



***PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y
REINSERCIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL***

Plan Estratégico de Salud Mental
Comunidad Autónoma de Aragón
Servicio Aragonés de Salud

*PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y
REINSERCIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL*

Plan Estratégico de Salud Mental

Comunidad Autónoma de Aragón

Servicio Aragonés de Salud

Queremos agradecer al proyecto “Visiones” y “Visiones a Cielo Abierto” la colaboración en las portadas de estas ediciones de los “Programas de Atención a la Salud Mental” patrocinado por:

Fundación Profesor Ramón Rey Ardid y centros colaboradores:

- ASAPME
- Neuropsiquiátrico Nª Sª del Carmen
- Centro de Día San Carlos CARITAS
- Residencia Profesor Rey Ardid
- Hospital Psiquiátrico Nª Sª del Pilar
- Centro Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios de Teruel
- Hospital Psiquiátrico Provincial de Huesca
- Centro Especial de Empleo. Asociación el Cierzo
- Centro Psiquiátrico de Sádaba
- Fundación Agustín Serrate Torrente. Centro de Día Arcadia
- Centro de Día Romareda

Al **Director** de la muestra: D. Sergio Abraín, Artistas y Coordinadores.

Y especialmente a **todos** los participantes, usuarios y monitores.

Ilustración Portada: Olga Benavente.

PRESENTACIÓN

La planificación y posterior desarrollo de la asistencia psiquiátrica en nuestra comunidad autónoma han sido, sin duda, una de las prioridades establecidas por el Servicio Aragonés de Salud desde sus comienzos. Prueba de ese especial interés de SALUD por la atención a los enfermos mentales es, entre otras muchas actuaciones, estas publicaciones de la serie "Programas de Salud Mental". Sin la colaboración de todos los profesionales que trabajan y se esfuerzan día a día en esta ardua y complicada tarea, sin embargo, cualquier otro tipo de empeño, por mucho apoyo institucional que conllevase, resultaría por completo infructuoso.

Consecuencia de ese interés común en el que se afanan SALUD y trabajadores han sido los documentos elaborados por los grupos de expertos que se crearon como figuras de apoyo y asesoramiento durante la redacción del "Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón". Plan que, tras dos años de esfuerzo, fue presentado en las Cortes regionales el 9 de octubre de 2002, y que hoy tenemos la obligación y el derecho de ejecutar con la ayuda de todos los profesionales, usuarios y familiares.

Este segundo trabajo que publicamos, "Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental", aborda un proceso de tratamiento integral de las personas con enfermedad mental grave.

La "Ley Salud de Aragón", especifica en el punto 2: "Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales y sociosanitarios".

El proceso de habilitar a las personas con enfermedad mental para evitar la discriminación y la estigmatización, mejorar la com-

petencia social y crear sistemas de apoyo duraderos, sobrepasa en muchas ocasiones los ámbitos de actuación puramente clínicos o psiquiátricos. Se requieren dispositivos que puedan favorecer la integración social, laboral y residencial, para lo cual se necesita un acción interdepartamental.

Este excelente programa nos aproxima a la situación real y a la futura. Ya hemos comenzado la tarea de dar respuesta a este problema y seguiremos avanzando, para lograr mejorar la calidad de vida y la integración social de todas estas personas en la comunidad.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alfonso Barra', with a large, sweeping flourish at the end.

Alfonso Vicente Barra
Director Gerente
de SALUD

AUTORES

Ana Béjar (Enfermera - Hosp. Psiquiátrico "Ntra Sra. del Pilar" - SALUD)

Isabel Blasco (Psicóloga - ASAPME)

M^a José Buatas (Psicóloga - Centro de Día "Arcadia" Fundación Agustín Serrate, SALUD)

Fernando Cardona (Coordinador Taller de Encuadernación - Centro de Día Romareda - SALUD)

Francisco Caro (Psiquiatra - Director Residencia Rey Ardid)

Carmen Castán (Trabajadora Social - ASAPME)

Armando Colomer (Director de Enfermería - Hosp. Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" - SALUD)

Noelia Heras (Terapeuta Ocupacional - Hosp. Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" - SALUD)

Teresa Iparraguirre (Gerente del Proyecto de Jardinería - CODEF)

Miguel Martínez (Psiquiatra C.S.M. Actur - SALUD)

Carmelo Pelegrín (Psiquiatra C.S.M. Rebolería - SALUD)

Félix Pelegrín (Hosp. Psiquiátrico "Ntra. Sra. del Pilar" - SALUD)

Manuel Pérez (Psicólogo Centro de Día "Romareda" - SALUD)

Pedro Pibernat (Coordinador Dispositivos Laborales "Arcadia" Fundación Agustín Serrate - SALUD)

M^a A. Pinilla (Trabajadora Social Residencia Rey Ardid)

Bernardo Quetglás (Psiquiatra Centro Psiquiátrico de Sádaba)

Antonio Tarí (Psiquiatra Coordinador del Centro de Día "Romareda" - SALUD)

Ana Vallespí (Psicóloga C.S.M. Actur - SALUD)

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer especialmente a Raquel Tramullas, Auxiliar Administrativo del Centro de Día "Romareda", su colaboración administrativa, tanto mecanográfica en diversos textos del documento, como de gestiones administrativas, convocatorias, etc...

También quisiéramos agradecer su colaboración a M^a José Amorín y Manuel Bueno, que han sido nuestros interlocutores en cuestiones prácticas con la D.G.O.P.E.

Un último agradecimiento para los profesionales (Isidro Peña y Fernando Cardona) y pacientes del Taller de Encuadernación del Centro Ocupacional Romareda, que nos han brindado su apoyo material en las tareas de reprografía y encuadernación de los diversos borradores y el documento definitivo.

“Después escogerás un arte o un oficio a tu gusto...

Pinocho se puso serio.

¿Qué rezongas entre dientes? -le preguntó el Hada con acento dolido.

Decía... -refunfuñó el muñeco a media voz- que me parece ya un poco tarde para ir a la escuela...

No, señor. No olvides que nunca es tarde para instruirse y aprender.

Pero yo no quiero hacer ni artes ni oficios.

¿Por qué?

Porque me cansa trabajar.

Hijo mío -dijo el Hada-, los que así se expresan acaban casi siempre en la cárcel o en el hospital. El hombre, para que sepas, nazca rico o pobre, está obligado en este mundo a hacer algo, a estar ocupado, a trabajar. ¡Ay de quien se deje dominar por el ocio! El ocio es una enfermedad muy mala, y hay que curarla rápidamente, desde niños; si no, de mayores, ya no se cura.

Estas palabras tocaron el alma de Pinocho, quien, levantando vivazmente la cabeza, le dijo al Hada:

Estudiaré, trabajaré, haré cuanto me mandéis; pues, en resumidas cuentas, estoy aburrido de la vida de muñeco y quiero a todo trance convertirme en un chico. Me lo has prometido, ¿no es verdad?

Te lo he prometido y ahora depende de ti.”

(Las aventuras de Pinocho - Carlo Collodi - Ediciones Generales Anaya)

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	3
Autores	5
Agradecimientos	7
1. Introducción	13
2. Definición de la población diana. Definición de trastorno mental grave o enfermo mental crónico	25
2.1. Criterios operativos	27
2.2. Descripción de necesidades	30
2.3. Tipos de Patrón de cronicidad	34
3. El modelo de Rehabilitación y reinserción Psicosocial	37
4. Subprogramas-Dispositivos	67
4.1. Subprograma de seguimiento - C.S.M.	69
4.2. Subprograma de Dispositivos Específicos	80
• Seguimiento de casos	80
• Centro de día	87
• Unidad de media distancia	97
• Unidad de larga distancia	112
4.3. Subprograma de Apoyo Comunitario	120
• Laboral	121
• Residencial	128
• Ocio y Tiempo libre	135
5. Coordinación	143
6. Formación, Docencia e Investigación	159
7. Situación actual de los recursos en salud mental en Aragón	165
7.1. Recursos por áreas Sanitarias recursos Laborales ocupacionales	167
8. Recomendaciones	173
9. Bibliografía	203

INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del programa

1.2. Antecedentes Históricos.

INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Desde hace años se viene propugnando la necesidad de un cambio de la asistencia psiquiátrica. La filosofía general de este cambio estaría sustentada sobre dos principios fundamentales:

1. Desaparición del manicomio como lugar de reclusión y marginación, paradigma de institución totalitaria que atenta contra los derechos de la persona.
2. Implantación de un modelo asistencial de base comunitario vinculado a las auténticas necesidades de la población e integrado en la red sanitaria general.

Hay que mencionar igualmente las numerosas recomendaciones, declaraciones e indicaciones de organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como de organismos intergubernamentales, que confirman y reclaman la promoción de la salud mental como inherente al concepto de salud biopsicosocial que proclamó la OMS (primero en 1.946, y posteriormente enfatizando lo psicosocial para dar lugar a la noción de salud comunitaria, en 1.978 (1). Todas ellas hacen hincapié en la aplicación igualitaria de los derechos humanos de las personas que padecen una enfermedad mental (Destacamos aquellos que consideramos más significativos con números de referencia en la bibliografía).

Centrándonos en nuestro país, en el aspecto legislativo y normativo, hay que señalar que además de los derechos fundamentales recogidos en nuestra Carta Magna, el reconocimiento de la atención en salud mental tuvo su mayor expresión primero en la publicación en Abril de 1985 del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En este documento, se explica de una manera clara, inequívoca y sintetizada las directrices de un modelo de protección y asistencia a los problemas de Salud Mental de la población.

La aprobación de la Ley General de Sanidad, un año más tarde, significó un punto de inflexión en el tratamiento de las personas con enfermedades mentales, porque integraba las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y

equiparaba al enfermo mental a las demás personas que requieren asistencia de los servicios sanitarios y sociales. Determina que la atención a los problemas de salud mental se realice en el ámbito comunitario (superando así el modelo médico centrado en la clínica aguda y en la asistencia hospitalaria), potenciando los recursos asistenciales de tipo ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio (sustituyendo el hospital psiquiátrico como eje de la intervención y de la rehabilitación de los enfermos mentales), reduciendo al máximo la necesidad de hospitalización y que cuando ésta se requiera se realice en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Por otra parte, esta Ley Orgánica, en vigor desde el año 1.986, marca los principios en los que la Administración Sanitaria ha de basar sus actuaciones.

La Ley General de Sanidad (Ley14/86 de 25 de Abril) recoge las recomendaciones de la Comisión Ministerial y en su artículo 20, apartado 1, señala que “la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario” y en el apartado 3 que “se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”. Queda consolidada pues, desde el marco jurídico, la reforma psiquiátrica iniciada en el año 1982.

No se puede negar el avance que supuso la tan esperada reforma psiquiátrica en la asistencia psiquiátrica general modernizando y humanizando la atención a través del desarrollo y creación de una serie de dispositivos de salud mental instalados en la comunidad y fuera de los muros de los antiguos hospitales psiquiátricos.

El abordaje asistencial de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) en la comunidad llevó al desarrollo de nuevas conceptualizaciones y metodologías de intervención en el campo de la salud mental. La rehabilitación psicosocial aparece como una intervención fundamental para la mayoría de estas personas.

Los programas de rehabilitación son la respuesta asistencial adecuada para quien padece un TMG, de forma que permiten aminorar sus consecuencias y así mantenerse integradas en la comunidad y en la sociedad a pesar de las dificultades (2). Estas dificultades con las que se enfrentan los enfermos mentales (pacientes, usuarios) tienen que ver con la distinción de los conceptos de patología, deterioro, discapacidad y minusvalía (Liberman, 1.988, 1.992) *

Para incidir sobre estas consecuencias de la enfermedad mental, la rehabilitación psicosocial buscará articular en la vida del usuario recursos socioafectivos, comportamentales, ocupacionales y residenciales que faciliten al enfermo el desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos, en ambientes lo más normalizados posibles, mediante programas específicos que habiliten en el individuo los recursos personales que favorezcan su desempeño social y laboral.

La práctica de la rehabilitación psiquiátrica se fundamenta en que las personas con TMG necesitan activar habilidades y apoyos ambientales para desempeñarse en plenitud en los ámbitos vital, ocupacional y de aprendizaje. La rehabilitación cuenta con dos estrategias principales: 1) ayudar al paciente a desarrollar o adquirir de nuevo habilidades sociales e instrumentales, y 2) modificar los soportes del entorno físico y social del paciente para compensar las limitaciones y minusvalías que puedan permanecer (metáfora de “la llave y la cerradura”). Es indispensable que el individuo participe al máximo en la elección de objetivos y en el proceso de aprendizaje.

La rehabilitación psiquiátrica, practicada por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de enfermería, terapeutas ocupacionales, o por los familiares y los propios esfuerzos de los pacientes, se dirige a mejorar las capacidades a largo plazo de las personas con trastornos psiquiátricos en lo referente a su vida, aprendizajes, trabajos, socialización y adaptación de la forma más normalizada posible (Anthony y Liberman, 1.986).

La recuperación, como proceso de superación de las consecuencias de la enfermedad y objetivo último de todo proceso rehabilitador, se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca la integración social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico.

Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel territorial (áreas de salud). Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las incapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta, y propiciar una optimización de los recursos disponibles en la comunidad. Desde este modelo de recuperación, la decisión sobre el tipo de servicio y los objetivos pertinentes adaptados a las posibilidades de cada persona resultan claves en el éxito del proceso.

Desde el punto de vista epidemiológico, el problema es realmente importante. Aunque no existen datos sobre el número de personas con el diagnóstico de TMG, aproximadamente, se calcula que podría tratarse de entorno al 0'6 al 0'9 % de la población general según los diversos estudios sobre este tema (lo que supone entre 7.500 y 11.000 personas con TMG en la Comunidad Autónoma de Aragón).

Desde el punto de vista del impacto en las familias y en la sociedad, dado que el núcleo familiar del paciente queda seriamente afectado y comprometido en el proceso del enfermar, se puede afirmar que la familia enferma con él, pero al mismo tiempo es el "primer cuidador en activo". Asimismo la comunidad de pertenencia puede adoptar actitudes hacia la enfermedad mental que constituyen un vector de influencia hacia la estigmatización del enfermo mental grave. Ambos grupos constituyen un ámbito necesario del programa de rehabilitación; y desde el punto de vista de las evaluaciones del nivel de satisfacción, determinan en gran medida la opinión a tener en cuenta respecto a la implantación del modelo comunitario que se propugna. De no disponerse de programas de rehabilitación, evidentemente esta opinión va a ir demandando cada vez con mayor fuerza modelos de atención relacionados con el internamiento. Espino concluye : "las deficiencias de este campo siguen siendo fuente de insatisfacción para los usuarios y sus familias... Es el nivel de protección alcanzado por este colectivo lo que va a dar o quitar credibilidad a cualquier modo de atención al enfermo mental" (Espino, A. 1995).

El desarrollo y la implantación de las medidas necesarias que se derivan de la legislación sanitaria vigente, ha sido desigual en todo el territorio español.

Sin embargo, la situación actual de la atención a los enfermos mentales crónicos puede considerarse de transición. En relación a la población ingresada en Hospitales Psiquiátricos, en la mayoría no se han realizado programas de desinstitucionalización, si bien se han reducido de manera notable el número de ingresos.

En relación a la población no institucionalizada, la situación asistencial no es mejor. Generalmente es una población para la que la asistencia tradicional hospitalaria y extrahospitalaria, orientadas hacia una concepción medicalizada de la enfermedad, tiende a ignorar. Así, la mayoría de las actuaciones asistenciales están centradas en aspectos clínicos individuales y en objetivos terapéuticos focalizados en la clínica aguda, olvidándose de aspectos tan esenciales e inherentes al individuo como los que hemos señalado.

Centrándonos en nuestra región, en Aragón, las dificultades surgidas para la transformación asistencial han sido numerosas, pero es inevitable decir que se ha producido un importante avance en la creación de una red de salud mental, integrada en la Red Sanitaria. Estos logros se debieron esencialmente a la inversión económica realizada y al desarrollo legislativo paralelo a la misma, y necesario a todas luces. Pero nos quedamos a mitad de camino.

Es evidente que la insuficiente implantación de la reforma psiquiátrica, ha provocado un desarrollo desigual de la atención primaria en algunos sectores, la saturación de los servicios sociales, la dificultad para consensuar los diferentes proyectos terapéuticos de los diferentes equipos multidisciplinarios, el escaso desarrollo en la homogeneización y generalización de las ofertas de atención disponibles (carteras de servicios), la poca congruencia entre dotación de profesionales y ofertas (hay que tener presente que el número de profesionales de un Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) no responde a programas ofertados sino a dotaciones miméticas no relacionadas con la actividad ni con programas), el pobre desarrollo de recursos terciarios (pisos asistidos, centros de día, hospitales de día, etc.) y el incremento de la demanda a los CSMC, ha dificultado poder prestar un seguimiento adecuado y una atención integral a las personas con TMG y sus familias. La situación en cuanto al número de dispositivos específicos de Rehabilitación es de extrema escasez, a la vez que los existentes están poco organizados y mal coordinados.

Por este motivo, es necesario definir las prioridades asistenciales adecuadas a la atención específica de los TMG, en la medida que se trata de un tipo de población que presenta unas necesidades muy complejas y costosas. Complejas, tanto desde el punto de vista de la articulación de recursos que necesitan, como de la propia naturaleza de éstos, constituidos por diferentes profesionales especialmente preparados y formados, con capacidad para trabajar en equipos multidisciplinarios y muy sensibilizados respecto de las problemáticas de este tipo de pacientes. (contrasta con los sistemas de provisión/asignación de profesionales que no contemplan ni de lejos en las actuales convocatorias dichos requerimientos).

Los principios generales que deberían encuadrar los distintos programas y dispositivos existentes y los que necesariamente habrán de crearse para la puesta en práctica de una verdadera asistencia integral al enfermo mental crónico son :

1. Organización sectorial. La atención a las personas con TMG deberá atenerse a los criterios de sectorización ya imperantes para la atención ambulatoria y de hospitalización breve. Más aún si cabe, dadas las particularidades de este tipo de población que tiende a quedarse “entre las grietas” del sistema.

La rehabilitación es una tarea que implica a todos los servicios asistenciales de un territorio y no solamente a los servicios especializados o dispositivos específicos de rehabilitación.

2. Organización funcional. Es necesario un adecuado funcionamiento del circuito de Salud Mental como una unidad funcional organizada que gestiona la atención a las personas con TMG a nivel del territorio (Área - Sectores).

Como consecuencia de lo anterior será necesario el establecimiento de una coordinación a nivel de Área de los equipos que intervengan simultánea o consecutivamente en la atención de esta población.

3. Planificación y acción interdepartamental. La rehabilitación, desde un punto de vista general, necesita una planificación y acción interdepartamental. Esta acción siempre es difícil de construir debido a que hay que coordinar competencias de diversos departamentos y consejerías (Sanidad, Bienestar Social, Trabajo, Economía, Vivienda).

A MODO DE SÍNTESIS:

- La “cuestión” del TMG no es otra que un problema epidemiológico de las sociedades, un problema de salud pública, por tanto tributario de atención sanitaria y social normal, la misma que cualquier otra cuestión sanitaria de la población general. Es la sociedad en su ámbito habitual el escenario de todas las actuaciones rehabilitadoras, siendo la familia o núcleo de pertenencia el primer eslabón, lo que va a determinar el conjunto de acciones coherentes y coordinadas mantenidas en el tiempo.
- Una de las consecuencias del espíritu de “Reforma Psiquiátrica” es el haber hecho de la persona con TMG un usuario “normalizado” del sistema

de cuidados y de asistencia, pero el paciente con TMG soporta difícilmente la concurrencia de clientelas más gratificantes. Plantear el necesario abordaje organizativo y metodológico de esta problemática es la finalidad de este Programa de Rehabilitación.

