de rehabilitación, falta de homogeneidad y continuidad entre los distintos dispositivos, etc...) lo que hace que el enfermo mental siga teniendo todavía como referencia importante el Hospital Psiquiátrico.
3. Por otro lado, ni en su marco legal (Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia), ni en su desarrollo, la red de servicios sociales ha considerado al enfermo mental crónico como un colectivo susceptible de atención y por tanto no ha previsto las necesidades sociales que puede generar el mismo.
4. En estrecha relación con los puntos anteriores, se observa una inadecuación importante entre los recursos y dispositivos existentes y la población que los ocupa o los usa (el enfermo se suele quedar en el recurso en el que "cae" en primera instancia), así vemos que:
  - Un porcentaje significativo de las unidades de agudos del "Román Alberca" es ocupada periódicamente por enfermos mentales crónicos.
  - Los pisos actualmente existentes, son en la actualidad pisos residenciales, vinculados al Hospital Psiquiátrico y la población en ellos alojada requiere fundamentalmente prestaciones residenciales teniendo una movilidad muy escasa.
  - Prácticamente en todos los dispositivos se observa una mezcla de pacientes, sin que exista una delimitación de la atención que requieren basada en diferentes parámetros (edad, diagnóstico, situación clínica, social, etc...) lo que obligaría a la disposición de los recursos necesarios para atender a esta población diferenciada.

### **3. DEFINICION DEL MODELO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA ENFERMOS MENTALES CRONICOS**

#### *Definición*

La rehabilitación Psicosocial consiste en dotar o potenciar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales del enfermo mental crónico con el fin de que pueda vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el mínimo apoyo de los profesionales.

#### **3.1. Principios básicos**

Vamos a exponer los principios básicos que debe cumplir todo programa de rehabilitación psicosocial junto con los objetivos generales que desarrollan dichos principios.

Compete al equipo de rehabilitación llevar a cabo la evaluación, el diseño y ejecución de programas individualizados de intervención para cada uno de sus usuarios.

No se ofrecen en esta sección actuaciones precisas ni protocolos específicos, por considerar que estos deben ser elaborados por los profesionales tras una evaluación rigurosa del sujeto y de su entorno sociofamiliar, ateniéndose a los principios y objetivos aquí enunciados. Su función es la de servir de guía para elaborar objetivos más específicos y actividades que conformen el plan individualizado de rehabilitación.

Estos principios básicos son:

- a) NORMALIZACION
- b) CONTEXTUALIZACION
- c) INDIVIDUALIZACION
- d) CONTINUIDAD
- e) COORDINACION
- f) EVALUACION

### a) NORMALIZACION

Es el principio básico y general que deberá cumplir un programa de rehabilitación psicosocial como soporte y dirección de todos los demás principios.

Consiste en la atención al usuario que padezca alguna dificultad de cara a una integración en la comunidad, por los cauces comunes que eliminen los tratos diferenciadores y procuren la permanencia y el contacto social habitual

### b) CONTEXTUALIZACION

Es fundamental adaptar la actuación rehabilitadora al ambiente real del paciente para evitar el fracaso incluso de programas de intervención contrastados.

#### *Objetivos generales*

- a) Adaptación de los servicios de rehabilitación psicosocial al contexto socio-económico y cultural donde van a desarrollarse.
- b) Emplear, en la medida de lo posible, recursos naturales que sirvan de apoyo al paciente en función de sus capacidades y de las demandas de su ambiente.
- c) Modificación del ambiente específico del paciente y actuación sobre la comunidad donde se integra el servicio.
- d) Entrenamiento y seguimiento del usuario en su propio ambiente para recuperar o adquirir habilidades que le permitan desenvolverse en su medio.

### c) INDIVIDUALIZACION

Es necesario adaptar el proceso de rehabilitación a cada paciente de forma individual, considerando y respondiendo a los posibles cambios que se produzcan tanto en el curso de su enfermedad como en su vida (cambio de domicilio, pérdida de un familiar, etc...).

#### *Objetivos generales*

- a) Planificación individualizada de todas las fases del programa de intervención.
- b) Desarrollo de los programas específicos al usuario y a la situación a través de un modelo unificado de intervención.

5. La inexistencia de un programa de rehabilitación para el enfermo mental crónico, ha dado lugar a las siguientes situaciones:

- Que tanto el Centro de Día, como las escasas actividades de rehabilitación desarrolladas por los Centros de Salud Mental, tengan un carácter fragmentario e inconexo.
- Que no se haya desarrollado ningún tipo de dispositivo de apoyo familiar y social, ni alternativas a sus funciones.
- Que no se hayan desarrollado formalmente actividades y programas en el terreno ocupacional, laboral o de ocio y tiempo libre.

#### d) CONTINUIDAD

*La rehabilitación es un proceso continuo*

- A nivel temporal: Considerando las fases por las que atraviesa el paciente y a los que hay que responder readaptando los programas si fuese necesario.
- A nivel estructural: El servicio de rehabilitación ha de ser concebido como un conjunto de dispositivos interrelacionados que permitan y procuren el paso fluido de unos a otros en función de las necesidades del paciente en un momento dado.

*Objetivos generales*

- a) Elaboración de objetivos a corto, medio y largo plazo.
- b) Compromiso del paciente y de su grupo de apoyo en todas las fases del programa.
- c) Proporcionar al paciente la información y la asistencia necesaria que garantice su paso a través de los dispositivos sanitarios y recursos alternativos, suavizando los costes bruscos que pueden suponer las derivaciones o cambios de centro o de programa.

#### e) COORDINACION

Al ser la rehabilitación un proceso complejo en el que están implicados muchos agentes, no se puede lograr la continuidad en programas individualizados si no existe una buena coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales por un lado, y los profesionales que conforman los equipos por otro.

*Objetivos generales*

- a) El trabajo se enfoca en equipo con delimitación clara de funciones y canales de información adecuados.
- b) Coordinación de los distintos equipos que intervienen a lo largo del proceso.
- c) Consenso dentro del equipo en cuanto a los objetivos generales en rehabilitación y a los objetivos específicos respecto a un determinado usuario.
- d) Traspase adecuado de información entre los distintos equipos y sus miembros, a través de canales reglamentados (protocolos de derivación, preevaluación, reuniones, etc) y profesionales específicos dentro de cada equipo. (tutor, terapeuta de referencia, etc...)

## f) EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso continuo e inseparable de la intervención rehabilitadora que genera información útil para ir ajustando los programas individualizados. Además sería conveniente evaluar aspectos globales del sistema rehabilitador para conseguir datos que permitan modificar -en caso necesario- la actuación de los distintos dispositivos que integran la red asistencial.

### *Objetivos generales*

- a) Evaluación precisa de las demandas del ambiente en relación con los del propio sujeto.
- b) Evaluación de resultados observables y utilización de éstos resultados para el ajuste de objetivos e intervenciones.
- c) Evaluación continua del funcionamiento general del propio servicio de rehabilitación, incluso a través de personas ajenas.

## **3.2. Equipo de Rehabilitación**

Una buena rehabilitación necesita de una visión amplia y global de los problemas de los pacientes, por lo que es necesario que en el equipo de rehabilitación intervengan personas de diferentes profesiones. La diversidad de problemas que hay que afrontar exige la participación activa de cada uno de ellos.

Aunque cada profesión tiene unas funciones "medulares" que solo se pueden desempeñar por ella, sin embargo, la rehabilitación de los pacientes va más allá de cualquiera de estas funciones, si las diversas profesiones se limitaran a dichas funciones se pasaría por alto gran parte de la labor a realizar.

Para evitar que el trabajo se repita o que ocurran intromisiones cuando el personal cúa fuera de su papel medular es necesario un método de coordinación integrador y cohesivo.

Esta coordinación tiene que tender a que el trabajo de equipo sea un todo con cada paciente, en particular y tiene que conseguir que la distribución de tareas sea clara para cada profesional que vaya a intervenir. Tiene que tener en cuenta que las decisiones se llevan a la práctica cuando los miembros del grupo trabajan juntos en la toma de las mismas.

Es necesario que el equipo tolere las diferencias de opinión y las resuelva mediante un plan ampliamente sustentado. Esto exige flexibilidad y capacidad de cambio.

Además, el trabajo de rehabilitación hará que el equipo encargado de esta entre en contacto con personal que trabaja en hospitales e instituciones comunitarias, por lo

cual debe ser capaz de fomentar unas relaciones de trabajo efectivas con la gran red de profesionales que los conforman, a la vez de proporcionar un clima que tienda a cambiar las actitudes tradicionales de "custodia" con los pacientes, haciendo hincapié activamente en que estos aumenten sus capacidades de ajuste e independencia social.

Lo componen todos los profesionales cualificados específicamente para desarrollar las funciones y actividades propias de los programas de rehabilitación para enfermos mentales y tiene como ámbito de acción el área de Salud.

Este equipo se coordina desde la Unidad de Rehabilitación, siendo el director de la misma el responsable del funcionamiento de todos los profesionales de rehabilitación del área (equipo de rehabilitación).

Estos profesionales formarán equipos, grupos de trabajo, etc... debidamente organizados y dimensionados según las necesidades de los dispositivos o programas en los que desarrollen sus funciones.

Los responsables de rehabilitación de los Centros de Salud Mental no forman parte del equipo de rehabilitación.

### **3.3. Organización**

#### *a) En el Sistema Sanitario*

La Rehabilitación se sitúa en el nivel de actuación especializada; como actividades específicas sobre una determinada población, con unas características clínicas, familiares y sociales que determina la enfermedad mental.

Estas actividades están, pues relacionadas con los centros de salud mental, con la autonomía que se determine en éste y otros documentos.

- Las Unidades de Rehabilitación reciben sus pacientes exclusivamente desde los Centros de Salud Mental.
- Se establecerán tantas Unidades de Rehabilitación por área de salud como se precisen, con el equipo de profesionales necesario para el desarrollo y funcionamiento de sus programas y dispositivos.

#### *b) Funcional*

##### **1. Recepción de pacientes**

Los usuarios que lleguen a la Unidad de Rehabilitación lo harán a través de las Comisiones de Derivación.

Estas comisiones estarán constituidas por profesionales del centro de salud mental y de la Unidad de Rehabilitación.

Por parte de los centros de salud mental formarán las comisiones el profesional responsable del programa de psicóticos y el ó los terapeutas de referencia de los pacientes que se deriven a la Unidad de Rehabilitación.

Por parte de la Unidad de Rehabilitación estarán presentes en la Comisión, el Coordinador de la misma y el responsable técnico de los programas.

Pueden incorporarse a esta comisión aquellos profesionales cuya intervención sea necesaria, a la vista de la información que sobre los pacientes se tiene, antes de reunirse la comisión.

Dicha información, que constituye la preevaluación realizada en el centro de salud mental, será remitida al responsable de programa técnico de la Unidad de Rehabilitación, en documentos o protocolos establecidos (estandarizados) con una antelación suficiente a las reuniones de derivación.

En las reuniones de derivación se decidirá qué usuarios se incorporan a los dispositivos y programas de rehabilitación.

Se determinará y justificará la derivación a otros recursos, de aquellos usuarios que, tras la evaluación de admisión, no entren a formar parte de los programas de rehabilitación .

Estas reuniones se celebrarán de forma habitual una vez al mes con cada centro de salud mental.

### *Observaciones*

- El material utilizado para estas acciones de Derivación/Recepción, debe definirse claramente en su contenido y funciones, con el fin de agilizar estas actividades.
- Será definido por los profesionales del centro de salud mental y unidad de rehabilitación.

## 2. Evaluación de pacientes

Una vez que el paciente ha tenido acceso a los servicios de rehabilitación se establecerá sobre cada uno de ellos el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

- Dicho plan será elaborado por el responsable de programas técnicos y su desarrollo será consensuado con las partes implicadas - profesionales, paciente y familiares.

El Plan Individualizado de Rehabilitación está definido en este documento en cuanto a contenido, metodología y seguimiento, y constituye el instrumento técnico básico de las Unidades de Rehabilitación.

- El desarrollo del PIR lleva implícito la inclusión del usuario en los distintos programas de los servicios de rehabilitación (ocupacional y laboral, ocio y tiempo libre, residencial, etc...).

En el Plan Individualizado se contempla la finalización de actividades de rehabilitación sobre los usuarios que hayan cumplido los objetivos marcados en el mismo y las actuaciones consecuentes (alta, seguimiento por equipo de salud mental, seguimiento por equipo de rehabilitación...).

### c) Estructural

La estructura de los servicios de rehabilitación la consideramos indispensable para que estos dispositivos y programas se desarrollen de forma organizada e integrada en el resto de servicios de salud mental.

La propuesta de estructura que esta comisión aporta es la siguiente:

#### a) Director de la URPA

- Es el responsable del funcionamiento y coordinación de todos los dispositivos de rehabilitación del área.
- Depende directamente del Coordinador de Área de Salud Mental.

#### b) Coordinador de programas

Es el responsable del funcionamiento del programa que dirige. Se deben contemplar en principio cuatro coordinadores de programas. (Si bien, mientras se van desarrollando los programas un profesional puede responsabilizarse del desarrollo de más de uno).

- Coordinador programa Residencial
- Coordinador programa Laboral-ocupacional
- Coordinador programa ocio-tiempo libre-cultura.
- Coordinador de programas técnicos específicos.

Dependerán directamente del director de la Unidad de Rehabilitación.

#### c) Coordinador de dispositivos

En aquellos programas que dispongan de dispositivos - como alternativas residenciales, centros de día, etc... - y dediquen un equipo de profesionales al mismo, tendrán en uno de estos profesionales el responsable del funcionamiento de ese dispositivo.

Dependerá del coordinador del programa en el que se integre el dispositivo en cuestión.

El ejercicio de estas responsabilidades estará avalado administrativamente con los niveles y remuneración económica que les corresponda.

### Funciones

#### a) Director Unidad de Rehabilitación de Área

1. Asumir la gestión de los recursos de rehabilitación en el Área.
2. Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades de rehabilitación del Área.
3. Coordinar la participación de los profesionales de rehabilitación en las distintas actividades que les corresponda.
4. Garantizar la aplicación de las directrices y planes que el SMS disponga respecto a la rehabilitación de enfermos crónicos.
5. Asumir la jefatura de personal de los equipos de rehabilitación del Área.
6. Garantizar el proceso de evaluación de las actividades realizadas, incorporando las actividades de rehabilitación a los sistemas de información dispuestos para el área de Salud Mental.
7. Facilitar y promover las actividades de formación e investigación que se programen.
8. Informar al Equipo de Rehabilitación de los planes, programas y otros temas en los que se ejerce como representante del equipo.
9. Establecimiento de acuerdos institucionales formalmente constituidos.
10. Participar en la planificación de las actividades de rehabilitación aportando las propuestas de necesidades detectadas tras la evaluación.

#### b) Coordinador de programas

1. Dirigir el funcionamiento del programa que se le adscribe.
2. Garantizar la aplicación de los programas elaborados que conforman las actividades de los dispositivos a su cargo.
3. Ejercer la jefatura de personal de los profesionales a su cargo.
4. Informar al director de la URPA periódicamente del funcionamiento de su programa.
5. Garantizar la evaluación del programa a su cargo.
6. Gestionar conjuntamente con el director de la URPA los recursos destinados al programa que coordina.
7. Formar parte de la comisión de evaluación representando su programa.

