



Salud Mental

Guía de Salud Mental

Centro de  
Rehabilitación  
Psicosocial

Guía Básica de Funcionamiento



# Centro de Rehabilitación Psicosocial

Guía Básica de Funcionamiento



## PRESENTACIÓN

La transformación de la asistencia psiquiátrica ha supuesto en los últimos años la creación de nuevos dispositivos y recursos, que sin embargo han tenido un desarrollo irregular y heterogeneo en las distintas Comunidades Autónomas. Incluso, y a pesar de existir una normativa que ha tratado de encauzar esta transformación, en la propia Comunidad de Castilla y León se asiste a diferencias estructurales y funcionales entre estos nuevos dispositivos. A ello han contribuído diversos factores como son, entre otros, la falta de una normativa unificada, ni a nivel del estado ni de la comunidad Autónoma; la dependencia administrativa diferenciada entre los distintos recursos que ha conducido a intereses distintos en su diseño y configuración, así como en su funcionamiento; y esta falta de normativa ha llevado a que las características y prestaciones de estos nuevos dispositivos y recursos se haya realizado por la vía de hecho, es decir, en función de que los servicios sanitarios (y los profesionales) decidan practicar o no determinadas técnicas o crear servicios asistenciales en el ejercicio de su autonomía, de su libertad clínica.

Esta situación ha creado cierta confusión en los profesionales, que en algunos casos se han enfrentado a tener que poner en marcha un recurso o dispositivo sobre el que apenas tenían referencias más allá de su propio criterio; o incluso otros profesionales pertenecientes a la propia red de salud mental del área apenas han utilizado el recurso por desconocer las prestaciones o cartera de servicios del mismo y lo que pueden esperar de su empleo. Lo mismo ha sucedido con los usuarios, que con frecuencia también desconocían su funcionamiento y por tanto la utilidad que tenía para satisfacer sus necesidades. No ha resultado extraño que en este contexto se hayan reclamado o solicitado recursos para cubrir ciertas necesidades que ya estaban en funcionamiento e incluso, en algunos casos, con un rendimiento inferior a su capacidad.

Las transferencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad de Castilla y León mediante el decreto 2188/2001 pone fin a una de las situaciones estructurales que facilitaba este estatus quo que disminuía la eficiencia del sistema de salud, que es la multidependencia administrativa. Se hace entonces necesario, antes de nada, homogeneizar la red de asistencia psiquiátrica y salud mental. Para ello se plantean tres instrumentos básicos:

1. Un *plan estratégico de asistencia psiquiátrica y salud mental* que plantee de forma unificada y homogénea las estrategias, objetivos y actividades a llevar a cabo por el sistema sanitario, en el que participen otros sistemas, entre los que no puede faltar el social, para proveer y garantizar una atención psiquiátrica y de salud mental eficiente y de calidad dirigida a satisfacer las necesidades de los usuarios.

2. Un *Decreto* que sustituya al anterior (82/89) y ordene los dispositivos y recursos de salud mental en todo el territorio de Castilla y León. Deberá buscar su integración definitiva en el sistema general de salud, en este caso el de Castilla y León, y garantizar la universalización y equidad en sus prestaciones.

3. Unas *Guías de funcionamiento* de los diferentes recursos y dispositivos que definan las características básicas estructurales, funcionales (procesos) y resultados esperables de cada uno de los dispositivos de la red de salud mental. Esto deberá contribuir a la homogeneización

de los recursos, y sobre todo, a que tanto profesionales como usuarios sepan que se puede y debe esperar de cada uno de ellos, y encuentren la vía para determinar si ciertamente alcanzan a cubrir todas o parte de sus necesidades. En esto basamos una de las características clave de estas guías que es el que deben ser entendidas como algo dinámico y abierto, por cuanto requerirán de revisiones periódicas dirigidas a adecuar los dispositivos para poder cubrir todas las necesidades de los usuarios del sistema de salud mental.

En este año 2002 todas estas propuestas se harán haciendo realidad, y esta publicación constituye un avance en esa dirección. Se presenta la guía de funcionamiento de los centros de rehabilitación psicosocial con la que se pretende ordenar y homogeneizar este recurso, y al que el sistema de salud de Castilla y León le define como sanitario, suponiendo un reconocimiento efectivo de la rehabilitación psicosocial como prestación sanitaria y superando el Real Decreto 63/95 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud. Supone un reconocimiento de la rehabilitación de la persona con enfermedad mental en el mismo rango que otro tipo de rehabilitaciones físicas.

Es nuestro deseo, y esta guía debe contribuir a ello, que con estas actuaciones se alcance una red de asistencia psiquiátrica y salud mental eficiente, de calidad y que satisfaga las necesidades y expectativas de los profesionales y usuarios de la misma.

Antonio María Saez Aguado  
Gerente Regional de Salud

---

# ÍNDICE

••• MÉTODO DE ELABORACIÓN	4
••• INTRODUCCIÓN	7
••• CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	11
••• Población destinataria	12
••• Participación de los usuarios	13
••• Estructura y ubicación	14
••• Objetivos/Funciones del Centro de Rehabilitación Psicosocial	14
••• Metodología general del proceso de rehabilitación en el CRPS	15
••• Coordinación y apoyo a otros recursos comunitarios	22
••• Profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial	23
••• Material de trabajo	25
••• Actividades y/o Cartera de servicios del Centro de Rehabilitación Psicosocial	26
• Programa de actividades de la vida diaria....	26
• Programa de Rehabilitación de Capacidades Cognitivas	27
• Programa de Habilidades Sociales	27
• Programa de autocontrol emocional / terapia cognitiva	28
• Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad	29
• Programa de psicomotricidad	29
• Programa de asesoramiento y apoyo familiar y de recursos	29
• Programa de ocio y tiempo libre	31
• Programa de Integración Socio-Comunitaria	32
• Programa de rehabilitación laboral	33
• Gestión del caso	33
••• Horario del Centro	34

## MÉTODO DE ELABORACIÓN

La falta de un desarrollo normativo de los dispositivos de salud mental, la aparición de nuevos recursos tras la reforma psiquiátrica, y la complejidad en sí misma que lleva tanto la enfermedad mental como los dispositivos asistenciales y recursos de salud mental, ha conducido a que desde los inicios de la reforma psiquiátrica en España (1985) lo habitual haya sido una heterogeneidad funcional. Esta circunstancia ha llevado a que muchos gestores de salud apenas la entendiesen perdiéndose en nominaciones, prestaciones, y objetivos variados. Todo ello ha tenido, sin duda, distintas consecuencias para el funcionamiento y desarrollo de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, como son entre otros los siguientes:

- • • Cierta alejamiento por parte de los gestores de salud de las cuestiones relacionadas con la enfermedad mental, quienes han tendido a desentenderse del problema y a solo asumir lo estrictamente necesario.
- • • Los profesionales en ocasiones tienen la sensación de vivir en una situación babélica en la que dispositivos similares reciben nominaciones distintas según el lugar<sup>1)</sup>, y otros con similares nombres tienen funciones distintas
- • • Dificultad de los usuarios para saber lo que pueden esperar o pedir de cada recurso o dispositivo. Todo ello añadido con la confusión que se produce en sus encuentros entre comunidades autónomas al debatir sobre qué recursos necesitan.

En consecuencia, se hacía preciso, antes de nada, unas guías de funcionamiento de cada uno de los dispositivos de asistencia psiquiátrica que incluyese de forma clara y concisa, lo siguiente:

- • • Definición.
- • • Características estructurales: de personal, arquitectónicas, de medios.
- • • Características de los potenciales beneficiarios.
- • • Funcionamiento básico de los mismos. Definiendo los procesos clave de cada dispositivo.
- • • Objetivos y resultados esperables del mismo.

No se trataba de efectuar un documento exhaustivo y completo sobre el dispositivo sino una primera aproximación al mismo que permitiese homogeneizar su funcionamiento y estructura entre áreas de salud y que permitiese la comparación entre dispositivos así como conocer su verdadera influencia sobre la mejora de la salud mental del área de influencia.

Igualmente, estas guías de funcionamiento deberían contar para su realización con lo siguientes:

- • • Partir de los recursos y dispositivos con que se cuenta.
- • • Dar participación a los profesionales de Castilla y León que trabajan en los mismos.
- • • Favorecer la integración efectiva en el sistema general de salud de Castilla y León.

<sup>1</sup> Muchas veces justificado por la incorporación de un matiz funcional o estructural. Así, los Centros de Día de Castilla y León, eran Unidad de Rehabilitación Ambulatoria en Andalucía, Centros de Rehabilitación Psicosocial en Madrid, etc... ¿Era lo mismo o no?



- • • Tener en cuenta las necesidades de la red de salud mental y las expresadas por los usuarios.
- • • Tratar de obtener el consenso siempre que sea posible.
- • • Ser útil para mejorar la eficiencia y calidad del recurso, de modo que se facilite la evaluación presente y futura, y que satisfaga las necesidades de profesionales y usuarios.

A partir de estas consideraciones se inició la guía de funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, cuyo objetivo asistencial es que haya uno por cada área de salud, el cual tendrá la misión de dar cobertura completa a toda la población del área, con lista de espera máxima de 1 mes, teniendo la condición de cobertura sanitaria universal y gratuita para los beneficiarios del mismo.