- Terminar, con un modelo de atención a las necesidades y de los problemas psiquiátricos organizado en torno al internamiento durante largos periodos de tiempo e incluso de por vida en los denominados “manicomios” es uno de los principales desafíos de cualquier reforma psiquiátrica. El otro la atención a la población afectada de TMG, constituyendo un auténtico test para dicha Reforma.
- Los profesionales, los equipos multidisciplinares y las respuestas asistenciales inciden directamente en el tipo de evolución de la enfermedad, y determinan aspectos de la gravedad y de la cronicidad. Las persona con TMG, como todos los trastornos funcionales graves y persistentes, evoluciona de diferente manera según la calidad y cantidad de recursos disponibles y, sobre todo, de la organización de las actuaciones asistenciales.
- La finalidad de incluir un Programa de Rehabilitación en el Plan de Salud Mental para Aragón se corresponde con la necesidad de garantizar la asistencia psiquiátrica en general. Desde el campo de la Rehabilitación Psicosocial, se trata de atender a todo ciudadano aragonés que sufra un TMG, establecer y proporcionar las medidas adecuadas que favorezcan su reinserción social y laboral, para lograr una calidad de vida digna. El Programa de Rehabilitación diseña tanto los recursos y dispositivos necesarios para abordar la asistencia integral al paciente con un TMG en la comunidad, como las líneas organizativas y de coordinación de los dispositivos existentes y los de nueva creación. Esta doble tarea, para nosotros, debería hacerse simultáneamente.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En los orígenes de la rehabilitación psiquiátrica, siguiendo a Douglas Bennett, se aprecian tres fases bien diferenciadas:

Una primera fase de “ineficacia”, basada en la creencia firme de que no se podía hacer nada por los enfermos mentales en el campo de la rehabilita-

ción, y que condujo a verdaderas actitudes de maltrato y rechazo, llegando hasta la primera mitad del siglo XX.

La segunda fase, conocida como la de los "cuidados caritativos", se caracterizó por la protección del incapacitado, la aceptación de su vulnerabilidad (Watts y Bennett) y por el desarrollo de acciones individuales (bajo tutelas de índole caritativa y voluntarista) y de servicios institucionales de carácter reformista que constituyeron los cimientos de los posteriores avances de la rehabilitación. Esta fase se alarga desde finales del siglo XIX hasta mediados del siguiente, donde la influencia de la Segunda Guerra Mundial, con sus experiencias en el campo militar, la necesidad de mano de obra y la de una rápida adaptación a situaciones nuevas, trasladadas al campo de la enfermedad mental, abrieron caminos hacia la aceptación y entendimiento de la misma, dirigiéndose hacia una "búsqueda activa de la modificación de la enfermedad".

Con estos avances, se dieron los primeros pasos hacia la tercera fase histórica, caracterizada por el intento de modificar la incapacidad y contrarrestarla, potenciando otras capacidades del individuo (Clarke, 1972). Durante los años 50 se constató una gran preocupación institucional y profesional por los enfermos mentales, realizándose trabajos experimentales para evaluar los efectos del manicomio en las capacidades de los pacientes y creándose, por ejemplo en Gran Bretaña, Unidades de Rehabilitación Social para definir el trabajo más idóneo posible a los desempleados por neurosis. Se comenzaron a establecer cambios en los ambientes y dinámicas manicomiales (Maxwell Jones, 1952) para superar el modelo tradicional. Incluso en algunos países, como Gran Bretaña, se legisló para equiparar los cuidados y derechos de los enfermos mentales a los de las personas que necesitaban cuidados por otro tipo de incapacidad o dificultad social (Ley de Salud Mental, 1959).

A finales de los 50, la meta principal de la rehabilitación pasó a ser la "reubicación" de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos. La realidad orientó las actividades hacia el concepto de "adaptación", "que permita a las personas impedidas utilizar óptimamente sus capacidades residuales en un contexto social tan normal como sea posible". Se desarrollaron talleres y unidades de terapia industrial en algunos hospitales psiquiátricos (Kidd, 1965; Wansbrugh, 1968), y se recurrió al tra-

bajo remunerado en lo que hasta entonces eran departamentos de terapia ocupacional.

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

Las legislaciones promovidas en los años cincuenta y sesenta en los países europeos y en EEUU, establecieron de forma clara que la atención y rehabilitación de las personas que padecen trastornos mentales debe llevarse a cabo a nivel comunitario. El movimiento de la salud mental comunitaria introdujo un nuevo y básico concepto: las personas con una enfermedad importante debían ser ayudadas para mantenerse en la comunidad de la mejor forma posible. No obstante, los resultados prácticos no consiguieron todo lo que en principio se propugnó como cambio a conseguir. Se realizaron trabajos de investigación que apreciaron los pobres resultados obtenidos ante estas premisas (Griffiths, 1974; Steven, 1973; Wing, 1972). Se constató que las personas con enfermedad mental crónica y severa raramente logran un nivel de adaptación psicosocial pleno en la comunidad. Se cuestionó la idea de que la rehabilitación psiquiátrica era un proceso de cambio de capacidades. Se planteó en términos de proceso de acomodación (Criswell) acercando así el trabajo de los profesionales hacia los problemas cotidianos (vida diaria) de los enfermos mentales, intentando conseguir para estas personas un nivel de funcionamiento semejante al normal.

La rehabilitación se ve así como un ajuste o adaptación del individuo al ambiente social y familiar. Los estudios sobre programas de terapia industrial que mostraron los beneficios y riesgos del trabajo de estos pacientes cambiaron las actitudes de los ciudadanos y profesionales sobre la posibilidad de empleo de los enfermos mentales, y proporcionaron programas para la reinserción laboral (Bennett, 1983).

Pero en la década de los 80, el empleo ya no es la meta principal de la rehabilitación, si bien sigue siendo una meta favorable para quien pueda conseguirlo.

El movimiento de la salud mental comunitaria caracteriza los años 80, al menos en nuestro país, por la ampliación y el desarrollo de las metas de rehabilitación, inclu-

yendo nuevos conceptos que se convierten en premisas básicas: el ajuste vocacional, interpersonal y residencial. También hubo cambios en la dirección de la atención (más allá de las capacidades o incapacidades del paciente) se orientan las intervenciones hacia las exigencias que establece el ambiente, el contexto y los apoyos que éste puede prestar en la rehabilitación.

La accesibilidad de los servicios, su visión de conjunto y la extensión del tratamiento son elementos de la ideología de salud mental comunitaria consistentes con los conceptos de rehabilitación moderna.

Se impone el concepto de rehabilitación temprana (Gastager, 1969) porque la población de enfermos mentales ha cambiado: ahora se trata de atender a estas personas desde lo comunitario, al margen de la institución hospitalaria. Esta concepción introduce también uno de los planteamientos básicos de la rehabilitación actual, que es el enfoque individual, y lógicamente también la atención a las necesidades de las familias de los enfermos mentales (Bennett).

En resumen, la concepción biopsicosocial de la enfermedad mental y la combinación de intervenciones terapéuticas en los tres campos, ha modificado considerablemente la comprensión que tenía la psiquiatría clásica de la locura. Actualmente, estamos en condiciones de afirmar que el pronóstico de los pacientes va a depender de la intervención que se realice sobre ellos durante los años que siguen a la aparición del trastorno.

2. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA.

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL CRÓNICO

2.1. Criterios operativos

2.2. Descripción de necesidades

2.3. Tipos de patrón de cronicidad

2. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA.

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL CRÓNICO

El concepto de TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

Entre las entidades nosológicas que conforman el concepto de TMG incluiremos:

- Trastornos Esquizofrénicos.
- Trastornos Esquizoafectivos.
- Trastornos Bipolares.
- Estados Paranoides.
- Depresiones Mayores.
- Trastornos Obsesivos-Compulsivos.
- Trastornos de Personalidad Graves (Límite, Esquizotípica,...).
- Trastornos Neuróticos Graves.

• Otros (Trastornos duales, Daño cerebral adquirido,...), desarrollando subprogramas y recursos específicos en colaboración con otros dispositivos. Se excluirán las personas con diagnóstico primario de abuso/dependencia de sustancias, retraso mental, demencias y psicopatías.

2.1. CRITERIOS OPERATIVOS

La población "diana" objeto de implementación de intervenciones rehabilitadoras será aquella población que a partir de un diagnóstico incluido en el apartado anterior, reúna también los siguientes criterios.

2.1.1. CLÍNICOS:

a) Gravedad clínica:

- Presencia de una significativa distorsión de la realidad o comportamiento abiertamente desadaptado atribuible al trastorno mental.
- Falta de contención y conductas de riesgo (auto o heteroagresividad).

b) Temporalidad:

- Que los aspectos clínicos no se presenten de forma aislada o limitada en el tiempo, sino de manera continua o episódica recurrente durante, al menos, dos años.

2.1.2. SOCIALES (REPERCUSIONES SOCIALES):

- Perturbación o limitación de una función (disfunción).
- Incapacidad funcional (discapacidad para el desenvolvimiento de un rol social).
- Dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto).
- Sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, ausencia de familia.
- Ausencia de red social.

2.1.3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS:

- a) Utilización previa de uno o más servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada.
 - Alta de un servicio de agudos o de media o larga estancia.
 - Tres o más hospitalizaciones a lo largo de 2 años.
 - Más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida.
 - Estancia de más de 90 días durante la última hospitalización psiquiátrica.

- Tras 3 atenciones en un servicio de urgencias por causas psiquiátricas en un año, o más de 4 en los últimos dos años.

b) Un criterio pronóstico que basándose en la evolución, haga prever la necesidad de utilización de una multiplicidad de servicios en el futuro, que requiera una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional, que solo sea posible desde los servicios públicos.

c) También se recomienda que se incluyan todas las personas tributarias de alguno de los diagnósticos apuntados en el apartado anterior, con alguna hospitalización previa y que hayan abandonado por un período de más de seis meses su seguimiento psiquiátrico individual.

d) En el caso de que no se haya producido previamente una utilización de servicios pero el pronóstico indique que habrá que utilizar servicios especializados de forma prolongada, es preferible que el caso solo sea considerado después de una revisión adecuada de los beneficios a obtener por su inclusión en dispositivos de más alto contenido terapéutico (Agudos, Hospital de día,...)

2.2. DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES

Agruparemos las necesidades de las personas afectadas por un TMG en las siguientes categorías:

<u>NECESIDADES</u>	<u>RECURSOS EXISTENTES</u>	<u>PROBLEMAS/DIFICULTADES</u>
NECESIDADES INDIVIDUALES		
1/ atención SANITARIA	A) Atención Primaria (AP)	<ul style="list-style-type: none">-Saturación en AP.-Dificultad de las personas con TMG para acudir, de forma regular, a las consultas de AP.-Falta de formación y de disponibilidad de tiempo de los profesionales de AP para realizar programas de sostén.-El peso fundamental de las intervenciones desde AP se dan desde una posición médico-paciente.-No existe una cultura de red sanitaria en AP, que debería dar respuestas más transversales a los problemas de una población concreta en una determinada zona.
	B) Salud Mental (SM)	<ul style="list-style-type: none">-Mala utilización de las Unidades de Corta Estancia (UCE).-Saturación en los tres niveles de intervención: Primaria, secundaria y terciaria.-Dificultad para realizar programas de soporte.-Análisis muy parciales en torno a las necesidades de la población con TMG.-Inexistencia de una verdadera Red pública de SM, con una clara delimitación de responsabilidades en todos los niveles.- Ausencia de una sectorización real de la atención.-Inexistencia de Protocolos básicos de atención, para todos los recursos, que garanticen unos niveles mínimos de calidad asistencial para toda la población con TMG.-Falta de recursos humanos y materiales para poder dar una respuesta adecuada a la población con TMG.-Falta de coordinación de los profesionales y los servicios implicados en la atención a las personas con TMG.-Abandono del tratamiento y seguimiento psiquiátrico, fundamentalmente, en los casos más necesitados.-Falta de programas concretos en los Hospitales Psiquiátricos que aborden la situación interna y sus posibles mejoras.-Ausencia de una sectorización real de la atención.-Escasez de recursos intermedios.

NECESIDADES

RECURSOS EXISTENTES

PROBLEMAS/DIFICULTADES

2/ atención SOCIO
SANITARIA

- A) Recursos de Salud Mental de la DGA.
- B) Asociaciones de Usuarios de SM.
- C) Asociaciones de familiares.
- D) Profesionales y recursos de dispositivos socio-sanitarios tanto públicos como privados

-Visión social muy peculiar de la población con TMG, que cuestiona las posibilidades de habilitación/inserción de estas personas en la comunidad.

- No existe una Red de Servicios Socio-Sanitarios Pública.
- Falta de personal y medios.
- Falta de sectorización en la atención, lo que implica la no responsabilización de las pautas de actuación.
- Dificultades de acceso a estos servicios, por la falta de delimitación clara de sus funciones, las características de los usuarios y la rigidez en su funcionamiento.
- Falta de programas concretos para personas con TMG.
- Existencia de recursos no públicos que pueden estar duplicando las intervenciones sin criterios claros de actuación y coordinación entre servicios.
- Falta de ayudas económicas, materiales y de servicios para el colectivo de personas con TMG.
- Potenciación de dispositivos privados no sujetos a planificación, en detrimento de las inversiones en recursos públicos.

3/ atención SOCIAL

- A) Gobierno de Aragón-IASS.
- B) Servicios Sociales de ámbito Municipal.
- C) Entidades privadas.

- No existe una Red con una planificación y sectorización de los recursos.
- No hay unos criterios unificados de Servicios Sociales en la atención a personas con TMG.
- Poca accesibilidad de las personas con TMG a este tipo de recursos.
- Existencia de servicios privatizados que actúan sin mecanismos eficaces de control, planificación y coordinación.
- Escasez de recursos económicos y profesionales que atiendan las necesidades sociales de esta población.
- Rigidez legal en los sistemas de pensiones así como de otras ayudas urgentes en situaciones especiales.
- Dificultades, en algunos casos, de los usuarios para mantener por ellos solos los acuerdos y compromisos.
- Excesivas dificultades para acceder a una vivienda compartida con otras personas, en régimen de alquiler.

4/ DCHO. AL TRABAJO.

- Dificultades de acceso y continuidad.

NECESIDADES	RECURSOS EXISTENTES	PROBLEMAS/DIFICULTADES
5/ DERECHO A LA FORMACION/OCUPACION	<p>A) Mercado normalizado.</p> <p>B) Dispositivos laborales protegidos.</p> <p>C) Dispositivos formativo/ocupacionales.</p>	<p>-Clara contradicción entre los planteamientos encaminados a la inserción laboral de algunas personas con TMG y los procesos paralelos que implican la tramitación de invalidez laboral.</p> <p>-Excesiva rigidez en el sistema de Pensiones, lo que a todas luces genera miedo a perder, en muchos casos, sus mínimos ingresos económicos consolidados.</p> <p>-Niveles muy bajos, en general, de formación y experiencias laborales entre las personas afectadas por un TMG.</p> <p>-Niveles muy bajos de autoestima tanto de las personas con TMG como de su entorno social, con prácticamente ausencia de expectativas positivas hacia los procesos de capacitación/inserción laboral.</p> <p>- Inexistencia de una Red de recursos de inserción especializados (Centros Ocupacionales, CEE...), con criterios de accesibilidad.</p> <p>-Pocos recursos donde adquirir niveles adecuados de formación/habilitación laboral.</p> <p>-Contradicciones significativas entre la normativa jurídica y la intervención rehabilitadora.</p> <p>-Escasa sensibilidad desde el Gobierno de Aragón hacia el colectivo de personas con TMG en los aspectos de Centros Especiales de Empleo y, sobre todo, de Centros Ocupacionales, teniendo en cuenta que se tienen las competencias para ello.</p>
6/ INGRESOS ECONOMICOS ADECUADOS	<p>A) Prestaciones de la Seguridad Social.</p> <p>B) Pensión no Contributiva/ LISMI.</p> <p>C) Salario</p>	<p>-Bajo porcentaje de personas con TMG que hayan trabajado.</p> <p>-Las Pensiones No Contributivas son bajas. No favorecen la reinserción laboral.</p> <p>-Es muy difícil acceder al mundo laboral normalizado</p>
7/ VIVIENDA. ALOJAMIENTO CON SOPORTE.	<p>A) Casa particular, con familia.</p> <p>B) Casa particular, sin familia.</p> <p>C) Pisos de alquiler.</p> <p>D) Pisos supervisados.</p> <p>E) Hospitales Psiquiátricos.</p> <p>F) Residencias.</p> <p>G) Pensiones Privadas.</p>	<p>-El peso fundamental del sostén de la mayoría de las personas con TMG recae en las familias.</p> <p>-Falta de recursos donde poder vivir de forma supervisada.</p> <p>-Falta de alternativas que faciliten el tránsito entre las UCE y el domicilio familiar.</p> <p>-Falta de pisos de alquiler que puedan ser compartidos por varias personas con TMG, con un programa de sostén desde Servicios Sociales/Salud Mental, así como con diversos niveles de supervisión.</p> <p>-Falta de pisos supervisados donde poder residir temporalmente por indicación de los Servicios de Salud Mental.</p>

NECESIDADES

RECURSOS EXISTENTES

PROBLEMAS/DIFICULTADES

8/ DERECHO A LA LIBERTAD, LA INTIMIDAD Y LA PROTECCION JURÍDICA

- A) Administración de Justicia.
- B) Legislación Civil y Penal.
- C) La Comunidad.
- D) Instituciones, Administraciones y Profesionales.

- Falta de recursos donde aprender, de forma práctica, a ser más autónomos en el cuidado de uno mismo y en el manejo de tareas domésticas.
- Limitaciones económicas de las personas con TMG para acceder a una vivienda.
- Existencia de muchos casos que, a medio plazo, exigirán un nivel alto de supervisión por el cansancio de los familiares o la avanzada edad de éstos.
- Ambigüedad jurídica y diversidad de criterios respecto a internamiento, incapacitación,...
- Tutelas muy alejadas de la persona con TMG, y que no están en función de un programa de reinserción.
- Falta de información sobre Salud Mental.
- Estigma en relación a la enfermedad mental y la marginación consecuente.
- Desinformación de la Sociedad Civil.
- Posibles problemas en relación a la confidencialidad.

NECESIDADES COLECTIVAS, GRUPALES Y COMUNITARIAS

1/ SOPORTE A LAS FAMILIAS.

- A) Asociaciones de Familiares.
- B) Programas de Atención a las familias.
- C) Servicios de Salud Mental.

- Falta de recursos humanos y financieros
- Criterios cuantitativos (número de visitas) dificultades para realizar programas de soporte a las familias desde los CSMC.
- Sobrecarga familiar.

2/ PARTICIPACION SOCIAL.

- A) Entidades sociales, culturales, educativas, deportivas,...
- B) Asociaciones de familiares, usuarios, profesionales.
- C) Administración.
- A) Familia.

- Dificultades de las personas con TMG para la participación en actividades sociales.
- Estigma social de la enfermedad.
- Recursos de la comunidad vetados.
- Aislamiento social de las instituciones de Salud mental.
- Escasas expectativas de cambio, en muchos casos, de los propios afectados, su entorno socio-familiar, los profesionales y, por supuesto, de las Administraciones Públicas.

<u>NECESIDADES</u>	<u>RECURSOS EXISTENTES</u>	<u>PROBLEMAS/DIFICULTADES</u>
3/ atención A LA PERSONA CON TMG Y BAJA autonomía	B) Recursos comunitarios.	-Discontinuidad de los tratamientos. -Métodos de intervención rígidos que dificultan la accesibilidad. -Utilización de los recursos de forma caótica y compulsiva. -Aumento de los niveles de marginalidad y deterioro de las personas con TMG. Conflictos con la justicia y la comunidad, en algunos casos.
4/ atención A LA PERSONA CON TMG, BAJA autonomía Y SIN FAMILIA	A) Pisos asistidos. B) Residencias. C) Albergues, pensiones y comedores públicos.	-Recursos mínimos, inadecuados y marginadores. -Niveles muy altos de deterioro que, en muchos casos, acarrearán problemas con la justicia.

2.3. TIPOS DE PATRÓN DE CRONICIDAD

Para hablar de las características de los patrones de cronicidad es conveniente que distingamos previamente entre los diferentes conceptos de patología, déficit, discapacidad y minusvalía (Liberman, 1988, 1992):

Patología se puede definir como una lesión o anomalía causada por los agentes o procesos etiológicos que producen una enfermedad.

Deterioro será el efecto producido por la patología antes determinada. Consiste en la anomalía de una estructura o función psicológica.

Discapacidades son las restricciones o falta de habilidades para desarrollar una actividad producidas por el deterioro.

Por último, se entiende por **minusvalía** como la desventaja con la que cuenta un individuo para el desempeño de un "rol" normal, ya sea por las discapacidades, ya por la falta de ambientes promovidos socialmente.

Podemos decir, entonces, como conclusión, que la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, y éstas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Liberman, 1988).

La población con TMG la podemos clasificar en 5 grupos:

2.3.1. Pacientes con riesgo de cronicidad:

Personas que presentan la primera manifestación clínica de una patología de carácter grave, con menos de seis meses de evolución y/o corta hospitalización en UCE.