### c) Coordinador de dispositivos

1. Dirigir el funcionamiento del dispositivo que se trate.
2. Garantizar la aplicación de los programas y actividades que corresponda a ese dispositivo.
3. Informar al coordinador del programa del funcionamiento y problemática del dispositivo.
4. Servir de canalización y portavoz de la participación de los profesionales del dispositivo que dirija.
5. Garantizar la evolución del dispositivo que coordina.
6. Formar parte de la comisión de evaluación, representando al dispositivo que coordina cuando el coordinador del programa lo requiera.
7. Todas estas funciones pueden ejercerse directamente por el coordinador de programas sumándose a las propias de esa dirección.

## 3.4. Recursos

Los procesos de rehabilitación en los enfermos mentales crónicos deberán contar con los recursos humanos y materiales necesarios para desarrollar los diferentes programas que se definen en este documento.

Los recursos utilizables, exceden con creces el ámbito sanitario debiendo implicarse de forma activa otros recursos sociales, laborales y culturales que se corresponsabilicen de atender las necesidades humanas de los enfermos mentales crónicos.

La administración sanitaria, en tanto es responsable de la rehabilitación del enfermo crónico, dispondrá de los cauces y las normativas necesarias para conseguir que esta participación sea un hecho y que repercuta de forma práctica e inmediata en el proceso de rehabilitación de estos enfermos.

## 3.5. Dispositivos

La aplicación de los programas de rehabilitación se realizará en aquellos dispositivos que, así mismo, se hayan definido para el desarrollo de los mismos.

En todo caso y como elemento fundamental de los programas de rehabilitación comunitaria, se tenderá a utilizar los dispositivos más normalizados posibles. Se buscarán todas las posibilidades de utilización de recursos que estén funcionando en nuestra sociedad (educación, trabajo, cultura, deportes, cooperativismo, asociacionismo, ayudas económicas, etc...).

No obstante, la Administración garantizará la existencia y equipamiento necesario de aquellos dispositivos que les corresponda (incluso a veces de forma transitoria entre tanto se puedan utilizar otros dispositivos de diferente financiación):

- Centros de día.
- Pisos protegidos.
- Residencias de estancia media y prolongada etc...
- Unidades de rehabilitación.

Cuando decimos Administración, nos referimos a la administración pública en cualquiera de sus niveles, municipal, autonómico y estatal y, dentro de las mismas, a sus ámbitos sanitarios, sociales, laborales y culturales...

### 3.6. Coordinación

Los programas y actividades de rehabilitación necesitan de una exhaustiva coordinación dada la cantidad de recursos, profesionales e instituciones diferentes implicadas en este proceso de actuación sobre el enfermo mental crónico.

Una buena coordinación es esencial para no duplicar programas, actividades y recursos de las diferentes instituciones y rentabilizar al máximo los esfuerzos y las inversiones en este campo.

Esta coordinación descansará en una organización estructurada que articule los programas, niveles de actuación y competencias, optimizando la inversión de recursos.

Deberá la Administración garantizar dicha organización, necesaria para un buen funcionamiento coordinado de todas sus inversiones en rehabilitación.

La Administración deberá formalizar al máximo los mecanismos de coordinación a través de convenios, acuerdos y otros recursos legales.

#### *Organos de Coordinación*

A nivel Interno:

1. Comisión de derivación
2. Comisión de Evaluación y seguimiento

A nivel externo:

3. Organos directivos:
  - de Unidad de Rehabilitación
  - de programa
  - de Dispositivo
- 4 Comisión Regional de Rehabilitación.

## 1. COMISION DE DERIVACION

- Ocupa el ámbito de coordinación entre el Centro de Salud Mental y los servicios de Rehabilitación
- Su composición y funciones vienen definidas en este documento.

## 2. COMISION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Ocupa el ámbito de coordinación interna entre los distintos programas y dispositivos de la rehabilitación. Su instrumento de coordinación es el Plan individualizado de Rehabilitación.

## 3. ORGANOS DIRECTIVOS

Asumen la responsabilidad de coordinar los programas y dispositivos que dirigen con aquellos otros programas o dispositivos ajenos a su dirección. Debe tener un carácter fundamentalmente técnico y operativo. Debe existir desarrollo normativo legal que sustente y, a su vez, controle las competencias de coordinación de cada uno de los niveles directivos.

## 4. COMISION REGIONAL DE REHABILITACION

Es el órgano que tiene la máxima responsabilidad en la coordinación de actividades, planes e inversiones que se destinen anualmente para la rehabilitación de enfermos mentales crónicos.

Debe constituirse en la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales con el rango legal que le corresponda y con la mayor autonomía de gestión posible.

Deben estar presentes las instituciones que tienen competencia en cualquiera de los pasos del proceso de rehabilitación de enfermos mentales crónicos:

- Sanidad autonómica y central.
- Servicios Sociales.
- Trabajo y Seguridad Social.
- Municipios.
- Organizaciones No Gubernamentales.
- Cultura y Educación.
- Justicia.
- Fomento y Trabajo.

## 4. POBLACION DESTINATARIA

### *Definición*

La población destinataria estará constituida por aquellos individuos con enfermedad mental grave, de 16 a 60 años, en los que la evolución de su enfermedad va unida a una escasa o nula integración socio-familiar y laboral que dificulta su propia autonomía.

Definimos como ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, aquellos trastornos psiquiátricos de evolución habitualmente crónica y/o discapacitante, tales como esquizofrenias, trastornos maniaco-depresivos y depresiones graves recurrentes, trastornos neuróticos graves y trastornos graves de personalidad. Todos estos trastornos deberán dificultar o impedir el desarrollo de las capacidades funcionales del individuo en relación a los niveles que especificaremos.

### *Descripción*

La población la podemos clasificar en 5 grupos.

#### A) PACIENTES CON RIESGO DE CRONICIDAD

Pacientes que presentan 1º manifestación clínica de una patología de carácter grave con menos de 6 meses de evolución y/o corta hospitalización en U. de agudos.

- 1º brote psicótico.
- Trastorno grave de conducta.
- Trastorno grave de personalidad.
- Trastorno afectivo grave.

## B) NUEVOS CRONICOS

Personas jóvenes que por su problemática psiquiátrica y social van cronificándose, presentando variados pero importantes déficits en su funcionamiento psico-social. La hospitalización cuando ha existido, ha sido de corta duración.

## C) CRONICOS DE LARGA EVOLUCION

Pacientes con muchos años de evolución de la enfermedad. No institucionalizados, con importantes déficits en su funcionamiento psicosocial.

## D) CRONICOS DESINSTITUCIONALIZADOS

Pacientes que fueron externalizados de Hospitales Psiquiátricos después de periodos más o menos largos de internamiento.

## E) CRONICOS INSTITUCIONALIZADOS

Entre los que se incluye: Los viejos crónicos de larga estancia que llevan muchos años hospitalizados y que carecen de apoyo familiar y permanecen en la institución por ausencia de recursos alternativos en la comunidad.

Los nuevos crónicos de larga estancia, caracterizados por periodos más cortos de institucionalización (1 a 5 años) y con mayores posibilidades de reinserción.

## **Niveles de identificación e intervención de la población destinataria**

Se realizará una secuencia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras de acuerdo a la evolución de los pacientes, con objeto de evitar la estigmatización del enfermo mental grave y su cronificación yatrogénica.

### PRIMER NIVEL-PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD

En este primer nivel se incluyen los pacientes con riesgos de cronicidad descritos en el apartado (1-2). Estos pacientes son identificados por atención primaria y diagnosticados en el Centro de Salud Mental o Unidad Hospitalaria.

El tratamiento será integral en el Centro de Salud Mental; llamamos integral al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico (individual y/o grupal) y psicosocial. Hasta cumplir criterios de "riesgo de cronicidad", definidos a continuación en el 2.º nivel.

## SEGUNDO NIVEL - PACIENTES EN PROCESO DE CRONIFICACION

Son aquellos pacientes que han rebasado el nivel 1 y presentan un perfil de riesgo de cronicidad definido por reunir 3 criterios del área clínica más tres de las otras áreas (A. Social, A. Individual y A. familiar).

Estos pacientes son objeto de programas individualizados y específicos de rehabilitación que serán abordados desde los Centros de Salud Mental y las Unidad de Rehabilitación.

### PERFIL DE CRONICIDAD/INCAPACITACION

#### *F. CLINICOS*

*Al menos 3 de los 5 factores*

- Más de 1 episodio hospitalización.
- Continuidad de tratamiento durante más de 6 meses.
- Diagnóstico: Trastorno Mental Grave.
- Evolución de más de 1 año.
- Consumo de tóxicos.

#### *F. SOCIALES*

*Al menos 3 de los 5 factores*

- Desempleo o incapacitación laboral.
- Deterioro hábitos sociales.
- Rechazo por su medio habitual.
- Conducta inapropiada.
- Ausencia de residencia.

#### *F. INDIVIDUALES*

*Al menos 3 de los 5 factores*

- Falta de autocuidado.
- Aislamiento.
- Pérdida de autoestima.
- Dependencia económica.
- Fracaso escolar.

#### *F. FAMILIARES*

*Al menos 3 de los 5 factores*

- Ausencia de familia.
- Conflictividad familiar y/o rechazo por parte de la familia
- Ancianidad de los padres.
- Desestructuración familiar.
- Otras patologías graves en el núcleo familiar de convivencia.

### TERCER NIVEL - PACIENTES CRONICOS

Esta población de enfermos mentales crónicos ha de reunir los siguientes criterios:

- Primer criterio: criterios clínicos (definidos en el nivel anterior).
- Segundo criterio: Deterioro manifiesto en sus áreas socio-familiar, laboral e individual.
- Tercer criterio: Necesidad de soporte para sobrevivir de forma autónoma en su medio habitual.

Estos pacientes serán objeto de programas individualizados y específicos en dispositivos de Rehabilitación, C.S.M., dispositivos residenciales.

Dentro de este nivel podemos distinguir 4 grupos bien caracterizados que serán:

- El nuevo crónico.
- El crónico de larga evolución no institucionalizado.
- El crónico institucionalizado.
- El crónico desinstitucionalizado.

## 5. RECURSOS BASICOS PARA LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS

### 5.1. Centro de Salud Mental

Es el primer elemento de los dispositivos básicos en Salud Mental y el eje del sistema constituyendo la puerta de entrada del paciente psicótico a la red especializada de rehabilitación.

La función prioritaria de los centros de salud mental es la atención integral al paciente psicótico a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. Para conseguir esto, hay que elaborar un "programa de atención integral al paciente psicótico" que garantice los siguientes aspectos:

- a. Continuidad de cuidados.
- b. Adhesión al centro.
- c. Adhesión al tratamiento.
- d. Establecer la figura del terapeuta de referencia.
- e. Asegurar la intervención en crisis.
- f. Establecer cauces de coordinación con todos los dispositivos que inciden sobre el paciente psicótico.

### PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE PSICOTICO CRONICO

Debe ser un programa básico en los centros de salud mental. En el diseño y puesta en marcha de este programa se tendrá en cuenta las características del área y del equipo de salud mental correspondiente.

Los objetivos del programa son:

- a. Conocer la magnitud y las características de la población afectada, realizando un censo de pacientes psicóticos en el área de referencia.
- b. Prevenir la cronicidad, incidiendo sobre todo en la atención temprana a los jóvenes psicóticos.

- c. Prevenir el deterioro funcional.
- d. Evitar, en la medida de lo posible, hospitalizaciones y/o internamientos.
- e. Prevenir la marginación del paciente.

Para lograr estos objetivos el programa deberá reunir las siguientes características:

- a. Ser sistemático
- b. Secuencial
- c. Interdisciplinario
- d. Protocolizado

El programa de atención integral al paciente psicótico contará con actuaciones terapéuticas y rehabilitadoras.

Entre las terapéuticas son fundamentales:

- La acogida y valoración.
- Asignación del terapeuta de referencia.
- El abordaje psicofarmacológico (oral o clínica DEPOT).
- Psicoterapia individual y/o grupal.
- Intervención social.
- Seguimiento y evaluación continuada.
- Atención domiciliaria.
- Atención en crisis.
- Psico-educación a pacientes y a familiares.
- Preevaluación n pacientes candidatos a programas de rehabilitación.
- Coordinación con otros dispositivos que participan en la atención a estos pacientes.

Entre las rehabilitadoras son fundamentales:

- Autocuidados.
- Adherencia a los tratamientos.
- Intervención en el área laboral.
- Orientación vocacional.
- Actuación sobre el entorno inmediato.
- Voluntariado.

### Observaciones

En las unidades de hospitalización breve aunque por definición, se centran en el control y seguimiento de los cuadros de agudización, pueden realizarse algunas actividades de rehabilitación orientadas a proporcionar a la familia y al paciente la información necesaria que permita su implicación activa en el tratamiento y la adhesión al Centro de Salud Mental tras el alta.

## 5.2. Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área (URPA)

### *Definición*

La Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área es un recurso específico para el desarrollo de actividades rehabilitadoras, centrado en la atención a los enfermos mentales crónicos, cuyas características requieren un apoyo más específico e individualizado en función de sus capacidades y teniendo en cuenta su adaptación social y contextual.

Tendremos en cuenta que estas unidades no se conviertan en el segundo hogar del paciente, evitando crear relaciones de dependencia inadecuadas en el proceso de rehabilitación de los enfermos mentales.

### *Características generales*

La Unidad de Rehabilitación, es el eje coordinador de los recursos rehabilitadores sociocomunitarios. Desarrollará sus actividades a través de los siguientes programas: Programas técnicos, ocio y tiempo libre, laboral-ocupacional, de alternativas residenciales y de desinstitucionalización (transitorio). Así mismo, desarrollará las actividades de gestión y coordinación para el funcionamiento de dichos recursos. Estará abierto a la creación de nuevos programas si así lo requiriesen las necesidades cambiantes de la población atendida. Este recurso deberá estar inserto en la comunidad a la que va a atender.

### *Criterios de utilización: destinatarios*

La vía de entrada será siempre a través del terapeuta de referencia del Centro de Salud Mental, efectuándose la derivación mediante los protocolos específicos correspondientes (protocolo de derivación, evaluación previa, etc...) a través de la Comisión de derivación.

Los destinatarios serán pacientes entre 16 y 60 años, con enfermedad mental crónica grave, y/o con dificultades de integración psicosocial.

Quedan excluidos las toxicomanías no asociadas a trastornos mentales graves, las grandes invalideces físicas, las demencias y la deficiencia mental .

### *Objetivo*

El objetivo general del que parte la Unidad de Rehabilitación es que las personas a las que atiende, recuperen o adquieran, en la medida de lo posible, aquellas habilidades que se consideren necesarias, para que lleven una vida con el máximo de autonomía en su medio familiar y social.

Para ello, la Unidad de Rehabilitación debe desarrollar las siguientes:

## Actividades

### a) Evaluación del usuario

La evaluación funcional de las capacidades y déficits conductuales de un individuo, es un requisito previo para establecer las actuaciones psicosociales.

(V. Liberman, *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, ed. Martínez Roca.).

Toda evaluación debe hacerse con un fin. Cuando se tenga claro, que esa evaluación va a suponer una toma de decisiones. "No evaluar por evaluar".

### Características de la Evaluación:

1. Objetivos de la evaluación.
  - a) Determinar el tipo de déficit, discapacidad y/o handicap, y su severidad.
  - b) Descubrir las habilidades o potencialidades presentes.
  - c) Delimitar, junto con el paciente, los objetivos a corto, medio y largo plazo, elaborando un plan para conseguirlo a través del consenso.
  - d) Designar los tipos de ayudas profesionales necesarias, incluyendo a la familia, servicios, etc...
  - e) Monitorizar el proceso.- Plazo para evaluar lo que se ha hecho y volver a replantearlo.
  
