



Salud Mental

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Guía Básica de Funcionamiento

— |

| —

— |

| —

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

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 heterogéneo 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 contribuido 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 facilitaban la disminución en 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 (83/89) 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 irán haciendo realidad, y esta publicación constituye un avance en esa dirección. Se presenta la guía de funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica 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.

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
••• POBLACIÓN DESTINATARIA	9
••• PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	11
••• CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ESTRUCTURALES	12
••• OBJETIVOS Y CRITERIOS GENERALES DE ACTIVIDAD	13
••• PROFESIONALES	14
••• MATERIAL DE TRABAJO	16
••• ACTIVIDADES Y/O CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	17
••• Programa de Actividades de la vida diaria (AVD) y entrenamiento para la vida autónoma	17
••• Programa de educación para la salud	17
••• Programa de rehabilitación de capacidades cognitivas	17
••• Programa de Habilidades Sociales	18
••• Programa de Autocontrol emocional/Terapia cognitiva	19
••• Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad	19
••• Programa de Psicomotricidad	20
••• Programa de asesoramiento y apoyo familiar y de recursos	20
••• Programa de ocio y tiempo libre	22
••• Programa de Integración Socio-Comunitaria	23
••• Programa de rehabilitación laboral-ocupacional	23
••• FUNCIONES BÁSICAS DEL EQUIPO TERAPÉUTICO	24
••• Psiquiatra	24
••• Psicólogo	24
••• Trabajador Social	25
••• Terapeuta Ocupacional	25
••• A.T.S.	26
••• Auxiliares de clínica	27

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.
- • • 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 los siguientes pasos:

- • • 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.
- • • 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 las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica y 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 algunas Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica en el que se recogía su funcionamiento, 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 Unidades 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 las Unidades de Hospitalarias.
- • • 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 obtiene entonces el documento definitivo que cuenta con el consenso de representantes de la totalidad de Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica 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 las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria

FERNANDEZ, CONCEPCION
FERNANDEZ, CRESCENCIA
GEJO, SORAYA
HERRERA, CARMEN
LOPEZ, ANGELES

LOPEZ, DESIDERIO
MARTINEZ, ARGIMIRO
MARTINEZ, LUZ
MARTINEZ, RICARDO
MIRANDA, DOLORES

PESCADOR, EMILIO
RODRIGUEZ, CARMEN
ROMERA, ELENA
ROMERA, LAURA
SAN JOSE, ELENA

INTRODUCCIÓN

Se trata de Unidades Hospitalarias, ubicadas en los antiguos Hospitales Psiquiátricos o en Hospitales Generales que realizan un tratamiento de rehabilitación psicosocial en régimen abierto de los pacientes. Son instalaciones sanitarias con ingreso de duración media y que realizan intervenciones terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras, con un especial peso en estas últimas. Están dirigidas a enfermos cuya minusvalía o déficit trasciende tanto el marco estrictamente ambulatorio, como el de hospitalización en Unidad de Agudos. Supone dar un paso asistencial intermedio apoyándose a su vez en los recursos sociosanitarios.

Al igual que en el Centro de Rehabilitación Psicosocial los pacientes serán remitidos preferentemente desde los equipos de Salud Mental de Distrito. No obstante, también podrán derivarse desde las Unidades de Psiquiatría de Hospital General, y de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y de las UPAS. Aunque tengan carácter de hospitalización no admitirán ingresos urgentes, el ingreso siempre será voluntario y las reagudizaciones serán derivadas a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General. Por todo ello, y teniendo en cuenta que trata a pacientes estabilizados psicopatológicamente, no precisará de un servicio de urgencias psiquiátricas específico, aunque sí médico que pueda valorar la existencia de una recaída aguda y derive al paciente al servicio de urgencias psiquiátricas del área de salud.

Desde las Unidades de Rehabilitación se promoverá la coordinación con aquellos dispositivos que hayan estado implicados en la atención de los pacientes a fin de favorecer la adecuada continuidad de cuidados y un proceso integral de atención, rehabilitación y futura integración comunitaria.

Se deberá participar activamente, tanto el responsable de la Unidad como, si es necesario, otros profesionales, en las reuniones de coordinación que se establezcan en el área.

Así mismo, esta labor de coordinación, se desarrollará con los Servicios Sociales, participando en las reuniones de coordinación que se puedan crear.