En su elaboración se siguieron los siguientes pasos:

- • • Elaboración de un documento base por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Gerencia Regional de Salud. Para ello se tuvieron en cuenta las definiciones y normativa, cuando existía, de otras comunidades autónomas, así como sus decretos u órdenes de organización asistencial. Igualmente, se consideraron las publicaciones sobre el tema realizadas en España, documentos aportados por algunos centros de rehabilitación psicosocial en el que se recogía el funcionamiento del mismo, y las publicaciones de revistas nacionales e internacionales en las que se daban indicadores de evidencia de buen funcionamiento. En todos los casos la información fue considerada, si bien y para evitar que el texto fuese farragoso y difícil de entender se simplificó y se eliminaron las citas del texto.
- • • Organización de un curso-jornadas con la participación de dos profesionales por cada dispositivo de rehabilitación psicosocial, bien centro de rehabilitación psicosocial bien unidad de rehabilitación psiquiátrica. En este sentido, se informó al responsable de cada dispositivo para que seleccionase a dos miembros del mismo para que participasen en el curso-jornadas.
- • • En el curso-jornadas se expuso el modelo de asistencia psiquiátrica y salud mental para Castilla y León, con el objetivo de que fuese tenido en cuenta en la descripción y definición de la guía de funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Además, participaron responsables de salud mental de Madrid y Galicia quienes expusieron el funcionamiento y características de la rehabilitación psicosocial en sus territorios. También, se contó con la participación de profesionales de algunos centros de rehabilitación psicosocial de Castilla y León que expusieron sus programas de intervención.
- • • En este contexto se presentó el documento elaborado por el servicio de asistencia psiquiátrica el cual fue revisado en grupos de 6-8 personas por el total de participantes, y cuya relación se presenta en el anexo. Posteriormente, se fue revisando el texto de forma común con la participación de un representante de cada grupo formado. Esto conllevó la modificación, incorporación y supresión de algún texto hasta lograr el consenso entre los participantes.
- • • A partir del trabajo anterior, se elaboró otro documento actualizado que fue nuevamente puesto a la consideración del grupo, el cual introdujo nuevos matices que fueron recogidos para la siguiente versión.
- • • Se elaboró entonces un documento casi-definitivo surgido de las reuniones previas y que

se había obtenido por consenso. Se distribuyó entre los jefes de servicio y responsables clínicos de las 11 áreas de Castilla y León que acudieron a una convocatoria realizada por el Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León. Se propuso en todos los casos su atenta lectura dando el plazo de un mes para incorporar las sugerencias que se estimasen convenientes. Igualmente, se distribuyó a FEAFES-Castilla y León y a los profesionales que habían participado en su elaboración para que hiciesen cualquier comentario o aportación al respecto.

• • • Se obtiene entonces el documento definitivo que cuenta con el consenso de representantes de la totalidad de dispositivos de rehabilitación psicosocial de Castilla y León y la conformidad de los responsables clínicos de salud mental de las áreas de salud de Castilla y León, así como de la organización representante de los usuarios.

Entendemos que todo ello ha supuesto un esfuerzo de síntesis y consenso entre los diferentes profesionales implicados, de cuyo resultado se obtiene esta guía de funcionamiento que deberá ser un primer paso para la homogeneización de este dispositivo en toda Castilla y León, para su valoración y para favorecer una utilización eficiente del mismo tanto por los profesionales como por los usuarios. Se reconoce igualmente la importancia de las intervenciones que allí se realizan especialmente para la población con enfermedad mental grave y prolongada, considerándose uno de los pilares en la atención continuada a este colectivo y punto de entrada a un proceso de recuperación completa y a su integración social y laboral en la comunidad.

Finalmente, es preciso indicar que esta guía si bien nace con la vocación de ser cumplida y garantizar un nivel de calidad suficiente, es entendida como un documento abierto que deberá ser revisado periódicamente para que desde los resultados obtenidos por su puesta en práctica poder ir incorporando mejoras que incrementen tanto la calidad de la atención, como la satisfacción de las necesidades de los usuarios de la red de salud mental.

### Participantes en el Grupo de Consenso de la Guía de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial

AZNÁREZ SANZ, ALICIA	GÓMEZ, MARÍA TERESA	MORCHON SAN JOSÉ, JESÚS
CASAS GARCÍA, OLGA DE	GONZÁLEZ GONZÁLEZ, RAFAEL	MOYA GONZALEZ, LUISA MARÍA
CRESCO HERRERO, TRINIDAD	GONZALEZ TORNOS, GEMA	MUÑOZ MARTÍN, CARMEN
CHICO DEL RIO, MERCEDES	GRANJA HERRERA, VANESA	NUÑO ALCÁNTARA, JOSÉ C.
DIEZ GARRIDO, LUIS	LEAL HERRERO, FERNANDO	PESCADOR MORALES, EMILIO
DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, PEDRO	LÓPEZ MARTÍN, AGUSTÍN	RASILLO, ANGELES
ELICES OLAZ, CARMEN	LOPEZ PEÑA, MARIAN	ROMERO HERGUETA, JUAN CARLOS
FERNANDEZ ROJO, CONCHA	MARTÍN BAZ, VICTORIA	ROMERO ROMO, ELENA
FORTEZA ZARARAIN, PILAR	MARTÍNEZ DE BENITO, ROBERTO	RUEDA FERNÁNDEZ, CESAR
GARCÍA NIETO, ANA	MARTINEZ GALLARDO, RICARDO	SANTAMARTA ARGÜELLO, ANA
GARCÍA PEREZ, MARÍA ANTONIA	MARTÍNEZ GUTIERREZ, MARÍA DE LA LUZ	YAGÜE YAGÜE, PILAR
GARCÍA-MEABE, JUAN M.	MOLINA LÓPEZ-NAVA, PILAR	

## INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del paciente, la realidad actual muestra que la persona con enfermedad mental grave y prolongada tiene una gran dependencia familiar y administrativa (Procurador del Común, 2000). Habitualmente reciben una pensión no contributiva que apenas permite cubrir las necesidades vitales, lo cual le lleva a depender económicamente de su familia o de las instituciones. Esto dificulta uno de los primeros pasos de esa necesidad social de independencia: lograr una autonomía económica. Además, sus dificultades cognitivas y de habilidades relacionales le van a imposibilitar la participación social activa en áreas como el ocio, relaciones afectivas, etc. Esto constituye un ejemplo de la necesidad de considerar que la intervención en la enfermedad mental va más allá de la atención sanitaria y supresión de la psicopatología, y ha de dirigirse a lograr también el funcionamiento psicosocial autónomo y la integración social y laboral normalizada.

En consecuencia, se hace necesario buscar, además de una estabilidad clínica, una seguridad económica a través de un empleo, como medio de lograr la participación social para este colectivo, con unas posibilidades económicas que faciliten la integración a la comunidad de la cual forman parte. Se constituye así el empleo como parte importante de la intervención terapéutica dirigida a la integración social.

Una de las vías para paliar todas estas dificultades es la *rehabilitación psicosocial*, que se define como *un conjunto de estrategias no farmacológicas dirigidas a que las personas con problemas psiquiátricos graves y prolongados, adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida, lo cual se debe acompañar de un descenso en la intensidad de los síntomas* (Mueser y cols., 2001).

La Rehabilitación Psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas con un determinado fin: es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente a estar enfermo, es tan importante como el control de los síntomas. *Se trata en definitiva de que el paciente tenga control sobre su vida a través de mejorar las capacidades de la persona y del entorno en el que vive* (Anthony y Liberman, 1986). Por tanto requerirá de una intervención profesional cualificada, innovadora y de alta especialización, que se diferenciará claramente del tratamiento psiquiátrico convencional que habitualmente se dirige hacia la reducción de la sintomatología positiva (Servei Catalá de la Salut, 1999).

La rehabilitación psicosocial se ocupa de aquellos factores que tienen que ver con la adaptación social del individuo, además de su propia psicopatología. Es decir, se dirige desde el comienzo hacia la integración social. Esta distinción entre síntomas y funcionamiento social es central para la comprensión de la naturaleza de la rehabilitación y en diversos estudios ha quedado demostrada la independencia entre ambos. Por ejemplo, es posible lograr una mejoría

sintomática aunque la persona siga discapacitada socialmente y viceversa. La experiencia clínica nos muestra que la reducción de la psicopatología en la persona con esquizofrenia no es suficiente para lograr superar o compensar la discapacidad que produce la enfermedad mental.

Por tanto, este modelo aporta una nueva visión y posibilidades de intervención respecto al modelo tradicional de "síntoma-tratamiento" que asume que si la patología fundamental se trata eficazmente, tendrá un efecto generalizable al comportamiento. Ciertamente, la reducción de la sintomatología positiva es importante en la evolución del paciente y especialmente en la intervención psicosocial. Incluso, es conveniente que la psicopatología no domine el cuadro clínico para favorecer esta intervención, que en cualquier caso siempre deberá tener en cuenta los síntomas existentes. Por ejemplo, si aparece un paciente con retraimiento social extremo, esto puede deberse a una depresión o puede ser un síntoma negativo de la esquizofrenia. La terapia cognitiva dirigida a reducir el estilo de pensamiento negativo y las creencias irracionales, probablemente serían útiles para reducir el retraimiento si éste es secundario a una depresión, pero no sería así si fuera resultado de una esquizofrenia. Es decir, la intervención psicosocial, no deberá ser considerada como una alternativa al modelo u objetivo clínico tradicional dirigido a la supresión del síntoma, sino que debe entenderse como un complemento integrador del citado modelo.

Por otra parte, y al margen de esta cuestión, al *concepto de la rehabilitación psicosocial* (RPS), le han dado muchas definiciones, pero todas ellas tienen en común y vienen a destacar los siguientes puntos:

- • • Promueven la integración de la persona en su entorno natural. Esto implica la utilización de los recursos sociocomunitarios a los que acceden la mayoría de las personas para cubrir las necesidades económicas, lúdicas, residenciales, formativas, laborales...
- • • Se apoyan en una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos: derecho al estudio, trabajo, ocio, vivienda, vacaciones, independencia familiar, posición económica que le posibilite un medio de vida...
- • • Atienden al principio de la Autonomía e independencia de la persona
- • • Se orientan también hacia el principio de la Normalización, desarrollando pautas de vida lo más normales posible
- • • Refieren intervenciones a largo plazo, considerándose la RPS como un proceso. La intervención se desarrolla a través de diferentes fases que discurren de forma no lineal
- • • Implican una actitud positiva acerca de las posibilidades y potencialidades del individuo
- • • Dan importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a su implicación activa en el proceso, es decir, se promueve la autodeterminación de la persona
- • • Aluden a la intervención no sólo sobre las habilidades de una persona, sino también sobre el medio específico en el que vive. Ambas vías de intervención son paralelas. Las dos clases de realidad coexisten, y una no es más válida o importante que la otra. Es peligroso perder de vista la social, mientras se responde a la otra, la psicológica.