- Primer brote psicótico.
- Trastorno grave de la conducta, refractario a tratamiento convencional.
- Trastorno grave de la personalidad.
- Trastorno del estado de ánimo grave, refractario a tratamiento convencional.

2.3.2. Nuevos crónicos:

Personas jóvenes sin historia de internamientos prolongados, pero sí de ingresos de corta duración, frecuentes y reiterativos.

Presentan cuadros clínicos variables y mixtos con déficit severos de adaptación social y con una gran capacidad de generar estrés en los servicios por su agresividad, baja tolerancia a la frustración, comportamiento compulsivo, problemas legales y gran movilidad en el uso de servicios (Peeper, 1980).

2.3.3. Crónicos de larga evolución:

Pacientes con muchos años de evolución de la enfermedad, pero que no han sido institucionalizados.

Con predominio de síntomas negativos por lo que precisan menor número de ingresos en UCE, pero que por sus importantes déficits en su funcionamiento psico-social son susceptibles de ser incluidos en programas de rehabilitación y de gran soporte asistencial.

2.3.4. Crónicos desinstitucionalizados:

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

2.3.5. Crónicos institucionalizados:

Entre los que se incluyen:

- Los viejos crónicos de larga estancia que llevan muchos años hospitalizados y que carecen de apoyo familiar y permanecen en la institución por ausencia de recursos alternativos en la comunidad.
- Los nuevos crónicos de larga estancia, caracterizados por períodos más cortos de institucionalización (1 a 5 años) y con mayores posibilidades de rehabilitación psicosocial y reinserción.

3. MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

3.1 Introducción

3.2 Principios de la práctica rehabilitadora.

3.3 Finalidad de la rehabilitación psicosocial

3.4 Objetivos Generales de la rehabilitación psicosocial y reinserción social.

3. MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

3.1. INTRODUCCIÓN

“La rehabilitación psicosocial de una persona con TMG es el proceso de modificación de una situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en la calidad de vida y en la integración social”.

El concepto de cronicidad se ha ligado tradicionalmente a un modelo teórico de historia natural de la enfermedad, abstracción que tiene poco en cuenta el contexto individual, social y asistencial del proceso de enfermar. La experiencia clínica nos muestra en cambio, que estos factores resultan decisivos en la evolución de cada caso. La severidad, entendida en términos de persistencia o cronicidad, tiene que ver con elementos individuales y también con elementos situacionales del contexto del que forma parte el paciente.

Como decíamos en la Introducción, profesionales, equipo y respuestas asistenciales inciden directamente en el tipo de evolución y determinan aspectos de la gravedad y de la cronicidad. Las personas con TMG, como todos los trastornos funcionales graves y persistentes, evolucionan de diferente manera según la calidad y cantidad de recursos disponibles, y sobre todo de la organización de las actuaciones asistenciales.

También, como dice Sarraceno, las posibilidades de rehabilitación dependen de manera importante de la legislación civil y laboral y específica de un país, que afecta a las personas en situación de exclusión.

La rehabilitación debe formar parte del proceso de recuperación de la persona afectada de TMG. La visión de la recuperación amplía nuestro concepto de resultado del servicio para incluir dimensiones tales como autoestima, ajuste a la discapacidad, toma de responsabilidad sobre uno mismo, y autodeterminación.

Todo proceso de rehabilitación provoca cambios en la situación psicosocial. Es imprescindible una comprensión y trabajo específicos sobre las ansiedades que generan dichos cambios en el individuo y en su contexto.

En resumen, la situación psicosocial de una persona está configurada por la interrelación de diferentes factores: características individuales, familiares, redes sociales y

de la red profesional especializada. Estos cuatro factores son los ámbitos en los que los servicios de rehabilitación han de dirigir su intervención profesional, pero también hay otros factores del contexto general: las intervenciones desde las administraciones públicas, la existencia y el grado de desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil, la sensibilidad del mundo del mercado hacia las personas con problemas de salud mental.

3.2. PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA REHABILITADORA

Los principios en los que toda práctica rehabilitadora debería basarse no deben ser tomados solamente como declaraciones de principios para determinadas ocasiones, sino que deben regir y orientar las intervenciones, programas y dispositivos rehabilitadores, permitiendo discriminar lo que es rehabilitación de lo que son prácticas segregativas y manicomiales.

Seguiremos la enumeración de los principios que realizan Fernández Aguirre M.V. y otros:

- La rehabilitación psicosocial debe apoyarse en una concepción amplia y globalizadora de los Derechos Humanos, que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedad mental crónica a una **ciudadanía plena**.
- La rehabilitación debe promover la **integración** de cada persona **en su comunidad natural**: familia, amigos, barrio, ciudad, etc. La rehabilitación tiene como objetivo preparar a una persona para vivir en un entorno comunitario y para participar de ese entorno en la misma medida que el resto de personas que viven en él.
- La rehabilitación psicosocial se basa además en el **principio de autonomía e independencia**. La rehabilitación se centra en la recuperación y/o adquisición de las capacidades, que le permitirán ejercer el derecho a desenvolverse con mayor autonomía en un entorno concreto. Supone además el reconocimiento de que las personas con enfermedad mental crónica son sujetos y no objetos. Así en virtud de este principio, la persona se convierte en el conductor y protagonista de su proceso de rehabilitación, y deberá conocer su situación y realizar elecciones en función de las posibles alternativas existentes en él.

- La rehabilitación se orienta también en el **principio de normalización**. La definición técnica de la normalización es “poner a disposición de todos los enfermos mentales unas condiciones y unas formas de vida que se aproximen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida vigentes en la sociedad”. Wolfensberger propone la siguiente definición del principio de normalización: “La utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean, al menos, tan buenas como la de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc), apariencia (vestido, aseo, etc), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), status y reputación (etiquetas, aptitudes de otros, etc).”
- La rehabilitación se fundamenta en el **principio de individualización**, entendiéndolo por ello que toma como punto de partida el reconocimiento de que lo que define un enfermo mental no es ese problema o diagnóstico, que puede hacer “muy parecidos” a todos los que lo sufren, sino el hecho de que es una persona, con capacidades, historia, características orgánicas y circunstancias sociales únicas. Conlleva una evaluación individualizada y un Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR).
- La rehabilitación es un proceso continuo:
 - A nivel temporal: Considerando las fases por las que atraviesa el paciente y a las que hay que responder readaptando el PIRR si fuese necesario.
 - A nivel estructural: El PIRR ha de ser concebido como el resultado de un conjunto de dispositivos interrelacionados que permitan y procuren el paso fluido de unos a otros en función de las necesidades del paciente en un momento dado.

EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Razones para la aparición de Equipos Multiprofesionales:

- Los cambios en la institución sanitaria en su conjunto han provocado la aparición de nuevas áreas de intervención en salud (prevención, salud comunitaria, psiquiatría social, rehabilitación psicosocial,...), así como nuevas disciplinas y teorías.

- Así mismo, la necesidad de creación de estos Equipos viene “dada” por la propia institución. La necesidad de nuevas respuestas frente a la compleja problemática del binomio salud/enfermedad justifica el mandato institucional del trabajo en Equipo.

- La constitución de estos Equipo es demandada por los propios técnicos sanitarios, que, desde su saber parcial y sus técnicas específicas, dicen necesitar agruparse en Equipos Multiprofesionales para realizar sus tareas.

Conceptualización del Equipo Multiprofesional

Consideramos el Equipo como el modo más adecuado para hacer frente a las necesidades de las personas con TMG. En este sentido entendemos por Equipo el conjunto de personas, unidas por constantes de tiempo y espacio que tienen como objetivo realizar una tarea para lo cual interactúan a través de complejos mecanismos de adjudicación y asunción de roles.

Desde una lectura pragmática sobre el trabajo en equipo, cabe plantearse que la identificación de la oferta de intervenciones de cada disciplina concreta, la cartera de servicios disponibles, y este sumatorio de intervenciones bien definidas de cada profesional, tiene implicaciones organizativas.

Si bien los Equipos deberán de presentar una composición multidisciplinar como punto de partida para una práctica interdisciplinar, es decir, aquella que desde lo particular de cada disciplina aporta elementos para crear unos modos de pensar y hacer que, sin perder la identidad de las disciplinas, va tendiendo a la construcción de un conocimiento compartido que en cada Equipo tiene efectos transdisciplinares. Estos se expresan como creaciones originales de cada Equipo que va generando una cultura que trasciende de aquello de lo que partía cada una de las disciplinas.

Cabe decir que nuestro firme apoyo a la interdisciplinariedad surge del convencimiento de la complejidad de los objetivos a conseguir y de la comprensión de las limitaciones de las capacidades de las disciplinas, necesariamente parciales como consecuencia de la progresiva ampliación de los conocimientos.

Perfil de los profesionales en rehabilitación

Es necesario establecer algunos parámetros y condiciones a los futuros profesionales de la rehabilitación, sobre los cuáles se constituye la base de una adhesión al

proyecto rehabilitador y de un futuro trabajo en equipo. Estos parámetros deben evaluar las siguientes actitudes y requisitos:

- Experiencias laborales precedentes.
- Tolerancia a la frustración.
- Control de la propia agresividad.
- Modalidad de reaccionar a la agresividad de los otros.
- Presencia de prejuicios en relación a los pacientes psiquiátricos (peligrosidad, violencia, desconfianza, incurabilidad, etc).
- Niveles de temor frente a las manifestaciones comportamentales más desocializadas (agitación psicomotriz, agresividad verbal y gestual, autolesividad, alucinaciones, delirios, etc).
- Nivel de acuerdo con la propia tarea.
- Facilidad para el intercambio grupo-equipo

Equipo y funciones

El personal de la Unidad deberá cubrir las siguientes funciones:

- Dirección y responsabilidad legal del centro
- Representación en la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (CRRRA) y coordinación con los demás dispositivos del área.
- Diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes
- Diseño de los planes terapéuticos y PIRR.
- Valoración psicológica y psicodiagnóstica.
- Diseño, coordinación y ejecución de los programas psicoterapéuticos
- Diseño, coordinación y ejecución de las actividades ocupacionales, lúdicas, recreativas y formativas.

- Dirección y supervisión del trabajo del personal auxiliar de enfermería.
- Diseño, coordinación y ejecución del programa de cuidados de enfermería.
- Ejecución del programa de tutorías.
- Valoración, diagnóstico e intervenciones de Trabajo Social a nivel individual, familiar y comunitario.
- Coordinación con los profesionales y equipos de otros dispositivos.
- Realización de los programas de integración comunitaria, entrenamiento en capacidades instrumentales y preparación de paso a recursos residenciales alternativos (pisos en diferentes grados de supervisión, pensiones, residencias, domicilio compartido, domicilio familiar,...).
- Realización de programas de integración en el medio laboral, desde la actividad ocupacional, adquisición de hábitos laborales básicos, talleres ocupacionales y actividades prelaborales.

Además, deberán poder realizarse las actividades asistenciales derivadas de la tarea rehabilitadora del ingreso, las obligaciones médico-legales, las tareas administrativas, las tareas de archivo y documentación del centro y las determinadas por el Servicio de Salud mental del SAS, así como la evaluación de los programas realizados.

Otras tareas como la vigilancia del centro, centralita de teléfonos y recepción, limpieza, lavandería, mantenimiento y restauración son también obligadas.

El personal necesario para la realización de estas tareas y funciones deberá decidirlo el órgano planificador y ejecutor del Plan de Salud Mental de Aragón

Los **recursos personales específicos** se caracterizarán por ser multidisciplinares, por actuar mediante protocolos de intervención específicos de programas, por la elaboración de planes terapéuticos y rehabilitadores individualizados, por tener una dedicación en tiempo y espacio pre-establecida. En cualquier caso, se deberán adecuar a las circunstancias del dispositivo, de la población a atender, de las características del área y de los recursos sociosanitarios del área de referencia.

- Psiquiatra o psicólogo responsable: Coordinación del equipo, integración de las intervenciones entre los profesionales, velar por la coherencia y la aplicación de un método de trabajo, programación de los planes de tratamiento de los pacientes, elección formativa de los trabajadores, relaciones con instituciones y agencias territoriales, relaciones con los servicios o dispositivos derivantes, intervención en situaciones de crisis, relación con las instituciones de ingreso, y entrevistas con las familias. Debe fijar en el órgano que corresponda la negociación anual de objetivos.

- Psiquiatras: Tendrán que realizar la labor médico-sanitaria y labor psicoterapéutica (individual, grupal, familiar). Elaboración, puesta en práctica, seguimiento y evaluación del PIRR de cada paciente, llevar a cabo la coordinación con otros dispositivos y entre los diferentes profesionales.

- Psicólogos clínicos: Tendrán como funciones la labor psicoterapéutica (individual, grupal, familiar). Elaboración, puesta en práctica, seguimiento y evaluación del PIRR de cada paciente, supervisión de casos, coordinación con otros profesionales y dispositivos.

- Trabajadores sociales; con la función de:

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...)
- Disminuir las situaciones de desventaja o minusvalía detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su reinserción en la comunidad.

- Personal Auxiliar de Enfermería: Son los responsables en primer lugar de la gestión de los cuidados derivados de la valoración de las necesidades básicas de los pacientes. Los DUEs, además de las funciones propias de enfermería tendrán que participar de forma muy activa en la supervisión de los casos en los diferentes programas (autocuidado, cumplimentación terapéutica, ...). Los auxilia-

res sanitarios en salud mental son fundamentales para el cuidado diario de los pacientes, supervisión y realización de los diferentes programas en los que participen los usuarios, función de apoyo y soporte a los pacientes.

De una manera más discriminada los DUES y Auxiliares sanitarios de Salud Mental, con el apoyo de los Terapeutas ocupacionales, deben garantizar las siguientes tareas rehabilitadoras:

- Conducción de grupos de actividad para la autonomía de la vida diaria (grupo de acogida, grupo de cocina y limpieza, grupo de compra, grupo de búsqueda de trabajo, etc...)
- Intervenciones individuales para la reorganización del comportamiento.
- Coloquios individuales para establecer el objetivo y el programa, en situaciones de crisis, para confirmar los éxitos alcanzados, para encontrar soluciones a los problemas prácticos.
- Soporte a los usuarios en la gestión del cuidado de sí mismo.
- Visitas domiciliarias destinadas a motivar al paciente, evaluar las motivaciones cuando suspende la asistencia, aplicar en el domicilio las competencias aprendidas en el centro, recoger informaciones sobre el contexto familiar y el funcionamiento del paciente en dicho contexto.
- Intervenciones rehabilitadoras en otros lugares (salidas con la finalidad de lograr el aprendizaje y la socialización)
- Visitas en los lugares durante su ingreso.
- Relaciones con los servicios y los recursos del territorio (Servicios sociales, oficinas de colocación, empresarios, asociaciones de voluntariado, etc)
- Acompañamiento a los usuarios para adquirir las competencias del uso de medios públicos, inicialmente para que el paciente pueda venir autónomamente al Centro.
- Soporte para que el paciente asuma la toma autónoma de medicación.

- Contribución cotidiana a la elaboración del equipo
 - Contactos con los profesionales de los servicios, ya sea en la fase de admisión como a lo largo de la evolución.
 - En definitiva, gestionar, supervisar y acompañar a los pacientes en el cumplimiento de las actividades derivadas de su PIRR.
- Terapeutas ocupacionales: Realización de los diferentes programas de rehabilitación laboral tanto en las unidades, como de enlace con los recursos laborales comunitarios.
- Administrativos: Funciones propias y de coordinación.
- No hacemos mención de las funciones de otras categorías profesionales presentes en los dispositivos pero que son específicas de las distintas instituciones que componen la red (Jefes de Unidad, Encargados, Pedagogos Terapéuticos, Educadores...). En el futuro habrá que formalizar sus funciones dentro de los dispositivos.

En cuanto al proceso de la toma de decisiones, se deberá buscar una visión conjunta sobre los objetivos y sobre las intervenciones a realizar, a través de la adquisición de un método de trabajo, estableciendo parámetros objetivos. Esto debería reducir la conflictividad interna vinculada a distintas opiniones. Sin embargo, si las posiciones discordantes permanecieran inmutables, a fin de evitar una parálisis operativa, el responsable del Centro debería tomar las decisiones finales.

3.3. FINALIDAD DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El tratamiento y la rehabilitación que los profesionales y los dispositivos realizan debe tener como finalidad ayudar a la persona con TMG a recuperarse. El concepto de recuperación (Anthony, 1993) no implica la "curación", ni la remisión total de la sintomatología o que el padecimiento psíquico desaparezca. Se entiende como un proceso personal de cambio de actitudes, valores, sentimientos y objetivos, para entender, aceptar y superar las repercusiones psicosociales de la enfermedad. Se trata de lograr un proyecto de vida que pasa por la superación del estigma de la enfermedad, de los efectos yatrogénicos, de la falta de oportunidades, de la afectación de la

autoestima, etc. Es el propio individuo quien se recupera a través de medios facilitadores, servicios que los profesionales, familia y comunidad gestionan.

3.4. OBJETIVOS GENERALES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y REINSERCIÓN SOCIAL.

1.-Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con TMG, en las mejores condiciones de normalización, autonomía, integración y calidad de vida posibles, dando cobertura a sus necesidades socio-sanitarias, residenciales, laborales y de ocio y tiempo libre.

2.-Desarrollar y mantener el nivel óptimo de calidad de vida con la mínima intervención profesional.

La evaluación del proceso de cambio desde una perspectiva comunitaria se expresa principalmente a partir de la interrelación inseparable de dos variables: el nivel de calidad de vida, de salud e integración social y la intensidad del soporte profesional en programas de rehabilitación.

3.- Favorecer el alivio sintomático.

4.-Aumentar la autonomía personal.

5.-Favorecer la integración social y familiar.

6.-Concienciar del proceso patológico y de los propios conflictos.

7.-Crear un vínculo terapéutico.

8.-Mejorar la satisfacción del usuario y su familia.

3.5.METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN REHABILITADORA

La metodología en la rehabilitación se basa en la determinación de objetivos, su priorización, graduación y evaluación periódica.

La intervención en rehabilitación debe considerarse un proceso. Habitualmente se diferencia el proceso en tres fases (Anthony y Liberman, 1992; Anthony et al., 1990; Shepherd, 1990; Wing, 1990).

1.Evaluación del paciente y del ambiente.

Fase de recogida y análisis de datos que nos permite la realización de un PIRR. Clásicamente se articula sobre dos ejes (modelo de la llave y la cerradura, individuo y situación, ...):

- Capacidades y discapacidades del sujeto.
- Ambientes específicos en los que interactúa o se prevé que vaya a interactuar el sujeto a lo largo del proceso de rehabilitación e integración en la comunidad.

A. METODOS DE EVALUACIÓN:

Con el objetivo de valorar prospectivamente a los pacientes posibles candidatos a recibir atención rehabilitadora, es preciso definir cuál es la información necesaria que el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) ha de recoger para orientar de forma adecuada la indicación de un programa de rehabilitación:

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

1.1. ANAMNESIS Y DATOS DEMOGRÁFICOS

1.2. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO:

Criterios de la CIE-10

1.3. EVALUACIÓN FENOMENOLÓGICA:

1.3.1. VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA GLOBAL: BPRS

1.3.2. VALORACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LOS SÍNTOMAS: Como antes hemos descrito es fundamental la valoración de los síntomas negativos ya que los mismos son el más importante predictor del resultado del paciente a largo plazo (Fenton y McGlashan, 1991).

1.3.3. PERSONALIDAD PREVIA.

1.4. EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:

Una valoración neuropsicológica que comprenda las funciones cognitivas más básicas y más frecuentemente involucradas en el TMG debe incluir atención, memoria y funciones ejecutivas. La forma de generalizar el estudio neuropsicológico de pacientes en los CSMC de Aragón sería la administración de una batería neuropsicológica sencilla.

1.5. ÁREAS FUNCIONALES SIGNIFICATIVAS DE EVALUACIÓN PARA CREAR UN PIRR:

De forma más específica, la aplicación de programas de rehabilitación debe de contar con una evaluación previa en una serie de áreas:

- Valoración de necesidades de cuidados. Los patrones funcionales de salud.

Los once patrones funcionales (M. Gordon), constituyen una estructura que abarca todas las necesidades básicas del ser humano. Ésta contempla la totalidad del individuo, ya esté sano o enfermo, su relación con los demás y con el medio que le rodea. Son comunes a todos los seres humanos, cualquiera que sea su sexo, edad y cultura.