Las Unidades de Rehabilitación tienen dos problemas funcionales que deberán ser resueltos donde existan, y no dar posibilidad a que se produzcan donde no existen:

- • • Encubren residuos manicomiales o pacientes de carácter únicamente residencial y sin objetivos de rehabilitación: el desarrollo de dispositivos residenciales debe hacer que esta situación desaparezca por interferir en la auténtica función de la unidad. Para ello, y dentro del programa de intervención en personas con enfermedad mental grave y prolongada se contempla el desarrollo de dispositivos residenciales y de alojamientos específicos que deberá resolver este problema
- • • Se ingresa a pacientes subagudos como medio para descongestionar el bloqueo de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General: ello conlleva a que convivan actividades y ambientes de tratamiento de la enfermedad activa con otras de carácter rehabilitador. Todo ello influye en el tipo de medidas de control y cuidado, y desvirtua estas Unidades.

La solución serán las Unidades Psiquiátricas de Atención Sociosanitaria que realizarán esta función.

Además, la falta de recursos sociales y sociosanitarios ha llevado a que el alta e integración social resulte muy complicado al no existir programas específicos de alojamiento para personas con enfermedad mental grave y prolongada, ni tampoco programas ocupacionales que permitan el mantenimiento de estas personas en la comunidad. Para contrarrestar esto se debe desarrollar el programa de atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada que incluya la resolución de estas necesidades y facilite la integración comunitaria de los usuarios de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

Existirán al menos 8 camas por 100.000 habitantes siendo el máximo de 40 camas.

La estancia media en estas Unidades es de alrededor de 1 año, aunque deberá ajustarse a las características del paciente y al soporte sociosanitario que pueda encontrar al alta. No obstante, la estancia media no tendrá que ser relevante en la valoración y definición de estas Unidades, sino los objetivos terapéuticos, si bien se recomienda, como ya se ha indicado, una estancia media de 6 meses a 1 año.

Finalmente, el carácter multidisciplinar de esta Unidad exige que la evaluación de los objetivos planteados en el ingreso se tenga que realizar de forma continuada por todo el equipo y contendrá un componente biológico, psicológico y social.

POBLACIÓN DESTINATARIA

La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica atenderá a la población conocida como personas con enfermedad mental grave y prolongada: personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, 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).

En la definición de criterios de ingreso deben primar los de inclusión y minimizar los de exclusión.

Este dispositivo atenderá a toda la población que cumpla los siguientes criterios de inclusión:

- El ingreso ha de ser voluntario
- 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. Es decir, presentar una enfermedad mental que produzca un nivel alto de dependencia, y en consecuencia requiera cuidados sanitarios hospitalarios prolongados en el tiempo y con carácter rehabilitador
- Precisar de un entorno estructurado y que sea potencialmente externalizable
- Necesitar intervenciones terapéuticas, de tipo biológico, psicoterapéutico, psicosocial que no puedan ser realizados en el contexto extrahospitalario
- Ser usuario de la red pública de asistencia psiquiátrica y estar en la actualidad en tratamiento
- Haber sido referido por un Equipo de Salud Mental, o alternativamente del Centro de Rehabilitación Psicosocial y excepcionalmente de la Unidad de Psiquiatría del Hospital General
- Haber sido valorado su ingreso, y aceptado formalmente, por el Equipo de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. La valoración negativa debe estar suficientemente justificada y consensuada, y el ESM deberá procurar otro recurso alternativo.

Básicamente, la población destinataria sería la misma que la de los Centros de Rehabilitación Psicosocial pero en los que existen uno o varios componentes psicopatológicos o sociales que dificulta el tratamiento en régimen de día como:

- La existencia de una mayor cantidad de sintomatología propia de la enfermedad que requiere un control farmacológico y clínico continuado

- • • La falta de habilidades sociales mínimas y de capacidad de autonomía que requiere un apoyo continuado
- • • La falta de apoyo social suficiente para vivir en el entorno comunitario.

Los *Criterios de Exclusión* son:

- • • Drogodependencia o alcoholismo dominante que imposibilite el trabajo de rehabilitación
- • • Retraso mental que impida el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta que para estos casos existen dispositivos específicos.

PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS

La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, como el resto de dispositivos de asistencia psiquiátrica, constituye un servicio que debe contar en su valoración y funcionamiento con la opinión de los usuarios. Para ello es preciso que:

- • • Exista un *servicio de atención al paciente*, que será llevado por el trabajador social de la Unidad, 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 deberá firmar un *consentimiento informado* sobre la aceptación del tratamiento en el que incluya la carta de derechos y deberes
- • • Se procurará la participación del usuario en el proceso de rehabilitación
- • • Crear un órgano de participación del usuario y la familia.

Además de lo anterior deberá contar con un Reglamento de Régimen Interno que sirva como guía de funcionamiento para el usuario del mismo.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ESTRUCTURALES

Básicamente, las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica deberán estar ubicadas en un entorno hospitalario, y en el que se tengan en cuenta las siguientes características, entre otras:

- • • Deberá disponer de los espacios, instalaciones y suministros necesarios para llevar a cabo las funciones que derivan de sus objetivos
- • • Las habitaciones tendrán un máximo de dos camas y estarán dotadas de aseo con ducha
- • • Se procurará la accesibilidad del paciente en la Unidad, eliminando las barreras arquitectónicas
- • • Se dispondrá de una cocina completa para entrenamiento terapéutico
- • • Estarán localizados en medio urbano, o muy próximo al mismo (no más de 20 kms.). En los casos en que no se encuentren en medio urbano propiamente dicho deberán disponer de un medio de transporte propio y tener una comunicación a través de transporte público de al menos cuatro veces diarias
- • • Se dispondrá de espacio para control de enfermería, sala de curas y botiquín
- • • Dispondrá de salas para intervenciones de grupo
- • • Con el fin de realizar su actividad rehabilitadora dispondrá de acceso a talleres y gimnasio. Las actividades de rehabilitación se realizarán de forma escalonada para aprovechar al máximo las instalaciones
- • • Medidas de seguridad generales, contempladas en la legislación vigente, se tratará de unidades abiertas, activas y que potencien las actividades comunitarias (Xunta Galicia, 1997)
- • • Dispondrá, al menos, de un piso de transición.

El tamaño recomendado para las mismas será de 8 camas por 100.000 habitantes, debiéndose establecer protocolos de derivación a otras áreas de salud cuando exista lista de espera. Hay que significar que si hubiese una lista de espera mantenida en la que el paciente esperase más de 3 meses, y que fuera de 0 durante más de 6 meses, se debería analizar la situación de la Unidad dentro del área asistencial y posibilitar, si así lo determinara el equipo evaluador, el incremento de la ratio de camas. Lo mismo sucedería, en sentido contrario, si se mantiene dos años seguidos un índice de ocupación de menos de 65%.

OBJETIVOS Y CRITERIOS GENERALES DE ACTIVIDAD

El objetivo general de esta Unidad es incidir de forma precoz sobre los aspectos rehabilitadores de la enfermedad psiquiátrica, con el fin de disminuir los riesgos de cronificación. Es decir, lograr la externalización y la vuelta a la comunidad lo más pronto posible. Por este motivo, y por la necesidad de compartir la práctica totalidad de los objetivos, deberá trabajar en estrecha relación con el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP). En términos generales, los principales objetivos de trabajo en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica 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. Incluye la prevención del llamado deterioro psicosocial y marginalidad
- • • Deberá cubrir el tratamiento biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador, así como la atención sanitaria general
- • • Favorecer la vuelta a la comunidad de los enfermos de larga estancia de los hospitales psiquiátricos
- • • Ofrecer recursos y programas que posibiliten la rehabilitación profesional-laboral de este colectivo y les prepare para la inserción en el mundo laboral
- • • 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 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, a través de la figura del gestor de caso en los ESM
- • • Asesorar y/o tramitar a los usuarios y a sus familias cualquier gestión encaminada a la búsqueda de recursos y/o ayudas tanto económicas como sociales, residenciales, etc. 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 a otros profesionales, entidades y voluntarios.

PROFESIONALES

Hay que significar que todos los profesionales se deberán implicar en las actividades que se proponen desde la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, especialmente en las relacionadas con la tutoría de los pacientes y los programas de entrenamiento e intervención terapéutica, para ello es imprescindible el trabajo en equipo.