Sin embargo, el amplio uso de este concepto de rehabilitación en los últimos años, especialmente a partir de la reforma psiquiátrica, ha llevado a que en algunas instituciones o centros de trabajo se confundan los objetivos de esta rehabilitación. Así, aparecen algunas *concepciones inadecuadas* sobre la rehabilitación psicosocial, que entre otras, son las siguientes:

- • • *No puede ser entendida como asistencia en el entorno comunitario.* La rehabilitación la definen los métodos, no el lugar donde se hace. Hacer intervención en el entorno no garantiza que se esté haciendo rehabilitación. En este sentido, no resulta difícil encontrar Centros de Rehabilitación Psicosocial en los que no hay más objetivo que el entrenamiento y respiro para la familia, como lo prueba el que el objetivo y duración del tratamiento se centra más en términos temporales que en la consecución de unos objetivos terapéuticos e integradores. En este sentido, se plantea que la duración de la estancia en un Centro de Rehabilitación Psicosocial ha de venir por los objetivos alcanzados y no por el tiempo de la misma; y la evaluación de su eficacia deberá también venir por la permanencia de esos objetivos en el tiempo
- • • *No se puede tampoco identificar rehabilitación con la eliminación de síntomas o conductas problemáticas.* Esto habría que identificarlo con el tratamiento del paciente según el modelo clásico. Igualmente, y en el momento de derivar a un paciente a un Centro de Rehabilitación Psicosocial, el profesional debe tener identificados los objetivos que persigue, que deberán ir más dirigidos a la integración psicosocial que a la reducción de síntomas en personas con una psicopatología crónica
- • • Otro error es *considerarla sinónimo de entrenamiento en habilidades*, porque da lugar a no considerar la intervención como un proceso que se dirige a la generalización de las adquisiciones
- • • Finalmente, un error frecuente ha sido *no distinguir entre el punto final de una rehabilitación exitosa, que puede ser la reubicación de la persona en la comunidad, y el proceso de rehabilitación, que implica la mejora de los niveles de socialización.* De esta forma, ha existido cierta tendencia a intentar la rehabilitación sólo de aquellos pacientes que pudieran ser reubicados, o bien llevar a cabo dicha reubicación sin rehabilitación previa. Ciertamente, no toda intervención de rehabilitación psicosocial va a lograr el éxito esperado, ya que si bien en todas hay que conservar los objetivos de la integración de la persona, las especiales condiciones de la persona y su enfermedad pueden hacer que este objetivo sea totalmente inalcanzable, lo cual no debe hacer desistir sobre la necesidad de la aplicación de esta terapia.

Por otra parte, y para poder intervenir en la situación psicosocial de una persona es preciso efectuar una valoración de los diferentes factores que influyen en ella:

- • • Las características individuales
- • • Las características familiares
- • • Las características de la red social
- • • La red específica y especializada de atención, en este caso la red sanitaria y sociosanitaria de atención a la persona con enfermedad mental.

Así, y para lograr alcanzar estos objetivos de rehabilitación psicosocial se van a emplear los siguientes dispositivos:

- • • Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • Unidad de Rehabilitación
- • • Centro Ocupacional o de Formación Laboral.

Además existen otros dispositivos de apoyo que contribuyen a hacer efectivos y duraderos los objetivos alcanzados en la terapia:

- • • Pisos Supervisados
- • • Miniresidencias
- • • Centros Especiales de Empleo y Programas de Inserción Laboral.

No obstante, hay que reconocer el fracaso que en ocasiones se tiene con estos tratamientos, y que no siempre se logra la integración completa de la persona, principalmente porque la sintomatología clínica y su falta de control impide lograr que el paciente pueda participar libremente en la comunidad. Se plantean entonces, para estos casos, los siguientes dispositivos:

- • • Unidad Residencial
- • • Unidad especializada, de Psiquiatría Forense.

## .....CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son recursos que ofrecen en régimen de día ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a la población con enfermedad mental crónica, dificultades de integración social y funcionamiento personal, familiar, laboral y de socialización. Dichos programas quedan definidos como un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con enfermedad mental adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menores apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida.

La estructura y funcionamiento de estos centros requiere de una asistencia continua y frecuente por parte de los usuarios. Esto se justifica, en parte, porque la intervención en rehabilitación se considera como un proceso polivalente en el que el usuario pasará por diferentes fases de intervención hasta alcanzar los objetivos principales de autonomía personal y social.

Desde nuestro punto de vista, estos centros deberían constituir el eje de la intervención dirigida a la rehabilitación e integración social, familiar y laboral. Entendemos que por sus objetivos, constituyen un dispositivo idóneo para dirigir la integración en pacientes con enfermedad mental como la esquizofrenia y trastornos asociados. Esto sin excluir el importante papel del resto de dispositivos de asistencia psiquiátrica en la integración de la persona con enfermedad mental.

A continuación se establecen una serie de criterios generales que deberán regir la distribución y organización del entorno de un centro de rehabilitación psicosocial:

- • • Independientemente de la existencia de unas reglas generales y obvias que deben regir a todos los pacientes, la normativa y los límites deben ser marcados individualmente y a posteriori de la ocurrencia de comportamientos inadecuados, no a priori
- • • Se debe crear y transmitir al usuario un ambiente de trabajo exento de crispación y basado en la colaboración
- • • Los pacientes deben percibir que el servicio "es suyo", por eso, y entre otras cosas, el aspecto físico y decoración del centro deberá adaptarse a los gustos e intereses de los usuarios y a los objetivos genéricos que el servicio pretende
- • • El paciente debe encontrar en el hecho de ir al centro, otros refuerzos que los meramente terapéuticos, es decir, debe ser un centro de apoyo, ocio y un medio para búsqueda y hallazgo de empleo. Es importante que el paciente, al igual que los profesionales, participen en los objetivos del Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • El servicio debe ser accesible físicamente, es decir, debe sustentarse en el principio de la eliminación de barreras, también debe tratar de tener rapidez en la atención y trato personalizado...
- • • Se debe evitar la descoordinación en las actuaciones con el paciente y su familia entre los distintos profesionales. En consecuencia, se deben programar reuniones diarias del equipo que eviten dar mensajes contradictorios
- • • Los pacientes deben percibir el servicio como: "Mi servicio", fuente de refuerzos, flexible, no controlador, accesible y ser un lugar donde acudir y recurrir si lo necesita

- • • Se promoverán ambientes estimulantes y a la vez ordenados, en los que se les ofrezcan distintas posibilidades de acción
- • • Se crearán ambientes cálidos y confortables. Los ambientes despersonalizados y rígidos son lo más opuesto a lo que los pacientes necesitan
- • • Se debe cuidar que los elementos del ambiente ofrezcan posibilidades de manipulación y de recreación
- • • Es importante que la organización del espacio facilite el encuentro entre los miembros del grupo, a la vez que permita el aislamiento, el trabajo grupal e individual
- • • La disposición del espacio debe realizarse de forma que propicie su utilización autónoma. Los recursos han de estar al alcance de todos
- • • La flexibilidad es un criterio imprescindible, tanto para la organización de los espacios como de los materiales
- • • Es muy importante establecer, al igual que en la familia, rutinas que proporcionen regularidad, frecuencias que ordenen la vida y lleven a los pacientes a interiorizar ritmos y secuencias temporales.

Características del Centro de Rehabilitación Psicosocial:

## ..... Población destinataria .....

El Centro de Rehabilitación Psicosocial, atenderá a la población conocida como *personas con enfermedad mental grave y prolongada*: personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.) mantenido en el tiempo, y que acarrea niveles de minusvalías que le impiden la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma (Godman y cols., 1981). Se trata de una definición amplia que incluye diferentes procesos o enfermedades pero que establece un cuadro sindrómico que diferencia a esta población de otros usuarios de la red de asistencia psiquiátrica. Habitualmente se trata de pacientes que presentan trastornos en la esfera de la esquizofrenia y trastorno bipolar pero también pueden incluirse ocasionalmente otros trastornos como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo (Muerer y cols., 2001).

Por ser la esquizofrenia la enfermedad que más se cronifica, es esta patología la más beneficiada de la atención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los *Criterios de Inclusión* son:

- • • Tener una edad comprendida entre 18 y 60 años
- • • Persona con enfermedad mental grave y prolongada que dificulta su adaptación social y personal que le impide su integración y participación social plena



- • • Será recomendable estar al menos tres meses en situación clínica estabilizada y con un tratamiento bien definido. No obstante, para casos especiales se podría hacer una excepción a esta valoración
- • • Ser usuario de la red pública de asistencia psiquiátrica y estar en la actualidad en seguimiento.

Los *Criterios de Exclusión* son:

- • • Drogodependencia o alcoholismo asociado o dominante que imposibilite el trabajo de rehabilitación
- • • Presentar en el momento de la derivación conductas disruptivas y/o excesivamente conflictivas que igualmente imposibiliten el trabajo o convivencia, es decir, no requerir un tratamiento o intervención aguda
- • • Retraso mental que impida el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta que para estos casos existen dispositivos específicos.

## .....Participación de los usuarios.....

El Centro de Rehabilitación Psicosocial, como el resto de dispositivos de asistencia psiquiátrica, constituye un servicio que debe contar en su funcionamiento con la opinión de los usuarios. Para ello es preciso que:

- • • Tenga canales de participación para los usuarios y sus familiares. Existirá una *Comisión de Seguimiento* con los siguientes componentes:
  - Un representante de la Asociación de Familiares del área; un representante de los usuarios del centro; un representante de la red de asistencia psiquiátrica específicamente sanitaria; un representante del Centro de Rehabilitación Psicosocial; y un representante del Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental que podrá delegarse en un profesional del área de salud
  - Esta comisión deberá reunirse al menos una vez al año y analizará las características, potencialidades, problemas y propuestas de mejora del centro, sobre todo lo cual levantará un acta. También efectuará una aprobación de la memoria de actividades del centro y emitirá un informe valorativo de su funcionamiento cada año indicando el grado de satisfacción con el funcionamiento del centro que constará en el acta de seguimiento del centro y que será también enviada al Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Junta de Castilla y León.
- • • Exista un *servicio de atención al paciente*, que será llevado por el trabajador social del Centro, en primera instancia, derivando a los órganos centrales de atención al paciente cuando sea necesario
- • • Disponga de un *tablón de anuncios, en papel o informático*, en el que los usuarios puedan expresar con libertad sus opiniones sobre el centro y proponer lo que consideren oportuno
- • • Establezca en cada centro una *carta de derechos y deberes* de cada paciente que será aprobada por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica tanto en su puesta en marcha como

cualquier modificación posterior, y que será pública (en tablón de anuncios) y se entregará a cada nuevo usuario del centro

- • • Disponga de un *libro de reclamaciones para familiares y usuarios*, que será revisado semestralmente por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud
- • • El paciente, un familiar y un profesional deberán firmar un *consentimiento informado* sobre la aceptación del P.I.R. en el que se incluya la carta de derechos y deberes.