2. Aspectos a evaluar.
  - a) Área clínica:
    - Presencia de sintomatología
    - Recaídas
    - Relación con la medicación
  - b) Área de autocuidados y actividades de la vida diaria.
    - Imagen
    - Usos domésticos
    - Compras
    - Cuidados de la ropa
    - Usos del dinero
    - Transporte
    - Etc...
  - c) Área de detección y tratamiento de los comportamientos desviados.
    - Comportamientos violentos, distimia, expresión no sintónica.
    - Sexualidad inadecuada. Comportamientos sexuales.
    - Antecedentes de suicidio
    - Consumo de tóxicos

- d) Área de detección de actitudes y capacitación laboral.
  - Si tiene formación laboral
  - Si tiene experiencia laboral
  - Cuales son sus preferencias vocacionales.
  - Etc...
- e) Área de detección del nivel de habilidad social.
  - Autoestima
  - Confianza en sí mismo
  - Asertividad
  - Lenguaje verbal y no verbal
- f) Área de participación social.
  - Frecuenta espectáculos
  - Actividades de tiempo libre
  - Actividades en días festivos
- g) Área de detección del soporte social.
  - Familia
  - Hábitat
  - Situación económica
    - Autónoma
    - Tuteladora

### 3. Profesional que evalúa.

Se llevará a cabo por un Psicólogo y un trabajador social, con los instrumentos que se determinen al caso, para posteriormente, concretar las necesidades multiárea en el plan de actuación del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIRE).

## b) Diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIRE)

El PIRE reunirá las siguientes características:

1. Debe ser un plan efectivamente individualizado, que incluya una valoración funcional de las exigencias del entorno.
2. Debe contar con la participación del paciente en las fases de evaluación e intervención.

"La rehabilitación se hace con los usuarios, y no para los usuarios".  
 "Los usuarios deben saber, qué están haciendo y para qué lo hacen".  
 (Mayoral, 1993).

3. El plan recogerá el propio curriculum de rehabilitación del usuario.
4. Deberá tener en cuenta la evaluación del entorno ambiental y su modificación, en la medida de lo posible, incluyendo:

- Provisión de recursos ambientales necesarios.
  - Familia.
  - Reforzar o buscar soportes.
    - Personas
    - Servicios
5. Seguimiento de la vida cotidiana (Plan de control y seguimiento).
6. Evaluación de las consecuencias observables y utilización de los resultados de la evaluación.

#### c) Asignación del tutor

Finalizada la fase de evaluación del usuario, y diseño del PIRE Se designará a uno de los profesionales como tutor del usuario.

El tutor será el responsable del seguimiento de acuerdo con sus funciones definidas más adelante (pg. 55).

Será el que realice las intervenciones individuales que precise, bien por si mismo, o bien diseñando y evaluando este tipo de intervenciones junto con otros trabajadores de la unidad.

#### d) Ejecución del Plan Individualizado de Rehabilitación

Se debe garantizar la ejecución del Plan de actuaciones previsto para cada paciente en todos los aspectos del mismo.

#### e) Actividades específicas de rehabilitación

- Son las que determinan la mayor parte de la actividad en la unidad.

Sin ánimo de ser exhaustivos, estas actividades pueden estar encuadradas a nivel individual y/o grupal en las siguientes:

- Ejercicios motóricos
- Habilidades sociales
- Capacidades básicas
- Autocuidado
- Integración comunitaria
- Automedicación
- Atención a las familias
- Grupos de relajación

- Grupos de expresión no verbal
- Grupos de expresión verbal
- Psicoeducación a usuarios
- Grupos de estimulación en habilidades cognitivas
- Etc...

#### f) Actividades de apoyo formativo

Son las que posibilitan al usuario la recuperación de capacidades formativas perdidas, a causa del deterioro producido por la enfermedad.

Para ello pueden usarse diversos recursos.

- Recursos propios del circuito normalizado de educación: Escuelas, Centros de F.P. Universidad popular. Educación compensatoria. Centros culturales. Centro de la Mujer, Asociaciones de Vecinos, etc...
- Cursos de formación del INEM
- Programas de la C.E.E.
- Otros.

#### g) Actividades sobre el medio socio-familiar

- Información acerca de la problemática derivada de los trastornos mentales crónicos a la comunidad en la que está adscrita la Unidad de Rehabilitación, promoviendo además la participación activa de asociaciones, entidades, etc... en este proceso de reinserción.
- Intervención Comunitaria: modificación del entorno.
- Apoyo y asesoramiento a las familias promoviendo su participación en grupos de autoayuda y asociaciones de apoyo a esta población.

#### h) Actividades de apoyo y coordinación a equipos y profesionales

- Apoyo a los equipos, en programas comunes con otros dispositivos (C.S.M. p. ej.).
- Actividades de coordinación con organizaciones no gubernamentales que desarrollen trabajos o actividades con enfermos mentales crónicos
- Formación continuada del personal de Rehabilitación.

#### i) Actividades de ocio y tiempo libre

- Estimular la utilización de los recursos normalizados de ocio y tiempo libre.

j) Actividades de apoyo residencial

- Gestión de los dispositivos residenciales.
- Coordinación de las actividades desarrolladas en los dispositivos residenciales.
- Evaluación del funcionamiento de dichos dispositivos

k) Actividades de coordinación interna de la URPA

- Coordinación efectiva entre los profesionales del equipo.
- Establecimiento un calendario de reuniones de coordinación, fijando la duración y secuencia de las mismas.
- Facilitación del trasvase continuo de información que permita reajustar las intervenciones a las necesidades del paciente y del momento.
- Registro por escrito de las actividades que se realizan en este apartado.

l) Actividades de evaluación

- Evaluación constante de los resultados en términos de:
  - a. Autonomía
  - b. Mejora de calidad de vida
  - c. Satisfacción de los usuarios
  - d. Eficacia y eficiencia de nuestros servicios
  - e. Impacto de los servicios
  - f. etc.
- Sistematización de la evaluación para facilitar su análisis.
- Utilización de un sistema de evaluación compatible con el sistema de información general del área de Salud Mental.

## 6. PROGRAMAS

### 6.1. Programas específicos de rehabilitación

#### *Introducción*

Dentro de las actuaciones con enfermos mentales crónicos es necesario la aplicación de técnicas específicas de rehabilitación dirigidas a superar o potenciar aquellas habilidades y recursos que el paciente no puede realizar por sí mismo. Estas técnicas se desarrollaran desde una perspectiva integral que incluye el paciente, la familia y el entorno social inmediato

La aplicación técnica debe realizarse de forma organizada, formando parte de un programa individualizado donde se tiene en cuenta las características, necesidades, y potencial de cada paciente y su contexto sociofamiliar. Todo esto conforma el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Estos programas que definiremos mas adelante constituyen el elemento técnico de las Unidades de Rehabilitación y serán aplicados a aquellos pacientes que derivados desde los centros de salud mental cumplan unos criterios definidos en la evaluación. No obstante en los Centros de Salud Mental se podrán aplicar programas técnicos de rehabilitación para diferentes destinatarios y con distintos profesionales en función de la necesidad.

Técnicamente, estos programas específicos de rehabilitación estarán a cargo de los psicólogos clínicos de las Unidades de Rehabilitación y serán aplicados por aquellos profesionales que se determine en el Plan Individualizado.

#### *Objetivos*

##### General:

Aplicar aquellas técnicas definidas especifica mente en rehabilitación sobre el enfermo mental crónico, su familia y su entorno social inmediato.

Específicos:

\* Sobre el Paciente:

- Recuperar habilidades perdidas por efecto de la enfermedad
- Favorecer la integración familiar del paciente
- Estimular las relaciones sociales y el uso de recursos socioculturales normalizados.

• Sobre la familia:

- Mejorar el nivel de información sobre la enfermedad mental que padece su familiar
- Aumentar en la familia las capacidades de relación con el paciente
- Favorecer la resolución de problemas y el control emocional de la familia ante los problemas de la enfermedad mental.
- Estimular el asociacionismo.

• Sobre el entorno:

- Aumentar los niveles de tolerancia a la enfermedad mental
- Favorecer el cambio de actitudes hacia la enfermedad mental
- Estimular la participación en programas de apoyo y de integración social del enfermo mental crónico

### *Recursos*

Los recursos para ejecutar los programas técnicos los componen los profesionales cualificados, el espacio físico necesario y los equipamientos adecuados.

### *Descripción de programas*

En la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área, una de las funciones principales del equipo consistirá en ocuparse del diseño, puesta en marcha y seguimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Será responsabilidad del psicólogo clínico profundizar en la evaluación inicial, supervisar o realizar las intervenciones individuales necesarias, asesorar a la familia, supervisar el progreso del paciente en los programas grupales, informar al equipo de los cambios en la intervención provenientes de los cambios evolutivos y regresivos del paciente o de problemas familiares y hacer el seguimiento tras el alta.

Los siguientes programas específicos se llevarán a cabo en la Unidad de Rehabilitación Comunitaria o en otros dispositivos donde esté indicado (preferentemente en grupo):

- a. Ejercicios motóricos
- b. Ejercicios cognitivos
- c. Manejo de medicación
- d. Autocuidados
- e. Habilidades sociales
- f. Manejo de la ansiedad
- g. Integración comunitaria
- h. Psicoeducación
- i. Intervenciones familiares
- j. Intervención en el medio social
- k. Intervenciones terapéuticas grupales (verbales y no verbales).

#### a) Ejercicios motóricos

La finalidad es mejorar las capacidades motoras (motricidad fina y gruesa, expresión corporal...) y crear hábitos de ejercicio físico. Siempre que sea posible se utilizarán recursos normalizados (polideportivos, escuelas deportivas...).

#### b) Ejercicios cognitivos

La finalidad de este programa es la de potenciar la atención, concentración, memoria y habilidades cognitivas del enfermo mental crónico.

#### c) Manejo de la medicación

Pretende aportar al paciente información sobre la medicación que está tomando, las razones y los beneficios, los efectos secundarios, persiguiendo motivarle y que se responsabilice de la toma adecuada de medicación.

#### d) Autocuidados

Seminarios dirigidos a la implantación de los hábitos saludables (mejora del sueño, la alimentación y los hábitos de salud) de aseo personal (higiene, vestido) y vivienda (cuidado de la casa, cocina, prevención de accidentes en el hogar...).

#### e) Habilidades sociales

Su objetivo es potenciar o dotar al paciente de las habilidades necesarias para fomentar la comunicación y el desarrollo de redes sociales.

## f. Manejo de la ansiedad

Programa destinado a preparar al sujeto para las situaciones que le genera ansiedad y para adaptarse a los cambios que se produzcan en su ambiente o en su vida. También incluirá incremento de actividades placenteras y mejora de la autoestima.

## g) Integración comunitaria

Este programa persigue aumentar la competencia en el conocimiento y uso de recursos comunitarios (medios de transporte, teléfono, gestiones administrativas, actividades comunitarias de ocio...). Se potenciará la realización de estos entrenamientos en el medio natural.

## h) Psicoeducación / Entrenamiento en solución de problemas

Para familiares:

La participación de la familia en la rehabilitación del enfermo mental crónico es fundamental. Los objetivos de la psico-educación podemos dividirlos en tres apartados:

- a) Información a la familia sobre la enfermedad: medicación, prevención de crisis, fase prodrómica, aspectos implicados en el desarrollo de la esquizofrenia, etc...
- b) Enseñar a la familia a relacionarse con el paciente y a enfrentar constructivamente los problemas que surgen.
- c) Promover la participación de familiares tanto en las actividades del centro (en programas, entrenamientos, en situaciones naturales, ocio...) como en la comunidad y asociaciones que defiendan los derechos de los pacientes.

Para pacientes:

El modelo psicoeducativo de atención al paciente, proporciona una herramienta de trabajo, ampliamente utilizada en el campo de la rehabilitación de enfermos mentales crónicos.

Tiene como objetivos generales los siguientes:

- a) Incluir al paciente como agente activo en su proceso terapéutico rehabilitador.
- b) Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad, curso, evolución, pronóstico, factores de protección, etc...
- c) Proporcionar información al paciente sobre recursos a su alcance (sanitarios, sociales, etc...)
- d) Mejorar las habilidades de autocuidados en el paciente en rehabilitación.

### i) Intervención familiar

Se realizará en los casos en que sea necesario incidir sobre el funcionamiento de la propia familia, independientemente de que acuda o no a la psicoeducación. Por ejemplo, incidir directamente sobre aspectos relacionados con la hostilidad, sobreprotección o criticismo.

### j) Intervención en el medio social

La intervención en este medio la realizaremos a través de la participación en actividades sociales como conferencias, mesas redondas; a través de estimular, mantener relaciones con los líderes del barrio; a través de la creación de agentes de salud; a través del estudio del medio y su intervención en el mismo.

Algunos programas, serán aplicados en aquellos dispositivos más apropiados, por ejemplo psicoeducación en el Centro de Salud Mental, autocuidados en residencias o pisos protegidos.

### k) Intervención terapéutica grupal

La psicoterapia de grupo será un recurso de tratamiento específico con el que la URPA contará para implantarlo en aquellos espacios (talleres ocupacionales, pisos de transición, residencias de corta estancia, centro de día) donde sea preciso que se utilice la expresión, facilitando el acceso a la simbolización de las ansiedades psicóticas que aíslan al paciente dentro de un mundo imaginario no compartido.

El encuadre de las sesiones grupales variará desde la psicoterapia de larga duración en aquellos espacios que así lo permitan, hasta la disposición de una o varias sesiones de grupo cuando los problemas planteados así lo precisen.

## PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIRE

### *Definición y características*

- Es un programa o conjunto de actuaciones sistematizado (ajustado a sistema o método) estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (que permite realizar modificaciones y cambios) en el que se proponen unos objetivos a alcanzar sobre un paciente en particular y las actividades a realizar para conseguirlos.
- Se considera la guía o referencia permanente desde la que se facilita la toma de decisiones durante el proceso de rehabilitación de un paciente.
- Se constituye como un documento (de actuación), elaborado con los resultados obtenidos tras el proceso de evolución.
- Lo elabora el equipo que realiza la evaluación. Siendo responsable de esta elaboración, seguimiento y coordinación el psicólogo clínico de la URPA.
- Lo ejecutan todos aquellos profesionales que se especifique en el Plan a través de los programas y dispositivos de rehabilitación disponibles.

Se elaboran con aquellos documentos o protocolos necesarios para facilitar la ejecución y seguimiento del PIRE.

ej: Hoja resumen de evaluación  
Hojas de objetivos + actividades  
Hojas de registro de actividad  
Hoja de Evaluación

El Director Técnico de la URPA será el responsable de la elaboración de estos documentos y otros que sean necesarios para el desarrollo del PIR y otros programas técnicos.

### *Componentes del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIRE)*

- a) Evaluación
- b) Objetivos
- c) Propuestas De Intervención
- d) Evaluación Continuada-Seguimiento-Pronostico
- e) Alta
- f) Tutor

### a) Evaluación

Consiste en el estudio detallado del paciente y su entorno próximo de una manera sistematizada por áreas que el grupo EXTER denomina "Áreas vitales", entendiéndose por área vital todo aquello que determinará la integración y autonomía de los pacientes en la Comunidad y tiene sentido por sí mismo. Siguiendo las mismas referencias (Exter), señalan 6 áreas vitales a estudiar y evaluar su situación en cada paciente:

1. Área de autonomía económica
2. Área de Convivencia, relaciones familiares, pareja.
3. Área social y ocupación de tiempo libre
4. Área de autonomía doméstica
5. Área de autonomía en el entorno comunitario
6. Área de Salud

#### 1. Área de autonomía económica:

Con este área nos referimos a la necesaria solvencia económica que toda persona ha de tener para poder ejercer, de facto, una autonomía real en su medio comunitario.