La valoración a través de estos patrones permite identificar situaciones de disfunción secundarias a una enfermedad, pero también en ausencia de ésta. Esto nos permite llegar a estimar el funcionamiento del sujeto en cada una de las once áreas.

Con fines orientativos, para comprender el concepto que incluye cada patrón funcional y como ayuda al diseño del instrumento de valoración, incluimos la descripción de cada patrón.

1 PATRÓN DE PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja su salud.

2 PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, y capacidad general para la cicatrización.

3 PATRÓN ELIMINACIÓN

Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los individuos. Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso

sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón de tiempo, forma de excreción, cantidad y calidad.

4 PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo.

Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (AVD) como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar.

5 PATRÓN SUEÑO / DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación durante las 24 h. del día, así como cantidad y calidad de estos.

6 PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL

Adecuación de la percepción sensorial como la visión, audición, gusto, tacto, olfato, percepción del dolor, capacidad funcional cognitiva.

7 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Percepción y actitudes sobre sí mismo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sensación general de valía personal y patrones emocionales.

8 PATRÓN ROL / RELACIONES

Percepción de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.

9 PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad. Etapa reproductiva y patrón.

10 PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrones generales de afrontamiento, tolerancia al estrés, sistemas de soporte y capacidad percibida para controlar y manejar situaciones.

Incluye:

- Mentales: resistencias, como racionalización, negación, desplazamiento, proyección, etc.).

- Tolerancia al estrés: nivel de estrés con el cual se maneja de forma efectiva el cliente.

11 PATRÓN VALORES / CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluyendo las espirituales), que guían las elecciones o decisiones.

- **Orientación Ocupacional:**

La evaluación en "Orientación Ocupacional" se refiere a la necesidad de distinguir en el paciente con un TMG aquellas aptitudes e intereses que conserve a pesar del deterioro producido por la enfermedad y sus condiciones de vida.

- **Experiencia laboral:**

Esta evaluación cobra singular importancia en pacientes que posean perspectivas de reinserción laboral protegida o normalizada. Interesa evaluar los factores que pueden correlacionarse con la pérdida del trabajo del paciente; sus motivaciones y las de su familia para que el mismo reanude su actividad laboral.

- **Educación para adultos:**

La educación compensatoria del adulto psiquiatrizado se refiere a las necesidades pedagógicas que requieren los enfermos mentales crónicos para estimular capacidades instrumentales básicas como la lectura, la escritura y el cálculo aritmético para un mejor aprovechamiento de otro tipo de actividades.

- **Actividades de la vida diaria:**

Se valoran aspectos como: alimentación, hacerse el aseo personal, vestirse correctamente, ir de compras, organización de la vivienda, manejo del dinero, hacer operaciones bancarias, coger transportes urbanos e interurbanos,... Se puede utilizar el "Examen de las habilidades para la vida independiente" de Wallace (1986)

- **Habilidades sociales.**

Constituye un aspecto clave de la rehabilitación psiquiátrica. Diversos estudios han documentado que las habilidades para las relaciones sociales junto a las de

autocuidado y de la vida diaria constituyen los mejores predictores del éxito en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Se entiende como “habilidades sociales” el conjunto de repertorios comportamentales, verbales y cognitivos que configuran la habilidad para las relaciones interpersonales. Para su evaluación debemos obtener información del individuo y de su entorno y para su medición podemos utilizar cuestionarios de autoevaluación; entrevistas conjuntas con personas significativas del entorno y evaluación conductual de situaciones para la evaluación social (role-playing y observación del entorno interpersonal natural). Para su valoración se puede utilizar para su evaluación cuestionarios específicos como el de “Mariana Segura”; cuestionario de aserción de Gambrill; cuestionario de asertividad de Rathus modificado,...

- Utilización del tiempo libre y desarrollo de aficiones:

Valoración de actividades positivas: salir de paseo, de compras, de viaje,..; ir a reuniones, clubs, teatro, cine, a clases, a conferencias; participa en la comunidad de vecinos; en la parroquia; practica algún deporte; se entretiene en casa (leyendo, escuchando música, viendo TV...); hacer algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse, vestirse bien...); jugar con niños; cuidar animales; trabaja en la casa; cuida del jardín; realiza paseos; visita amigos; establece amigos nuevos; opina,...

- Participación en la vida familiar:

Valoración de cómo se integra el paciente en la familia; de que forma participa en las actividades domésticas y en la vida; se preocupa y se interesa por los problemas de los familiares; participa en los asuntos familiares,...

- Desarrollo emocional y autoestima:

En esta área proponemos la evaluación de aspectos psicológicos del paciente. Es necesario evaluar aspectos como: el concepto y autoestima que el paciente tiene de sí mismo; la capacidad para establecer, mantener y profundizar relaciones recíprocas con los demás; la capacidad de dependencia y separación –capacidad para establecer relaciones de dependencia madura y capacidad para afligirse y elaborar la pérdida de personas importantes, de ideales, de partes y funciones del cuerpo, así como de posesiones materiales-; tolerancia a la

frustración –capacidad para soportar el hecho de que deseos considerados esenciales por el individuo no puedan ser satisfechos de forma inmediata, así como la capacidad para soportar los pensamientos y las reacciones emocionales que se derivan de ello-; control de impulsos –capacidad para contener afectos, deseos y necesidades apremiantes de naturaleza narcisista, agresiva y sexual, y la forma en la que expresan en la acción-; manejo de los afectos agresivos –capacidad para diferenciar y expresar afectos agresivos y transformarlos en una actividad adaptativa y orientada hacia una meta-

- Aspectos educativos y conciencia de la enfermedad:

Es muy importante evaluar la conciencia de enfermedad que posee el paciente, su actitud ante esta enfermedad mental, su adherencia al tratamiento,... Puede utilizarse entrevistas o escalas específicas como las de McEvoy y cols, 1989; David, 1990; Markova and Berrios Insight Scale, 1992. También en este apartado se debe recoger el aspecto de control y manejo de la medicación.

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Para muchos pacientes su núcleo familiar representa su principal soporte socioafectivo y su única alternativa económica y residencial. De allí la importancia de apoyar a la familia en la difícil tarea de convivencia con el paciente con TMG. La evaluación del grupo familiar estará destinada a:

- Valorar los planes vitales de cada miembro de la familia. Una fuente de conflictos será si la convivencia con el paciente afecta las posibilidades de desarrollo de otro miembro de la familia.
- Valorar el concepto y las expectativas que tiene cada miembro de la familia respecto del paciente.
- Evaluar el grado de emoción expresada hacia el paciente: sobreimplicación emocional, expectativas excesivamente elevadas o críticas-hostilidad excesivas del familiar enfermo.
- Evaluar su comprensión de la enfermedad mental. Su actitud hacia la medicación neuroléptica.

- Evaluar su capacidad de contención y sus habilidades de comunicación con el paciente.
- Evaluar sus habilidades de afrontamiento y de solución de los problemas de la vida cotidiana. En especial los referidos a la convivencia con el paciente con TMG.

EVALUACIÓN DE OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA REHABILITACIÓN

- Necesidad de alternativas residenciales:

Siendo las principales alternativas residenciales de un paciente el poder vivir con su familia, en esta área lo que consideramos son las alternativas para aquellos en que la reinserción familiar no sea posible. En caso de que el núcleo familiar no exista o sea tan conflictivo que aconseje la salida del paciente es necesario considerar aquí las posibles alternativas residenciales para el paciente. Éstas pueden ser: piso protegido; residencia para pacientes psicóticos y residencia geriátrica.

- Necesidad de prestaciones socioeconómicas y otras:

Será frecuente encontrar pacientes que requieren de recursos sociales, económicos y sanitarios para garantizar una calidad de vida normalizada. Esta valoración utilizará técnicas propias de servicios sociales.

- Descripción de los intentos de reinserción y rehabilitación previos que el equipo del CSMC con el apoyo comunitario ha realizado con el paciente y su familia.

- Especificación de objetivos de rehabilitación que propone su Equipo terapéutico y metas de reinserción que se anticipan para el caso.

2. Planificación del Plan Individualizado de Reinserción y Rehabilitación (PIRR).

El PIRR (Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción) es un instrumento que permite definir los objetivos para cada paciente partiendo de la valoración previa de su estado psicosocial y la estrategia de intervención que se desarrollará. Esta estrategia será flexible, evaluable y revisable a lo largo del tiempo.

El PIRR es la concreción individualizada del programa de Rehabilitación. Es un instrumento que acompaña el itinerario del usuario a través de los diferentes dispositivos y que posibilita una actuación coordinada y continuada.

Se trata de especificar los cambios personales y ambientales que se deben dar para conseguir los objetivos de la rehabilitación. Ha de identificar los responsables de las distintas intervenciones del PIRR.

EL PIRR es sólo una hipótesis y como tal es provisional. Deberá ser temporalizado en objetivos a corto, medio o largo plazo o por objetivos prioritarios.

Se considera esencial buscar el consenso tanto con el paciente como con el contexto en el que se relaciona el paciente, profesional y no profesional. Aunque como señala Mosher L. "Si no se arriesga no sucede nada".

2.1. Análisis Psicosocial y diseño del PIRR.

El PIRR es un instrumento dinámico, de temporalidad limitada, revisable y evaluable que permite al equipo definir objetivos y estrategias de intervención personalizada.

2.1.1. Aspectos básicos que debe incluir el PIRR.

a) Datos de Identificación.

b) Servicio derivante. A través de un Protocolo de derivación que incluye una valoración del paciente y las expectativas u objetivos por los que se deriva.

c) Valoración .

La realiza el equipo a través de entrevistas con el paciente y su familia. Los ejes principales de la valoración son los siguientes:

- Valoración psicopatológica y capacidades e incapacidades.
- Valoración sociofamiliar (núcleo de convivencia, nivel cultural, situación económica, historia laboral , grupos de relación, etc.)
- Valoración de expectativas y motivación ante el Programa de Rehabilitación.
- Valoración de necesidades de cuidados .

2.1.2. Diseño del PIRR

Incluirá la definición de objetivos a corto y largo término en cada uno de estos ámbitos:

- Individual
- Familiar
- Comunitario
- Intervenciones y actividades indicadas, tanto internas como externas.
- Intervenciones en el entorno familiar
- Coordinación con otros equipamientos.

2.1.3. Metodología para trabajar el PIRR:

- a) Proceso de análisis psicosocial por parte de los distintos profesionales del equipo.
- b) Elaboración del PIRR (Integración y coordinación interdisciplinaria y multidisciplinaria).
- c) Propuesta del PIRR y compromiso con el paciente y la familia.
- d) Revisión periódica del PIRR a través de entrevistas individuales, familiares, coordinación con otros equipos y seguimiento.
- e) Reformulaciones periódicas del PIRR (Intervención interdisciplinaria).

3. Intervención.

Desarrollo de las actividades profesionales sobre la situación psicosocial disfuncional de cara a obtener los cambios planificados.

3.1. Áreas de Intervención.

- Área cognitiva
- Área relacional

- Área pragmática (conductual)
- Área emocional

3.2 . Procedimientos de Intervención.

“Constituido por técnicas de intervención concretas, con un cierto grado de protocolización que, realizadas por diversos profesionales constituyen el conjunto de la atención recibida por el usuario.” (“Pla de Serveis Individualizat”. Servei Català de Salut. Barcelona, Diciembre de 1995)

ANEXO 1

ACTIVIDADES E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE REHABILITACIÓN

A continuación se describen una serie de intervenciones, compatibles entre sí y que fundamentan la práctica de los programas de rehabilitación. La intensidad y amplitud de la intervención vendrán determinados por el ámbito de aplicación (CSMC, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia, Centro de Día, etc)

PSICOEDUCACIÓN DE FAMILIARES

Indicado para familiares incluidos en alguna de las siguientes situaciones:

- Alta Emoción Expresada.
- Falta de comprensión de las características de los TMG.
- Dificultades de comunicación con el paciente.
- Falta de eficacia en el afrontamiento de los problemas de convivencia.

PSICOEDUCACIÓN DE USUARIOS

Indicado para pacientes con factores de riesgo como:

- Rechazo de medicación.
- Baja autoestima.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Escasa elaboración de la enfermedad.
- Síntomas ansiosos o depresivos.
- Síntomas psicóticos positivos refractarios a la medicación.
- Reingresos hospitalarios frecuentes

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Término referido a los aspectos básicos para un adecuado desempeño en las áreas de comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía y, por lo tanto, en íntima conexión con los conceptos de autoestima y la motivación.

Se ocupa de las siguientes áreas:

- Hábitos de autocuidado personal.
- Hábitos de cooperación en casa.
- Hábitos de manejo social.

Indicado en personas con discapacidades en :

- Aseo personal.
- Vestimenta.
- Hábitos alimenticios.
- Manejo del dinero.
- Tareas domésticas.
- Utilización de medios de transporte público.

HABILIDADES SOCIALES

Enfoque de tratamiento dirigido a incrementar la competencia y efectividad en las relaciones interpersonales. Es un procedimiento altamente estructurado pero con programas individualizados.

Indicado en personas con discapacidades cognitivas, para la comunicación y las relaciones interpersonales.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

Se trata de un medio destinado a incidir de forma concreta sobre los procesos cognitivos básicos para una mejora en el funcionamiento social y autonomía mediante el aprendizaje de estrategias compensatorias.

Estaría indicado en los usuarios de servicios de rehabilitación que presentan dificultades en dichas áreas debido a la ausencia de dichas estrategias.

AFRONTAMIENTO DEL ESTRES

Intervención grupal o individual destinada a fomentar una sensación de competencia personal que redunde en una motivación para el afrontamiento del estrés

producido por situaciones de la vida diaria. Estos objetivos generales (competencia y afrontamiento) se traducen en las siguientes áreas de intervención:

- Entrenamiento en relajación.
- Mejora de la autoestima.
- Prevención de ansiedad y depresión.
- Técnicas de resolución de problemas.

ORIENTACIÓN VOCACIONAL, LABORAL Y OCUPACIONAL

Destinado a explorar intereses y aptitudes en el área laboral con vistas a la formación profesional, la búsqueda de empleo y el desarrollo de actividades de tiempo libre, mediante intervenciones en las siguientes áreas:

- Exploración de intereses y aptitudes.
- Orientación para la formación profesional.
- Búsqueda de trabajo.
- Fomento de actividades de ocio y tiempo libre.

PSICOMOTRICIDAD

La psicomotricidad es una técnica que nos va a permitir abordar la re-educación de las siguientes áreas:

- Sociabilidad, entendiendo el cuerpo como medio de captación y expresión de información.
- Paliar los trastornos del movimiento con la adaptación de tono muscular para permitir mejorar el estado del cuerpo, la postura y la armonía de movimiento.
- Percepción, entendida como un proceso activo y producido en el propio cuerpo.
- Desarrollo cognitivo no solo en memoria o atención, sino también en escritura, lectura, etc.
- Reeducar la expresión corporal como medio de comunicación con los demás.

FOMENTO DE ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Destinado a explorar aficiones.
- Acceso a la cultura y a los recursos sociales,.
- Procesos de adaptación, de distribución del tiempo.

PSICOTERAPIA.

“Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo” 1.

“Un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia”.

SOCIOTERAPIA.

“Bajo el término de socioterapia, se recogen todos los métodos que utilizan los distintos modos de actividades sociales en el seno de grupos humanos diversamente estructurados para favorecer el reinicio de las comunicaciones entre el sujeto y su entorno”

TERAPIA POR EL MEDIO (MILIEU THERAPY).

“La terapia por el medio ha podido ser definida como una manipulación científica del ambiente destinada a promover cambios en la personalidad del enfermo”

PSICOTERAPIA DE GRUPO

“La psicoterapia de grupo posee características originales y muy diferenciadas respecto a otras psicoterapias. Contiene en sí misma un conjunto de elementos y factores terapéuticos que son completamente específicos, esencialmente grupales, que pueden incidir muy favorablemente en las experiencias y comportamientos más comunes de los pacientes esquizofrénicos”.

En su revisión de la bibliografía sobre psicoterapia grupal KANAS (1986) hace una clasificación operativa simple de los grupos analizados: los orientados a la interacción y los orientados hacia el insight, más un tercero dedicado a otros no especificados, en el que acaba incluyendo a la tercera parte de todos los grupos revisados”

TERAPIA DE FAMILIA.

“Forma de terapia que concibe a la familia como una red integrada de relaciones que debe ser tratada en tanto que sistema...Cuando se toma como orientación el tratamiento de la familia completa; el acento es puesto sobre las medidas necesarias al buen funcionamiento del sistema, sin obligación o responsabilidad particular hacia un individuo determinado del sistema”

TRABAJO EN REDES SOCIALES.

“Es un proceso de mediación que realiza el profesional de referencia del paciente con TMG a través del cual ayuda a éste a conocer, mantener y mejorar las relaciones con las personas de su red social o a crear vínculos nuevos con personas de la comunidad o de los servicios formales”.

CONSEJO TERAPÉUTICO (COUNSELLING)

“El empleo competente y estructurado de las relaciones para facilitar el propio conocimiento, la aceptación y el desarrollo emocional, y el desarrollo óptimo de los recursos personales”

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

“Intervención consistente en acompañar al paciente brindándole un sostén confiable, prestándole un Yo con el cual identificarse para transitar el camino hacia su recuperación”.

“Modalidad de reencuentro y ocasión de mutación del funcionamiento mental, que puede desarrollarse en el marco de los cuidados de rehabilitación, y que apunta a permitir el reinvestimento por el paciente de su aparato psíquico y de la realidad interna y externa”.

ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL

“Acompañamiento no medicalizado para personas afectadas de trastornos de orden médico-psicológico, donde permitirles adquirir la mayor autonomía posible facilitando su re inserción”.

ACCIONES CLÍNICAS DE COMPETENCIA SOCIAL (MARK SPIVAK)

“Se trata de técnicas específicamente orientadas hacia la resocialización y dirigidas hacia el desarrollo de Comportamientos Socialmente Competentes en un paciente con comportamiento desocializado”.

ACTIVIDADES DE GRUPO DE COMPETENCIA SOCIAL (MARK SPIVAK)

“Cada grupo se compone de actividades elementales individuales, llamadas Partes Componentes (PC): se trata de núcleos de actividades en torno a las cuáles personal y pacientes interaccionan de forma específica y dirigida. Estas pueden ser activadas o no, en un momento dado, en la interacción entre personal y pacientes en torno a actividades específicas, para el desarrollo de Comportamientos Socialmente Competentes”.

GRUPO OPERATIVO

“Grupos centrados en la tarea..Es la consecución de ese objetivo lo que organiza su desenvolvimiento.Y es la observación de este proceso del grupo hacia el logro de su tarea lo que señala el lugar y el momento de la intervención técnica.” (11).

El grupo es Área de transición, que no solo permite la observación de fenómenos emocionales sino también y sobre todo, la experimentación de nuevos modelos comportamentales que, llevando a la ruptura de los estereotipos, determinan una nueva capacidad de aprendizaje y respuesta, por tanto adecuada a los requerimientos de la realidad”.

GESTIÓN DE CUIDADOS

- Es un método organizativo y un proceso activo de gestión del paciente con TMG.
- Persigue adaptar los servicios sociales y sanitarios a las necesidades concretas de cada paciente en su medio natural para consolidar la continuidad asistencial.
- Asegurar la red de servicios comunitarios para la calidad de vida.
- Facilitador de acceso a servicios disponibles, útiles en su vida.
- Elemento terapéutico en el proceso rehabilitador (p.e. visita domiciliaria o intervenciones directas en la familia o en el medio).
- Favorece la continuidad de cuidados.
- Utiliza la relación como eje (lo que favorece el aprendizaje y el seguimiento del tratamiento).

- Define el nivel de ayuda necesario a cada situación.
- Representa firmeza en el cumplimiento de medicación.
- Potenciador de recursos personales.

El Gestor de cuidados. La Enfermera gestora de cuidados se constituye en referente del paciente y su familia para aplicar y seguir lo acordado en la Agenda Terapéutica del paciente que forma parte del PIRR.

Los programas son la estructura que permiten que el PIRR, eje vertebrador de la intervención, se desarrolle.

4. SUBPROGRAMAS Y DISPOSITIVOS.

4.1 Subprograma de seguimiento- CSM.

4.2 Subprograma de dispositivos específicos

- Centro de día
- Unidad de media estancia
- Unidad de larga estancia
- Seguimiento de casos

4.3 Subprograma de apoyo comunitario

- Programa laboral
- Programa residencial
- Programa de ocio y tiempo libre.