## ..... Estructura y ubicación.....

Deberá estar situado en un entorno comunitario, ajeno a la actividad hospitalaria y como un centro de tratamiento inmerso en la comunidad en el que el acceso por autobús y otros medios de transporte sea sencillo y asequible.

Estará en un entorno normalizado y no marginal, dentro de un área urbana y con fácil acceso y contacto con los recursos comunitarios.

Tendrá, al menos, un espacio de 200 m<sup>2</sup> dividido en las siguientes áreas:

- • • Cuatro despachos para dirección y terapias individuales (10 m<sup>2</sup> cada uno)
- • • Dos espacios para terapia de grupo con capacidad para 10 personas (20 m<sup>2</sup>, que en total serían 40 m<sup>2</sup>)
- • • Un espacio de usos múltiples con capacidad para 20 personas (30 m<sup>2</sup>)
- • • Un espacio para taller ocupacional (30 m<sup>2</sup>)
- • • Sala de espera (15 m<sup>2</sup>)
- • • Administración (10 m<sup>2</sup>)
- • • 2 aseos (uno para cada sexo) (15 m<sup>2</sup> en total).

## ..... Objetivos / Funciones del Centro de Rehabilitación Psicosocial.....

En términos generales, los principales objetivos de trabajo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberán ser los siguientes:

- • • Promover la adquisición y/o recuperación de habilidades y competencias necesarias para asegurar el funcionamiento del paciente en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida (Rehabilitación Psicosocial). Es decir, lograr el máximo nivel de autonomía e integración social
- • • Prevenir la institucionalización psiquiátrica disminuyendo el riesgo de recaídas y la prevención del deterioro psicosocial y marginalidad
- • • Favorecer la vuelta a la comunidad de los enfermos de larga estancia de los hospitales psiquiátricos
- • • Potenciar la integración social del paciente en su entorno, aumentando su red social y fomentando la utilización de recursos normalizados de la comunidad (de ocio, académicos, formativos y laborales)

- • • Ofrecer a través de la coordinación recursos y programas que posibiliten la rehabilitación profesional-laboral de este colectivo y les prepare para la reinserción en el mundo laboral:
  - Formación y capacitación personal para la búsqueda de empleo
  - Facilitar la inserción laboral y promocionar las capacidades personales y sociales ofreciendo un apoyo al núcleo familiar para que forme parte del proceso de integración social del enfermo mental. Es sabido que existe una gran evidencia del deterioro de capacidades funcionales relacionadas con la pérdida de habilidades sociales
- • • Apoyar, asesorar y entrenar a las familias de los afectados para aumentar su competencia en el manejo de los problemas asociados a tener una persona con enfermedad mental en casa, así como procurar la mejora del clima familiar con la disminución de las respuestas de estrés y la normalización de los hábitos. Deberá servir de apoyo a las Escuelas de Padres, impulsadas por las Asociaciones de Familiares, y promover programas psicoeducativos
- • • Ser parte integrante de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, y coordinarse con ella
- • • Asesorar y/o tramitar a los usuarios y sus familias cualquier gestión encaminada a la búsqueda de recursos y/o ayudas tanto económicas como sociales, residenciales... Incluye también la coordinación con los servicios sociales para facilitar la participación en ellos de las personas con enfermedad mental y sensibilizar a los servicios sociales sobre los aspectos específicos de la enfermedad mental
- • • Desarrollar en la comunidad acciones de sensibilización sobre la problemática de la enfermedad Mental y de modificación de los estigmas sociales de la misma
- • • Participar en la formación y el asesoramiento de otros profesionales, entidades y voluntarios
- • • Efectuar un seguimiento de la persona con enfermedad mental dándole el apoyo necesario para garantizar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida.

## ....Metodología general del proceso de rehabilitación en el CRPS.....

La forma de acceso al centro, será a través de la derivación realizada por los profesionales de la red de asistencia psiquiátrica que siguen el caso a través de:

- • • Equipos de Salud Mental de Distrito
- • • Unidad psiquiátrica de Rehabilitación
- • • Unidad de Psiquiatría del Hospital General (Excepcional) y nunca si existe una Unidad Psiquiátrica de Asistencia Sociosanitaria (UPAS)

a) Existe un protocolo específico de derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial que será cumplimentado por el profesional de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, y será remitido al centro.

b) Una vez recibida la hoja de derivación de cualquiera de las entidades mencionadas se procederá a citar al paciente y a su familia para realizar una valoración inicial. La dirección del centro evaluará, aplicando un protocolo de pre-evaluación, su ajuste al perfil de personas

beneficiarias del servicio. Es también en este momento cuando se informará sobre las características del recurso en cuanto a titularidad del mismo, forma de trabajo, objetivos generales, personal y funciones...También se ofrecerá una información general sobre el tratamiento que desde allí se imparte, sistema de funcionamiento, etc. El centro de Rehabilitación Psicosocial dará al paciente y su familia un *documento informativo y por escrito sobre las características del centro, derechos y deberes*, que estará presente en el tablón de anuncios. Es importante adaptar las explicaciones y documentos que recibe el paciente a sus necesidades y circunstancias.

Los usuarios seguirán en contacto con los Equipos de Salud Mental de la zona, donde continuarán con los psiquiatras y demás profesionales de referencia, y se facilitará el acceso a los mismos. Asimismo, es objeto de intervención desde el CRPS la resolución de dificultades de acceso o participación del paciente con el centro, también hay que considerar, la necesidad de adaptar los servicios de rehabilitación al contexto socioeconómico y cultural donde van a ser desarrollados, así como a las condiciones particulares de cada paciente.

Asimismo, y dadas las características específicas de la mayor parte de áreas de salud, donde muchos pacientes pueden estar viviendo a más de 100Km., por este motivo, adscrito al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), se dispondrá de pisos tutelados, en los que el paciente podría pasar la semana mientras tiene lugar el Programa de Rehabilitación Psicosocial; los pisos jugarán un doble papel como recurso de accesibilidad y como recurso de entrenamiento terapéutico.

c) Una vez valorada la adecuación del paciente al centro, se producirá el ingreso en el mismo, se le asignará el psicólogo encargado del seguimiento individualizado, y comenzará todo el proceso de evaluación y recogida de datos.

En cuanto al funcionamiento propiamente dicho, una vez realizado el ingreso de un paciente en el CRPS, se efectuaría una evaluación de sus capacidades, deficiencias y conductas problema. Esta evaluación será realizada, al menos, con los siguientes instrumentos:

- • • Historia Psicosocial General
- • • Historia Personal
- • • PANSS que convendrá que además esté incluida en el protocolo de derivación desde el Equipo de Salud Mental
- • • RAI- Mental Health.

En la Historia Psicosocial General deberán figurar todos los resultados obtenidos en la evaluación inicial que podrán completarse con informes de otros recursos que tengan relevancia en la vida del paciente.

La Historia deberá ser una evaluación funcional para el posterior diseño de *un Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.)*, relacionado con las demandas ambientales y las del sujeto y acorde con el principio de la individualización. Este Plan Individualizado de Rehabilitación deberá figurar en la Historia de cada paciente y se efectuará un seguimiento del mismo y su aplicación en el tiempo. Por supuesto, el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá disponer

de una cartera de servicios que estará vinculada al Programa Individualizado de Rehabilitación. El P.I.R. será el eje de la rehabilitación psicosocial e integración social de cada usuario del CPS y deberá contener, al menos, la siguiente información:

- Los objetivos a corto, medio y largo plazo que se tienen con la intervención
- Una evaluación funcional en las áreas cognitivas, de habilidades psicosociales y de habilidades laborales
- Una evaluación de factores de estrés en su entorno social y familiar
- Definición y categorización de los problemas del usuario y modo de abordaje para la consecución de los objetivos
- Se definirán los pasos necesarios y metas parciales para alcanzar los objetivos de la terapia
- Se establecerán los programas a aplicar y la secuenciación de los mismos, así como la temporalidad en la que se desarrollarán y el momento en que se esperan conseguir cada uno de los objetivos previstos
- Se establecen los materiales y recursos de la red de asistencia psiquiátrica y de servicios sociales que serán precisos para alcanzar los objetivos
- Se plantean los horarios de acceso al centro y la periodicidad, así como los temas de intervención más relevantes
- Se razonarán las modificaciones al P.I.R. que se vayan introduciendo a medida que se ejecuta la intervención.

En un primer momento es importante prestar atención al *enganche, motivación e implicación de los usuarios* en las intervenciones. Dicho proceso de motivación debe diseñarse individualmente para cada paciente.

Cada paciente deberá tener un *tutor* dentro de su C.R.P.S. que estará atento de su progreso y avances en el programa (asignación de caso). El tutor será el responsable de la coordinación para el paciente con el Equipo de Salud Mental y los Servicios Sociales, dirigirá la aplicación del P.I.R. y será el contacto con la familia. Sin embargo, entendemos que el proceso integrador deberá ir acompañado de una cuidadosa, periódica y fiable evaluación psicopatológica que integre su comportamiento, actitudes y progresos dentro del programa. El objetivo será corregir de forma inmediata cualquier efecto secundario de la medicación neuroléptica que pueda interferir en la adaptación al programa y en su proceso rehabilitador e integrador. En consecuencia, será necesaria una vigilancia permanente sobre las repercusiones de la medicación y su psicopatología de modo que se pueda establecer una pauta psicofarmacológica que sea la mínima eficaz en la que tan importante sea la eficacia clínica como la ausencia de efectos secundarios. En este sentido, los nuevos antipsicóticos están siendo de una importante ayuda para cumplir estos objetivos.