En cuanto al tipo y características del personal se propone lo siguiente (Plan Director de Salud Mental de la Comunidad de Valencia, 2001):

- 1 psiquiatra hasta 20 camas, uno de los cuales actuará como responsable o Jefe de la Unidad. Por encima de 30 camas deberá haber dos psiquiatras
- 1 psicólogo hasta 20 camas. Por encima de 30 camas deberá haber dos psicólogos. Excepcionalmente, el papel de responsable o Jefe de la Unidad podrá ser realizado por el psicólogo. Tanto en el caso de psiquiatras como de psicólogos, cuando el número de camas se sitúe entre 20 y 30 se valorará el que cuenten con apoyo externo, tanto en ausencias como cuando haya sobrecarga de trabajo. Dependiendo de los recursos del área será asignado uno u otro profesional a esta tarea
- 1 trabajador social por Unidad
- 1 terapeuta ocupacional
- El personal de enfermería deberá cubrir los turnos de mañana y tarde de todos los días de la semana, salvo los fines de semana en que podrán estar sólo de mañana y en la medida de lo posible se procurarán turnos fijos para garantizar la continuidad de las intervenciones. De lunes a viernes habrá en los turnos de mañana y tarde 1 profesional de enfermería hasta 12 camas; 2 profesionales cuando haya entre 12 y 24 camas; y por encima de esta cifra habrá 3 en el turno de mañana y 2 en el de tarde. Sólo una justificación razonada, por las actividades que desempeñan podría incrementar o disminuir esta ratio. Sería óptimo que durante el turno de noche existiera un enfermero/a de referencia en el hospital
- Los auxiliares de enfermería, quienes convendrá que tengan una formación complementaria en asistencia psiquiátrica y salud mental, cubrirán turnos las 24 horas, con los siguientes ratios:
 - Hasta 20 camas: turnos de 3 mañana; 2 tarde; 2 noche. En los fines de semana dependerá de la carga asistencial media en el último mes de esos días, pudiéndose reducir a un máximo de 2-2-1
 - Hasta 35 camas: turnos de 4 mañana; 3 tarde; 2 noche. En los fines de semana dependerá de la carga asistencial media en el último mes de esos días, pudiéndose reducir a un máximo de 2-2-1
 - Por encima de 35 camas: turnos de 4 mañana; 4 tarde; 2 noche. En los fines de semana dependerá de la carga asistencial media en el último mes de esos días, pudiéndose reducir a un máximo de 2-2-1
 - Se procuraran turnos fijos de mañana y de tarde

Deberá existir en cada Unidad un Plan de Contingencia que defina el apoyo de personal de enfermería de referencia en situaciones excepcionales.

Cuando sea preciso, la atención continuada específica podrá ser realizada por todos los especialistas de las áreas a las que atiende. Igualmente, el hecho de que los profesionales asignados a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica formen parte de la plantilla de un hospital, las características específicas de su función, hacen que su trabajo deberá desarrollarse en el área de salud, es decir, existirán labores específicamente hospitalarias y otras extrahospitalarias que igualmente deberán asumir, para ello se distribuirán las tareas tanto de los profesionales de enfermería como de los auxiliares de acuerdo con el responsable o director de la Unidad.

En el caso de existir pisos protegidos vinculados a la Unidad de Rehabilitación se procurará que la supervisión la realice siempre el mismo personal.

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 al 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.

La Dirección del hospital facilitará la adquisición de materiales que son imprescindibles para llevar a cabo los distintos programas.

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 usuarios y no lo suplan o inhiban
- • • Que posibiliten múltiples usos y experiencias
- • • Que propicien que los pongan en juego todas sus posibilidades de acción.

ACTIVIDADES Y/O CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

La intervención en la Unidad de Rehabilitación de Psiquiatría abarca áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral de los enfermos mentales crónicos. Dichas áreas son:

1. 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.

El programa de AVD deberá ser transversal a todos los programas que se lleven a cabo en la U.R.

2. Programa de educación para la salud

- • • Alimentación
- • • Higiene del sueño
- • • Primeros auxilios
- • • Sexualidad...

3. 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, etc.).

4. 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 hablando), que les proporcionen los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado. Se trata de una tecnología basada 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...
- Asertividad
- Expresión y discriminación de emociones
- Ensayo conductual de situaciones, problemas específicos de cada paciente...

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.

5. 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.

6. Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad:

Este programa parte de que el paciente ha de ser sujeto activo del tratamiento. Se trata en este área de dotar a los pacientes de la capacidad de conocimiento y reconocimiento de su problema para que con ello pueda 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.