4. SUBPROGRAMAS Y DISPOSITIVOS.

4.1. LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

1. DEFINICIÓN

Los Programas de Rehabilitación en el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) se constituyen en un conjunto de intervenciones destinadas a mantener a los pacientes con TMG en la comunidad, con intervenciones que van más allá de lo estrictamente terapéutico y que se articulan en actuaciones sobre el paciente y sobre su entorno.

Las intervenciones sobre el paciente pueden ser individuales o grupales en las áreas en las que el paciente presenta déficits, que se constituyen en conflictivas para mantener su competencia en la comunidad. Las áreas abordables desde el CSMC, a nivel individual, son principalmente las de Habilidades Sociales, Actividades de Vida Diaria (AVD), Déficits (cognitivos y Psicoeducación (información sobre la enfermedad y el tratamiento, elaboración de conciencia de la enfermedad y aceptación del tratamiento).

Las intervenciones sobre el medio exigen la actuación multidisciplinar sobre áreas como familia, trabajo y orientación vocacional y laboral, residencia e integración comunitaria

El ámbito de aplicación de estas intervenciones es el del CSMC y debe de establecerse un límite de intervención a partir del cual el usuario precisa actuaciones más intensivas desde recursos específicos.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de los programas de rehabilitación en el CSMC son similares a los descritos de forma general para los dispositivos de rehabilitación, es decir, el de facilitar a las personas discapacitadas un mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible. De forma más específica se mantienen los objetivos de resocialización, para dotar al enfermo de habilidades que le permitan desempeñar roles sociales valiosos; el entrenamiento en capacidades instrumentales específicas como autonomía de gestión, transportes; la promoción de la salud mediante la potencia-

ción de factores de protección; la habilitación de soportes sociales; y la promoción de alternativas residenciales.

La atención a los TMG dentro del CSMC debe de ser considerada como una tarea prioritaria, a la que dedicar recursos personales específicos y en la que se deben diferenciar unos objetivos aun más específicos:

- Realizar y actualizar un censo de los pacientes con diagnósticos de TMG.
- Favorecer la estabilización clínica de las personas incluidas en el programa
- Favorecer la reinserción social y laboral de los mismos.
- Evitar el desarrollo de la cronicidad atendiendo las situaciones de riesgo lo antes posible.
- Evitar el deterioro funcional.
- Evitar, en la medida de lo posible las hospitalizaciones.
- Intervenir sobre las circunstancias de los pacientes que pudieran abocar a una situación marginal, una mayor ruptura en la vida de la persona, como pueden ser las hospitalizaciones.

3. POBLACIÓN DESTINATARIA

El CSMC es el punto de partida de la práctica rehabilitadora y un escenario único para conjugar las intervenciones psicosociales en el medio del paciente junto a otros estrictamente sanitarios.

La población destinataria estará constituida por aquellos individuos que presentando el patrón de cronicidad (TMG) descrito en la introducción(4) son susceptibles de atención en la comunidad y seguimiento desde el CSMC(5)

3.1. DESCRIPCIÓN

La población de TMG a atender desde el CSMC la podemos clasificar en los cuatro grupos ya descritos en el apartado 2.3: Pacientes con riesgo de cronicidad, Nuevos crónicos, Crónicos de larga evolución y Crónicos desinstitucionalizados.

3.2. NIVELES DE IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA:

Se realiza una secuencia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras de acuerdo a la evolución de los pacientes, con objeto de facilitar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud mental, evitar la estigmatización del enfermo mental grave y su cronificación yatrógena.

3.2.1. Primer nivel. Prevención de cronicidad.

En este primer nivel se incluyen los pacientes con riesgos de cronicidad descritos en el apartado anterior. Estos pacientes son identificados por Atención Primaria o Servicios de Urgencias, y diagnosticados tanto desde el punto de vista nosológico como desde las perspectivas clínico-fenomenológica y funcional en el CSMC.

El tratamiento será integral en el CSMC; Se entiende por el concepto de integral al tratamiento psicofarmacológico-psicoterapéutico y las medidas psicosociales orientadas para prevenir la cronicidad. Obviamente, el seguimiento longitudinal del paciente será también actuación del CSMC, con la intención de valorar si el mismo cumple criterios de encontrarse en proceso de cronicidad, lo que supondría el paso a nivel 2.

Una de las opciones en este nivel será poner en marcha programas específicos de atención a primeros episodios psicóticos

3.2.2. Segundo nivel. Pacientes en proceso de cronificación.

Son aquellos pacientes que han rebasado el nivel 1 y presentan un perfil de riesgo de cronicidad definido por reunir 3 criterios del área clínica más tres de las áreas (A. Social, A. Individual y A. Familiar).(6) Ver apartado 2.3. .

Estos pacientes son objeto de programas individualizados y específicos de rehabilitación que serán abordados desde los CSMC y las Unidades de Rehabilitación. Su atención entraría por tanto dentro de los Programas de Atención a TMG diseñados dentro del CSMC.

3.2.3. Tercer nivel. Pacientes crónicos.

Estos pacientes han de reunir los siguientes criterios:

1º Primer criterio: criterios clínicos (definidos en el nivel anterior)(7)

2º Segundo criterio: Deterioro manifiesto en sus áreas socio-familiar, laboral e individual.

3º Tercer criterio: Necesidad de soporte para sobrevivir de forma autónoma en su medio habitual.

Así mismo, estos pacientes serán objeto de programas individualizados y específicos en dispositivos de rehabilitación, CSMC, dispositivos residenciales. De nuevo será el Programa de Atención a TMG el encargado de su seguimiento así como otros programas específicos (Seguimiento de casos, Centro de Día, dispositivos de apoyo, etc...). Dentro de este nivel podemos distinguir 4 grupos bien caracterizados que serán:

- El nuevo crónico.
- El crónico de larga evolución no institucionalizado.
- El crónico institucionalizado (no abordable desde el CSMC).
- El crónico desinstitucionalizado.

4. PROPUESTA POR ÁREA

Cada CSMC deberá de tener su Programa de Atención al TMG, en el que se englobarán las tareas rehabilitadoras, con personal, tiempos y espacios asignados de forma específica al programa.

5. COORDINACIÓN

El Programa de Atención al TMG tendrá un responsable que dependerá de la coordinación del CSMC y que será quien represente al centro en Comisiones y grupos de trabajo relacionados con la rehabilitación.

La inclusión de pacientes en el programa seguirá criterios elaborados por el propio CSMC siguiendo las directrices de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área. No obstante en los siguientes apartados se ofrece una aproximación.

6. PROFESIONALES

Los recursos profesionales específicos se caracterizarán por ser multidisciplinares, por actuar mediante protocolos de intervención específicos de programas, por la elaboración de planes terapéuticos y rehabilitadores individualizados, por tener una dedicación en tiempo y espacio pre-establecida. En cualquier caso, se deberán adecuar a las circunstancias del CSMC, de la población a atender, de las características del área y de los recursos sociosanitarios del área de referencia.

El equipo encargado del Programa de atención al TMG constará al menos de un psiquiatra de referencia, psicólogo encargado de programas específicos de rehabilitación, profesionales de enfermería (DUE y Auxiliares de Clínica), Trabajador Social, y Terapeuta Ocupacional.

7. PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL TMG

Cada CSMC deberá tener su programa de Atención al TMG, en el que se englobarán las tareas rehabilitadoras, con personal, tiempos y espacios asignados de forma específica al programa.

Su actividad incluirá los siguientes puntos:

- Atención clínica con seguimiento psicofarmacológico y psicoterapéutico
- Intervenciones rehabilitadoras que abordarán preferentemente, aunque no de forma exclusiva, intervenciones sobre las siguientes áreas:
 - Programas de Actividades de la Vida Diaria
 - Programas de Habilidades Sociales
 - Rehabilitación Cognitiva
 - Psicoeducación de pacientes y familias.
 - Programa de apoyo comunitario (laboral, residencial, ocio y tiempo libre).
 - Programas de cuidados

De esta manera se definen una serie de intervenciones a realizar desde el propio CSMC, lo que obliga a definir varios aspectos conflictivos en lo referente a los pacientes cuyas necesidades exceden las que se pueden cubrir desde el CSMC(8):

- La existencia de recursos diferenciados como Centros y Hospitales de Día, Clubs Sociales, Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, etc...
- La posibilidad (y conveniencia) de simultanear la atención en varios recursos sin que el CSMC se desvincule de la atención al paciente
- La necesidad de que existan cauces de comunicación, coordinación y derivación claramente establecidos (aspecto que es abordado en otro capítulo)

- La definición de plantillas dentro del CSMC con labores de atención al TMG de forma exclusiva.

El acceso de los pacientes al Programa de Atención al TMG debe ser estructurado según el esquema que se expone a continuación. En este esquema se ha de destacar el papel clave que juega la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área, cuyas funciones y características serán descritas en próximos apartados.

Según este esquema, los pacientes con TMG deben ser valorados desde el propio CSMC para establecer sus necesidades de rehabilitación y atención clínica según los criterios anteriormente expuestos. En función de la disponibilidad del propio CSMC y de las necesidades detectadas, se ha de establecer si el paciente utilizará los programas desde la propia unidad o si será derivado a un recurso especializado más apropiado. En este caso, si la evolución es favorable se debe establecer el plazo en que el paciente será derivado de nuevo al CSMC. Si la evolución no es favorable por razones relativas a la enfermedad o por la inadaptación al recurso asignado, la coordinación entre recursos será la encargada de resolver la situación.

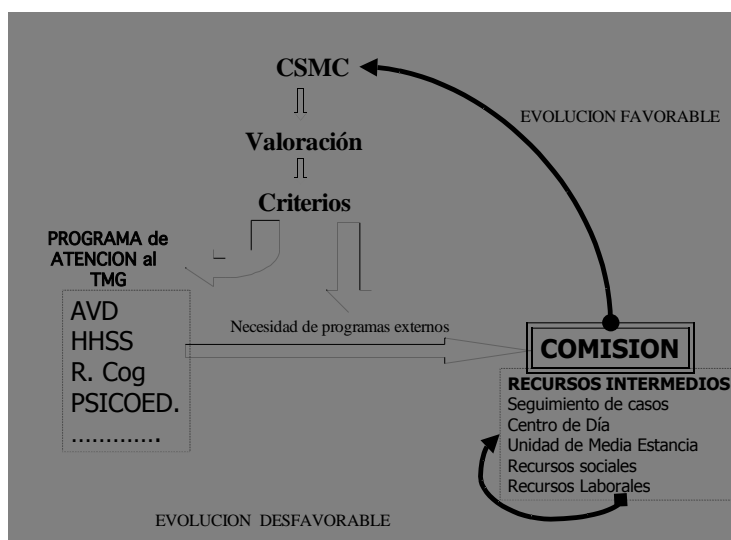
En cualquier caso existen una serie de requisitos mínimos que cualquier CSMC debe de cumplir dentro de la atención a TMG:(9)

- Atención preferente de los pacientes dados de alta de las UCEs en un término de 7-15 días
- Identificación de la población atendida con TMG
- Sistemas para mejorar el cumplimiento de tratamiento y asistencia al CSMC (llamadas telefónicas, recordatorios, etc.)
- Intervención social y en el entorno fomentando de forma continua la participación de los familiares
- Coordinación con el resto de profesionales sanitarios y sociales
- Aprovechamiento de recursos comunitarios: clubs psicosociales, centros de formación profesional, cursos del INEM, FOREM ,...
- Colaboración con las asociaciones de familiares
- Intervención en crisis y prevención de recaídas (entrenamiento específico de

los pacientes y los familiares para identificar y vigilar síntomas prodrómicos con visitas frecuentes cuando sea preciso).

- Atención domiciliaria en los pacientes con mala adhesión al tratamiento o en situación en crisis.
- Educación en las habilidades básicas de la vida diaria: autocuidados
- Orientación vocacional (en colaboración con los programas o dispositivos de reinserción laboral del área).
- Mantener reuniones periódicas de coordinación con los responsables de otros recursos del área en los que se pueda no sólo tratar caso a caso los pacientes atendidos sino también los problemas organizativos y las propuestas de mejora.

Este sistema precisa además un sistema fluido de comunicación con las UCEs y las unidades de urgencias que permita garantizar la visita post-alta, el mantenimiento en la hospitalización de las estrategias adoptadas en el CSMC y la designación de un referente para el paciente a lo largo del circuito asistencial



Este esquema resumido que hace referencia a la inclusión tanto desde el punto de vista clínico-funcional como organizativo de los pacientes en los programas de rehabilitación es completado con el siguiente algoritmo que intenta describir la posible evolución de un paciente con un TMG desde que toma contacto con el CSMC:

ANEXO N° 1:

Nombre del paciente:

Número de identificación:

1. Sexo
2. Fecha de nacimiento
3. Estado civil
4. Educación
5. Actividad laboral actual
6. Superior posición alcanzada previamente
7. Número total de trabajos en los últimos 5 años
8. Principal fuente de ingresos
9. Nivel socioeconómico
10. Nivel superior de adaptación en el último año (CIE-10)
11. Ajuste sexual premórbido
12. Otras relaciones interpersonales
13. Número de hijos propios
14. Convivencia
15. Condición de la vivienda
16. Problemas de minorías
17. Complicaciones obstétricas preparto: rubeola o sífilis; incompatibilidad RH; preeclampsia severa; sangrado antes del parto o amenaza de aborto.

18. Complicaciones obstétricas en el parto: ruptura prematura de membranas > 24 horas; duración del parto >36 horas, o < 3 horas; nacimiento gemelar y complicado; prolapso de cordón; edad gestacional <37 o > 42 semanas; cesárea complicada o de emergencia; presentación de nalgas o anormal; forceps dificultoso o de alto riesgo; peso al nacimiento < 2000 gr.; incubadora > 4 semanas
19. Dinámica familiar
20. Educación en la infancia
21. Práctica educativa durante la infancia
22. Problemas psicológicos en la infancia
23. Situación legal
24. Otros antecedentes psiquiátricos familiares
25. Antecedentes psiquiátricos familiares
26. Enfermedad física importante
27. Daño cerebral previo
28. Nivel intelectual
29. Déficit sensorial
30. Hábito de ingesta de alcohol (último año)
31. Abuso de medicamentos (último año)
32. Abuso de alucinógenos (último año)
33. Abuso de opiáceos (último año)
34. Abuso de otras drogas (último año)

35. Personalidad premórbida
36. Ideas o intentos autolíticos
37. Número de hospitalizaciones por problemas mentales
38. Año de la primera hospitalización
39. Año de la última hospitalización
40. Número total de meses en el hospital
41. Edad a la que fueron observados los primeros síntomas
42. Tiempo de evolución de la enfermedad
43. Tipo de comienzo (duración de la sintomatología prodrómica)
44. Factores precipitantes
45. Curso y duración de los síntomas
46. Relación de profesionales del CSMC que atienden al paciente
47. Vinculación con el terapeuta
48. Tratamiento farmacológico
49. Duración del tratamiento con neurolépticos
50. Interrupciones del tratamiento seguidas por hospitalizaciones en el último año
51. Respuesta al tratamiento psicofarmacológico
52. Síntomas secundarios
53. Otros tratamientos psicofarmacológicos/biológicos
54. Actitudes del paciente hacia la medicación
55. Profesionales que intervienen en el seguimiento del paciente

4.2. SUBPROGRAMA DE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS (PSC)

DEFINICIÓN

Seguendo a Kanter (1989), el seguimiento de casos (“case management”) (PSC) puede ser definido como

“una modalidad de práctica en salud mental que, en coordinación con el foco tradicional de la psiquiatría en el funcionamiento biológico y social, se dirige al mantenimiento global del medio físico y social de la persona enferma mental con los objetivos de facilitar su supervivencia, crecimiento personal, participación comunitaria y recuperación o adaptación a la enfermedad mental”

No obstante, no existe un consenso claro en la definición de lo que es el PSC. A menudo el concepto de continuidad de cuidados es utilizado para delimitar las fronteras del PSC como disciplina y para unificar los diversos enfoques que han asumido dicho nombre. Entendemos por continuidad de cuidados un proceso destinado a potenciar al máximo las capacidades terapéuticas de cada paciente, poniendo el énfasis en el enfoque individualizado que contemple la relación a largo plazo y lo longitudinal como aspectos esenciales de la prestación del servicio. Este servicio debe ser lo suficientemente amplio como para cubrir las distintas necesidades del paciente. En definitiva los ideales que sustentan el concepto de continuidad de cuidados son lo longitudinal, la amplitud de servicios y el establecimiento de una relación (Bachrach, 1993).

Para Bachrach (1993) son nueve los principios que sustentan el concepto de continuidad de cuidados. Estos principios no deben de ser entendidos como absolutos, sino como objetivos a conseguir en la planificación de programas y que conforman la continuidad de cuidados como una búsqueda dinámica y continua:

1. Clima administrativo que permita, apoye y legitime a los servicios para actuar con una población claramente definida
2. Los pacientes deben poder acceder a los servicios que precisan
3. La continuidad de cuidados depende de la provisión de un amplio abanico de servicios integrados

4. Los servicios de salud mental deben ajustarse a cada individuo
5. El sistema de cuidados debe ejercer gran flexibilidad en sus ofertas de programas
6. Las distintas organizaciones y agencias que sirven al paciente deben de estar unidas en un sistema productivo e interdependiente
7. Cada paciente debe establecer una relación continua con el cuidador que le ayuda a navegar a través del sistema de cuidados
8. El paciente debe ser alentado para participar como parte de la planificación de servicios

Las diferentes modalidades de PSC existentes han sido objeto de diversos estudios y evaluaciones (Solomon, 1992). Un resumen de los mismos se puede encontrar en Solomon (1992) quien concluye que estos sistemas:

- Reducen la rehospitalización
- Reduce la duración de los ingresos
- Mejora la calidad de vida
- Mejora la satisfacción del usuario

La mayor parte de los estudios coinciden en señalar que el PSC con un enfoque clínico (asertivo) y no únicamente destinado a proporcionar un enlace con los servicios (“brokerage”) es más eficaz (por ejemplo, Wolff y cols., (1997), Clark y cols. (1998) y Hu y Jerrell (1998))

En definitiva, el PSC debe ser entendido como un sistema integrado de servicios que permita un seguimiento continuado y a largo plazo en los pacientes con dificultades para ser atendidos mediante el seguimiento convencional del CSMC.

OBJETIVOS

Si el PSC ha de dirigirse a las necesidades de los pacientes, así como de los cuidadores y de los Servicios de Salud, se debe adoptar una visión amplia, no reducida exclusivamente a variables clínicas o sociales; referida específicamente a la mejora de

la calidad de vida. Las variables que mejor predicen la calidad de vida en los pacientes crónicos – y que por tanto deben ser fijadas como objetivos prioritarios de intervención – son las clínicas (fundamentalmente depresión y síntomas positivos, no los negativos) y las necesidades no cubiertas. En otros términos, se sugiere que la intervención que más eficazmente modifica la calidad de vida es la que incluye aspectos clínicos y no se limita a un “brokerage” (UK700 Group).

Las áreas cubiertas por un programa de evaluación de necesidades son el alojamiento, la ocupación, los problemas específicos de la psicosis, el estrés psicológico, la información acerca de su situación y tratamiento, la automedicación, alimentación, habilidades domésticas, autocuidado y presentación, seguridad para si mismo y para los demás, dinero, asistencia a niños, salud física, alcohol, educación básica, compañía, teléfono, transporte público y beneficios (Thorncroft y cols., 1993).