También habrá que identificar para el paciente concreto un *gestor del caso*, que va a garantizar la continuidad de cuidados, cuyo objetivo es la evaluación, coordinación y provisión

de los diferentes componentes del tratamiento de la persona con enfermedad mental grave y prolongada (Mueser y cols., 2001) (Apéndice 2). El tutor podrá ser el gestor del caso o bien un profesional de los Equipos de Salud Mental, con el que entonces el tutor deberá coordinarse periódicamente. El objetivo del gestor del caso es evitar la no atención al paciente cuando éste deja de acudir a los servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental (incluye falta de cumplimiento terapéutico) (Stein y Test, 1980), utilizar los dispositivos de la red asistencial sanitaria y sociosanitaria de forma eficiente y, en definitiva, lograr una armonización de los diferentes pasos del proceso terapéutico, en el marco de una red asistencial que necesariamente está fragmentada en diferentes dispositivos y recursos. Este papel de gestor de caso podrá ser realizado por cualquier profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial o bien por los profesionales de enfermería o trabajo social de los equipos de salud mental. La aplicación de la gestión de casos permite disminuir tanto el empleo de recursos de alto coste de la red asistencial como los servicios de urgencias y el ingreso en Unidad de Psiquiatría de Hospital General. El que el tutor sea también el gestor del caso y, por tanto, el paciente sea guiado en su proceso de integración desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial presenta las siguientes ventajas:

- • • Tiene una ratio de profesionales por caso alta con lo que pueden dedicar una mayor atención al seguimiento
- • • Constituye un eje para el área de salud, teniendo contacto con todos los dispositivos sociales y sanitarios del área
- • • Tiene capacidad de proporcionar directamente los servicios
- • • Da una asistencia diaria más prolongada (mañana y tarde)
- • • Capacidad inicial de una gestión del problema más continuado, con capacidad para una mayor tasa de contactos y visitas de seguimiento
- • • El servicio es claramente comunitario.

Posteriormente, hay que elaborar los objetivos a corto, medio y largo plazo en consonancia con el P.I.R. establecido, graduando los pasos que cada usuario debe dar tanto en el propio servicio como en otros recursos y su ambiente, y teniendo en cuenta que dichos objetivos sean realistas, alcanzables y evaluables. Es decir, hay que considerar el proceso de atención como algo continuo, pero con avances y retrocesos, y cuyos objetivos generales serán alcanzar la autonomía personal y social, y desempeñar roles sociales normalizados.

También se debe tener tendencia a la búsqueda de compromiso del paciente y de su grupo de apoyo en todas las fases del proceso. Dicho proceso debe ser transparente, tanto para el paciente como para su familia.

En cuanto a puntos a tener en cuenta en los entrenamientos e intervenciones que se realicen, hay que considerar los siguientes:

- • • Explicar con frecuencia el por qué de ese entrenamiento, anticiparle los beneficios y la conexión con los objetivos a medio y largo plazo. Ubicarlos constantemente y definir qué es lo que hacemos y por qué

- • • Cada entrenamiento requiere una evaluación continuada del mismo, con registro de sesiones y revisión de objetivos cumplidos y previstos
- • • Es importante saber las dificultades que los pacientes exponen respecto a la realización del entrenamiento concreto. Es conveniente discutirlo y llegar a acuerdos
- • • Mostrar los progresos, aunque sean pequeños, dando a conocer los beneficios de los mismos
- • • El tiempo de las sesiones debe ser suficiente, sin llegar a la fatiga, y deberá ser aumentado, si es el caso, progresivamente
- • • A veces es beneficioso, cambiar frecuentemente la metodología de las sesiones de entrenamiento, variarlas. Combinando sesiones de vídeo, modelado, entrenamientos en ambientes naturales... También podrá ser de interés intercalar actividades de ocio entre las sesiones
- • • Cuando existan dudas sobre el cumplimiento de los objetivos de un entrenamiento complejo, es adecuado presentarlo como que se está "probando", intentando con ello minimizar las repercusiones de un posible fracaso
- • • Entrenar a las personas más cercanas del paciente en su contexto, sobre todo para que le ofrezcan los refuerzos adecuados para el mantenimiento de los progresos
- • • Reducir las sesiones de entrenamiento, siempre que sea viable, paulatinamente, no de repente
- • • En general, la secuenciación de aprendizaje adecuada es: mostrar primero la secuencia completa de la habilidad, luego entrenarla paso por paso, y al final volver a mostrar la secuencia completa
- • • Aumentar progresivamente el retraso en el refuerzo y su intermitencia. Es decir, evolucionar desde un programa de refuerzo continuo a otro de refuerzo variable
- • • No se debe considerar un entrenamiento finalizado hasta que no se haya generalizado la habilidad al contexto.

Con ello se lograría una mayor implicación y motivación del paciente en las actividades del C.R.P. Asimismo se deberá promover la utilización de todos los recursos normalizados de la comunidad, así como la red social en la que el usuario pueda encontrar apoyo.

Hay que considerar objetivo de la rehabilitación, no únicamente la integración, sino todo aquello que permita la adaptación del paciente a los contextos que le rodean y que le permitan la mejora de su calidad de vida. Se trata de intentar el equilibrio entre lo que el paciente puede, quiere, y le exige el ambiente.

Finalmente, hay que trabajar con el ambiente o entorno donde el paciente se integra y actuar en la comunidad, fomentando la participación ciudadana para la promoción social del usuario y la concienciación y mejor conocimiento del problema.

Por supuesto, hay que promover la evaluación continua de resultados, como punto de partida para el planteamiento de nuevos objetivos e intervenciones o como punto final de entrenamiento. En este sentido, es preciso también que tras la finalización del programa no se

abandone al paciente en su medio sino que durante algún tiempo, se le presten apoyos puntuales a su integración y se efectúe un seguimiento en la comunidad. Cada *seis meses* será preciso *reevaluar* al paciente como si fuese nuevo y comparar los resultados con los iniciales, pudiendo valorar con ello los avances obtenidos, logros alcanzados, y aspectos a mejorar.

Según lo diseñado en el P.I.R., se procederá a su cumplimiento a través de las siguientes formas de intervención :

- • • Terapias individuales con el psicólogo. Entrenamiento y rehabilitación de las funciones cognitivas. Tras el alta en el Centro de Rehabilitación Psicosocial el paciente precisa de apoyos y soportes puntuales que eviten las recaídas y que estimulen el mantener la participación comunitaria y la vida autónoma. En definitiva, el objetivo de este programa es garantizar el mantenimiento de los objetivos alcanzados y constituir un adecuado soporte para mantener el funcionamiento psicosocial e integración en la comunidad en condiciones óptimas.

En esta línea, y a través de recursos como el club de inserción social, o actividades de ocio y deporte, o incluso el apoyo domiciliario, el Centro de Rehabilitación Psicosocial se deberá efectuar un seguimiento posterior al alta en los aspectos de integración psicosocial que se precisen y que por tanto sirvan para mantener al paciente en el entorno comunitario y evitar las recaídas.

Asimismo, dará soporte, en los aspectos relacionados con la integración psicosocial, a los centros ocupacionales y de formación laboral. En la ejecución de este programa se hace preciso que exista una coordinación periódica y frecuente (máximo cada 15 días) con los dispositivos de la red de asistencia psiquiátrica y de salud mental, y con los servicios sociales, ya que todos estos dispositivos deberán participar activamente en el seguimiento del paciente y promoción y mantenimiento de su autonomía personal y adaptación al entorno social.

- • • Entrenamiento en habilidades de grupo
- • • Intervenciones individuales: para aquellos pacientes que por razones concretas no pueden ser atendidos en formato de grupo
- • • Inclusión de pacientes en actividades de ocio, académicas, formativas y ocupacionales básicas realizadas por el propio centro. Además, se tratará, en la medida de lo posible, de aprovechar las oportunidades y posibilidades de los recursos y programas formativos ofertados por la Red social y ocupacional básica
- • • Resolución y/o tramitación de ayudas económicas y sociales
- • • Asesoramiento, entrenamiento y apoyo a las familias. Intervenciones familiares grupales e individuales
- • • Asesoramiento y apoyo para la búsqueda y mantenimiento de empleo, dentro del programa de Integración Laboral
- • • Información sobre las oportunidades de formación y ocio a través de un punto de información Cultural creado y gestionado por el Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • Desarrollo de actividades de ocio: excursiones, deporte, visitas culturales, etc.



- • • Impulsar la incorporación a un centro de trabajo ordinario de aquellos pacientes que completen el programa rehabilitador y formativo
- • • Seguimiento del programa de pisos.

Una vez cumplidos los objetivos de rehabilitación propuestos en la fase de intervención para un determinado paciente, se procederá a su paso a seguimiento según los objetivos diseñados en el P.I.R. para este momento.

Será el psicólogo/a de referencia quien se encargue de concertar los contactos para el control y mantenimiento de los objetivos conseguidos a través de :

- • • Llamadas telefónicas
- • • Entrevistas en el centro
- • • Entrevistas en el entorno del paciente
- • • Contactos con otros profesionales
- • • Cualquier otra acción encomendada por el psicólogo al resto del personal: actividad de ocio con el monitor, visita al domicilio del trabajador social...

Será el Equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial en sus revisiones de coordinación, quien determine cuándo debe ser dado de *alta el paciente*. Los criterios a seguir para ello serán:

- • • Cumplimiento de objetivos
- • • Obtención de empleo y adecuada integración social
- • • Imposibilidad de acudir
- • • Falta de respuesta al tratamiento
- • • Abandono.

Al producirse el alta, el Tutor responsable rellenará una ficha de baja que entregará en la administración para la inclusión en la base de datos del paciente. Igualmente, completará un protocolo en el que conste todas las intervenciones realizadas, objetivos al alta y plan de integración que deberá ser remitido al Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Gerencia Regional de Salud, y al profesional del Equipo que derivó el caso.

El objetivo final es que, tras la finalización del programa, el paciente haya logrado un suficiente grado de autonomía personal e instrumental que le permita el autocuidado.

Asimismo, y según las capacidades alcanzadas y las características individuales del usuario, podrá participar en un centro ocupacional, un centro especial de empleo o una empresa ordinaria. Finalmente, deberán estar suficientemente diseñadas las posibilidades de actuación para los casos en que la Red Social básica del paciente desaparezca: incapacidad o fallecimiento de los padres, traslado de provincia de la familia, etc. Habrá pues que disponer de un plan de actuación rápido para estos casos. En este momento es cuando se elaborarán todas las posibles opciones de actuación.

Una vez que el paciente está de alta, se mantendrán contactos periódicos con él, su familia o servicios que estén atendiéndolo, para evaluar en qué medida se siguen manteniendo los logros conseguidos y para seguir ofreciéndole recursos de integración (laborales y/o formativos) y actividades puntuales organizadas por el centro (por ejemplo viajes, excursiones, etc.).