7. Programa de Psicomotricidad

Los *objetivos* a trabajar son:

- • • Lograr una mejor vivencia y conocimiento de sí mismos para mejorar su relación con el mundo que les rodea
- • • Aumentar la autopercepción que les permitirá mejorar su relación con la realidad y lograr una vivencia plena de su cuerpo como medio de comunicación y relación
- • • Fomentar el desarrollo físico mediante aspectos motores, cognitivos y relacionales.

Las *áreas* de actuación serían:

- • • Area de expresión corporal: descubrimiento y toma de conciencia del propio cuerpo y del mundo que le rodea
- • • Area del juego dramático: mediante la representación simbólica de objetos, personajes, roles, etc., utilizar y desarrollar la memoria y la capacidad expresiva y representativa
- • • Area de expresión creativa: mediante la representación de mensajes y a través de diferentes formas, ayudar al desarrollo expresivo de sentidos y situaciones vinculadas a la vida cotidiana, así como fomentar la creación individual y colectiva.

Los *métodos* de trabajo empleados son múltiples:

- • • Expresión corporal
- • • Deporte
- • • Relajación
- • • Danza, baile
- • • Música
- • • Teatro, dramatización
- • • Expresión creativa.

8. 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 esta 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 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 las que beneficiarse
- • • Apoyo emocional
- • • Programa psicoeducativo de Escuela de Familias, en colaboración con las Asociaciones de Familiares, que serán las responsables 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 la combinación de ambas, ha mostrado eficacia sobre la disminución de recaídas y rehospitalización, 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 trabajarán aspectos específicos que ayuden a los familiares a abordar problemas que aparezcan en casa y se les motive para 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 con 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, la intervención familiar se debe aplicar a la unidad de rehabilitación, pero en coordinación con la Asociación de Familiares local, que además, debe estar representada en el Comité de seguimiento de la U. R.

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 U. R. 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.

Es esencial que el P.I.R. cuente con el consenso del usuario y la implicación de la familia.

9. Programa de ocio y tiempo libre:

Las actividades de ocio tanto desde la perspectiva terapéutica como a nivel personal constituyen un elemento clave para el establecimiento de la estabilidad mental. En el caso de las personas afectadas de discapacidades propias de la enfermedad mental, este aspecto toma 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:

- • • 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. También se va a intervenir en la práctica de actividades deportivas para reforzar el autocuidado afectando positivamente al autoconcepto y a la ocupación del tiempo libre.

Estas actividades se desarrollarán en talleres de la U. R. o en recursos normalizados, y son los siguientes:

- • • Programa de organización del tiempo libre. Agenda
- • • Programa de animación a la lectura
- • • Programa de deportes
- • • Salidas culturales
- • • 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.

IO. Programa de Integración Socio-Comunitaria

Se plantea un programa dirigido a la participación socio-comunitaria usando los recursos comunitarios y desarrollando redes sociales y en el que se llevarán a cabo 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 a la Unidad por su carácter motivador. Se basa en el principio de normalización y con objeto de promover la implicación en las redes sociales comunitarias.

Todas las actividades de la U. R. deben ampararse en el principio de normalización, y por tanto hacer el mayor uso de los recursos comunitarios. En esta línea, habrá conocimiento y oferta de servicios comunitarios.

II. Programa de rehabilitación laboral • ocupacional:

Dado que uno de los objetivos de la U. R. es preparar a los usuarios para una futura inserción en el mundo laboral, deberá iniciarse antes de las intervenciones que se articularán en relación con los siguientes ámbitos:

- • • Orientación vocacional y profesional
- • • Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral
- • • Apoyo a la formación profesional
- • • Talleres ocupacionales
- • • Taller pre-ocupacional: En el cual se están trabajando habilidades pre-laborales necesarias para el buen funcionamiento en otros recursos.

Por todo lo anterior, es preciso estar bien conectado con programas de integración laboral específicos o generales, coordinarse con los centros ocupacionales y de formación laboral del área e iniciar desde la propia Unidad de Rehabilitación un programa de rehabilitación laboral que integre habilidades para el empleo y talleres pre-laborales en conexión con el C.R.P. S.