Las Áreas de Trabajo de la Psiquiatría han sido estructuradas por Astrachan (1976) en 4 áreas, con vínculos a una 5ª, cada una de ellas con su metodología, práctica, ideología y filosofía particular. En todas estas áreas el PSC tiene un papel significativo que jugar (Sledge y cols., 1995). Las áreas y su relación con PSC son:

1. Médica. En esta área el principal objetivo es estabilizar y detener el curso de la enfermedad. Las intervenciones son esencialmente individuales.
2. Rehabilitadora (psicológica, social y laboral), donde el principal foco de intervención son los déficits individuales y la normalización de la vida es el objetivo. En este caso las intervenciones son precisas tanto en el individuo como en su entorno (familia, ambiente laboral, etc.).
3. Control social. En este dominio, los objetivos se centran en las alteraciones de la conducta y su control. En esta área la sociedad encarga hacer “para” o “por” el paciente. El encargado de caso debe ser consciente que aunque trate de servir simultáneamente a su usuario y a la sociedad, de hecho, los límites sociales hacen que el segundo objetivo prevalezca sobre el primero.
4. Crecimiento y desarrollo. Esta área pretende generar la capacidad de percibirse a uno mismo como autosuficiente y de disfrutar de la sensación de bienestar a través de la oportunidad de desarrollar por completo el propio potencial para un trabajo y unas relaciones interpersonales satisfactorias

5. Bienestar social (Área vinculada a las cuatro anteriores). No es específicamente psiquiátrica pero es de importancia nuclear al tratar con pacientes psiquiátricos crónicos. Esta área se ocupa de la alimentación, el alojamiento y otras necesidades básicas para sobrevivir. El foco de intervención por tanto es la pobreza.

En la práctica todas estas funciones serán aplicadas por el equipo en horario de mañana y tarde, de Lunes a Viernes.

POBLACIÓN

En función de lo expuesto anteriormente el PSC debe de entenderse como un sistema destinado a las personas que padecen un TMG con las siguientes características:

- Falta de vinculación al CSMC (no asistencia a consultas, no seguimiento del tratamiento, desconexión entre la asistencia hospitalaria y la ambulatoria, etc)
- Elevado consumo de recursos hospitalarios (puerta giratoria)
- Sintomatología preferente positiva y /o desorganizada.
- Imposibilidad de vinculación a otros recursos rehabilitadores
- Pacientes con posibilidades de ser mantenidos en la comunidad

En definitiva, será la disponibilidad de recursos en el área, la potencia de los otros recursos rehabilitadores y la amplitud de la oferta de cada sistema de PSC la que determine el criterio más o menos restrictivo de los pacientes a incluir. El PSC ofrece una forma de organizar y suministrar cuidados con continuidad de cuidadores así como el desarrollo de un plan de cuidados que facilite el compartir información, coordinación e integración de un modo coste-efectivo. Los riesgos son que esperemos demasiado del PSC y permitamos que sustituya a los servicios en si mismos.

COORDINACIÓN

El equipo de PSC dependerá de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área, que será la que determine, en función de las características del Área, los criterios de entrada de pacientes, el número total asignado al sistema y la ratio o carga que cada profesional deberá de atender.

El equipo tendrá un coordinador que será el que represente al recurso en la Comisión de Rehabilitación. Sus funciones serán las de representar a la unidad en la citada Comisión, aplicar los criterios de derivación señalados por la misma, programar las actividades e intervenciones a desarrollar, coordinar las intervenciones de los miembros del equipo y evaluar el funcionamiento de los programas.

PERSONAL

Marks y cols. (1994) señalan que un programa de este tipo debe poseer unas características para beneficiar realmente a los pacientes:

1. Equipo bien entrenado, persistente y con expectativas reales
2. Equipo Comunitario responsable de cualquier ingreso
3. Autoridad sanitaria que apoye sólidamente al equipo con medios y políticas

El equipo de PSC deberá como mínimo contar con:

- Psiquiatra
- Psicólogo/a
- Enfermeros/as
- Trabajador/a Social
- Auxiliares sanitario en salud mental
- Terapeuta Ocupacional

Todo este personal debe funcionar de forma coordinada con funciones específicas de su actividad profesional y con funciones comunes de encargado de caso, es decir, funciones que impliquen la aplicación de las técnicas específicas del PSC (ver siguiente apartado) a un grupo limitado de pacientes para los que serán su principal referente, es decir, los "encargados de caso". El hecho de que cada profesional mantenga una relación preferente con un grupo de casos obliga a sistemas internos de coordinación que permitan compartir la información y facilitar las intervenciones de los otros profesionales.

La dotación de cada equipo de PSC dependerá del Área a atender, de los recursos existentes en la zona, de las funciones asignadas y de las características del Área. Se considera que una ratio adecuada para un equipo con funciones clínicas no debe exceder de 15-20 pacientes para cada encargado de caso.

PROGRAMAS CON DIFERENTES NIVELES

El PSC carece de un área disciplinaria de trabajo por lo que su definición se hace mejor en términos de sus funciones que en los de la capacitación de los profesionales que lo practican (Bachrach, 1992). Sledge y cols. (1995) resumen las actividades del encargado de caso como:

- Identificar al paciente. Esta función es a su vez doble, en cuanto que por una parte el encargado controla el acceso a los servicios - limitándolos a aquellos pacientes a los que cree que va a ser útil o que cumplan unos criterios predefinidos - y por otra potencia el acceso a los servicios de los pacientes con dificultad en el seguimiento (vg.: pacientes sin hogar o pacientes que no cumplen pautas). Desde una perspectiva clínica se proporcionan servicios a un grupo escasamente atendido; desde una perspectiva económica, se proporcionan servicios no demasiado caros para prevenir el uso posterior de otros más caros.
- Evaluar necesidades. Es una función de control como la anterior, en tanto en cuanto la definición de necesidad determina el siguiente paso en el tratamiento. Es, por otra parte, una función clínica en cuanto el encargado evalúa las capacidades y necesidades del paciente siguiendo criterios clínicos.
- Vinculación. El encargado ha de vincular al paciente a servicios que no le son accesibles por motivos geográficos, burocráticos, etc.
- Agencia. El encargado ha de ser un agente que vaya más allá de la función de vincular el paciente a los servicios, llegando a demandar prioridad para que el paciente pueda acceder al servicio, promoviendo cambios en la forma de acceso, abriendo de ese modo el servicio al paciente.
- Defensa. Es un paso más que los anteriores puntos, en el que el encargado intenta modificar las políticas de acceso a servicios y el sistema.

- **Coordinación.** Implica ir más allá de la vinculación para identificar prioridades y asegurarse que el proveedor proporciona el servicio de una forma consistente e integrada.
- **Planificar.** Implica trabajar con otros proveedores de servicios para identificar cuáles son las necesidades del paciente y la mejor manera de cubrirlas. Precisa de grupos de trabajo multidisciplinarios en los que se encuentren implicados todos los que tienen alguna responsabilidad en el tratamiento del paciente.
- **Servicios Clínicos Directos.** El encargado de caso ha de ser capaz de proporcionar una atención directa, establecer y mantener una relación con personas que pueden ser reticentes a confiar en los demás (servicios).
- Además, puede proporcionar respuesta en crisis, psicoterapia de apoyo, identificación de necesidades de otros servicios médicos, etc.

La amplia variabilidad de funciones a desarrollar y el carácter multidisciplinario del equipo hacen precisa una flexibilidad de roles en el encargado de caso que permita que en un momento dado preste funciones genéricas del PSC como adiestramiento en habilidades sociales, en otras funciones específicas como la atención clínica del psiquiatra y en otras funciones de programas como dirigir un grupo de buenos días en un Centro de Día (Prendergast, 1995).

Los pasos en la evaluación y seguimiento de cuidados se definen como:

- 1.- Hacer públicas las necesidades para las cuáles se ofrece asistencia y los recursos para cubrirlas.
- 2.- Identificar cada necesidad y adecuar el nivel apropiado de valoración de esa necesidad.
- 3.- Comprender las necesidades individuales, relacionándolas con las prioridades y política de la unidad, acordando los objetivos de cualquier intervención.
- 4.- Planificación de cuidados negociando la vía más apropiada para conseguir los objetivos identificados e incorporándolos al plan de cuidados individual.
- 5.- Ejecución del plan de cuidados.

6.- Contrastar y controlar la ejecución del plan.

7.- Revisar a intervalos predeterminados las necesidades y la evolución.

CENTRO DE DÍA

1. Definición

El Centro de Día es un recurso sanitario de asistencia terciaria integrado en la red de salud mental que ofrece un marco estructurado, terapéuticamente orientado a promover la contención, la rehabilitación y la reinserción sociocomunitaria de personas adultas que padecen un TMG, teniendo en cuenta su situación psicosocial. Se entiende como una estructura intermedia entre el paciente y la comunidad, no es pues un servicio finalista de personas afectadas de trastornos mentales crónicos.

Destacar que la estancia en el Centro de Día, como en todo dispositivo de rehabilitación, está ligada a la consecución de los objetivos, lo cual implica al menos tendencialmente una limitación del tiempo de estancia. Esta limitación tendría también otras finalidades como la de no bloquear el dispositivo, ante la ausencia de altas.

Es característico de la rehabilitación mantener la contradicción entre el hacerse cargo y la limitación temporal de la intervención. La finalidad de todo el trabajo rehabilitador auténtico es la inserción en la comunidad.

2. Objetivos generales del Centro de Día.

Sus objetivos son disminuir el déficit o deterioramiento o, mejor, disminuir el funcionamiento psicótico deteriorante, reforzar el yo y mejorar la calidad de vida mental y personal del psicótico crónico.

Sus finalidades están dirigidas a aumentar la autonomía del paciente, su reinserción social y la recuperación y mejora de habilidades laborales y sociales, así como obtener una mayor autonomía también en relación con las instituciones psiquiátricas.

El Centro de Día habrá de cumplir las siguientes funciones con cada paciente:

1. Función de contención (Sostén y esclarecimiento)

2. Función de Gestión Psicosocial. O función yoica en relación con los pacientes, tanto por lo que se refiere al mundo externo como interno del enfermo.

3. Función Rehabilitadora. Recuperación y mejora de habilidades y funciones instrumentales, pero sobre todo, de la ilusión y la capacidad para vivir y vincularse socialmente.

4. Función de separación (Desvinculación)

Pasamos a enunciar las principales intervenciones a realizar en este dispositivo:

- Coordinar con los CSMC de su área de referencia los planes individualizados de Rehabilitación y reinserción de los pacientes remitidos por estos servicios al Centro de Día.

- Evaluar y valorar.

- Creación y desarrollo de planes individualizados de Rehabilitación y Reinserción.

- Coordinar las prestaciones de rehabilitación con los Servicios Sociales y otros recursos comunitarios.

- Inventariar y promover los acuerdos para el uso de recursos comunitarios, institucionales, públicos y privados, dentro de planes individualizados de rehabilitación.

- Desarrollar líneas de investigación aplicadas a los problemas concretos del trabajo de rehabilitación psiquiátrica.

- Considerar desde la elaboración del PIRR las perspectivas de reinserción, residencial y ocupacional del caso. Y promover su preparación directamente o en colaboración con los CSMC y los Servicios Sociales que correspondan.

- Aportar al estudio de las necesidades residenciales y ocupacionales de los casos remitidos.

- Colaborar en la formación y asesoramiento de otros profesionales, entidades, asociaciones, voluntarios, etc.

- Promover la normalización de las condiciones de vida de los pacientes.

- Desarrollar actividades de animación socio-cultural y recreativas en coordinación con los equipos de servicios sociales y otros recursos normalizados.

¿Cuál sería el tiempo de estancia medio?

En casi todos los documentos consultados aparece la necesidad de que el Centro de Día tenga una función intermedia y no finalista. No parece haber acuerdo sobre un tiempo de estancia medio. En base a los documentación consultada de otras comunidades autónomas y de otros países podemos establecer la duración de la estancia en el C. De Día entre uno y tres años.

Distintas experiencias que refleja la literatura internacional respecto a los Centros de Día recogen la necesidad de que esta estructura ofrezca dos tipos de funciones diferentes: una de soporte más a largo término para pacientes con incapacidades más crónicas y otra de tratamientos intensivos relativamente breves para pacientes graves (Holloway, 1988 ; Schene et al. 1988). Correspondería esta última, a lo que los ingleses llaman "Day treatment Program" y consistiría en una estrategia terapéutico-rehabilitadora integrada de duración limitada.

-1.La Guía de Recursos de las Hermanas Hospitalarias de Cataluña define los Centros de Día de la siguiente manera: "Los Centros de Día como centros de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria tendrían que tener una duración limitada en el tiempo con el objetivo final de la integración sociocomunitaria de la persona, incluida la posibilidad de la integración laboral".

-2.En El Plan de Salud Mental de Andalucía, refiriéndose a las estructuras que componen la URA (C. de Día y estructuras complementarias) : "En cualquier caso la utilización de todas y cada una de estas estructuras, se encuentra limitada en lo temporal a la duración del programa concreto elaborado para cada paciente, en colaboración con el equipo de Salud Mental".

-3.En la última edición del Programa de Rehabilitación y de Apoyo Comunitario de I.Psiquiátrico de Salud Mental J.Germain, en relación con los dispositivos específicos entre los que se incluye el Centro de Día señala: "La permanencia del paciente en estos dispositivos es necesariamente temporal, estimándose como tiempo medio entre dos y tres años en el Centro de Rehabilitación (C. de Día) y de seis a nueve meses en la Unidad de Rehabilitación". "Cuando finaliza el plan de Rehabilitación, es dado de alta y derivado de nuevo al Programa de Seguimiento recibiendo soporte, en los casos que se precise desde el Programa de Apoyo Comunitario".

-4. De los datos de la literatura internacional a la que hemos tenido acceso, las indicaciones contenidas en el Progetto Obiettivo Tutela de Salute Mentale en el Ministerio della Sanità (1994) prescribe una duración máxima de la intervención en Centro de Día de 36 meses.

-5. La comisión sobre el Programa Individual de Rehabilitación de la Coordinadora de Recursos Intermedios de Cataluña señala que "el compromiso asistencial, por norma general, es de un año, si bien en algunos casos se ha de pactar menos ya que el usuario lo pide o porque desde el equipo se valora adecuado".

3. Población: Usuarios susceptibles de atención en Centro de Día.

La derivación al Centro de Día se realizará en función de las necesidades detectadas en el Plan Terapéutico Individualizado. La coordinación entre Centro de Día y Centro de Salud Mental ha de establecer en cual de los dispositivos se aborda de manera prioritaria cada una de las necesidades.

Criterios de derivación al Centro de Día:

- Personas afectadas de TMG (persistentes, incapacidades, que utilizan recursos de manera prolongada y que padecen alteraciones de las relaciones con su entorno). No hay como patología de base una demencia ni una deficiencia mental.
- Personas atendidas en el CSMC, cuando se valora que los recursos rehabilitadores movilizables por el CSMC no son suficientes y requieren intervención específica.
- Personas con larga duración del trastorno, con intervenciones previas de otros dispositivos de la red o bien duración corta del trastorno, pero con una previsión de deterioro de evolución crónica,
- Cuando el uso de recursos comunitarios por parte de la persona con TMG es insuficiente.
- Cuando no hay pautas organizativas estables de su vida cotidiana.
- Personas con TMG con un nivel mínimo de estabilidad clínica, pero que se prevén posibles reagudizaciones.

- Cuando hay aislamiento relacional.
- Existe un nivel básico de autonomía personal para hacer posible la asistencia y permanencia en el Centro de Día.
- Cuando existe motivación para aceptar un proyecto rehabilitador.

4. Coordinación: Documentos asociados.

Para poder integrar las intervenciones rehabilitadoras, desde el C. de Día son imprescindibles dos espacios de coordinación:

*"Un adecuado funcionamiento del Circuito de Salud Mental como una unidad funcional organizada (COMISIÓN DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE Área) que coordina la atención de las personas con TMG a nivel del territorio.

*Una atención privilegiada en la coordinación de los CSMC con los Centros de Día, como equipos que intervienen simultáneamente en la atención de los pacientes.

(A). ELEMENTOS PARA LA COORDINACIÓN ENTRE EL CENTRO DE DÍA - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO.

Definir conjuntamente los perfiles de pacientes susceptibles de derivación al Centro de Día.

Asegurar en el momento de la derivación el contacto entre el terapeuta del CSMC y el responsable del C de Día. En este sentido es útil que cada paciente del C. de Día tenga un profesional de referencia asignado.

En caso que el paciente provenga de otro equipo es importante asegurar el acuerdo del CSMC en la derivación o asegurar la vinculación conjunta al CSMC.

Definir los ámbitos de intervención de cada equipo una vez se vincule el paciente al C. de Día, especialmente, por lo que hace a la intervención de trabajo social y la intervención con la familia.

La coordinación en la derivación habrá de hacerse a través de información escrita pero es aconsejable que haya además un contacto directo entre los profesionales responsables.

La fase de vinculación es un momento crítico del proceso que puede prolongarse durante meses en algunos casos. Es especialmente importante mantener vías de contacto Centro de Día -CSMC, informándose mutuamente de las incidencias que se producen. Un riesgo es dar mensajes contradictorios de los profesionales hacia los pacientes y familias.

El seguimiento del paciente se hará desde la reunión de coordinación general pero es importante establecer reuniones bidireccionales C. de Día-CSMC con una periodicidad mensual.

(B). COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO

La coordinación con el Programa de Apoyo Comunitario es esencial para el logro de la reinserción comunitaria para muchos de los pacientes que han desarrollado parte de su programa rehabilitador en el Centro de Día. Como recoge alguno de los Programas a establecer en el Centro de Día, este no solo se coordinara con los recursos existentes dentro del Programa de Apoyo Comunitario sino que debe contribuir activamente en su creación y desarrollo.

Las ratios de personal por el número de pacientes en los programas del Centro de Día, tendrán que ser las adecuadas, teniendo en cuenta la gravedad y complejidad de los pacientes , así como los diferentes programas de rehabilitación, reinserción y labor asistencial, que se tienen que llevar a cabo.

5. Programas : La intervención en el Centro de Día.

Proponemos definir la intervención del C. de Día en base a Programas, entendidos estos como "la ordenación de las intervenciones asistenciales, a fin de recuperar, mantener o desarrollar las capacidades de autonomía, de relación interpersonal y familiar y de las actividades laborales y sociales de los pacientes con TMG".

El PIRR es un instrumento que permite definir los objetivos para cada paciente partiendo de la valoración previa de su estado psicosocial y la estrategia de intervención que se desarrollará. Esta estrategia será flexible, evaluable y revisable a lo largo del tiempo.

1.1. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN EN EL CENTRO DE DÍA

Los programas son la estructura que permiten que el PIRR, eje vertebrador de la intervención, se desarrolle.

Para la descripción de los programas específicos de Rehabilitación transcribimos los programas propuestos en el Documento del Servei Catalá de Salut de Julio de 1999 "Rehabilitació Comunitaria en Salut Mental"

- Programas básicos:

- Programa Funcional de Actividades Rehabilitadoras
- Programa de Atención a las Familias
- Programa de Intervención Comunitaria

- Programas Específicos:

- Programa específico de Inserción Laboral
- Programa de soporte a iniciativas colectivas de inserción social.
- Programa de soporte a pacientes en las alternativas residenciales.
- Programa de soporte a la externación de pacientes de larga duración.

Programa Funcional de Actividades Rehabilitadoras.

Este Programa se ha de concebir como un medio para la Rehabilitación psicosocial y no como un fin en sí mismo.

Objetivos

- Activar los recursos y capacidades personales.
- Mejorar las características individuales de la situación psicosocial, que tendrían que contemplar las áreas siguientes
 - Área cognitiva
 - Área relacional
 - Área pragmática (conductual)

- Área emocional

- Capacitar al paciente para entender y superar las ansiedades que comporta el proceso de cambio que se produce durante la rehabilitación.

Metodología

- Intervención profesional de personal experto en dinámica grupal y en técnicas de rehabilitación psicosocial.
- Las actividades del programa se centran en la intervención grupal y se realizan tanto en el servicio como utilizando recursos externos.
- Las técnicas de intervención incluyen no solamente la ejecución de una actividad sino también la programación, el análisis, la revisión, el registro y la supervisión.
- Las actividades serán diversificadas para poder incidir en las diferentes áreas de intervención.

Programa de Atención a las Familias.

Es un programa dirigido al análisis y a la intervención sobre las variables familiares que influyen en la situación psicosocial de los pacientes. Actualmente se comparte la idea que las variables familiares configuran una situación psicosocial determinada que influyen en el proceso, y por tanto es necesario ampliar el foco de intervención. Desde este punto de vista el programa permite superar intervenciones parciales y desviadas centradas únicamente en las características individuales, percibiendo la persona con un TMG en el contexto familiar. En consecuencia, permite incidir en el refuerzo de los vínculos afectivos y relacionales relevantes, basándonos en la premisa que los vínculos familiares no pueden ser interpretados como un problema sino también como una solución y fuente de recursos.

Objetivos

- Ofrecer soporte a las familias
- Conseguir la colaboración y participación de las familias en el proceso de Rehabilitación Psicosocial.