El objetivo de esta fase será principalmente asegurarse que continúa progresando: facilitar apoyo en el puesto de trabajo si lo hubiera, posibilitar el acceso a programas de formación y reciclaje, facilitar y promover la integración sociolaboral en el caso de no haberse completado, etc.

Asimismo, se dispondrá de un servicio de ayuda para cualquier eventualidad que pudiese surgir en el marco de la integración social, familiar y laboral del paciente y toda amenaza frente a la autonomía personal, instrumental y económica.

Se trata de movilizar todos los recursos para lograr el fin del programa: la integración social y laboral y evitar los retrocesos en este objetivo. Por tanto, no se tratará de una acción o programa puntual, los cuales tienen poca repercusión sobre la rehabilitación e integración global de la persona a medio-largo plazo, sino de un acompañamiento o tutelaje permanente que compense la minusvalía y la discapacidad que tienen las personas con enfermedad mental, que les permita participar en las actividades y posibilidades que la sociedad brinda.

### .....**Coordinación y apoyo a otros recursos comunitarios**.....

Desde los CRPS se articulará y promoverá la coordinación con todos aquellos servicios o recursos (Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales Generales, Recursos Sociocomunitarios) que puedan estar implicados en la atención de los usuarios y resulten necesarios o relevantes para promover su rehabilitación e integración a fin de favorecer la adecuada continuidad de cuidados y un proceso integral de atención, rehabilitación e integración comunitaria.

Por un lado, se deberá participar activamente, tanto el director como, si es necesario, otros profesionales del centro, en las reuniones de coordinación que se establezcan a nivel de área, con los Servicios de Salud Mental de referencia como responsables de la atención y seguimiento psiquiátrico y de la derivación de los usuarios al CRPS, a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones. Asimismo esta labor de coordinación se desarrollará con los servicios sociales generales para favorecer el proceso de rehabilitación y la integración social normalizada de los usuarios, participando en las reuniones de las comisiones de coordinación establecidas o que se puedan establecer.

Por otro lado, se deberá contactar y establecer coordinaciones, así como asesorar y apoyar a aquellos recursos sociales comunitarios (Centros sociales, Escuelas de Adultos, INEM, IMAF, Asociaciones culturales, Polideportivos, etc.), en los que se puedan integrar los usuarios de cara a favorecer su rehabilitación e inserción social. Finalmente, y en atención a su relevancia, participará en las labores de formación sobre la problemática psicosocial de la persona con enfermedad mental grave y prolongada, y sobre el proceso de rehabilitación psicosocial e

integración comunitaria puedan impartirse para asociaciones existentes en la comunidad, profesionales de los servicios sociales generales, líderes y agentes comunitarios, etc.

De otra parte, también desde el CRPS se deberá asesorar y apoyar a otros recursos como: mini-residencias, pisos supervisados, pensiones supervisadas, centro de rehabilitación laboral, etc., que existan o se creen en la zona de referencia del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

## .....Profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial.....

**Responsable técnico:** responsable de la coordinación técnica del equipo de trabajo y de la representación externa del mismo. Esta tarea recaerá sobre uno de los psicólogos del centro.

Sus funciones son las siguientes:

- • • Proponer los objetivos generales y específicos de trabajo en el centro
- • • Coordinar el conjunto de actividades que se lleven a cabo
- • • Supervisar y evaluar el buen funcionamiento de actividades
- • • Colaborar con la gerencia en toda la política de personal y en la gestión de aspectos presupuestarios
- • • Organizar y supervisar la coordinación y colaboración con los servicios socio-sanitarios
- • • Propiciar y coordinar la formación y el conocimiento de la enfermedad mental a la comunidad
- • • Ostentar la representación técnica del centro ante los organismos públicos y privados.

**Dos psicólogos:** (uno de ellos será el responsable técnico del centro): elaborar y conducir el plan individualizado de rehabilitación, con vistas a lograr el máximo grado de ajuste personal y social de los usuarios.

Sus funciones son las siguientes:

- • • Recibir a los pacientes y hacerles la evaluación funcional que culminará con la elaboración de un informe de evaluación
- • • Diseñar y revisar periódicamente el plan individualizado de rehabilitación
- • • Apoyar, asesorar y entrenar a las familias
- • • Formar y asesorar a otros profesionales del centro
- • • Participar o supervisar las tareas de sensibilización organizadas por el centro
- • • Aquellas que sean del ámbito de su competencia.

**Terapeuta ocupacional:** se plantea la posibilidad de incorporar un terapeuta ocupacional a la plantilla del centro de rehabilitación psicosocial como alternativa al segundo psicólogo. Sus tareas serían complementarias a la labor del psicólogo, realizando las tareas propias del terapeuta ocupacional que por su competencia puede desarrollar, como la participación en la valoración del paciente, y en programas específicos como los relacionados con lo ocupacional, laboral y neuropsicológico.

Entre sus funciones destacan las siguientes:

- • • Participar activamente en impulsar los recursos normalizados de carácter lúdico y formativo ocupacional y en la historia laboral
- • • Diseño de programas de rehabilitación y terapia ocupacional para pacientes de salud mental, tanto de carácter ambulatorio como hospitalario
- • • Impulsar y ejecutar los programas ocupacionales y de rehabilitación cognitiva
- • • Realizar el seguimiento del itinerario laboral y participar en el Programa de Inserción e Integración Laboral
- • • Cuidado de material y utillaje, control de existencias y pedidos del material necesario
- • • Participar en la elaboración del protocolo de evaluación ocupacional
- • • Participar en las actividades de promoción y prevención, formación e investigación del Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • Colaborar en la recogida, registro, archivo de la información diaria y epidemiológica y su procesamiento
- • • Aquellas otras funciones que les correspondan como miembro del CRPS.

**Trabajador social:** elaborar y ejecutar todas aquellas acciones encaminadas a conseguir las adecuadas prestaciones y asistencias comunitarias para los pacientes. Deberá estar al menos a media jornada en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Entre sus funciones destacan las siguientes:

- • • Evaluar los aspectos sociales, económicos y familiares de los enfermos
- • • Elaborar y hacer cumplir un plan individualizado de rehabilitación de dichos aspectos
- • • Potenciar en los usuarios el uso de recursos normalizados, así como de todas aquellas posibilidades de inserción laboral que puedan existir
- • • Desarrollar la colaboración con otros recursos comunitarios
- • • Asesorar y/o tramitar cuantas ayudas sociales económicas o residenciales sean de utilidad para los usuarios y/o sus familias
- • • Coordinar la colaboración con los movimientos asociativos de las familias y/o pacientes, fomentando los mismos
- • • Potenciar la labor del voluntariado y formalizar su protocolo de incorporación
- • • Gestionar el servicio de atención al usuario del Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • Custodiar el libro de reclamaciones del CRPS
- • • Actuar como secretario, sin voto, en la Comisión de Seguimiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial
- • • Más las demás acciones que estén en el ámbito de sus competencias.

**Profesional de enfermería psiquiátrica:** efectuaría un control de efectos secundarios de la mediación y aplicaría los programas psicosociales relacionados con la salud y automedicación. Al igual que el trabajador social podría efectuar tareas de gestor de casos y participar en tareas comunitarias. Tendría una función de apoyo.

Sus funciones son las siguientes:

- • • Monitorización de los efectos secundarios de la medicación
- • • Participar en los programas de educación para la salud y habilidades de automedicación
- • • Complementar con el resto de los profesionales la participación del paciente en los recursos comunitarios
- • • Valoración de cuidados psiquiátricos y no psiquiátricos y efectuar una programación de cuidados de los mismos
- • • Participar en la evaluación multidisciplinar
- • • Colaborar en el mantenimiento de los pisos adscritos al centro de día
- • • Las demás acciones que estén en el ámbito de sus competencias.

**Dos monitores:** responsables de los entrenamientos individuales, de los programas de actividades de la vida diaria, de los talleres y de todo lo relacionado con el ocio y tiempo libre.

El objetivo de trabajo general es el de ejecutar y apoyar las tareas de rehabilitación y formación profesional.

Sus funciones son las siguientes

- • • Colaborar en la fase de evaluación
- • • Colaborar con el resto del personal del centro en el diseño de programas de rehabilitación y ocupacionales
- • • Participar en la ejecución de los programas de rehabilitación y de terapia ocupacional
- • • Monitorizar y supervisar los entrenamientos individuales y las actividades de ocio
- • • Apoyar y supervisar a los usuarios en la utilización de recursos normalizados
- • • Cuidado de material y utillaje, control de existencias y pedidos del material necesario
- • • Colaborar en la recogida, registro, archivo de la información diaria y epidemiológica y su procesamiento
- • • Aquellas que estén en el ámbito de sus competencias
- • • Aquellas otras funciones que les correspondan como miembros del CRPS.

## .....Material de trabajo.....

Deben considerarse preferentemente los criterios de accesibilidad y visibilidad de los materiales de modo que inviten a los pacientes a actuar sobre ellos. Es inadecuado guardar los materiales que se están utilizando de forma que sólo el terapeuta tenga acceso a ellos, por varias razones: la colocación de los materiales en lugares cerrados, distantes e inaccesibles dificultaría su utilización, a la vez que haría depender su uso exclusivamente del terapeuta, con todos los inconvenientes que presenta esta centralización de toda la responsabilidad y organización de la actividad.

Para favorecer el uso autónomo de los materiales es indispensable que el profesional los presente ordenados según criterios elaborados y aceptados por todo el grupo. De este modo el reconocimiento y ordenación de los materiales es una tarea cotidiana y conjunta, una actividad

que favorece la creación de hábitos de orden, promueve la clasificación y facilita el control y el conocimiento del estado del material.

Se establecen así una serie de criterios básicos en la elección de materiales e instrumentos de intervención tanto presentes como futuros:

- • • Adecuados al momento evolutivo de los pacientes
- • • Que resulten atractivos
- • • Que sean manejables y asequibles
- • • Que provoquen estímulos adecuados
- • • Que potencien y apoyen las actividades de los alumnos y no lo suplan o inhiban
- • • Que posibilite múltiples usos y experiencias
- • • Que propicien que los alumnos pongan en juego todas sus posibilidades de acción.