FUNCIONES BÁSICAS DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

Psiquiatra

- • • Reconocimiento, diagnóstico y prescripción de tratamiento
- • • Seguimiento de procesos y tratamientos terapéuticos mediante medicación, métodos y técnicas psicoterapéuticas o cualquier otra acción médica conducente a la mejora del paciente
- • • Supervisión y control de la administración de los tratamientos por él prescritos
- • • Redacción de informes, historiales clínicos, peritajes, registro de datos y cualquier otro de naturaleza similar
- • • Participación en sesiones clínicas, actividades de formación y proyectos de investigación
- • • Proponer los objetivos generales y específicos de la Unidad de Rehabilitación
- • • Participar en la evaluación, coordinación y supervisión de las actividades y programas que se llevan a cabo
- • • Participar en la coordinación y colaboración con el resto de dispositivos sociosanitarios
- • • Participar en el diseño del plan individualizado de rehabilitación de cada usuario
- • • Evaluar y valorar las demandas de ingreso en colaboración con otros miembros del equipo, realizando entrevistas al posible usuario, a la familia y obteniendo información a través de su terapeuta y otros miembros del Equipo de Salud Mental al que pertenece el paciente
- • • Recepción del usuario y valoración psicopatológica del usuario
- • • Participar en la revisión y evaluación del plan individualizado de rehabilitación
- • • Llevar a cabo los programas de rehabilitación que le correspondan
- • • Realización de terapias individuales según las necesidades del usuario
- • • Apoyo, asesoramiento y orientación a las familias
- • • Formación a otros profesionales del centro, así como de médicos internos residentes y psicólogos internos residentes
- • • Diagnóstico, si es preciso de los pacientes derivados
- • • Seguimiento del tratamiento psicofarmacológico
- • • Participación con el resto de los miembros del equipo en las reuniones
- • • Participación en la elaboración del P.I.R.

Psicólogo

- • • Entrevistas de valoración de pacientes
- • • Entrevistas de ingreso. Elaboración de Historias
- • • Evaluación Psicométrica de pacientes y reevaluación a lo largo del ingreso
- • • Participación del plan individualizado de rehabilitación y evaluación del mismo
- • • Programa de rehabilitación cognitiva (por medio de la Terapia Integrada de Roder)
- • • Colaboración con el programa de Intervención en Familias
- • • Dirigir reuniones de Buenos Días
- • • Elaboración de los informes de alta junto con otros profesionales del equipo
- • • Seguimiento de los tratamientos terapéuticos y coordinación de los diferentes programas

de rehabilitación

- • • Mantener entrevistas tanto con los pacientes ingresados como con las familias, con el fin de ir realizando una valoración de los progresos del paciente, y asesorar a las familias en las dificultades que puedan encontrar en el trato con su familiar enfermo
- • • Programas de rehabilitación específicos.

..... Trabajador social.....

- • • Elaboración de los informes de alta junto con otros profesionales del equipo
- • • Valoración de los aspectos socio-familiares y económicos del paciente
- • • Participar en la evaluación y desarrollo de los P.I.R.
- • • Participar en las reuniones del equipo
- • • Participar en las reuniones diarias de los pacientes
- • • Intervenir a nivel familiar, potenciando el apoyo y la colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación, a través de las indicaciones y valoración de los permisos de fin de semana
- • • Asesorar y/o tramitar las prestaciones sociales, económicas o residenciales
- • • Asesorar y fomentar la utilización de otros recursos comunitarios normalizados, así como la relación con movimientos asociativos de pacientes y familiares
- • • Fomentar la colaboración con los distintos servicios sociales y asociaciones
- • • Gestionar el Servicio de Atención al Usuario
- • • Participar en los programas de:
 - Asesoramiento y apoyo familiar y de recursos
 - Integración socio-comunitaria
 - Ocio y tiempo libre
 - Rehabilitación laboral
- • • Participar en los pisos de transición y protegidos:
 - Potenciando la relación y el apoyo familiar
 - Facilitando la integración en el medio comunitario a través de la utilización de servicios sociales
- • • Supervisar los programas del piso de transición y del piso supervisado
- • • Participar en los grupos de psicoeducación de familiares
- • • Participar en la evaluación y desarrollo de los planes individualizados de rehabilitación
- • • Evaluar los aspectos sociales, económicos y familiares de los pacientes
- • • Asesorar y tramitar ayudas sociales, económicas o residenciales
- • • Asesorar y fomentar la utilización de otros recursos comunitarios normalizados así como la relación con movimientos asociativos de pacientes y familiares.

..... Terapeuta ocupacional.....