- Tratar las pautas relacionales familiares que influyen en la situación psicosocial con la finalidad de incrementar aquellas que la potencian y decrecer las que la bloquean.
- Prevenir la aparición o crecimiento de situaciones disfuncionales o patológicas en la familia, en su conjunto y en algunos de sus miembros.
- Ofrecer información y orientación de los recursos existentes en la red socio-comunitaria.
- Ayudar a establecer vínculos o recuperar vínculos perdidos.

Metodología

- La metodología de intervención se ha de concretar para cada familia, definiendo que tipo de intervención dentro de las posibles es la más útil, su intensidad y la temporalización más adecuada (Intervención unifamiliar, multifamiliar,...).
- Se han de establecer unos objetivos definidos y una temporalización.

Programa de Intervención Comunitaria.

Es un programa dirigido al análisis y a la intervención sobre las variables de la red de apoyo social y comunitario que influyen en la situación psicosocial de los pacientes. El programa tiene una doble finalidad: por una parte mejorar las capacidades de la persona para mantener una red de apoyo social y para vincularse a la red comunitaria, y por otro, mejorar la respuesta de la red comunitaria para asumir a las personas con TMG.

Objetivos

- Mejorar las capacidades y el grado de integración social y de utilización de recursos comunitarios de las personas con TMG.
- Crear, mantener y ampliar la red de soporte personal de las personas afectadas de TMG.
- Aumentar la colaboración y la participación de la comunidad y de los recursos comunitarios en los procesos de rehabilitación y reinserción de las personas con TMG.

Metodología

La metodología del programa se define en tres ámbitos diferenciados, que se desarrollan y simultáneamente interactúan entre ellos.

- La intervención profesional dirigida a conseguir la participación de la comunidad y de los recursos comunitarios.
- La intervención profesional individualizada dirigida a mejorar las capacidades de los usuarios para el mantenimiento de una red de apoyo y para la vinculación y la utilización de los recursos comunitarios.
- La intervención dirigida a establecer redes relacionales y de participación comunitaria con el soporte profesional.

Programa de apoyo a pacientes en alternativas residenciales.

Se complementan los recursos de alojamiento con la atención y el apoyo sanitario de salud mental que los usuarios necesitan a través de la existencia de un programa específico tanto de seguimiento clínico como de rehabilitación.

Los servicios de rehabilitación tratan de diseñar un programa pre-piso donde se tratan de evaluar las capacidades de los usuarios y realizar una preparación para las habilidades domésticas y para la vida autónoma (taller de cocina, habilidades en el hogar, autocura...).

También se tiene diseñado un programa de seguimiento de los usuarios ya integrados en los pisos protegidos (reuniones en la propia casa, en el centro de día, seguimiento de las tareas del hogar y promoción de las relaciones comunitarias...).

Programa específico de inserción laboral

Este programa va dirigido a las personas con TMG que en su proyecto de vida incluyen un futuro laboral y que encuentran dificultades de integración.

El objetivo del programa es la modificación de los aspectos disfuncionales de la situación psicosocial que dificulta la integración laboral para que las personas puedan iniciar su inserción laboral.

Utilizan una metodología activa y participativa que incluye intervenciones individuales y grupales en función de las necesidades de cada usuario.

Las principales actividades a realizar son: motivación, orientación profesional, técnicas de búsqueda de trabajo , técnicas de aprendizaje, entrenamiento en actividades pre-laborales.

Programa de apoyo a iniciativas colectivas de inserción social

Los clubs psicosociales, los grupos de ayuda mutua, las asociaciones de usuarios, etc, son alternativas autónomas y diferenciadas del Centro de Día-Servicio de Rehabilitación. Su organización, estructura y objetivos están definidos por los propios recursos.

En muchas ocasiones, estos tipos de iniciativas pueden apoyar elementos muy valiosos para la inserción de personas con TMG.

Atendiendo a estas características, el programa específico de apoyo a iniciativas colectivas de inserción socio-laboral, tiene dos funciones principales que delimitan su estructura y metodología:

1. Promover y potenciar la generación de estos tipos de iniciativas que no existen en el entorno habitual de los usuarios potenciales beneficiarios.
2. Facilitar el apoyo y orientación necesaria para el correcto funcionamiento de la iniciativa, siempre de manera puntual y respetuosa con la autonomía del recurso y con el único fin de conseguir su dinamización.

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Definición:

Las Unidades de Media Estancia son dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial, que cubren las necesidades de rehabilitación de aquellas personas afectas de un TMG en las que los programas de rehabilitación comunitarios o no pueden ser aplicados o no son suficientes, ya sea por la escasa autonomía y capacidades del paciente, ya sea por una grave situación sociofamiliar.

Son unidades que por su carácter y vocación sería conveniente se configurasen como unidades de asistencia voluntaria y de régimen abierto.

Son unidades específicas de rehabilitación de nivel terciario, implicando un régimen de estancia a tiempo completo con asistencia y supervisión psiquiátrica de 24 horas al día durante los 7 días de la semana.

Son unidades en las que el tiempo de ingreso debería ser limitado, intentando optimizar la utilización de recursos específicos; es decir, que todo aquel que precise una intervención rehabilitadora en régimen de ingreso la pueda recibir, y acceder a ella en el espacio de tiempo más breve posible, pero que su estancia dependa de la consecución de los objetivos iniciales o de los revisados si se ve que son inalcanzables o precisan una intervención más prolongada u otro tipo de recurso rehabilitador.

La cumplimentación del punto anterior dependerá de una adecuada derivación, corresponsabilización de todo el personal de rehabilitación de área y de la existencia de recursos sanitarios, rehabilitadores y residenciales alternativos y a disposición real de los equipos.

Estas unidades deberán contar con unos Criterios de Ingreso operativizados, entre los que se deberían encontrar la presencia de Objetivos de la derivación lo más especificados posible.

Objetivo fundamental:

El objetivo de las Unidades de Media Estancia está en ayudar a los enfermos mentales crónicos con graves discapacidades psicosociales (el así llamado Trastorno Mental Grave) a mejorar sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, incrementar su autonomía personal y su calidad de vida.

De manera complementaria, se utiliza este recurso como medio estructurado y terapéutico que permita mejores condiciones de tratamiento psiquiátrico y psicológico con pacientes de difícil abordaje comunitario.

Entre sus objetivos podrían estar: la evaluación de las discapacidades personales y sociales; la intervención intensiva en autocuidado en casos de intenso autoabandono y déficit personal; la organización de los horarios y la jornada; la adquisición de actitudes y hábitos de asistencia a actividades, cumplimiento de responsabilidades, aceptación del trabajo en grupo y por lo tanto inicio de resocialización; la actuación

intensiva sobre la cumplimentación del tratamiento farmacológico; la reinserción a través de actividades normalizadas en la comunidad; la intervención con las familias según un modelo que incluya la psicoeducación, corresponsabilización y traslado-generalización de las pautas y estrategias al domicilio.

Estos objetivos de las Unidades de Media Estancia estarían basados en los siguientes Principios de Rehabilitación:

- Aminorar las discapacidades (prevención terciaria),
- Potenciar la inclusión progresiva en circuitos sociales normalizados,
- Fomentar el uso de recursos comunitarios,
- Potenciar capacidades de protección y afrontamiento, junto con un abordaje tendente a disminuir los factores mantenedores y estresantes,
- Realizar la intervención mínima necesaria pero suficiente para el éxito,
- Buscar el equilibrio entre las necesidades y los recursos personales.

En definitiva, los **objetivos** de la rehabilitación en una Unidad de Media Estancia serían:

- Conseguir el desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos,
- Desarrollar habilidades instrumentales y de afrontamiento social,
- Disminuir la vulnerabilidad a la recaída actuando sobre los factores de riesgo bio-psico-sociales,
- Habilitar soportes sociales y afectivos comunitarios.

Población destinataria

Los sujetos candidatos a ser derivados y por tanto ser usuarios de los programas de rehabilitación en un régimen de Media Estancia será aquellos TMG que:

- Sin una problemática social primordial o acuciante no puedan, ya sea por su situación familiar o por su elevada gravedad clínica (falta de conciencia de enferme-

dad, síntomas psicóticos no controlados por el tratamiento farmacológico,...), ser tributarios de los programas de rehabilitación a nivel ambulatorio, ya sea en su CSM o en un Centro de Día.

- Presenten un grave deterioro en su autocuidado, cumplimiento de la medicación o aislamiento social, a pesar de los intentos de rehabilitación comunitarios.

- Según su situación personal y social en su Programa Integral de Rehabilitación y Reinserción (PIRR), la Comisión de Rehabilitación, tras valorar los intentos previos de rehabilitación, la respuesta a los mismos y la situación económica y familiar, haya decidido que puede ser un candidato a un Programa Residencial alternativo en la comunidad, por lo que se deriva para entrenamiento.

Hay que decir que el éxito o los logros no son resultados de la casualidad y que el cumplimiento de los tiempos de estancia y de los objetivos de estas unidades dependerá de:

- La adecuación del resto de la Red de Recursos de Salud Mental

Si se utilizan estas Unidades de Rehabilitación como alternativas a la hospitalización en UCE, no existen Hospitales de Día, los trastornos duales no tienen programas de asistencia específicos, no existen plazas de larga estancia ni de programas residenciales alternativos a la misma, ni dispositivos comunitarios de sostén en la comunidad, estas unidades no podrán realizar adecuadamente su labor, y estarán solucionando problemas para los que no han sido diseñadas.

- Las características de la población remitida.

Elevada gravedad psicopatológica y discapacidad, refractariedad al tratamiento farmacológico, largo tiempo de evolución de la enfermedad, conductas disruptivas (agresividad, transgresión de normas, tóxicos...), involuntariedad y/o no colaboración, falta de apoyo o apoyo deficitario familiar, falta de recursos económicos y/o logísticos al alta, doble diagnóstico: enfermedad mental y toxicomanía o retraso mental; crónicos desinstitucionalizados, población marginada sin hogar con trastornos mentales graves... harían pensar en una evolución deficitaria y tributaria de un esfuerzo más prolongado en el tiempo.

Para que estas unidades no sean utilizadas con otro objetivo que el diseñado, sería bueno:

A) estuviesen integradas y en funcionamiento en una red de salud mental bien dotada, y

B) indicar un perfil de paciente tributario de ingreso en una UME:

- EDAD: 18 – 60 años, preferiblemente jóvenes o adultos jóvenes, hasta 35 – 40 años , grupo denominado los “nuevos crónicos”.
- DIAGNÓSTICO: enfermedades mentales que conllevan una grave discapacidad como psicosis crónicas, trastornos de personalidad, comorbilidad, trastornos con dificultades para el manejo en el medio familiar (TMG).
- SITUACIÓN CLÍNICA: cronicidad, estabilidad; en los periodos iniciales de la cronicación de la enfermedad antes de que se consoliden las discapacidades o se agoten las posibilidades familiares y sociales de apoyo.
- ACTITUD / DISPOSICIÓN: voluntariedad y compromiso con la rehabilitación.
- USO DE LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS DE SALUD MENTAL: integrado en la red comunitaria; en tratamiento en el CSMC en el momento de la derivación; ensayo previo de otros programas de tratamiento y rehabilitación comunitaria.
- SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR: no pérdida ni desvinculación de su red social; compromiso de la misma antes, durante y tras el ingreso, evitando la desvinculación y el abandono aprovechando la situación de ingreso.

Situaciones que deberían ser observadas como Criterios de Exclusión para ingreso en las UMEs:

- Trastornos de personalidad disocial
- Toxicomanías activas
- Demencias y trastornos mentales orgánicos
- Retraso mental

- Aquellos pacientes de los que, por sus antecedentes y experiencias asistenciales previas (ingresos psiquiátricos prolongados por ejemplo), se tenga conocimiento de su necesidad de entornos estructurados residenciales y que no puedan vivir en estructuras intermedias en la comunidad (donde antes de iniciar la rehabilitación ya se descarta la vuelta a domicilio o el vivir en un piso).
- Elevado riesgo de hospitalismo, sobre todo si no se ha intentado la rehabilitación ambulatoria

Coordinación, evaluación y seguimiento. Documentos asociados.

El buen funcionamiento de la Unidad de Media Estancia de Área deberá estar garantizado desde la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área y dependerá de:

- Unos buenos sistemas y procedimientos
- Una buena coordinación y comunicación
- La posibilidad de que los diversos dispositivos se presten apoyo y se complementen, sin dejar fisuras por donde se pierdan los pacientes o que la aplicación de criterios excluyentes de dos recursos dejen fuera de ambos a un paciente.

La derivación a una UME sólo se podrá realizar desde los CSMC. Para ello, la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área deberá acordar:

A) Sistemas de:

- definición operativa de TMG.
- conjunto de datos mínimos administrativos, clínicos y sociales
- detección, control y seguimiento del censo de TMG del Área
- objetivos de rehabilitación prioritarios a conseguir en una UME
- seguimiento y cumplimentación de los programas de rehabilitación en cada dispositivo
- derivación a programas de apoyo comunitario y alternativas residenciales.

B) Protocolos de:

- evaluación ambulatoria
- derivación a UME
- priorización de ingreso y manejo de la Lista de Espera
- coordinación entre dispositivos del área

La coordinación con los CSMC de referencia es básica, de cara a compartir información, unificar criterios de actuación, dar continuidad a los programas, tanto al ingreso como al alta de las UME, y corresponsabilizarse de los objetivos propuestos.

Los dispositivos remitentes deberán cumplimentar previo al ingreso de un "PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UME" en el que constara:

- una evaluación de las áreas que precisan intervención
- trabajo de información y especificación de objetivos, así como de aclarar falsas expectativas a paciente y familiares
- esbozo inicial de los objetivos de la rehabilitación
- tiempo estimado de la rehabilitación
- anticipación en la búsqueda de recursos al alta: utilización del ingreso como recurso puntual dentro de un proceso rehabilitador más amplio
- compromiso de mantenimiento de la situación social actual y del apoyo familiar.

En ausencia de variables clínicas y sociales claramente establecidas como predictivas del resultado de la rehabilitación, los criterios de derivación deben ser amplios, poco restrictivos; por ejemplo, se puede pactar una aceptación de todos los casos que se deriven con el compromiso de aceptar también todas las altas de la UME tras un periodo de evaluación.

En nuestra opinión, y teniendo en cuenta nuestra realidad (quién y como ejerce el control de la Puerta de Entrada, disposición de recursos que amplían la Puerta de

Salida) el tiempo de estancia medio previsible de una UME debe ser de 6 a 12 meses, estando cláramente condicionado al cumplimiento de los objetivos del ingreso.

Una previsión o constatación de no consecución de tales objetivos en el tiempo establecido debe ser analizada por el equipo de la UME y el equipo del CSMC remitente de cara a valorar inadecuación del ingreso, ineficacia de los programas de rehabilitación desarrollados, u objetivos de la derivación excesivamente ambiciosos.

El mantenimiento del ingreso a partir de ese momento, deberá esta condicionado por el establecimiento conjunto de:

- objetivos de rehabilitación más asequibles,
- modificación de programas de rehabilitación,
- búsqueda de otras alternativas rehabilitadoras, a más largo plazo,
- búsqueda de alternativas residenciales,
- objetivos temporales,
- responsables de la evaluación y/o consecución de estos nuevos objetivos.

Esta rectificación de los objetivos de la rehabilitación, y por tanto mantenimiento de la situación de ingreso en la UME después de 6 – 12 meses, SÓLO se realizará en base a criterios clínicos que lo aconsejen y no en base a problemática exclusivamente social, aún sabiendo que la mayoría de las soluciones terapéuticas que precisa este perfil de pacientes tendrá carácter psicosocial.

Este diálogo de doble vía entre Equipo Remitente y Equipo Rehabilitador de la UME, deberá ser supervisado o realizado en el marco de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área.

Programas.

Clásicamente estas unidades atendían casi exclusivamente a personas con trastornos psicóticos crónicos, predominantemente esquizofrenia, pero en la actualidad deben estar preparadas para atender a otro perfil de pacientes entre los que se pueden encontrar los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la alimentación severos.

Es un espacio terapéutico que pretende, desde un enfoque bio-psico-social multi e interdisciplinar, minimizar las consecuencias de la enfermedad y potenciar las capacidades de los enfermos para poder mantenerse lo más autónomos posible en el ámbito comunitario.

Intenta llenar el espacio existente entre la atención en episodios de crisis o reagudización de la enfermedad en Unidades de Corta Estancia y la atención institucional de los pacientes con graves déficits para la vida comunitaria que deben residir en las Unidades de Larga Estancia.

A pesar de realizar su labor en un régimen de atención de hospitalización a tiempo completo, su vocación es de realizar un trabajo de integración comunitaria y así está facilitado por el hecho de precisar voluntariedad para el ingreso y aceptación de las normas, y por el régimen de puertas abiertas. No es una simple alternativa más a la institucionalización, un manicomio en pequeña escala, sino un instrumento de rehabilitación.

La rehabilitación psiquiátrica se convierte en una intervención complementaria y paralela al tratamiento, precisa de una mínima estabilidad clínica, y se hace completamente necesaria cuando el tratamiento es ineficaz o no plenamente satisfactorio. Está destinada a aminorar las consecuencias de padecer un trastorno mental crónico, a promover la adquisición de un mayor número de roles sociales y a la utilización y participación de los recursos comunitarios.

Siguiendo el modelo de vulnerabilidad en la esquizofrenia, que sigue siendo el trastorno que padecen mayoritariamente nuestros pacientes, se trataría de entrenar y potenciar los factores protectores:

A) personales

- habilidades de afrontamiento,
- cobertura farmacológica adecuada,

B) ambientales

- resolución de problemas en el ámbito familiar,
- acceso a apoyos sociales y afectivos, y disminuir los factores de riesgo ambiental:

- emoción expresada,
- sobreestimulación acontecimientos estresantes.

Todas las intervenciones deberán pivotar sobre el siguiente plan de intervención:

1.Evaluación de la demanda, con estudio de la documentación sobre el caso y el informe de derivación del equipo de salud mental del CSMC derivante.

2.Entrevista de Evaluación previa al ingreso, con el objetivo de valorar la situación actual y la pertinencia del ingreso.

3.Ingreso y Programa de Acogida, en el que, a través de el nombramiento de responsables directos del caso en el equipo, se le introduce en la dinámica del centro, se le enseñan las dependencias y su habitación, se le introduce al resto de compañeros y equipo, y se le enseñan los horarios, actividades y normas de régimen interior, a al vez que se observan sus peculiaridades y se intenta realizar un acogimiento agradable.

4.Elaboración de la Historia Clínica psiquiátrica, de Enfermería, de Trabajo Social, como instrumento que recogerá los antecedentes, situación actual, diagnósticos y tratamientos en intervenciones.

5.Elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR), multi e interdisciplinar, que dará continuidad al iniciado en el CSMC y adaptará sus contenidos a los objetivos del ingreso. Éstos, la situación de partida y los medios o intervenciones a realizar serán sus contenidos. El objetivo sería que estuviese consensuado por el equipo derivante, la familia, el paciente y el equipo rehabilitador.

6.El Plan de Tutorías será el medio para poder llevar a cabo el PIRR. A través de reuniones periódicas de los responsables del caso de los diversos departamentos del equipo se podrá poner en común la situación del paciente en las diversas áreas de evaluación-intervención, fijar acciones, tiempos de consecución-evaluación del cumplimiento y responsables de las mismas.

7.Coordinación con equipos de Salud Mental derivantes y otros agentes de salud y sociales relevantes para el paciente.

8.Evaluación e intervención en medio familiar, de cara a conseguir información y colaboración con las intervenciones del equipo.

9.Intervención médico-psiquiátrica integral con la realización de intervenciones diagnósticas, terapia farmacológica, coordinación e intervención ante problemas médico-quirúrgicos con Médicos de Atención Primaria y especialistas.

Las actividades realizadas se podrían diferenciar entre:

- individuales y grupales,
- específicamente psicoterapéuticas y ocupacionales,
- residenciales (en el centro) y comunitarias (en la comunidad).

Para ello, y siguiendo un esquema de evaluación de áreas deficitarias, entrenamiento y supervisión, una UME debería ofertar las siguientes actividades a sus usuarios:

- Plan personalizado de Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria (AVD) destinado a mejorar las pautas de higiene personal, aspecto físico y vestido, cuidado de su entorno (orden del armario, cuidado y gestión del vestido) y la autonomía en la utilización del entorno comunitario (desplazamientos a recursos necesarios, uso del transporte público, manejo de dinero, compras, gestiones...).