No importa demasiado que los recursos los obtenga a través de nómina, pensión u otros cauces ajustados a la legalidad.

Aquí, nos estamos refiriendo al proceso de incorporación y mantenimiento integrado y adaptado en el "mundo laboral", haciéndolo extensible a los procesos de formación y capacitación.

Considerando las múltiples implicaciones y la importancia que la integración laboral tienen en el proceso de rehabilitación, estimamos imprescindible valorar las capacidades laborales de los usuarios y tener en cuenta las condiciones actuales que, de forma más clara, conforman y caracterizan el medio en el que se desenvuelve y opera.

#### 2. Área de convivencia, de relaciones familiares y de pareja:

Con este área nos referimos a las relaciones estables de pareja, a las que se establecen entre personas que conviven en la misma casa y a las que se entablan con familiares significativos que no cohabitan en el domicilio.

#### 3. Área social y de ocupación del tiempo libre:

Con este área nos referimos a la cantidad y calidad de las actividades que las personas realizan en su tiempo libre principalmente en interacción con los demás, y si de esa interacción se desprenden apoyos instrumentales y emocionales.

Tiempo libre es el que no se ocupa con actividades laborales, formativas u obligaciones domésticas.

Para que una actividad sea considerada de tiempo libre, el individuo ha de tener la opción de elegirla entre un amplio abanico de posibilidades distintas, sin que el no hacer una de esas actividades implique consecuencias perjudiciales o aversivas.

Este área también hará referencia a todas aquellas actividades que se realizan individualmente (hobbies, ocio, etc.) y a las relaciones que un individuo mantiene con profesionales o personas de su entorno de trabajo, siempre y cuando esas relaciones trasciendan el ámbito estrictamente profesional o laboral.

#### 4. Área de autonomía doméstica:

Con este área nos referimos a un conjunto de habilidades, destrezas y competencias que favorecen un desempeño normalizado en aspectos como:

- a. Mantenimiento y cuidado de la casa, incluyendo habilidades para diligenciar el pago de recibos de luz, agua, gas, teléfono, etc.
- b. Alimentación; se refiere a competencias para comprar, preparar comida, etc.
- c. Convivencia integrada en la comunidad de vecinos; relaciones interpersonales; obligaciones en la comunidad (pagos, junta de vecinos, etc.).

En los casos de las personas que conviven con su familia, debemos hacer una valoración preventiva, cara al futuro, sobre las posibilidades de autonomía vital de esas personas en el supuesto de que se vean obligadas a vivir solas.

#### 5. Área de autonomía en el entorno comunitario:

Con este área nos referimos a las capacidades y competencias que debe poseer una persona para desenvolverse de forma integrada en su entorno comunitario, y para utilizar los recursos que le sean necesarios.

Por recursos comunitarios se entienden todos aquellos recursos (medios de transporte, entidades bancarias, correos, etc.) que una persona necesita para desenvolverse en su entorno, satisfacer sus necesidades y responder de modo adecuado a las exigencias del medio.

#### 6. Área de salud:

Con este área nos referimos a aspectos que tienen que ver con:

Hábitos que tengan una marcada repercusión en la salud:

- Higiene y aseo personal.
- Hábitos de sueño y alimentación
- Consumos tóxicos para el organismo
- Otros hábitos (deporte, revisiones médicas, comportamientos preventivos de enfermedad...)

Distintos aspectos que atañen específicamente a esta población:

- Prevención de crisis (medicación, conductas de riesgo, detección de pródromos, consumo de drogas, variables ambientales de riesgo, habilidades, capacidades y competencias de los usuarios para contener o enfrentar situaciones de crisis).
- Capacidades básicas (atención, comprensión, orientación espacio-temporal, lateralización, etc.).

Pronóstico:

Se debe intentar un acercamiento pronóstico tras el estudio de evaluación que ayuda a definir el área de actuación, así como a priorizar objetivos y acciones.

Hay factores pronósticos establecidos que debemos tener en cuenta de manera orientativa y que nunca podrían ser usados como criterios de alta.

Deben anotarse en el resumen del estudio de evaluación como cuestiones previas que pueden dificultar el proceso de rehabilitación.

*b) Objetivos:*

Un objetivo es el resultado que se pretende alcanzar a través de una intervención diseñada para ese fin, o lo que es lo mismo lo que esperamos conseguir de una persona en la rehabilitación. Es aquello que una persona está en condiciones de hacer o realizar y no el procedimiento por el que desarrolla, adquiere o recupera esa capacidad de hacer o realizar.

Todo objetivo implica un propósito, una meta a la que ha de tender cualquier plan o acción, y sirve para evaluar, directa o indirectamente, la acción de la que es guía o directriz.

Ejemplo:

Vivir de forma integrada y adaptada en la comunidad  
Que el usuario tome la medicación según prescripción médica

Para que un objetivo se considere como objetivo de rehabilitación ha de cumplir tres condiciones:

- a) Se formulará referido a lo que hemos definido como área vital del paciente.
- b) Ha de ser permanente o estable en el tiempo o sea, no coyuntural o efímero en la vida de un paciente.
- c) Serán siempre formuladas como objetivos generales y no como específicos.

#### *c) Propuestas de intervención*

- Las intervenciones estarán claramente definidas y señaladas en el PIRE. Siempre dentro de alguno de los objetivos.
- Se deben especificar con detalle las acciones que se van a llevar a cabo, señalando su ejecución y resultados en hojas de registro y evaluación. Especificando tiempos de realización, profesionales responsables, lugares de ejecución, etc..

#### *d) Alta*

Se decide tras las evaluaciones de los objetivos propuestos y en general tras la evaluación del PIR actualizado, es decir, tras los cambios que haya sufrido en su desarrollo.

El alta estará basada y argumentada en las diferentes evaluaciones realizadas sobre un paciente. No será un suceso brusco y espontáneo ni coyuntural. Se producirá de forma natural como resultado de un trabajo individualizado flexible, sistematizado que cumplirá los objetivos marcados.

No deben existir criterios de alta generalizados y estandarizados, sino que el alta estará siempre supeditada a la consecución de los objetivos marcados en el PIR. El cambio de objetivos nunca será para ajustar las acciones y provocar las altas, sino que se harán con el razonamiento, técnico y crítico necesarios para justificar el cambio.

#### *e) Tutor*

Es la persona de referencia que debe tener todo paciente que esté en proceso de rehabilitación.

Funciones:

Entre sus funciones tiene:

- Coordinar todas las actividades que se programen sobre el paciente.
- Facilitar a este la información y el movimiento por los dispositivos y programas que intervengan en su rehabilitación.
- Comunicar a los profesionales que intervengan en la rehabilitación las

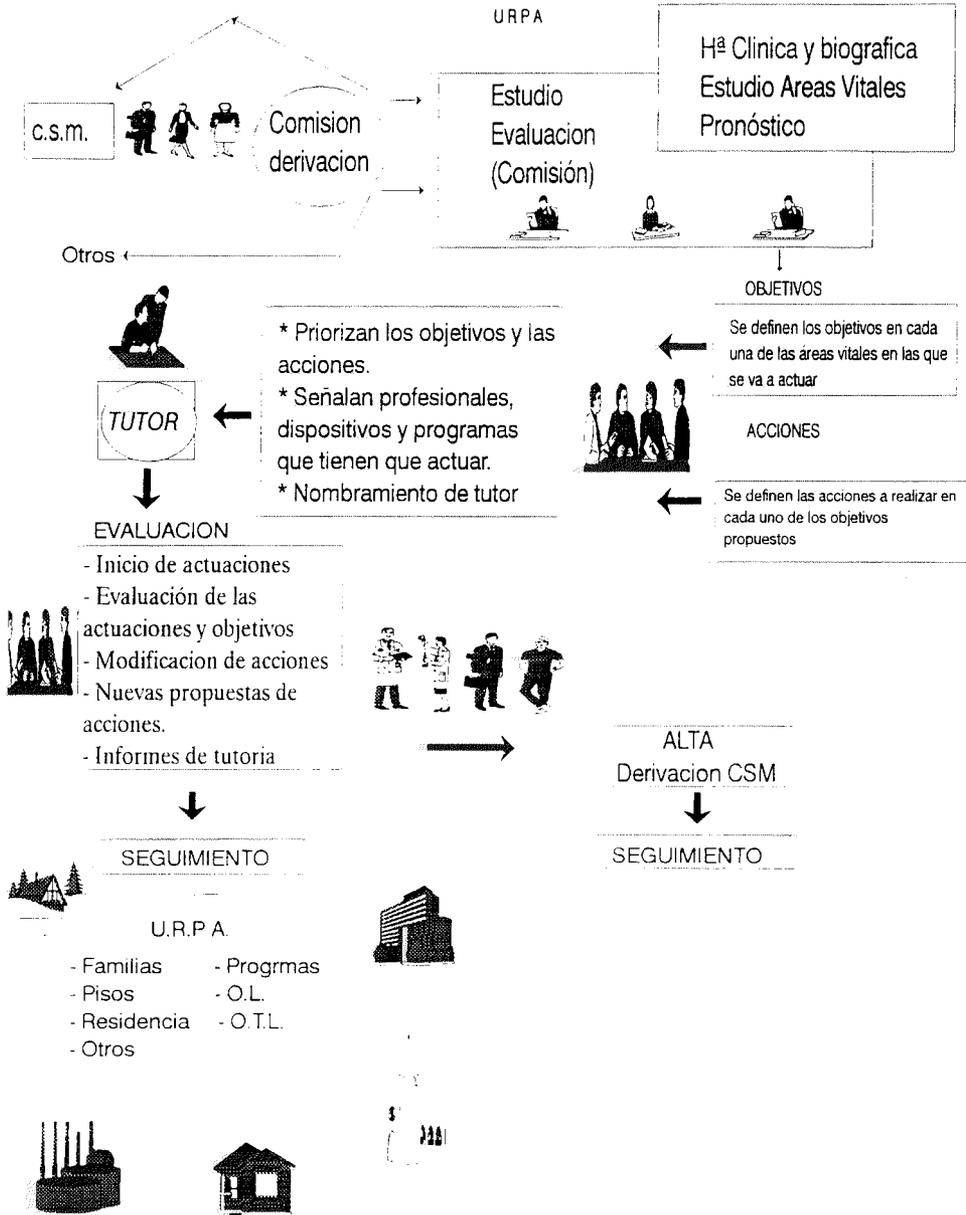
situaciones, necesidades y acontecimientos importantes que sucedan al paciente y que puedan influir en su rehabilitación.

- Coordinar y supervisar el seguimiento de los diferentes programas de la URPA.
- Coordinar el proceso de alta
- El tutor canalizará y resumirá los informes de evaluación y los presentará a la comisión de evaluación donde se determinarán los cambios en el Plan, el alta, el seguimiento...

#### Nombramiento:

Será designado al diseñar el plan de rehabilitación entre los profesionales que intervengan en el mismo procurando que esté lo más cercano posible al programa o dispositivo que fundamentalmente intervenga en la rehabilitación.

# ESQUEMA DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION (PIRE)



## 6.2. Programa de rehabilitación ocupacional y laboral (R.O.L.)

### *Introducción*

Dentro de un programa de Rehabilitación Psicosocial integral hay que ofrecer al enfermo mental crónico y al enfermo mental grave, aunque aún no esté cronicado, la oportunidad de integrarse en la sociedad también en el plano ocupacional y laboral.

Concebimos los aspectos laborales y ocupacionales de la rehabilitación como un proceso secuencial y continuado en el que se estimula al paciente y se la capacita para que, progresivamente, se incorpore a actividades laborales u ocupacionales hasta el nivel más normalizado de que cada paciente sea capaz, según el estadio madurativo de su personalidad en el que se encuentre. Sin considerar que el nivel óptimo sea, necesariamente, la incorporación a trabajos competitivos.

Dentro de este proceso admitimos como posible, y aún como probable, que el paciente pueda sufrir retrocesos a etapas en las que el desempeño ocupacional sea menor y menos autónomo sin constituir esto un fracaso ni para el paciente ni para el programa rehabilitador.

Por esto estimamos indispensable la evaluación permanente del paciente en cada una de las etapas del proceso.

En todas las fases del proceso se primará la utilización de recursos normalizados y se pretenderá que el uso de recursos específicos sea transitorio en la medida de lo posible.

Por último, dado que el enfermo mental crónico tiene derecho a la integración laboral y ocupacional, pretendemos que la ejecución de los programas que tienen por objetivo la reinserción laboral de estos pacientes se hagan en un marco jurídico bien delimitado y que no entre en conflicto con la legislación de los Servicios Sociales y de la Seguridad Social

### *Equipo de Rehabilitación Ocupacional y Laboral*

Este Equipo estará formado por personal de la Unidad de Rehabilitación, dedicado a la planificación, organización, y ejecución de los programas individualizados de Rehabilitación en sus aspectos ocupacionales y laborales.

Cabe distinguir como conceptos diferenciados los aspectos ocupacionales y laborales. Entendemos por actividades ocupacionales aquellas que están diseñadas a la medida de las posibilidades del paciente y por actividades de rehabilitación laboral, las que adaptan las capacidades del paciente a las exigencias del trabajo (PANAP, 1972).

Los pacientes entrarán en éste programa a través de la Comisión de derivación tras la evaluación de los mismos.

## a) Personal

Los profesionales necesarios para llevar a cabo este programa serán:

- Trabajador social.
- Psicólogo.
- Terapeuta ocupacional (Coordinador de los talleres).
- Abogado-asesor (a tiempo parcial).
- Monitores.
- Otros.

## b) Tarea

Este Equipo elaborará los planes de rehabilitación ocupacional y laboral que se incorporarán al plan individualizado de cada paciente. Así mismo, este equipo se ocupará de la continuidad en la capacitación y recuperación del empleo, si fuera posible.

Esta continuidad estará estructurada en las siguientes 7 fases tal como especifica Libermann en su obra "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico"

### *Fases de continuidad de la rehabilitación ocupacional laboral*

#### Primera fase

Evaluación de las habilidades ocupacionales y laborales. Se tendrá en cuenta tanto las habilidades premórbidas como las actuales de que dispone el paciente, por medio de su historia laboral, observación directa, informes e instrumentos de evaluación laboral, o la combinación de todos.

#### Segunda fase

Adaptación al trabajo. Se preparará al paciente en habilidades preocupacionales, tales como: Puntualidad, manejo de los medios, convivencia con compañeros y superiores, manejo del tiempo laboral, etc...

#### Tercera fase

Adiestramiento en habilidades laborales. Es el proceso de instauración o restauración de aptitudes ocupacionales, tanto para las personas que no tienen experiencia previa, o que las han perdido en su proceso patológico, o tengan que cambiar de ocupación.

Este proceso incluye:

- a) Adiestramiento técnico competente.
- b) Adiestramiento en habilidades de adaptación laboral
- c) Ayuda en la solución de los problemas y cuestiones cotidianas que surgen durante el programa de adiestramiento.

#### Cuarta fase

Empleo protegido. Los pacientes pueden experimentar situaciones laborales simuladas en un entorno terapéutico, que se define por:

- a) Disminución de las presiones laborales diarias.
- b) Reducción de la jornada laboral
- c) Simplificación de las tareas
- d) Ambiente de trabajo estructurado y protegido.