- • • Formar parte del equipo terapéutico y diseñar, junto con él, el P.I.R. de cada paciente.
- • • Diseño y puesta en funcionamiento de los programas de Terapia ocupacional (A.V.D., psicomotricidad, talleres ocupacionales...)

- • • Analizar y evaluar las actividades y programas, así como el "control" de los recursos materiales propios de estas actividades
- • • Trabajar con todo el equipo de una forma interdisciplinar, participar y colaborar en los programas de: reinserción laboral, ocio y tiempo libre, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, etc.
- • • Entrevistar y valorar al paciente en las distintas áreas a trabajar: A.V.D., psicomotriz, laboral, relacional, ocio...
- • • Identificar las prioridades del tratamiento y planificarlo de acuerdo a las necesidades del paciente, estableciendo una relación terapéutica con él y motivándole para la realización de las actividades
- • • Revisar los objetivos del tratamiento y supervisar todo el proceso
- • • Restablecer y/o mantener la adaptación del individuo a su entorno, realizando cuando el caso lo requiera, contactos con el núcleo familiar con el fin de que los objetivos terapéuticos tengan una continuidad en su medio natural
- • • Desarrollar las habilidades del paciente a un nivel de competencia máximo, minimizando los déficits para aumentar su independencia y calidad de vida
- • • Posibilitar que el paciente exprese sus necesidades y deseos para poder trabajar por un comportamiento más adecuado.

A.T.S.

- • • Elaboración de los informes de alta junto con otros profesionales del equipo
- • • Actividades asistenciales
- • • Realización de la primera entrevista con el paciente. Toma de contacto, presentación del personal, información de las normas de la Unidad y resolución de dudas
- • • Complimentar historial de enfermería
- • • Valoración de necesidades o alteraciones de patrones funcionales y elaboración del plan de cuidados de enfermería
- • • Participación en el plan individualizado de rehabilitación
- • • Evaluación y diseño del P.I.R. y adecuación de actividades según objetivos conseguidos
- • • Identificación de signos o síntomas relacionados con el proceso mental del paciente y/o cualquier trastorno orgánico, informando e interviniendo
- • • Identificación de necesidades físicas, emocionales o sociales
- • • Supervisión de la higiene y aseo personal del paciente
- • • Administración de la medicación prescrita y explicación de las normas de automedicación
- • • Ejecución de las técnicas de enfermería prescritas por el equipo médico
- • • Llevar a cabo en colaboración con otros profesionales programas de educación para la salud, programa de A.V.D., otros programas
- • • Participar en la supervisión de programas de pisos
- • • Valorar las necesidades, problemas del paciente y elaborar el plan de cuidados de enfermería (P.A.E.)

- • • Estimular y dar el apoyo necesario para seguir manteniendo las capacidades que aún mantienen los pacientes
- • • Participar en las reuniones periódicas del equipo
- • • Supervisar del personal auxiliar
- • • Participar en la formación de otros profesionales (alumnos de enfermería).

Auxiliares de clínica

- • • Participar en la reunión diaria de equipo, en la reunión diaria de Buenos Días y en la asamblea quincenal de la Unidad
- • • Llevar a cabo los programas de autocuidados y de habilidades de la vida diaria
- • • Participar en talleres ocupacionales y en los programas del piso de transición y del piso supervisado
- • • Participar en la evaluación y en el plan individualizado de rehabilitación
- • • Participar en los programas de ocio y tiempo libre, conocimiento del medio y manejo de recursos, de rehabilitación cognitiva
- • • Dirigir los grupos de conocimiento de la actualidad mediante la lectura del periódico y diversos temas culturales, sociales y didácticos
- • • Realizar todo tipo de acompañamientos con pacientes fuera del hospital
- • • Apoyar a enfermería en el resto de programas y talleres ocupacionales que se desarrollan
- • • Controlar la ropa de los pacientes y la ropa de la Unidad (sábanas, colchas, etc.)
- • • Participar en la reunión diaria de equipo y en la reunión de Buenos Días
- • • Transmitir información sobre el estado físico y psíquico de los pacientes
- • • Cuidados del material clínico y utillaje, realizar control de existencias y pedidos del material necesario
- • • Vigilar y controlar a los pacientes hospitalizados evitando alteraciones de la convivencia de las normas de funcionamiento de la Unidad
- • • Colaborar con el personal de enfermería en la realización de pruebas diagnósticas, exploraciones y tratamientos que así lo requieran.