## .....Actividades y/o Cartera de servicios del Centro de Rehabilitación Psicosocial.....

La intervención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, abarca áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral de los enfermos mentales crónicos. Dichas áreas son:

### **I. Programa de actividades de la vida diaria (AVD) y entrenamiento para la vida autónoma.**

Se refiere a todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la salud, la independencia y la autonomía.

Este área de trabajo se justifica porque en un porcentaje alto de casos, la enfermedad suele cursar con un deterioro manifestado en déficits en los aspectos que va a tratar el programa.

Los módulos que se tienen que entrenar serán, entre otros:

- • • Taller de cocina
- • • Compra
- • • Organización doméstica: cuidado de sus cosas, organización y tareas domésticas, alimentación, manejo de dinero, uso de transportes, realización de trámites burocráticos
- • • Higiene personal: Aseo personal
- • • Educación para la salud: hábitos saludables (alimentación, higiene del sueño, primeros auxilios, sexualidad) y orientación en el entorno social (cultura básica, conocimiento de la actualidad).

También dentro de este área, se va intervenir en la práctica de actividades deportivas para reforzar el autocuidado, afectando positivamente al concepto de sí mismo y a la ocupación del tiempo libre.

## 2. Programa de rehabilitación de capacidades cognitivas:

El objetivo es entrenar al paciente para que recupere o al menos no se deterioren sus capacidades cognitivas (atención, memoria, concentración, percepción, orientación espacio-temporal, etc.), a través de programas de rehabilitación, compensación y repetición.

Está evidenciado el déficit cognitivo en los trastornos psicóticos. Estas alteraciones, principalmente los problemas atencionales, llevan asociados una importante pérdida de autonomía personal y social y un aumento de la vulnerabilidad a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes.

Estos programas parten del principio de que una persona con deterioro cognitivo, posee cierto grado de plasticidad y es modificable si se utilizan las técnicas y los reforzadores necesarios.

La intervención se hará después de una valoración pormenorizada, con pruebas de evaluación estandarizadas (Test de Wisconsin o similar, Test Stroop,...).

## 3. Programa de habilidades sociales:

Constituye un aspecto clave en la rehabilitación psicosocial. Uno de los problemas principales de las personas con trastorno mental grave y prolongado (esquizofrenia) es la alteración en el funcionamiento social, como son los problemas para establecer relaciones interpersonales, desempeñar el rol social según el caso, poca participación en actividades de ocio, bajo disfrute de las actividades, etc. (APA, 1994). De hecho, se ha visto que la frecuencia de contactos sociales es un buen indicador de recaídas y rehospitalizaciones (Harrison y cols., 1996). Igualmente, una de las dimensiones más importantes en la medición de la calidad de vida es la capacidad de participación en actividades sociales y de ocio, y disfrutar de ellas.

El objetivo es entrenar al sujeto en la adquisición y/o recuperación de repertorios conductuales (incluye expresión facial, contacto visual...), verbales (contenido de lo que se dice), paraverbales (afecto, volumen de voz), y cognitivos (de pensamiento, tiempo de respuesta, cantidad de tiempo hablado), que les proporcionen los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado. Se trata de una tecnología básica en la intervención psicosocial, y que como tal debe estar sistematizada y por escrito. Con esto se consigue que la persona sea más capaz de enfrentarse a situaciones problema, disminuyendo el nivel de estrés que estas provocan y por tanto, disminuyendo la posibilidad de recaídas.

En este programa se entrenan aspectos como:

- • • Habilidades de comunicación verbal y no verbal: iniciar una conversación, hacer una crítica, saludar, etc.
- • • Asertividad
- • • Expresión y discriminación de emociones
- • • Ensayo conductual de situaciones, problemas específicos de cada paciente, etc.

Básicamente los programas de habilidades sociales tienen los siguientes componentes (Mueser y cols., 2001):

- • • Definir la necesidad de aprender la habilidad
- • • Estructurar la habilidad en sus diferentes componentes y discutir sobre los mismos
- • • Modelar la actividad mediante visionado o rol-playing
- • • Hacer que el paciente mediante rol-playing entrene la actividad
- • • Feedback del grupo y profesionales sobre los pasos correctamente realizados
- • • Corregir los aspectos a mejorar en próximas ejecuciones para que la habilidad se haga correctamente
- • • Hacer que el paciente mediante rol-playing vuelva a ejecutar la actividad o habilidad
- • • Corregir los aspectos a mejorar en próximas ejecuciones para que la habilidad se haga correctamente, y ejecutar nuevos rol-playing hasta su realización correcta
- • • Hacer lo mismo con otros pacientes
- • • Dar tareas para realizar en casa.

Los estudios de investigación muestran que este tipo de intervenciones permite alcanzar habilidades específicas en personas con enfermedad mental grave y prolongada que se mantienen en el tiempo, incluso sin recuerdo, y que tienen en muchos casos un importante efecto generalizador al poder desarrollar habilidades sociales nuevas en entornos también nuevos. No obstante, y sobre este último aspecto intervienen las limitaciones impuestas por los déficits cognitivos (Silverstein y cols., 1998), lo que hace recomendable realizar intervenciones de entrenamiento en la generalización de habilidades (Lieberman y cols., 1998). En un metaanálisis sobre 50 artículos publicados sobre el tema Dilk y Bond (1996) encontraron que el entrenamiento en habilidades sociales conseguía una reducción de sintomatología psicopatológica y mejoraba la adaptación social al mejorar habilidades interpersonales con capacidad de generalización.

Finalmente, y en cuanto al tiempo de aplicación, hay que señalar que como sucede con la medicación es conveniente que la intervención sea prolongada, incluso con intervenciones de recuerdo, lo cual hará que sea más efectiva, como muestran Marder y cols. (1996). Es decir, la intervención puede prolongarse tras el alta de la persona del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

#### **4. Programa de autocontrol emocional/terapia cognitiva:**

Es conocida la pérdida de autoestima que suelen sufrir los pacientes psicóticos y los constantes estados de ansiedad en los que suelen encontrarse.

En estos grupos terapéuticos se pretende dotar de estrategias de afrontamiento y solución de problemas, que permitan al paciente manejar y controlar su estado anímico haciéndole conocedor de los desencadenantes y mantenedores de los mismos.

Existe también la opción de efectuar una intervención cognitiva sobre la psicopatología que pueda presentar el paciente en el presente o en el futuro, comprobándose que la aplicación de terapia cognitiva mejora la sintomatología y previene recaídas. Está especialmente indicada



cuando el paciente padece angustia debido a la existencia de alucinaciones y delirios, aunque estos sean ocasionales.

### **5. Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad:**

Este programa parte de la idea de que el paciente no ha de ser sujeto pasivo del tratamiento sino que puede y debe participar en el mismo (Mueser y cols., 2001). Se trata en este área de dotar a los pacientes de la capacidad de conocimiento y reconocimiento de su problema para poder manejar las fases de su enfermedad, detectar pródromos, prevenir recaídas, manejar los síntomas y el estrés que pueda producir la enfermedad.

Son grupos donde el verse reflejado en otro al compartir síntomas y vivencias, hace que pierdan la sensación de singularidad, cuestionándose su propia psicopatología.

También se debe ofrecer una información asequible, generalmente a través de cursos de psicoeducación, sobre clases de síntomas, medicación y ventajas de la misma, efectos secundarios, recursos sanitarios donde acudir en caso de necesidad, etc.

Un programa de este tipo debe conducir a una mejora en el cumplimiento de la medicación y pautas terapéuticas. Todo ello será de gran importancia tanto para la evitación de recaídas como para no tener que emplear numerosos recursos de la red con un notable incremento de coste.

### **6. Programa de psicomotricidad:**

Se interviene sobre la psicomotricidad del paciente a través de programas de ejercicio físico, deporte y gimnasia de mantenimiento.

### **7. Programa de asesoramiento y apoyo familiar y de recursos:**

La desinstitucionalización psiquiátrica y el objetivo de mantener a la persona con enfermedad mental en la comunidad ha llevado a que las familias tengan un papel importante en los cuidados y apoyo de la persona con enfermedad mental. Además, la evidencia muestra que un nivel de estrés y baja capacidad de afrontamiento en la familia incrementa el riesgo de recaídas.

Con la intervención en este área se pretende que los familiares de las personas enfermas, sean capaces de afrontar el problema con el que conviven a través de los siguientes medios:

- • • Ofrecerles información sobre la enfermedad: pródromos, síntomas, curso, fases, medicación. Ello debe facilitar el cumplimiento del tratamiento y que la familia participe en ese objetivo
- • • Asesoramiento en el manejo de la sintomatología psiquiátrica
- • • Dotarles de estrategias para el manejo de los problemas de conducta asociados a la enfermedad, que disminuya la tensión y el estrés que generan los comportamientos disruptivos
- • • Dotarles de estrategias de reducción de las situaciones generadoras de estrés

- • • Ofrecerles información de todos los recursos y prestaciones de los que beneficiarse
- • • Apoyo emocional
- • • Programa psicoeducativo de Escuela de Familias, en colaboración con las Asociaciones de Familiares, que será la responsable de su aplicación
- • • Grupo de familiares de ayuda mutua: Tiene como finalidad, que sean las propias familias quienes acaben apoyándose entre ellas sin la necesidad de terapeuta
- • • Grupo de autoayuda de usuarios: El objetivo es lograr que la familia participe de forma activa en el proceso rehabilitador y evitar las consecuencias propias de la carga que supone convivir con una persona con enfermedad mental. Se ha visto que la intervención a través de programas multi-familiares o con una familia sólo e incluso en combinación, ha mostrado la eficacia sobre la disminución de recaídas y rehospitalización (descenso a la mitad), todo lo cual justifica incluso económicamente la intervención familiar. Asimismo, se ha asociado la intervención familiar con la mejor adaptación social de la persona con esquizofrenia.

Para el desarrollo de esta actividad se establecerán dos estrategias de trabajo:

- Reuniones periódicas individuales con familiares en las que se informa de aspectos específicos sobre lo que se está trabajando, objetivos, potencialidades y dificultades de la terapia. También se abordarán aspectos específicos que ayuden a los familiares a abordar problemas que aparezcan en casa y se les motiva a que sean una parte activa de la terapia.
- Programa de Intervención Multifamiliar: en el que se abordan los problemas específicos de estrés y preocupaciones sobre la enfermedad mental. Se trata de disminuir la ansiedad ante el problema e incrementar la potencialidad de la familia para la intervención.
- Programa de Escuela de Familias. Esta actividad se llevará a cabo en colaboración de las Asociaciones de Familiares (que será la responsable principal de su desarrollo) y el centro participará en la misma, informando y colaborando de la escuela.