#### Quinta fase

Empleo de transición. Desarrollo del trabajo en ambiente real, en industria o servicios, bajo la supervisión y apoyo de un profesional de la rehabilitación. Para llegar a esta fase del programa de R.O.L. han de establecerse convenios con las empresas de la comunidad.

#### Sexta fase

Obtención de trabajo. Representa para el paciente el entrar en el mercado de empleo competitivo. El programa de R.O.L. tendrá que orientar al paciente hacia las agencias proveedoras de empleo, públicas o privadas o hacia formas de trabajo autónomas en régimen de cooperativas y la búsqueda de empleos nuevos, capacitándolos para una toma de responsabilidades en el mismo con apoyo del personal de Rehabilitación (club laboral).

#### Séptima fase

Mantenimiento del empleo. en esta fase el programa de R.O.L. prestará apoyo para que pueda afrontar los factores estresantes derivados de su nueva situación laboral.

## *Dispositivos del programa laboral-ocupacional*

### TALLER DE OBSERVACION

#### *Definición*

Dispositivo dependiente de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área para poder valorar las habilidades ocupacionales y laborales, su adaptación e integración.

#### *Características generales*

A través del tiempo que pasa el usuario en este dispositivo, su actitud y su actividad nos van a dar una idea sobre sus capacidades, posicionamientos e intereses. Teniendo en cuenta su contexto, nos va a facilitar el diseño del plan a seguir, su secuenciación y los objetivos a cubrir en el área laboral/ocupacional alcanzables a corto, medio y largo plazo. Las áreas a observar se pueden secuenciar de la siguiente manera:

- a. Habilidad para desarrollar una actividad.
- b. Constancia en la actividad.
- c. Iniciativas e introducción de pautas creativas.
- d. Actitud del usuario ante la actividad
- e. Actitud del usuario ante el producto y ante la reacción del entorno
- f. Actitud del usuario ante los compañeros y los terapeutas
- g. Posibles consecuencias (bien de los rasgos psicopatológicos, bien de los efectos adversos de la medicación), que interactúan con la actividad o con el entorno (sea o no este normalizado).

#### *Objetivos y funciones*

Serán objetivos generales del dispositivo los de:

1. Establecer una relación de confianza con el usuario.
2. Valorar la actitud, las capacidades, los intereses, la interacción con su contexto (en este tipo de área), etc..., ateniéndose a los protocolos que se determinen.
3. Evaluar las necesidades del usuario. Como objetivo específico primordial tendrá que diseñar un programa individualizado del área de actividad y la secuenciación a seguir para su desarrollo.

Para su óptimo funcionamiento conviene que esté ubicado en los locales de la Unidad de Rehabilitación a cargo del personal del programa de rehabilitación ocupacional y laboral o del personal de apoyo que se estime necesario. En él se realizarán las fases primera y segunda del programa de rehabilitación: Evaluación de las habilidades ocupacionales y laborales y Adaptación al trabajo.

## CENTRO DE DÍA

### *Definición*

Se trata de un dispositivo terapéutico, dependiente de la URPA al que tendrán acceso aquellos pacientes que tras ser valorados en el taller de observación muestren un perfil de discapacidad que dificulte mucho o impida su inclusión en otras fases sucesivas del programa.

Por ser dicho dispositivo el lugar donde estos pacientes van a pasar gran parte de su jornada diaria debe plantearse para muchos de ellos como un espacio terapéutico equilibrado y enriquecedor en el que se trabajen, no sólo sus discapacidades operativas y funcionales, sino también elementos de relación en base a lo que pueda ser más útil para ellos dentro de los diversos enfoques terapéuticos que manejamos.

### *Actividades*

El Centro desarrollará las siguientes actividades:

- Actividades de terapia ocupacional.
- Actividades tendentes a mantener las capacidades básicas de sus usuarios, tanto físicas como psicológicas, evitando el deterioro que su larga enfermedad pueda producirles.
- Actividades en relación con las familias y su entorno
- Actividades de ocio y tiempo libre.

### *Capacidad*

La capacidad del Centro de Día no deberá superar las sesenta plazas.

### *Recursos humanos*

El Centro de Día deberá estar asistido por, al menos el siguiente personal:

- 1 Psiquiatra o Psicólogo
- 1 Enfermero
- 1 Trabajador Social
- 5 Monitores
- 2 Auxiliares

Asimismo, deberá contar con asistencia psiquiátrica que garantice la atención farmacológica de los usuarios, dentro de la fórmula que se habilite por el programa en relación con otros dispositivos.

### *Horario*

El Centro de Día funcionará ininterrumpidamente desde las 9 de la mañana a las 5 de la tarde, por lo que los horarios del personal se supeditarán a esta jornada.

## TALLER OCUPACIONAL/ PROTEGIDO

### *Definición*

Dispositivo centrado en el tratamiento rehabilitador, a través de la actividad normal o corporal sobre unos medio concretos (plástico-artísticos, reciclables, elementos de uso como alfombras, costura, calzado, decoración, etc...) sin fines propiamente productivos.

### *Características generales*

Es un dispositivo localizado básicamente en un espacio, el taller, donde los usuarios, a través de la actividad propuesta, (más o menos dirigida), encuentran una forma de ocupar el tiempo en algo que elaboran por si mismos, un espacio donde poder relacionarse, compartir y participar conjuntamente en una tarea común; encuentran un contexto donde poder ir asumiendo una estructuración del tiempo diario más normalizadora; y en un momento dado los capacita a poder asumir una tarea más comprometida en el marco de la laborterapia, y en su caso del empleo protegido o libre, independientemente del valor añadido a nivel psicoterapéutico, individual y grupal del propio acto derivado de la dinámica de cada sesión de taller ocupacional.

### *Criterios de utilización.- Usuarios*

Estará dirigido a aquellos usuarios del circuito rehabilitador, que por sus características, y tras haber pasado por el taller de observación , no pueden incorporarse a los talleres protegidos ni por supuesto a las fases posteriores de la Rehabilitación ocupacional laboral, quedando transitoriamente tratados en la segunda fase de dicho plan.

Este dispositivo está diseñado para el desarrollo de las fases 3 y 4: Adiestramiento en habilidades laborales y Empleo protegido. Los pacientes llegarán a estos pacientes derivados desde el taller de observación y el centro de día.

### *Objetivos*

Los objetivos a conseguir se pueden enmarcar en los siguientes:

1. Participar desde el entorno ocupacional en la consecución de las directrices en la estrategia terapéutica.

2. Preparar al usuario en la adquisición de habilidades pre-ocupacionales como:
  - Orientación alopsíquica y puntualidad.
  - Manejo de medios
  - Favorecer la interacción con otros usuarios
  - Favorecer el trabajo en grupo
  - Facilitar a los usuarios la capacidad de poder asumir tareas más comprometidas
  - Aumentar la autoestima con respecto a las producciones individuales y grupales.
  - Etc...
3. Favorecer la estructuración de la actividad diaria del usuario de una manera más normalizadora.
4. Favorecer la aparición de alternativas creativas frente a un conflicto a la hora de diseñar o ejecutar una tarea.
5. Utilizar la actividad ocupacional como puente hacia otras actividades más normalizadas en las fases 3/4 de la ROL.

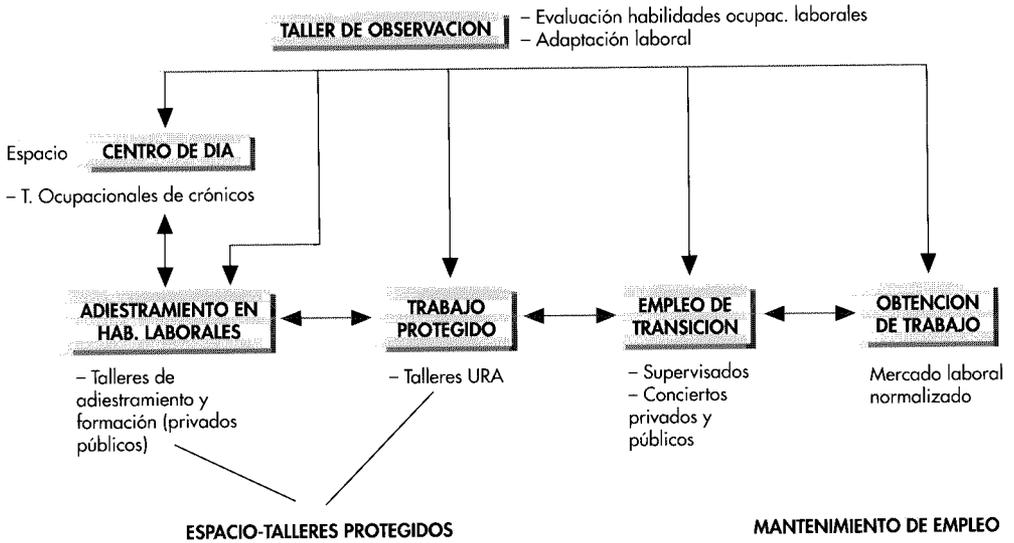
### *Funciones*

Como funciones propias tenemos:

1. el desarrollo del programa ocupacional a nivel individual y grupal.
2. la coordinación con el resto de dispositivos rehabilitadores.
3. la evaluación continuada del usuario, del proceso terapéutico y del propio dispositivo rehabilitador como tal.

Para el resto de las fases (5<sup>a</sup>-7<sup>a</sup>: Empleo de transición, Obtención de trabajo y Mantenimiento del empleo) se utilizarán todos los recursos, sin excepción del mercado laboral, teniendo en cuenta la posibilidad de que los pacientes se agrupen en cooperativas de servicios y otras que pudieran revertir en el aprovisionamiento de necesidades de la propia red.

## ESQUEMA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION OCUPACIONAL LABORAL. FASES DE CONTINUIDAD-DISPOSITIVOS



### 6.3. Programa de ocio y tiempo libre

#### *Introducción*

Dentro de la filosofía general de la Rehabilitación de recuperar al paciente para una vida que se inserte y desarrolle en la comunidad, entendemos por tiempo libre aquel que discurre fuera del horario laboral (sea cual sea la duración de éste), y actividades de ocio son aquellas que llevan ese tiempo y que están orientadas a la satisfacción y el disfrute personal justificándose en sí mismas.

Lo anterior determina que cualquier programa de Rehabilitación de ocio y tiempo libre se orientará al uso de los dispositivos comunitarios normalizados, cualquiera que sea el carácter de ese ocio:

- Recreativo
- Formativo
- Cultural
- Deportivo
- Naturaleza, medio ambiente

En estas actividades primará la disposición y preferencias de cada usuario para la ocupación de su tiempo libre.

Estará dirigido a todos los usuarios de la red de Salud Mental, estén o no integrados en el Programa de Rehabilitación.

#### *Equipo de Rehabilitación Ocio y Tiempo Libre*

Está formada por el mismo personal del R.O.L. y apoyado básicamente en personal voluntario, de asociaciones de familiares y de enfermos.

Su función prioritaria es facilitar información sobre ofertas y estímulo para que los usuarios hagan uso de esas ofertas.

#### *Dispositivos*

No se dispondrá de ningún dispositivo específico de la red sanitaria para el ocio y tiempo libre.

La dinámica asociativa podrá generar dispositivos propios en el marco institucional de las asociaciones de familiares y enfermos, en su caso o en el marco comunitario.

## Programas

Se estructurará en 3 grandes bloques:

- Vacaciones
- Fines de semana
- Ocio tarde-noche

Contemplando en cada bloque los aspectos antes señalados de:

- Aspectos formativos
- Recreativos
- Culturales
- Deportivos
- Naturaleza y medio ambiente

El programa deberá contemplar los objetivos siguientes:

1. Información a los usuarios.
2. Estimular el uso de los recursos y actividades de ocio.
3. Gestionar y facilitar el acceso de los pacientes a la utilización de los recursos de ocio y tiempo libre.
4. Evaluar y monitorizar la actividad y la asistencia de los usuarios, la adecuación, la adaptación y las repercusiones de dicha actividad en los usuarios.

## 6.4. Programas de alternativas residenciales

### *Justificación*

La necesidad de superar el hospital psiquiátrico como única residencia posible para los enfermos mentales crónicos, que necesiten apoyo residencial y la necesidad de posibilitar la reinserción y/o integración social de las personas con enfermedades mentales crónicas, (favoreciendo que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible) justifica el desarrollo de un programa que ofrezca una gama de alternativas residenciales en función de las posibilidades de adaptación y autonomía de cada paciente en particular, que aporte además de una residencia inserta en la comunidad el acceso a las actividades que ofrece el entorno social y de la que el paciente esté en condiciones de beneficiarse. Partiendo del apoyo residencial estas actividades actuarán como agentes de cambio interactivo en la reinserción social.

### *Definición*

Conjunto de actividades y recursos que tiene como finalidad fundamental cubrir las necesidades residenciales de los pacientes proporcionándoles el grado y tipo de apoyo que precisen en cada fase evolutiva de su proceso.

### *Objetivos*

1. Facilitar residencia a los enfermos mentales crónicos en el medio comunitario.
2. Proporcionar alternativas residenciales adecuadas a las características del paciente y de su momento evolutivo.
3. Adecuar los apoyos residenciales a las características contextuales.
4. Estimular el mayor grado de autonomía posible en la gestión y mantenimiento de sus necesidades residenciales.

### *Actividades*

- Apoyo de la estructura familiar como soporte básico natural para que mantenga y, en su caso, reintegre al paciente.
- Gestión de su inclusión en familias constituidas ajenas al paciente que sustituirían a la familia natural, proporcionándoles el apoyo necesario.
- Facilitar los recursos necesarios a los pacientes que puedan disponer y mantenerse en una vivienda propia.
- Facilitar el uso de recursos residenciales normalizados, como hoteles y pensiones, proporcionando el apoyo necesario.
- Establecimiento de los recursos residenciales de titularidad pública insertos en la comunidad en los que se proporciona diferentes niveles de atención: pisos de transición, pisos asistidos, unidades residenciales de rehabilitación.

### *Coordinación*

Todas estas actividades se realizarán en permanente coordinación entre las Administraciones e Instituciones que tienen corresponsabilidad en los temas de mantenimiento residencial.

### *Dispositivos Residenciales*

#### FAMILIA PROPIA

##### *Definición*

Recurso residencial por excelencia, núcleo básico de soporte residencial que a través de los padres propios, hermanos u otros familiares, acogen al usuario.

##### *Características generales*

La familia propia, es el principal soporte socioafectivo del usuario, desde donde sale y hacia donde puede volver, por lo que necesita un apoyo continuado para poder mantenerlo operativo como recurso primordial y primigenio.

Va a ser el recurso (siempre que se pueda) más operativo y más adaptado a las necesidades del usuario, independientemente de su indudable valor como instrumento rehabilitador y punto de partida hacia una vivencia normalizadora

##### *Criterios de utilización- Destinatarios*

Usuarios insertos en el circuito rehabilitador, con un soporte familiar susceptible de poder reintegrar y acoger a dicho usuario.

##### *Objetivos y funciones*

Los objetivos y funciones de la familiar propia como dispositivo residencial, serán las inherentes a cualquier unidad familiar en los aspectos residenciales, con el valor añadido de la pertenencia afectiva, de la conciencia de espacio físico y emocional propio, y de los valores normalizadores de la dinámica consecuente a ser y formar parte activa de la familia. Por supuesto, todo esto acompañado del necesario y suficiente apoyo, seguimiento y participación activa "in situ" que pudiese ser necesaria por parte de los profesionales rehabilitadores en los aspectos inherentes a su actividad rehabilitadora (entrevista a familiares, psicoeducación, programas de seguimiento y apoyo familiar).