Hay que significar que para que la intervención familiar sea efectiva debe ser prolongada, entre 9 meses y 2 años. Intervenciones más cortas (de menos de tres meses) habitualmente no alcanzan los objetivos marcados (Solomon y cols., 1996). Por este motivo, y en la intervención familiar se debe aplicar en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, pero con gran coordinación con la Asociación de Familiares local, que además, debe estar representada en el Comité de seguimiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Por otra parte, hay que tramitar y/o asesorar al paciente y a su familia sobre todo tipo de recursos y ayudas económicas, sociales y residenciales que puedan servirles de utilidad.

Igualmente, se tratará de apoyar y efectuar el seguimiento de todo proceso integrador y normalizador iniciado por cualquiera de los pacientes que estén o hayan estado en el CRPS. Se deberá disponer de una guía de recursos socio-comunitarios accesibles a los familiares y usuarios. Esto incluye dar información sobre la asociación de familiares.

## 8. Programa de ocio y tiempo libre:

Las actividades de ocio constituyen un elemento clave para el establecimiento de la estabilidad mental. En el caso de las personas afectadas por las discapacidades propias de la enfermedad mental, este aspecto toma aún más relevancia debido a que estas personas suelen disponer de mucho tiempo libre. A pesar de esta disponibilidad, apenas lo ocupan en actividades gratificantes y autónomas, ni acceden a los recursos de ocio existentes en la comunidad. Ello es debido a varios motivos:

- • • Su limitada capacidad económica
- • • Dificultades en su integración social, que dificulta el acceso a los recursos de la comunidad
- • • La sintomatología propia de la enfermedad mental crónica que impide el disfrute en condiciones de normalidad: la anhedonia, el aplanamiento afectivo, la apatía, la abulia, los déficits cognitivos...

Por todo ello se hace necesario que en este tipo de recurso, el área de ocio tenga un gran peso.

El área está orientada a presentar y hacer partícipe a los usuarios de la mayor pluralidad de ofertas de ocio para así, a través del conocimiento y la práctica, se propicie la aparición de aficiones y disfrute del tiempo libre.

Estas actividades se desarrollarán en talleres en el Centro de Rehabilitación Psicosocial o en recursos normalizados, y son las siguientes:

- • • Programa de organización del tiempo libre. Agenda
- • • Programa de animación a la lectura
- • • Programa de deportes
- • • Salidas culturales
- • • Conferencias desde el CRPS a cargo de diferentes instituciones (Policia, Comité anti-sida, Protección civil, Juzgados, Consumo...)
- • • Video-Forum
- • • Talleres de ocio: Taller de marionetas, baile, costura, fotografía, etc.
- • • Fomento de participación en actividades culturales y de ocio que el entorno comunitario ofrezca: funciones de teatro, cine, conferencias, exposiciones, sesiones de cine, etc.
- • • Excursiones
- • • Club de integración social, preferiblemente gestionado por los propios usuarios, abierto a todo el que lo desee, donde funciona un bar y donde se pueden practicar juegos de mesa, pin-pón, fútbolín, televisión, dardos, Karaoke, etc.... Este club, aunque podría estar anexo o como parte del Centro de Rehabilitación Psicosocial, convendrá que, en la medida de lo posible, se independice del mismo.

Por otra parte, y tras el alta en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, el paciente precisa de apoyos y soportes puntuales que eviten las recaídas y que estimulen el mantener la

participación comunitaria y la vida autónoma. En definitiva, el objetivo de este programa es garantizar el mantenimiento de los objetivos alcanzados y constituir un adecuado soporte para mantener el funcionamiento psicosocial e integración en la comunidad en condiciones óptimas.

En esta línea, y a través de recursos como el club de inserción social, o actividades de ocio y deporte, o incluso el apoyo domiciliario, el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá efectuar un seguimiento posterior al alta en los aspectos de integración psicosocial que se precisen y que por tanto sirvan para mantener al paciente en el entorno comunitario y evitar las recaídas.

Asimismo, dará soporte, en los aspectos relacionados con la integración psicosocial, a los centros ocupacionales y de formación laboral. En la ejecución de este programa se hace preciso que exista una coordinación periódica y frecuente (máximo cada 15 días) con los dispositivos de la red de asistencia psiquiátrica y de salud mental, y con los servicios sociales, ya que todos estos dispositivos deberán participar activamente en el seguimiento del paciente y promoción y mantenimiento de su autonomía personal y adaptación al entorno social.

## 9. Programa de Integración Socio-Comunitaria

Se plantea el desarrollo de un programa dirigido a la participación socio-comunitaria usando los recursos comunitarios y desarrollando redes sociales y en el que se desarrollarán actividades como las siguientes:

- • • Programa de actualidad
- • • Grupo de conocimientos básicos
- • • Grupo de trámites burocráticos
- • • Asesoramiento e información sobre la utilización de recursos normalizados de formación y académicos. Se puede integrar dentro de este apartado el desarrollo de un curso de educación de adultos por las tardes
- • • Servicio de orientación laboral. Servicio abierto a las personas que requerirán de este área.

En muchos casos este programa puede ser empleado como enganche del usuario al centro por su carácter motivador. Se basa en el principio de normalización y promover la implicación en las redes sociales comunitarias.

Es preciso que exista un programa específico para la colaboración y coordinación con los servicios sociales, de acuerdo con los objetivos del plan sociosanitario.

Todas las actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial se deben amparar en el principio de normalización, y por tanto hacer el mayor uso posible de los recursos comunitarios. En esta línea, habrá conocimiento y oferta de servicios comunitarios.

Finalmente, y en la medida que le sea posible, deberá participar en campañas de sensibilización de la opinión pública sobre la enfermedad mental y luchar contra la estigmatización.

## 10. Programa de rehabilitación laboral:

La intervención en este aspecto se articulará principalmente en relación con los siguientes ámbitos:

- • • Orientación vocacional
- • • Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral
- • • Apoyo a la formación profesional: curso de formación agropecuaria, curso de informática, curso de conocimientos básicos y educación de adultos
- • • Técnicas de búsqueda de empleo y conocimientos sobre legislación laboral
- • • Búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral
- • • Talleres ocupacionales
- • • Taller pre-ocupacional: en el cual se están trabajando habilidades pre-laborales necesarias para el buen funcionamiento en otros recursos.

Este programa es de gran importancia para el Centro de Rehabilitación Psicosocial y ha de estar muy conectado con el centro ocupacional y de formación laboral. Mueser y cols. (1998) en su revisión sobre la aplicación del modelo de gestión de casos en el entorno comunitario y la aplicación de la rehabilitación psicosocial encontró que solo en el 21% de los estudios aparecía una mejora de la integración y adaptación social y apenas un 38% mostraban un mejor funcionamiento o adaptación laboral, siendo característico que solo hubo mejoría en la adaptación social y laboral en aquellos estudios que hicieron especial énfasis en un programa de inserción laboral. La conclusión de todo esto es que el Centro de Rehabilitación Psicosocial tiene como objetivo principal la inserción laboral, y para que esta se produzca es preciso estar bien conectado con programas de integración laboral específicos o generales, coordinarse con los centros ocupacionales y de formación laboral del área, y desarrollar desde el propio Centro de Rehabilitación Psicosocial un programa de rehabilitación laboral que integre habilidades para el empleo y talleres pre-laborales.

## 11. Gestión del caso:

Como integración de todo lo anterior está la posibilidad de realizar la gestión de casos y la asignación a cada paciente de un gestor del caso que efectúe el seguimiento del mismo. El análisis de una adecuada aplicación de la gestión de casos ha logrado la reducción del tiempo de hospitalización (61% de 23 estudios sobre el tema) e incrementado la estabilidad del paciente en su domicilio (75% de 12 estudios sobre el tema). Además, y según la revisión de estudios sobre la aplicación de la gestión de casos (según el modelo de intervención comunitaria dirigida: Assertive Community Treatment) de Mauser y cols. (1998), se comprueba que los pacientes alcanzan un mayor grado de satisfacción y la existencia de un incremento de la calidad de vida (54% de los 13 estudios que valoran este tema) y una disminución significativa de los síntomas (50% de los 16 estudios).

Hay que significar que bien aplicada la gestión de casos justificaría sobradamente el desarrollo y puesta en funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y de todo

el programa de inserción laboral incluso desde el punto de vista económico, especialmente entre los casos de elevado número de estancias hospitalarias (superior a 50 al año).

## Horario del centro

Debe tener un horario de atención lo más ajustado posible a las necesidades de los pacientes. Este aspecto es importante en zonas en donde la gran dispersión de la población hace que muchos pacientes tengan que acudir desde distancias que pueden superar los 100 kms. En consecuencia, dependerán del medio de transporte y de sus horarios, a los cuales el centro deberá adaptarse o crear un sistema alternativo de transporte.

En general, se trata de un centro de atención diurna que deberá estar abierto durante la mañana y la tarde, de lunes a jueves y sólo por la mañana los viernes, excepto festivos, debiéndose ajustar a las necesidades de los usuarios. El servicio se prestará en jornada partida con parada de dos horas en la comida y con apertura de 9:00 horas a 18:00 horas. Durante los meses de Julio y Agosto el horario será de 9:00 horas a 15:00 horas. Para la comida el Centro de Rehabilitación Psicosocial podrá concertar con algún restaurante del entorno un menú para aquellos que se desplazan de la provincia y puedan comer a precios asequibles. Solo excepcionalmente el centro servirá comidas. El horario se podría ampliar si se considerase necesario a los fines de semana o incluso en la propia semana para el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre.

En principio la mañana deberá dedicarse a actividades más psicoterapéuticas, mientras las tardes a otras actividades más relacionadas con el trabajo en familias, ocio y tiempo libre, club de inserción social, y demás.

El funcionamiento del centro será durante todo el año (sin cierre vacacional). No es preciso que los usuarios vayan al centro todos los días ni a todas las horas, sino que será el P.I.R. el que determine también el tiempo de participación en el centro, bien por la mañana, tarde, o determinados días de la semana.