## FAMILIA SUSTITUTA

### *Definición*

Dispositivo residencial constituido por un núcleo familiar ajeno a los usuarios del circuito rehabilitador, que acoge a los mismos, y que por ello recibe un apoyo económico y técnico, con su consiguiente seguimiento.

### *Características generales*

Son núcleos familiares ajenos a los usuarios del circuito rehabilitador con los siguientes criterios:

1. Que ofrezca un ambiente familiar adecuado para la convivencia con dichos usuarios.
2. Que presenten la motivación suficiente y el compromiso preciso para convivir con dichos usuarios.
3. Que dispongan de la suficiente capacidad física y emocional.
4. Que presenten una estabilidad psicoafectiva personal.
5. Que dispongan de una vivienda adecuada, así como la posibilidad de acceder a los equipamientos colectivos.

### *Criterios de utilización Destinatarios*

Usuarios insertos en el circuito rehabilitador con un deficiente o inexistente soporte familiar, con pocas posibilidades de reintegrarse a su núcleo familiar por problemas adaptativos, o como pauta terapéutica consecuente al proceso terapéutico.

### *Objetivos y funciones*

1. Objetivos:
  - Reinsertar al usuario en un medio lo más normalizado posible.
  - Prestar apoyo residencial y afectivo.
2. Funciones del equipo de rehabilitación para con la familia sustituta:
  - Apoyo económico
  - Apoyo psicosocial
  - Preevaluación del usuario y del medio donde se va a insertar
  - Supervisión y seguimiento durante todo el tratamiento
  - Educación previa al acogimiento del usuario y del medio acogedor.

Todas estas actividades se ajustarán a la normativa legal que le corresponda.

## VIVIENDAS PROPIAS

### *Definición*

Recurso residencial que los propios pacientes aportan, bien porque vivan solos o porque hayan constituido su propia familia.

### *Objetivo*

- Apoyar la permanencia del paciente en este recurso, siempre que exista:
- Funciones del equipo.
  - Atención domiciliaria.
  - Programas de habilidades sociales, independientes de los que puedan seguir en otros dispositivos.
  - Utilización de voluntariado.
  - Coordinación otros servicios.
  - Trabajo en el entorno inmediato.

## PENSIONES SUPERVISADAS

### *Definición*

Son plazas que se conciertan con pensiones normalizadas, desde el programa de apoyo residencial de la URPA, las cuales permiten ofrecer un alojamiento digno.

### *Destinatarios*

Este programa estará destinado a los pacientes que reúnan las siguientes características:

- Buena autonomía.
- Carencia de apoyo familiar y/o conflictividad en la convivencia.
- Alto nivel de independencia.
- Falta de adaptación a pisos protegidos.

### *Objetivo*

Adaptar a los pacientes, a través del proceso de rehabilitación, a otros recursos residenciales.

### *Actividades*

Los usuarios insertos en este dispositivo, contarán con un plan de rehabilitación a realizar en los dispositivos de la red de rehabilitación.

### *Funciones del equipo*

- Previa a la inclusión del usuario, se hará una sensibilización y motivación de los encargados de la pensión.
- Supervisión y apoyo periódico desde la URPA.

### *Tiempo de estancia*

Variable y siempre a través de un contrato con el usuario de este servicio. Se tenderá en todo caso a contemplarlo como un recurso transitorio.

## CASA DE TRANSICION

### *Definición*

Es un dispositivo residencial, que se concibe como un taller de aprendizaje centrado en actividades de autocuidado de la vida diaria y de convivencia social.

La convivencia diaria de los pacientes entre sí y con el equipo de profesionales que les atienden precisa que se conciba la Casa de transición como una comunidad terapéutica en el sentido de que todas sus actividades estarán inscritas en una concepción integral de tratamiento del paciente posibilitando que cada encuentro sirva para reorganizar, no sólo las habilidades perdidas, sino la desorganización interna en la que el paciente se desenvuelve y del que su conducta es expresión. En la casa de transición se dispondría de espacios terapéuticos específicos, de carácter grupal, que durarán el tiempo que el paciente permanezca en ella.

### *Objetivos*

- Enseñar al paciente el manejo de las habilidades sociales y familiares.
- Preparar al paciente para incorporarlo a medios sociales no institucionales.

### *Actividades*

- Programa de autocuidados.
- Programa de actividades de la vida diaria.
- Programa de colaboración familiar.
- Programa de seguimiento y evolución de los objetivos y planes individualizados (tutorías).
- Programas de grupos terapéuticos.

### *Destinatarios*

- Enfermos mentales crónicos con alta conflictividad familiar y/o social, susceptibles de que se pueda efectuar cambios a corto /medio plazo.
- Enfermos mentales crónicos con importantes déficit a nivel social.

### *Tiempo de estancia*

Máximo 6 meses.

### *Capacidad*

Doce pacientes divididos en dos pisos, uno de hombres y otro de mujeres.

### *Personal*

- Personal técnico preciso para llevar a cabo los programas terapéuticos mencionados.
- Auxiliares de clínica en número suficiente para cubrir turnos de supervisión de doce horas continuadas.
- Apoyo del voluntariado

### *Derivación*

Se derivará al domicilio familiar, pisos protegidos, residencias o bien a las nuevas alternativas que surjan a lo largo del tratamiento efectuado.

Este recurso podría ser utilizado por pacientes de otras áreas que carezcan del mismo.

## **PISOS PROTEGIDOS**

### *Definición*

Son pisos normalizados, insertos en la comunidad, que permiten una vida autónoma en régimen de convivencia con un apoyo y supervisión mínima, para aquellos enfermos mentales de larga evolución. Con carácter temporal o como alternativas estables de vivienda.

El PISO ha de constituirse como familia sustituta tanto para aquellas personas que carecen de familia, como para las que teniéndolas no pueden retornar a ellas, bien por el largo tiempo de hospitalización o bien por la patología relacional.

### *Objetivos*

1. Crear o reforzar los lazos afectivos
2. Incrementar la cohesión del grupo el apoyo mutuo y la solidaridad a través de la convivencia.
3. Aumentar la autonomía personal, tanto en el plano material como en el humano.
4. Mantener al paciente dentro del medio social para evitar el desajuste que supone la segregación.
5. Fomentar la integración laboral en la medida que sea posible.
6. Establecer relaciones significativas con la comunidad.
7. Constituir El PISO como una matriz de identidad y pertenencia.

### *Actividades*

- Establecimiento de microgrupos donde se puedan desarrollar las habilidades sociales y la comunicación dentro de un sistema horizontal de relaciones entre cuidadores y cuidados.
- Actividades de convivencia y actividades de la vida diaria.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Convivencia y actividades en el vecindario.
- Grupos de resolución de problemas.

### *Destinatarios*

Los pacientes que utilicen estos dispositivos reunirán las siguientes características:

- Enfermos mentales sin familia.
- Enfermos mentales que carecen de recursos familiares de apoyo.
- Buen nivel de autonomía.

### *Tiempo de estancia*

Variable.

### *Capacidad*

De 3 a 6 personas del mismo sexo en cada piso.

### *Tipos de pisos*

Se constituirán aquellas modalidades de pisos acordes con las necesidades detectadas (homogéneos o heterogéneos, autofinanciados o parcialmente financiados por la administración, mujeres y hombres, etc...)

### *La constitución de un piso requiere*

- Elaboración de criterios de selección.
- Selección de un grupo de personas a la que va destinado.
- Definición del equipo de seguimiento y de apoyo.
- Establecimiento y clasificación de los aspectos prácticos y financieros que aporten una referencia clara de relación tanto interna como externa.

## UNIDADES RESIDENCIALES

### *Definición*

Son aquellos dispositivos que prestan atención y supervisión continuada durante 24 horas y se caracterizan porque en ellos son prioritarias las actividades rehabilitadoras a través de la coordinación con la URPA correspondiente, la cual desarrollará actividades que posibiliten la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y que propicie su progresiva inserción comunitaria.

### *Criterios de inclusión*

Este dispositivo estará dirigido a aquellas personas con problemas psíquicos crónicos que han agotado las posibilidades de acceder a otros dispositivos con menor control terapéutico.

### *Tiempo de estancia*

Las unidades de rehabilitación se consideran como un recurso polivalente con servicios de estancias cortas/transitorias e indefinidas cada una con el número de camas que se considere apropiado en cada caso.

Pasamos a definir las unidades residenciales de rehabilitación según las estancias:

#### *1. Estancias cortas y transitorias*

Se dirigen a facilitar la transición entre la hospitalización y la comunidad.

### *Objetivos*

- Facilitar la transición entre la hospitalización y la comunidad
- Preparar a los pacientes para opciones de vida y/o residencias más autónomas e independientes.
- Facilitar y propiciar la reinserción social.
- Propiciar la adquisición de habilidades necesarias para una vida más autónoma.

### *Actividades*

Cada usuario desarrollará todas las actividades rehabilitadoras a través de un plan individualizado de rehabilitación en el que se incluirán:

- Entrenamientos en actividades sociales..
- Autocuidado.
- Actividades de la vida diaria.
- Actividades terapéuticas: grupos terapéuticos y psicoterapia individual, tratamiento farmacológica, enfermería básica y medicina general.

### *Criterios de inclusión*

Se admitirán pacientes graves y crónicos detectados en los centros de salud mental con un alto grado de patología socio-familiar y comunitaria (heteroagresividad, conductas desorganizadas, deficiente adhesión al tratamiento y/o al centro, etc, con posibilidades a corto o medio plazo de ser derivados a otros recursos.

### *Tiempo de estancia*

Variable desde un mes hasta un año.

Se reservará el 10% de sus camas para estancias cortas entre un fin de semana y un mes con el propósito de atender urgencias o descansos familiares, separaciones preventivas del ambiente familiar con el objeto de evitar un internamiento de abandono y con el fin de aliviar la sobrecarga familiar, amén de otras situaciones transitorias que pudieran aparecer.

Estas camas podrán ser utilizadas por pacientes de otras áreas que carezcan de este recurso y que contemplen la misma indicación

### *Características de las residencias de corta estancia*

Se estima en un número total de 40 camas para toda la Región. Su régimen de entrada y salida de pacientes estará determinado por criterios clínicos y deberá definirse expresamente en el programa correspondiente.

### *Personal técnico*

Para un total de 40 camas, proponemos la siguiente plantilla de técnicos:

- 16 auxiliares de clínica.
- 5 A.T.S./D.U.E.
- 1 monitor.
- 1 trabajador social.
- 1 psicólogo/psiquiatra.

## 2. Estancias prolongadas

### Definición

Dispositivo residencial dirigido a evitar situaciones de abandono y/o marginación social.

### Objetivos

- Mantener las capacidades de los residentes.
- Mejorar su calidad de vida

### Actividades

Se prestará atención integral, vivienda, comida, aspectos sociales, organización de ocio y tiempo libre, actividades de enfermería básica atención médica apoyo psicológico, psiquiátrico o rehabilitador, terapia ocupacional, fisioterapia, podología, etc, entre otras.

Se elaborará una ficha técnica y funcional con datos, sociodemográficos, personales, familiares, económicos, seguro sanitario, situación legal.

### Criterio de inclusión

Ofrecen residencia y asistencia a personas dependientes no validas con gran deterioro e incapacidad psíquica y orgánica con antecedentes de enfermedad psíquica y que no son susceptibles de actividades rehabilitadoras y reinsertadoras normalizadas.

### Tiempo de estancia

Estancias de larga duración (de un año en adelante). El límite de edad de los pacientes en estas unidades residenciales estará en los 60 años.

### Características de las residencias de larga estancia

Se tenderá a que las residencias no tengan un gran número de camas distribuyéndose en lo posible en varios puntos de la Región, es aconsejable residencias de 30 a 40 camas que puedan recoger las necesidades de un área de salud.

Se debe intentar ubicarlas en entornos adecuados de fácil accesibilidad y con los recursos necesarios para el tipo de pacientes al que van destinadas (ausencia de barreras arquitectónicas, áreas recreativas, áreas de apoyo social, áreas de descanso...).

### *Personal*

Para cada una de estas residencias de larga estancia con 30 a 40 camas proponemos la siguiente plantilla técnica:

- 12 auxiliares de clínica
- 5 A.T.S./D.U.E
- 3 monitores
- 1 fisioterapeuta

### *Observaciones*

- La asistencia psiquiátrica estará garantizada las 24 horas del día para todo el programa residencial.
- Un psicólogo clínico para cubrir todas las necesidades del programa residencial.
- La asistencia médica general se realizará a través de la cobertura del sistema sanitario.
- El Trabajador Social cubrirá todo el programa residencial.
- Un administrador y personal administrativo necesario para todos los programas residenciales.

## 6.5. Programa de Atención a la Población Institucionalizada

### Justificación

La justificación al señalamiento específico de este programa se debe a la necesidad expresada por esta comisión de garantizar que estos pacientes que recogieron los primeros trabajos de desinstitucionalización que se realizaron en el Hospital Psiquiátrico durante los años 83 al 86 y que culminaron tras un exhaustivo estudio que recoge la Dra. Sánchez Alvarez-Castellanos en su "Análisis Descriptivo de la Población Institucionalizada del Hospital Psiquiátrico Román Alberca" del año 1987., con la desinstitucionalización de unos 300 pacientes aproximadamente, que tras este análisis fueron externalizados a residencias de ancianos, a sus familias de origen y a los pisos protegidos del Palmar. Así mismo se creó la Residencia Luis Valenciano que recogió unos 400 pacientes transferidos a la competencia de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Después de estos trabajos, el desarrollo de la desinstitucionalización no se ha mantenido como principio permanente en ambas instituciones (Sanidad y Servicios Sociales) seguramente porque la falta de desarrollo de dispositivos comunitarios adecuados y la falta de inversión económica específicas para este fin, no lo haya permitido....

Es pues necesario en estos momentos no solo recordar los trabajos realizados, sino retomar la situación y la iniciativa desinstitucionalizadora ante la perspectiva de desarrollo de una red comunitaria de rehabilitación de cuyo origen forma parte importante este documento.

Actualmente esta población está dividida entre subagudos y la residencia Luis Valenciano. Estas Instituciones están adscritas a diferentes Servicios de la Consejería de Sanidad (Servicio Murciano de Salud e Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia) por lo que se hace necesario una acción conjunta que reordene la población en ellos ingresada y la incorpore a programas de rehabilitación o atención diferenciada, de manera que se supere la macroinstitución en cuyo concepto se produce una "aglomeración" de pacientes que dificulta cualquier proceso diferenciador y de acercamiento a la comunidad.

	Psicogeriatría	Disminuidos psíquicos	Enfermos mentales crónicos
Población Res. Luis Valenciano	188	113	73
Población de Subagudos	12	3	29

### Definición

Este programa lo constituyen aquellas actividades llevadas a cabo por el equipo de la Unidad de Rehabilitación. y el personal de los dispositivos residenciales del

Hospital Psiquiátrico y la Residencia Luis Valenciano con la finalidad de estudiar, definir y actuar sobre la población internada en estos dispositivos.

### *Objetivos*

1. Estudiar la situación clínica y familiar de cada uno de los residentes en los dispositivos mencionados.
2. Facilitar, tras su estudio, la posibilidad de aplicar actividades de rehabilitación en cualquiera de sus niveles.
3. Vincular estos pacientes a los Centros de Salud Mental de sus lugares de origen o empadronamientos actuales.
4. Continuar gestionando alternativas residenciales para aquellos pacientes en que sea posible

### *Actividades*

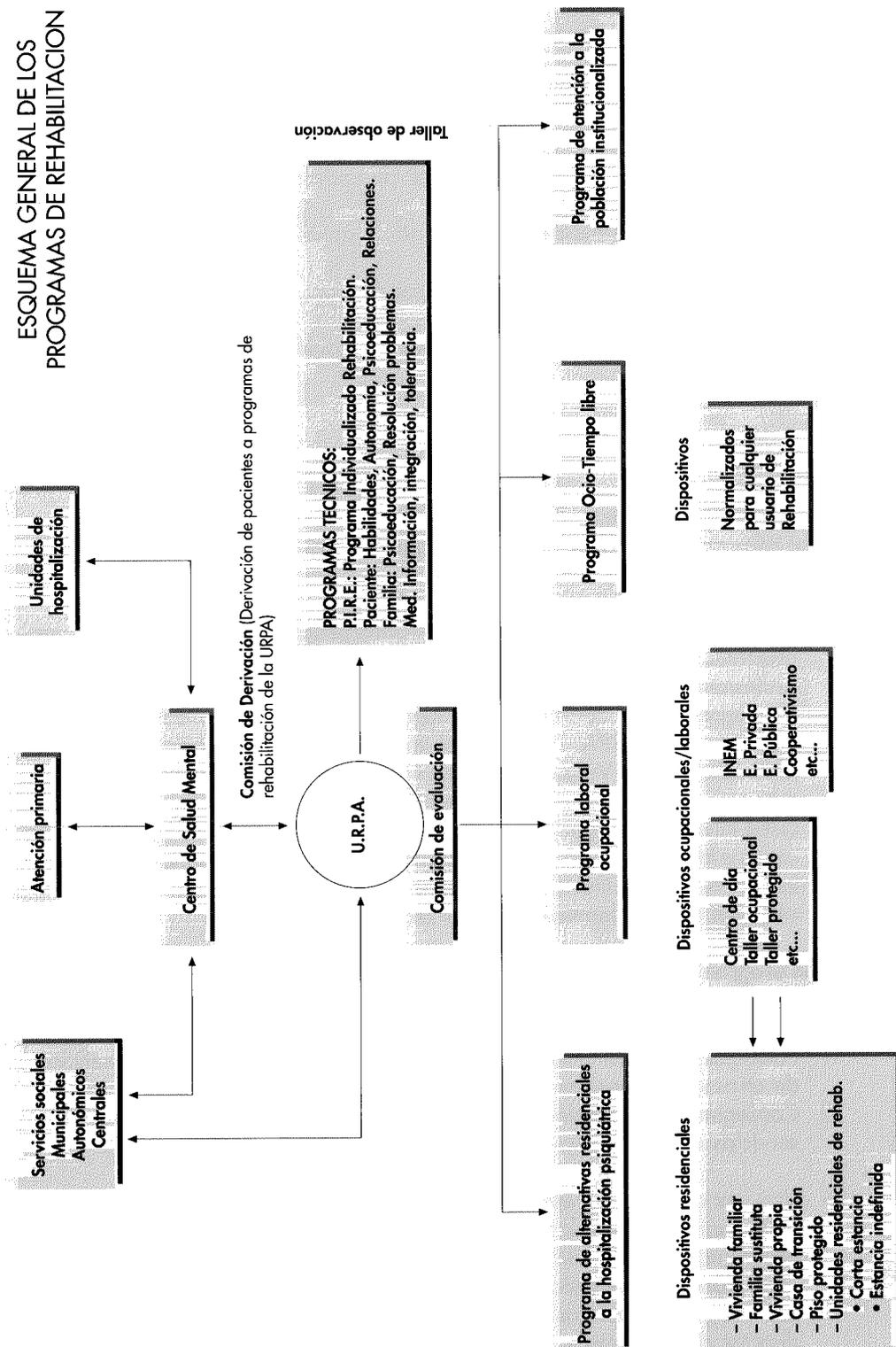
Las actividades que se realicen deberán integrarse en programas y responderán a objetivos concretos y ateniéndose a un cronograma elaborado por los profesionales del equipo de rehabilitación.

- Estas actividades deben realizarse de forma programada, estableciendo unos objetivos concretos y ateniéndose a un cronograma elaborado por los profesionales del Equipo de Rehabilitación.
- El programa que contenga estas actividades, será elaborado y puesto en marcha por la URPA y el personal implicado del Hospital Psiquiátrico y de la Residencia Luis Valenciano, como una de sus prioridades más importantes a lo largo del primer semestre de 1995.
- Debe intentar conseguir la incorporación de los actuales dispositivos residenciales a los principios de la Salud Mental Comunitaria de forma que se supere la concepción institucional aislada que todavía subsiste como recurso de atención de la enfermedad mental crónica.

Este programa tendrá una duración concreta y finalizará con la consecución de los objetivos:

1. Potenciar la desinstitucionalización de todo paciente que pueda beneficiarse de otras formas residenciales.
  2. Conseguir la vinculación funcional y estructural de estos dispositivos a los servicios de rehabilitación de cada área.
- Una vez conseguidos estos objetivos, este programa desaparecerá como tal y los pacientes sobre los que se ha actuado quedarán incluidos en aquellos programas de rehabilitación donde se hayan transferido con las mismas condiciones que el resto de los pacientes de los programas.
  - Este programa mientras exista como tal será dirigido por la URPA, siendo el director de la misma el responsable de su desarrollo.

# ESQUEMA GENERAL DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION



## 7. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

### 7.1. Formación

#### *Definición*

Aquellas actividades académicas o técnicas encaminadas a actualizar y aumentar los conocimientos de los profesionales de los Equipos de Rehabilitación de manera que proporcionen un mejor abordaje de las necesidades de los usuarios de estos servicios.

Están definidos de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Líneas generales de la Salud Mental indicadas en los servicios centrales respecto a la rehabilitación.
- b) Objetivos anuales de los Equipos de Rehabilitación
- c) Puesta en común de las necesidades de formación expresadas de forma mayoritaria por los profesionales.

#### *Objetivos de la formación*

1. Actualizar y complementar los conocimientos necesarios en materia de rehabilitación y inserción del enfermo mental crónico.
2. Estimular especialmente la incorporación y la actualización constante de las técnicas y las formas de intervención en rehabilitación.
3. Motivar la investigación continuada en los Servicios de Rehabilitación a través de la formación en metodología para la investigación.

#### *Características*

El programa de formación continuada se ajustará anualmente a las líneas directrices que marque la Comisión de Formación y Docencia en función de los objetivos y necesidades asistenciales y en continua interacción con los equipos de

Rehabilitación en cuanto a las demandas expresadas por los profesionales en su práctica diaria.

Así mismo el programa de formación será coherente con los objetivos asistenciales que se marquen anualmente en los Equipos.

Este programa, se desarrollará en horario laboral y fuera del mismo de acuerdo con los criterios establecidos desde los servicios centrales en cuanto a las licencias que se concederán <sup>(1)</sup>, con el fin de no mermar excesivamente otras actividades de los servicios de rehabilitación.

### *Actividades de formación*

En función con los objetivos de Salud Mental y al objeto de impulsar y estimular a los equipos de Rehabilitación a establecer actividades de formación internas, podemos distribuir estas en 3 líneas de formación fundamentalmente:

- 1) Actividades con carácter regional (congresos, jornadas, seminarios, sesiones, etc...), que serán programadas desde la Comisión de Formación y Docencia en la que participarán personal de los equipos, centros, y personal de otras instituciones y comunidades.
- 2) Actividades de formación del Equipo de Rehabilitación. Cada equipo programará sus actividades formativas (sesiones clínicas, bibliográficas, supervisiones, seminarios etc...) posibilitando la participación del mayor número posible de sus profesionales. Muchas veces algunas de éstas actividades pueden presentarse ampliadas a los equipos de su área, intersectorial (hospitales y centros ambulatorios) o de toda la región.
- 3) Actividades de formación personal, o de grupos de trabajo de los equipos de rehabilitación que decidan formarse o ampliar su formación en temas necesarios y de importancia para la mejora de la actividad rehabilitadora.

### *Regulación*

La formación estará regulada por los organismos y normas reguladoras competentes (orden, resolución, decreto...) con el fin de que quede garantizado el beneficio público de una formación personal en la que directa o indirectamente intervienen recursos públicos.

Los contenidos se adecuarán a los criterios de definición.

Deberán estar programados a finales del año anterior a su desarrollo.

Habrán de ser aprobados por la Comisión Regional de Formación y Docencia de Salud Mental.

(1) Según circular enviada a los centros en diciembre del 93, sobre criterios de formación y licencias basada en el decreto regional 27/1990.

Deberá consignarse la partida presupuestaria que los financie en la parte correspondiente a la administración autonómica.

La formación personal se autorizará por el Jefe de área, a propuesta del interesado y de la Comisión Regional, sin perjuicio en ningún caso de la organización y actividades asistenciales de los Equipos de Rehabilitación, así mismo se adecuará a las normas administrativas vigentes (asuntos propios, permisos, vacaciones, etc...).

### *Responsabilidad*

Serán responsables de la formación:

- a) La Dirección de Programación y Evaluación que gestiona el programa de formación regional y apoyará y ayudará a gestionar los programas de formación específicos de los equipos.
- b) En los Equipos de Rehabilitación será responsable de las actividades de formación el Director o Coordinador, pudiendo delegar ésta función en cualquier miembro del equipo que crea conveniente.
- c) La coordinación general de todas las actividades de formación, se realizará en la Comisión de Formación y Docencia en Salud Mental de ámbito regional.

### *Financiación*

La formación continuada será financiada en una parte por la Administración Regional que en sus presupuestos generales en la partida correspondiente, consignará la cantidad necesaria para desarrollar parte de las actividades programadas.

Se buscarán todas aquellas fuentes de financiación legalmente establecidas para llevar a cabo actividades de formación e investigación. (Administración local, instituciones privadas, becas nacionales e internacionales....).

En la parte de financiación correspondiente a la Administración Autonómica, se destinará una cantidad a financiar los programas de formación de los Equipos de Rehabilitación que hayan sido aprobados y programados.

## **7.2. Investigación**

### *Definición*

Actividad que resulta de la aplicación de principios y métodos científicos, y teorías para identificar, describir, conceptualizar, medir, predecir, cambiar y controlar aquellos factores o variables que son importantes en el desarrollo efectivo de los programas de rehabilitación y reinserción social para enfermos mentales.

Esta actividad se llevaría a cabo de acuerdo a:

1. Los objetivos enmarcados en el Documento de Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica.
2. Líneas de investigación que se propongan desde la Comisión de Investigación y Mejora de Calidad Asistencial en función de los objetivos a cumplir por los Servicios de Salud Mental.
3. A la iniciativa consensuada de los profesionales a partir de las necesidades que surjan en el ejercicio profesional.

### *Objetivos de la Investigación*

1. Garantizar la incorporación de un mayor conocimiento sobre las posibilidades de rehabilitación a través del proceso personal, familiar y contextual de los pacientes.
2. Conocer con exactitud el funcionamiento real de los servicios y el nivel de participación de los profesionales en los mismos.
3. Conocer la incidencia de diversos factores en el proceso de búsqueda de ayuda especializada en Salud Mental.
  - 3.1. El papel que juegan las actitudes de la población y de los propios profesionales hacia el tratamiento en Salud Mental.
  - 3.2. La relación entre estas actitudes y las características psicopatológicas de los usuarios.
  - 3.3. La relación de la psicopatología con los concomitantes socioculturales.

El objetivo último de la investigación sería el de proporcionar una mayor información para mejorar la calidad del servicio y hacerlo más efectivo y validar el modelo de rehabilitación.

### *Características*

Las actividades de investigación al igual que las de formación continuada se revisarán anualmente en función de los objetivos, necesidades y demanda de los equipos de rehabilitación.

Las líneas de investigación prioritarias, se realizarán en función de los objetivos asistenciales.

La monitorización y apoyo técnico para la realización de las actividades de investigación se proporcionará desde la Dirección de Programación y Evaluación.

Estas actividades se desarrollarán en horario laboral y en ocasiones fuera del mismo, si tales actividades han sido financiadas desde distintos organismos o instituciones locales, nacionales o internacionales.

### *Actividades de Investigación*

De acuerdo a los objetivos en Salud Mental Comunitaria y al objeto de coordinar y homogeneizar las actividades de investigación en los dispositivos de rehabilitación, se proponen tres siguientes líneas generales, que abarcan:

1. Evaluación de las necesidades del enfermo mental.
2. Evaluación socio-demográficamente la enfermedad mental crónica.
3. La evaluación de servicios de rehabilitación.
4. Estudio de los factores de cronificación y deterioro de la enfermedad mental.

Dentro de estas líneas generales de investigación se establecerán unas prioridades en cada una de ellas de acuerdo a las necesidades de información que se planteen en la consecución de los objetivos de los Equipos de Rehabilitación.

### *Regulación*

La investigación se regulará de acuerdo a unos criterios propuestos por la Comisión de Investigación y Mejora de Calidad con el objetivo final de garantizar el beneficio público y el respeto de la ética profesional y humana.

Los proyectos de investigación deben ser aprobados por esta comisión. Cada proyecto de investigación tendrá un responsable (investigador principal) que adecuará su tiempo de dedicación a dichas actividades a las necesidades asistenciales del servicio.

### *Responsabilidad*

Serán responsables de las actividades de investigación:

- En los Equipos de Rehabilitación, el investigador principal del proyecto, que informará de sus actividades al coordinador en su labor de facilitar un horario que se atenga a las necesidades asistenciales del servicio.
- En los Servicios Centrales: La Dirección de Programación y Evaluación en su labor de monitorización, apoyo y coordinación.

### *Financiación*

La investigación en los Servicios de Rehabilitación se financiará en parte con presupuesto de la Administración Regional. Ante una posible oferta de varios proyectos

de investigación que se ajusten a las líneas propuestas se establecerá una selección de los mismos por la Comisión de Investigación y Mejora de Calidad Asistencial.

Por otra parte los equipos pueden solicitar todas aquellas fuentes de financiación que se ofrecen desde las distintas instituciones de carácter regional, nacional o internacional siempre y cuando su temática se ajuste a las líneas de investigación propuestas y prioritarias.

En la solicitud a tales proyectos prestará su apoyo técnico la Dirección de Programación y Evaluación en Salud Mental.

## 8. DOCENCIA

### *Definición*

Son aquellas actividades realizadas para la formación de otros profesionales en cualquiera de las disciplinas que conforman el Equipo de Rehabilitación.

La actividad docente puede estar:

- Organizada y ofertada por el propio Equipo de Rehabilitación
- Organizada y dirigida por otras instituciones, siendo el Equipo de Rehabilitación colaborador docente de las mismas.
  
- En todas las actividades docentes se deberá contar con la acreditación correspondiente y las regulaciones legales establecidas entre las instituciones responsables (convenios, acuerdos, decretos, etc...).
- La formación se realizará en el postgrado en las especialidades relacionadas con la Salud Mental.
- En aquellas disciplinas que no está regulada la especialidad en Salud Mental, se participará en las prácticas de formación de pregrado. Una vez establecida la especialidad se tenderá a participar fundamentalmente en éste nivel.
- La participación en la docencia por parte de los miembros del Equipo de Rehabilitación será individual y voluntaria, y el reconocimiento en la forma que se disponga, también será individual.

### *Objetivos*

- Participar en la formación de profesionales de la Salud Mental en el campo de la rehabilitación y reinserción social del enfermo mental.
- Transmitir a nuevos profesionales un modelo de rehabilitación en el que se integran las necesidades del paciente y la respuesta a las mismas desde el medio comunitario.

### *Responsabilidad*

- En todos los Equipos de Rehabilitación, habrá un responsable de la docencia que será el director o profesional en quién delegue esta función.
- Esta persona coordinará entre los miembros del equipo las actividades docentes (distribución, tutorías).
- Será la persona que se relacione para este tema con otras instancias o instituciones que así lo requieran.
- Coordinará la elaboración de actividades y programas docentes.
- En los niveles centrales habrá un técnico con responsabilidad en este campo que participará en la elaboración de convenios, acuerdos... que tengan carácter regional.
- Este técnico coordinará las actividades docentes entre los Equipos de Rehabilitación, para igualar criterios, elaborar programas, etc...
- Será en última instancia responsabilidad del profesional que participe en la ejecución de estos programas.

### *Programas*

- Todas las actividades docentes de los Equipos de Rehabilitación deberán estar programadas con antelación.
- En los programas docentes de Salud Mental se contemplará la parte correspondiente a la rehabilitación para todos los profesionales que reciban formación en Salud Mental.
- Los Equipos de Rehabilitación tendrán programadas las actividades docentes que ofrecerán a estos profesionales.

## 9. COORDINACIÓN

### *Definición*

Es una actividad inherente al Equipo de Rehabilitación que consideramos esencial para el desarrollo de las funciones del mismo (asistenciales, formación, investigación, docencia...)

### *Objetivos*

- Organizar aspectos internos del funcionamiento del Equipo de Rehabilitación.
- Elaborar y desarrollar los objetivos y programas anuales en el marco de su área de referencia.
- Evaluar las actividades realizadas.
- Analizar y resolver problemas.
- Informar y participar en la gestión de recursos.

### *Actividades*

- Reuniones programadas de los Equipos de Rehabilitación destinadas al cumplimiento y desarrollo de estos objetivos.

## Observaciones

### Coordinación Interna

Es aquella que realiza el equipo de Rehabilitación entre distintos profesionales que lo integran, para lo cual habrá un tiempo exclusivamente dedicado al desarrollo de ésta actividad.

### Coordinación Externa

- El Equipo de Rehabilitación forma parte de una red asistencial completa e integrada. De ahí que resaltemos la importancia de su coordinación con aquellos dispositivos que participan en el mismo proyecto asistencial.
- Se realizará a través del coordinador y de otros miembros del equipo según el tipo de actividad de coordinación que se realice.
- Señalamos aquellos dispositivos que consideramos que deben tener establecidos unos cauces de coordinación de obligado cumplimiento (protocolizados).

Estos son:

- a) Los Centros de Salud Mental.
- b) Los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.
- c) Otras instituciones: Servicios sociales Municipales, INEM, ONGs...

## 10. EVALUACION

El proceso de evaluación de los diferentes programas nos obliga a marcar unos indicadores muy generales, dejando la evaluación particularizada para los objetivos de cada uno de los programas que aquí se han descrito.

Por lo tanto marcamos unos indicadores para medir el impacto que:

- sobre los servicios de Salud Mental y
- sobre los usuarios y familiares

pueden tener el desarrollo de redes y programas de rehabilitación.

### *Indicadores*

a) Impacto sobre los servicios de Salud Mental:

- Índice de reingresos en las Unidades de Hospitalización de agudos
- Camas bloqueadas en Unidades de agudos por enfermos mentales crónicos.
- Número de derivaciones de pacientes de Centros de Salud Mental a los servicios de rehabilitación.
- Desarrollo de dispositivos y programas específicos de rehabilitación.
- Satisfacción de los profesionales de Salud Mental.

b) Impacto sobre los usuarios y familiares:

- Mejora de la calidad de vida.
- Satisfacción del usuario.
- Accesibilidad.

## 11. RECOMENDACIONES

### Recomendaciones para el desarrollo de programas de rehabilitación para enfermos mentales crónicos en la CAM

Como decíamos al principio de este documento y después de definir el modelo y los programas de actuación, que a nuestro juicio deben ponerse en marcha para conseguir superar definitivamente la falta de desarrollo que la rehabilitación para enfermos mentales tiene en nuestra comunidad autónoma, vamos a reseñar algunas acciones que consideramos imprescindibles para crear, estabilizar, y desarrollar una red de servicios de rehabilitación de carácter comunitario, gravitando en torno a los Centros de Salud Mental y que posibilite superar las acciones rehabilitadoras en marcos institucionales cerrados.

Hacemos estas consideraciones a modo de RECOMENDACIONES, acompañadas de un indicador temporal de ejecución que desde nuestra perspectiva de técnicos nos parece razonable.

Dejamos pues en manos de la administración sanitaria la responsabilidad en la dirección del desarrollo del contenido de este documento, que con sumo interés hemos elaborado este grupo de trabajo.

Tiempo Desarrollo	Recomendaciones
1995	Creación y estructuración de una red de recursos y programas de rehabilitación con características comunitarias para enfermos mentales en el ámbito del área de salud.
1995	Creación y establecimiento legal de la Comisión Regional de Rehabilitación.
	Convenios o acuerdos anuales (periódicos), entre los servicios centrales de Salud Mental y los Servicios Sociales para la unificación de criterios donde se determinen las competencias y actuaciones concretas que cada una de dichas administraciones aportará al proceso de rehabilitación de enfermos mentales.
1995/1998	Establecimiento de acuerdos o convenios y formalización de los mismos entre Sanidad y otras administraciones responsables en el proceso de rehabilitación del enfermo mental crónico (trabajo, seguridad social, fomento INEM)
1995	Separación de los actuales servicios de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Roman Alberca (Centro de día, pisos protegidos, unidad de subagudos) conformando, junto con la URPA el germen de los servicios de rehabilitación del área I, con vinculación orgánica y funcional a los CSM.
1995/1998	Proporcionar una financiación específica para el desarrollo de los programas de rehabilitación durante los próximos cuatro años, que se concrete en la dotación de recursos humanos y materiales que cubran las necesidades que detallamos en el siguiente anexo.
1995/1996	Facilitar la formación y reciclaje de manera preferente al personal que trabaje en los programas de rehabilitación, durante los dos próximos años, en las siguientes áreas: Trabajo en grupo, Técnicas de rehabilitación activas, Trabajo sociocomunitario.
	Donde exista un recurso normalizado susceptible de ser utilizado para programas de rehabilitación de enfermos mentales, se procurará su uso para este fin antes de crear ninguno específico.
	Facilitar mediante apoyos técnicos, administrativos y económicos el desarrollo de las ONGs. que velan por los derechos de los enfermos mentales y la mejora de la calidad de su atención y de sus formas de vida estimulando su participación.

11. FERNANDEZ BLANCO, J.; GONZALEZ CASES J. (1994). Un caso práctica de rehabilitación psicosocial. *Psiquiatría Pública*, vol. 6, n.º 1.
12. FIORINI, H.J. (1984). *Estructuras y aborajes en psicoterapia*. Ed. Mairena, Buenos Aires.
13. FREEMAN, H. (1994). Preventing relapse: key to cost-effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Current Approaches to psychosis diagnosis and management* vol. 3 Oct., págs. 5-6.
14. FROMM-REICHMANN, F. (1978). *Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos*. Ed. Horm. Buenos Aires.
15. GARCIA FERRER, J.; MARTINEZ ROMAN, M.A. et al. (1992). *Necesidades Colectivas y Servicios Sociales*. Ed. Instituto de Cultura Juan Gil Albert. Diputación de Alicante.
16. GARDNER, H. (1993). *Arte mente y cerebro*. Ed. Paidós, Barna.
17. GJERRIS, A. *Psiquiatría en la comunidad: cumplimiento y necesidad de camas. Es una ayuda o un obstáculo para el cumplimiento del tratamiento?* Publicación facilitada por laboratorios Duphar.
18. GOLDMAN, C. (1988). Effects of a patient education program in the treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, n.º 39, págs. 282-286.
19. HERREROUGARTE, M.I. (1993). Una iniciativa innovadora en el bordaje de la problemática de los enfermos mentales crónicos sin hogar. *Trabajo Social Hoy*, n.º 1.
20. HIRSCH, S.R. (1994). Length of hospital stay: Downward trend slows. *Current approaches to psychoses, diagnosis and management*. vol. 3, págs. 2-3.
21. HOCHMANN, J. (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Ed. Amorrortu Buenos Aires.
22. LANCASTER, J. (1984). *Enfermería Comunitaria*. Ed. Interamericana, México.
23. LIBERMAN, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
24. LEFF, J. (1994). Home+Based Psychiatric Care. *Current Approaches to Psychoses, Diagnosis and management*. vol. 3, págs. 10-12.
25. LIEBMANN, M. (1990). *Art Therapy in practise*. Ed. Jessica Kingsley Publisher LTD, London.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. ASCHER-SVAUUM, H. (1991). Psychoeducational groups for patients with schizophrenia: a guide for practitioner. Gaithersburg, M.D. Aspen Publishers.
2. BASTER, J.A. (1984). Psychoeducational approaches to educating chronic mental patients for community living. *Hospital and Community Psychiatry*. n.º 35, págs. 793-800.
3. BATESON, G. (1985). Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Lohl. Buenos Aires.
4. BELLACK, S. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 19 n.º 2 págs. 317-336.
5. BISBEE, C.C. (1988). Patient education in Psychiatric illness: A practical program guide. Tuscaloosa, Al. Bryce Hospital.
6. BRASCIA, K.E. (1993). Improvisational models of musictherapy. Ed. Charles. C. Thomas Publisher, USA.
7. CASTILLO GARCIA, A. et. al. Los hogares protegidos en el marco de la asistencia psiquiátrica. Ed. Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social.
8. DI FRANCO, G.L. (1992). Modelo de trabajo en musicoterapia en salud mental. Escuela de musicoterapia y técnicas grupales. Vitoria.
9. FERNANDEZ AGUIRRE, M.V.; GONZALEZ CASES, J. et. al. (1990). La rehabilitación psicosocial: un modelo de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 16 n.º 50.
10. FERNANDEZ LOPEZ DE OCHOA, E.; VAZQUEZ VALVERDE, C. Tratamientos psicológicos y sociales en la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, vol. 1, n.º 1.

26. LINDSTROM, L.H. (1994). Estudio a largo plazo del desenlace clínico y social en la esquizofrenia en relación con los efectos colaterales cognoscitivos y emocionales de los fármacos antipsicóticos. *Acta Psychiatri. Scand.* vol. 89, págs. 74-76.
27. MARINA, J.A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Ed. Anagrama. Barcelona.
28. MARTI-TUSQUET, J.L. (1982). *Psiquiatría Social*. Ed. Herder, Barna.
29. TEST, M.A.; STEIN, L.I. (1976). Practical guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients. *Community Mental Health Journal*. Vol. 12.
30. PILLING, S. (1991). *Rehabilitation and community care*. Ed. Rontledge UK.
31. PILSECKER, C. (1981). Hospital classes educate Schizophrenics about their illness. *Hospital and Community Psychiatry* n.º 32, págs. 60-61.
32. RODRIGUEZ REYES, J. (1972). *La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*, Ed. PANAP, Madrid.
33. RODRIGUEZ GONZALEZ, A. (1994). *Sobre la rehabilitación Psicosocial* n.º 0.
34. RODRIGUEZ GONZALEZ, A. (1992). *Alternativas Residenciales Comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas*. *Intervención Psicosocial*, vol. 1 n.º 2, pág. 15-29.
35. SALVADOR, L. (1994). Análisis de los costos de la esquizofrenia. *Nuevas Perspectivas de la Esquizofrenia*. n.º 18, marzo, págs. 16-17.
36. SARACENO, B.; MONTERO, F. *La rehabilitación entre modelos y prácticas*. Evaluación de servicios de salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.)*, n.º 17, cap. 3.2.2., pág. 313.
37. SCHOOLER, N.R. Síntomas deficitarios en la esquizofrenia: síntomas negativos frente a déficits inducidos por los neurolépticos. *Acta Psychiatr. Scand.* vol. 89, págs. 21-26.
38. SOUETRE, E.J. (1993). *El coste de la esquizofrenia*. Congreso mundial de psiquiatría. Río de Janeiro. Brasil. Información facilitada por laboratorios Janssen Farmacéutica.
39. VARIOS. *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Servicios Regional de Bienestar Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial, Madrid.

40. VARIOS. (1990). Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, vol. XVII n.º 1-2, Barna.
41. VARIOS. (1993). Jornadas Internacionales de Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias. Informaciones Psiquiátricas, primer trimestre, n.º 131.
42. VARIOS. (1994). Le Artiterapie in Italia, Ed. Tecnostampa Trullo, Roma.
43. VARIOS. Programa de Información para usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial. Grupo EXTER S.A., Madrid.
44. VERDEAN-PAILLES, J. (1979). Las técnicas psicomusicales activas de grupo y su aplicación en psiquiatría. Ed. Científico Médica. Barcelona.
45. VERDEAN-PAILLES, J. (1981). Le bilan psychomusical et la personalit, Ed. J.M. Fuzean S.A., Courlay, France.
46. VIDADER, R.M. (1993). Atención institucional o comunitaria: impacto en la calidad de vida y en el coste de la esquizofrenia. Congreso Mundial de Psiquiatría. Río de Janeiro. Información facilitada por Janssen-Farmacéutica.
47. WARREN, B. (1984). Using the creative arts in therapy. Ed. Brookline Books, USA.
48. WATTS, F.N.; BENNETT, D.H. (1990). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. Ed. Noriega Limusa. México.
49. WETHERED, A.G. (1993). Movement and Drama in Therapy. Ed. Jessica Kingsley Publishers LTD, London.

**ANEXO**

ESTIMACION DE RECURSOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION POR AREA DE SALUD

Programa	AREA I URPA *	AREA II URPA **	AREA III URPA	AREA IV *** ESM	AREA V *** ESM	AREA VI URPA
Ocupacional/Laboral	2 Centros de día 2 talleres protegidos 2 talleres ocupaciona- les	1 Centro de día 1 taller protegido 1 taller ocupacional	1 Centro de día 1 taller protegido	1 taller ocupacional/protegido	1 taller ocupacional/protegido	1 Centro de día 2 talleres protegidos
Ocio y tiempo libre	Desarrollo de los programas de ocio y tiempo libre sobre recursos normalizados					
Residencial	8 pisos protegidos (40) 2 casa de transición 1 miniresidencia de corta y media estancia de 40 plazas 1 miniresidencia de larga estancia de 30 plazas	2 pisos protegidos (10) 1 casa de transición 1 miniresidencia 30 plazas	2 pisos protegidos de 5 a 10 plazas			4 pisos protegidos 1 casa transición 1 miniresidencia 30 plazas

- \* Programa de atención a pacientes psíquicos del Area de Málaga.
- 1 Según circular enviado a los centros en diciembre del 93, sobre criterios de formación y licencias basada en el decreto 27/1990.
- Existen actualmente: 1 Centro de día, 3 talleres ocupacionales, 4 pisos protegidos en El Palmar, 1 residencia de 50 plazas
- \*\* Existen actualmente el Centro de día y el taller ocupacional
- \*\*\* En éstas áreas el equipo de Salud Mental desarrollará las actividades de rehabilitación necesarias pudiendo apoyarse en dispositivos ubicados en el área I si lo necesitara.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad  
y Asuntos Sociales