- Programa de Habilidades Domésticas en el que se entrenan las habilidades instrumentales para utilizar el material de una cocina, realización de menús, planificación de las compras, conservación, preparación y transformación de los alimentos, así como otras tareas domésticas como el lavado y planchado de la ropa, limpieza de suelos, baños y enseres. Específicamente diseñado para los pacientes que preparan su regreso a domicilio, ya sea familiar o alternativo, y en los que sus capacidades de adaptación y subsistencia dependan de una autonomía en la vivienda.

- Talleres Ocupacionales. A través de estas actividades se consigue un desarrollo de habilidades manuales, responsabilidad, trabajo en grupo, cumplimiento de horarios y estructuración de la jornada, etc..., creando hábitos que favorecen la integración social y ocupacional. Según disposición de las dependencias del centro se debería poder ofertar actividad ocupacional con diferentes nive-

les de dificultad en cuanto a la capacidad de manipulación, la responsabilidad en la finalización de la tarea y la autonomía para poder realizarlo.

Distintos ejemplos de tipos de talleres podrían ser: montaje o manipulado industrial, artesanía, mantenimiento de actividades del centro: limpieza, lavandería, trabajos de celador. Los centros con espacio de aire libre podrán ofertar actividades de jardinería y trabajos agrícolas.

- Actividades de Cultura y Reeducción tiene como misión la de realizar una actividad intelectual a través de ejercicios de gran número de contenidos académicos (matemáticas, geografía, historia...). Se pretende recordar, facilitar el conocimiento o el reaprendizaje, dando claves individualizadas para el mismo según las necesidades y déficits individuales; se da especial importancia a la orientación rehabilitadora de las capacidades cognitivas básicas (atención, concentración, memoria, razonamiento lógico, planificación) a través de actividades de lecto-escritura, cálculo y conocimiento práctico del entorno geográfico-cultural. Los contenidos deberían ser ecológicos (de su medio habitual) y prospectivos (lo que va a necesitar y serle útil en el futuro próximo).

Estas actividades cognitivas, grupales, con material escrito como medio o vehículo, pueden además incorporar también otros tipos de talleres como por ejemplo:

- Un Taller Literario, donde se procede a la lectura de fragmentos de distintos estilos y géneros literarios y se estimula la utilización del diccionario, complementa las actividades culturales haciendo especial hincapié en la lectura en voz alta, comprensión, declamación, capacidad de síntesis, colaboración grupal.
- Un Grupo de Debate en el que a través de temas seleccionados por ellos mismos sean capaces de expresar, defender y apreciar otras opiniones, facilitando la expresión oral y la tolerancia.
- Como actividades que facilitan la orientación en la realidad están la Lectura de Periódico (en sus diferentes versiones según centros) y la actividad de Poster-Collage los usuarios realizan en pequeños grupos una selección de noticias del periódico, noticias que trabajan componiendo una cartulina con comentarios personales y que titulan. Se consigue una familiaridad con la prensa, trabajo en grupo y el resultado está posteriormente disponible para el resto de los residentes.

- Las Actividades manuales o de expresión plástica o artística facilitan y sirven de medio para la expresión personal a través de las actividades de dibujo, pintura, decorado de figuras de escayola, realización de cuadros tridimensionales, máscaras, y otras técnicas. Sería aconsejable que el taller se pudiese adaptar a personas que desarrollasen actividades de larga duración y también que se pudiese introducir nuevas técnicas o actividades para mejorar las habilidades, con diferentes grados de dificultad.

El programa de Ocio Dirigido intenta integrar y fomentar en los usuarios actividades de tiempo libre en los ratos que no hay actividades psicoterapéuticas u ocupacionales. Incluye animación deportiva y juegos grupales, juegos de mesa recreativos y participativos, salidas grupales a acontecimientos culturales, visionado de películas de cine en el centro o en salas comerciales, y otras actividades que precisen de la utilización de recursos normalizados de ocio. Esta actividad tendría distintos niveles:

- 1) planificación, supervisión y ejecución en medio protegido,
- 2) planificación inicial con ejecución no protegida ni supervisada, y
- 3) fomento del asociacionismo e iniciativa de los usuarios en el que se pretende que parta de ellos el total de la actividad de ocio desde la planificación.

Un bloque importante y necesario es el encargado de la actividad física y la expresión corporal. En el se pueden incluir programas de

Animación e Iniciación Deportiva en el que existe una iniciación a deportes colectivos para conocer la técnica y poder participar en grupo, así como gimnasia, estiramientos, carrera, pedaleo...

En el programa de Psicomotricidad se pretende buscar una armonía, coordinación y conocimiento del propio cuerpo, se trabaja la relación con el otro a través de objetos intermedios y del propio cuerpo.

El programa de Relajación completa este bloque en el que se enseña a disminuir la tensión corporal y psíquica a través de la respiración y la relajación muscular; consideramos que los usuarios deberían disponer de un espacio para seguir practicando y recordando la técnica (grupo de recuerdo), y no solamente su adquisición.

En las actividades psicoeducativas incluiríamos:

- Un programa de Educación para la Salud, destinado a mejorar los hábitos relacionadas con la salud física. Se pretende dar información, a través de una estrategia de trabajo participativa e implicadora de los participantes, buscando actitudes preventivas en las áreas de mayor interés o gravedad (tabaquismo, hábitos alimentarios, higiene bucodental, tóxicos...).
- Un programa de Psicoeducación sobre la Enfermedad (esquizofrenia y psicosis en general) es un grupo terapéutico que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes información acerca de la enfermedad que padecen, con el propósito de mejorar su conocimiento sobre la misma y el reconocimiento de la misma en ellos. De esta manera aprenderán a comprender síntomas que presentan, serán capaces de pedir mejor ayuda, podrán detectar señales de recaída y aceptarán mejor el tratamiento. Dado el mayor número de usuarios con trastorno bipolar y esquizoafectivos sería conveniente dotar también a los centros de un programa de Psicoeducación para Bipolares.
- Un programa de Automedicación es un programa educativo de autonomía en medicación que pretende potenciar la responsabilización del paciente ante su tratamiento, dando información adecuada, para así disminuir el número de recaídas por la discontinuidad en el mismo y dotar al paciente de estrategias de afrontamiento ante su toma de tratamiento y recaídas.

Entre las técnicas psicológicas de intervención, y dadas las dificultades de los usuarios de las UME, se debería de contar con personal adecuadamente entrenado en programas, a realizar en grupo por su mayor eficiencia, de:

Rehabilitación cognitiva

Habilidades de comunicación

Resolución de problemas y técnicas de afrontamiento

Técnicas de asertividad

Expresión de emociones,

Otras...

Una alternativa a estas técnicas psicológicas es el programa Terapéutico Psicológico Integrado (I.P.T. Brenner y Roder) para la Esquizofrenia en grupos reducidos. Elegido por ser de los pocos que trabaja sobre el modelo de vulnerabilidad – estrés, utiliza técnicas cognitivo-conductuales y cubre, a través de los cinco módulos (diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales), las necesidades terapéuticas de los trastornos perceptivos y cognitivos y el déficit social que presentan los pacientes con trastorno esquizofrénico.

Entre las actividades grupales que cohesionan a los usuarios y forman parte del funcionamiento interno de los centros, siendo espacios de encuentro y palabra, están:

La Asamblea semanal (espacio en el que los usuarios pueden expresar quejas, debatir situaciones y proponer cambios del funcionamiento interno del centro que sea de interés general, no aceptándose contenidos que atañan a situaciones clínicas particulares, teniendo por interlocutores al resto de los usuarios y a todo el personal asistencial) Los contenidos se recogen en un acta que es leída al comienzo y luego queda expuesta.

La Reunión de Buenos Días para los usuarios de centros en régimen de estancia diurna (los asistentes comentan de manera abierta aquellos temas que les preocupan ese día, informan de cambios que les han sucedido, plantean noticias que les han causado impresión, etc...) cumple el objetivo de ser un lugar de encuentro que sirve de nexo entre los pacientes, les da un cierto sentido de pertenencia a un grupo y los diferencia simbólicamente de otros compañeros que están en otro nivel de rehabilitación.

A nivel de trabajo con las familias es imprescindible la existencia de un programa de Psicoeducación para Familiares, encaminado a mejorar el conocimiento y comprensión de la enfermedad y adquieran habilidades para mejorar la comunicación y afrontar las dificultades que conlleva la convivencia con un familiar enfermo. En y de estos grupos puede surgir, además Grupos de Autoayuda que habría que fomentar y potenciar.

Tal como el Plan de Salud Mental contempla, las UMEs y las ULEs deberían llevar a cabo los Programas de Alternativas Residenciales a la larga estancia en estableci-

miento psiquiátricos. Para ello, y complementando la mayoría de actividades descritas (AVD, habilidades domésticas, automedicación...), las UMEs precisan ofertar y llevar a cabo con los usuarios candidatos un Programa de Salida a Pisos en el que se capacite al paciente a adaptarse a la dinámica y obligaciones que supone el residir en una vivienda protegida pero comunitaria.

Este programa se realiza a caballo entre el centro y el piso, aunque idealmente se debería poder contar con un Piso de Entrenamiento o Transición que facilitase el cambio.

Deberá incluir la presentación del equipo responsable y los nuevos compañeros, a adaptación de horarios y transportes, la asignación de tareas y responsabilidades comunitarias, el adiestramiento en las habilidades instrumentales y uso de electrodomésticos, las técnicas de seguridad y autoprotección, la presentación a los agentes de salud y sociales de zona, y el dar los teléfonos de contacto ante situaciones de emergencias, entre otros.

UNIDADES DE LARGA ESTANCIA.

REHABILITACIÓN EN LAS UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

Definición.

Una Unidad de Larga Estancia (ULE) es un recurso residencial comunitario dirigido específicamente a personas con Trastorno Mental Grave (TMG), con una capacidad que se tendría que situar entre los 40-50 usuarios, que ofrece supervisión y apoyo durante las 24 horas/día y 7 días/semana, en un ambiente de convivencia lo más normalizado posible, pudiendo tener un carácter temporal o indefinido dependiendo de la evolución del PIRR individual de cada paciente, teniendo que proporcionar alojamiento, manutención, cuidado y soporte, atender a las necesidades sociosanitarias del paciente, así como llevar a cabo los PIRR de los mismos.

La ULE debe ser entendida como un dispositivo cuyo sentido esencial sea la rehabilitación de sus residentes, según la máxima de "que todo paciente cronicado es subsidiario de una mejora hacia una situación más normalizada" (Cristenfeld y cols), teniendo que tener como objetivo prioritario la rehabilitación psicosocial y la reinserción, y cuya finalidad sea la externalización hacia un medio lo más normalizado posible.

Este proceso de externalización de las ULE, debe plantearse en todos los pacientes que ingresen en ellas, teniendo como objetivo su reintegración de forma progresiva en la comunidad de la forma más normalizada posible, mediante la adaptación del PIRR del paciente en el momento de la entrada en la ULE y de la futura salida a cualquier otros dispositivo, ha de cubrir las diferentes necesidades de los usuarios, como son vivienda (a través de la red de pisos asistidos, conciertos con pensiones de la zona, e incluso familias de acogida), facilitarles la integración sociolaboral (talleres, trabajos protegidos, actividades de ocio y tiempo libre,...), atender a las necesidades sociosanitarias del paciente, entrevistas familiares. Y en los estadios finales de salida de la ULE, si es posible, realizar la asistencia psiquiátrica desde los propios Centro de Salud Mental Comunitario de zona, en aquellos casos en que ya se haya podido llevar a cabo el proceso de externalización de la ULE.

Objetivos :

- Intervenciones encaminadas a la contención y soporte, así como a la reducción de la psicopatología activa, tanto por medios farmacológicos como psicoterapéuticos, intervenciones familiares, ...

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.

- Favorecer la mejora de la autonomía personal y/o social de los usuarios, de tal forma que les permita un funcionamiento lo más normalizado posible.

- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.

- Evitar las situaciones de marginación y/o institucionalización, mediante la evaluación y seguimiento de los programas de rehabilitación de forma individualizada.

- Favorecer la progresiva integración social de los usuarios residenciales, en dispositivos cada vez más normalizados, e integración en la sociedad.

La organización de las ULE se debe plantear de un modo flexible y polivalente, capaz de ofrecer servicios residenciales de diferente tipo y duración, labores asistenciales y de rehabilitación, de forma que pueda ajustarse a las diferentes necesidades

y objetivos planteados por la población con TMG, y teniendo siempre como objetivo final la rehabilitación psicosocial, reinserción sociolaboral y externalización, de los pacientes de la forma más normalizada posible.

Perfil de los pacientes tributarios de su ingreso en ULE.

Generalmente los pacientes presentan niveles de autonomía personal y autocuidado muy deficitarios; con escasa adhesión al tratamiento y que precisan de apoyo continuado, generalmente son personas altamente refractarias a la medicación, no compensados psicopatológicamente y que pueden presentar comportamientos disruptivos.

Estas unidades están dirigidas a los pacientes con TMG, con los siguiente criterios generales:

- Ser derivados desde la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (CRRRA), mediante la cumplimentación de los correspondientes protocolos de derivación y objetivos propuestos.
- Pacientes que cumplan los criterios para considerarlos TMG (descritos anteriormente en el apartado correspondiente).
- Que se hayan agotado todas las estrategias de rehabilitación posibles en unidades intermedias (UME, Centros de Día, ...) y hayan fracasado, en los que se tenga que plantear una actividad de rehabilitación a más largo plazo, teniendo como objetivo su externalización, y reinserción de la forma más normalizada posible.
- Personas con TMG cuyos déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial, impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad de apoyo familiar y/o social.
- Personas mayores de 18 años de ambos sexos.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada y no estar en una situación de crisis.

Da cobertura a una población con unas determinadas características:

- Pacientes refractarios al tratamiento (total o parcialmente), que sufren deterioro importante, con graves discapacidades, que pueden presentar conductas disruptivas, con una necesidad de supervisión muy alta y que no disponen de apoyo familiar o este es insuficiente.
- También pacientes crónicos que siguen un proceso de rehabilitación psicosocial, que por motivos psicopatológicos o de falta de soporte sociofamiliar necesitan de un alojamiento supervisado mientras continúan con la rehabilitación, siempre que no sea posible realizar este alojamiento en otros dispositivos con unas condiciones más normalizadas (pisos terapéuticos, pensiones concertadas, familias de acogida, ...).

Se pueden diferenciar:

- Pacientes crónicos que residen en las ULE de los hospitales psiquiátricos tradicionales, desde hace muchos años, y que no ha sido posible su externalización.
- Los "Nuevos Crónicos", que requieren de este tipo de unidades residenciales, y que pueden beneficiarse de una actividad rehabilitadora de baja intensidad pero más prolongada en el tiempo que no la de las UME, y en los que el objetivo final siempre tiene que ser la reinserción sociolaboral, lo más normalizada posible.

Coordinación, Evaluación y seguimiento :

Se tendrán que establecer reuniones periódicas de coordinación y supervisión de casos y programas, con las UME, Centros de Día y CSMC de zona, tanto para la derivación de pacientes desde estos dispositivos a las ULE, como para la utilización de los recursos de rehabilitación de estos dispositivos por parte de los pacientes ingresados en la ULE, ya que es imprescindible que haya una buena coordinación entre los diferentes dispositivos sociosanitarios y de rehabilitación, para que de esta forma hay una adecuada continuidad en el PIRR de cada paciente.

También hay que tener en cuenta que muchos de los paciente que ingresan en las ULEs en un determinado momento de situación de crisis del paciente (agitación psicomotriz, descompensación psicopatológica, riesgo auto o heterolesivo, ...), sea nece-

sario su ingreso en una unidad de corta estancia (UCE) para su contención y tratamiento, siendo también imprescindible la coordinación con este dispositivo, para que no se interrumpan mientras dure su ingreso en la UCE el PIRR que esté llevando a cabo en ese momento el paciente.

Desde la CRRRA se tendrá que realizar un seguimiento y evaluación de la implantación, eficacia y eficiencia de los programas de rehabilitación en las diferentes ULEs, para de esta forma evitar que se institucionalicen los pacientes y que se prolonguen los ingresos, más de lo necesario.

Funciones y programas que deben realizarse en las ULE.

En este sentido la ULE debe realizar 3 funciones principales:

1.- Marco de Evaluación de los pacientes:

En este contexto se pueden evaluar diferentes variables con una máxima accesibilidad técnica a “las conductas que pueden ser objeto de cambio”.

Determinar qué circunstancias y situaciones discriminan determinados tipos de respuesta, es la primera labor del equipo de rehabilitación. Para lo cual es preciso diseñar programas de evaluación, observación y registro de las funciones conductuales.

2.- Reevaluación del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción:

A raíz de ese periodo de evaluación y observación exhaustiva se adapta el PIRR a las condiciones actuales del paciente, donde se determinan los objetivos e intervenciones a realizar, la prioridad de las mismas, los profesionales responsables de llevar a cabo cada intervención, el método de evaluación que indicará la consecución de los objetivos, así como la efectividad de la intervención.

3.- Puesta en práctica de los entrenamientos en rehabilitación dirigidos principalmente a:

- Un control o disminución de la psicopatología activa, haciéndolos menos incapacitantes para el sujeto.

- Fortalecimiento de la red social de forma natural (familia y amigos de origen) y/o artificial (familias sustitutivas, pisos protegidos, voluntariado, ...)

- Mejorar la capacidad de adaptación a la comunidad del sujeto (contrarrestar hospitalismo, hábitos saludables,...)

- Mantener o aumentar el contacto del paciente con el exterior de la ULE (comunidad).

- Mejorar los aspectos socioeconómicos del usuario para que se facilite su integración en la comunidad (ingresos económicos, apoyos comunitarios: pisos, trabajo protegido, ...)

Áreas de actuación en las ULE.

1.- Servicios Básicos:

Se deben cubrir las necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidados, de los usuarios.

Realizar las entrevistas de acogida y seguimiento de los sujetos durante su ingreso, atender a las necesidades de tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico (tanto individual como de grupo, si es preciso), realizar las intervenciones y entrevista familiares encaminadas a la posible reinserción y regreso del paciente a su entorno sociofamiliar.

2.- Rehabilitación psicosocial e integración comunitaria:

Orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios, independientemente de la duración de la estancia.

Para ello se desarrollarán programas de intervención y actividades en relación a diferentes áreas, compatibles entre si, y que tendrían que desarrollarse de forma simultánea en las diferentes áreas de intervención :

Programas de tendrían que llevarse a cabo en las ULE:

A) Programas encaminados a la propia rehabilitación del usuario.

Dado que los pacientes que ingresan en las ULE generalmente presentan un importante deterioro en diferentes áreas, producidos tanto por la propia psicopatología (tanto síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia, sintomatología afectiva, alteraciones del ritmo vigilia-sueño, ...) como por otras interacciones, es imprescindible realizar diferentes intervenciones (descritas en el apartado correspondiente) para lograr la rehabilitación psicosocial de los propios usuarios, tales como:

- Psicoeducación de los usuarios.
- Educación para la salud y autocuidado.
- Intervenciones en las actividades de la vida diaria.
- Rehabilitación cognitiva.
- Afrontamiento del estrés.
- Psicomotricidad.

B) Programas para facilitar y mantener los apoyos familiares.

Se tendrán que realizar programas encaminados a mantener y facilitar los contactos y apoyo familiar, que generalmente suelen estar bastante deteriorados, para lograr la posible reinserción sociofamiliar de los usuarios en su entorno, mediante la realización de diferentes intervenciones :

- Psicoeducación para familiares (descrita en el apartado de intervenciones correspondiente).
- Mantenimiento de los vínculos con la familia, dentro de lo posible, tanto por medio de visitas periódicas de la familia en la ULE, como de permisos terapéuticos del usuario a su domicilio.

C) Programas de coordinación y progresiva integración en la red de pisos comunitarios.

Dado que el objetivo fundamental es la rehabilitación psicosocial y la reinserción de los usuarios, es fundamental proporcionarles un alojamiento en la comunidad lo más normalizado posible (pisos terapéuticos con diferente grado de supervisión, pensiones concertadas, familias de acogida), para lo cual se tendrán que realizar diferentes modelos de intervención para que esto se realice de un forma progresiva :

- Realización de programas en un “piso piloto” para la evaluación de los pacientes, y determinar el tipo de recurso que requieren, así como poder realizar el aprendizaje de las diferentes actividades (cocina, limpieza, ...)
- Seguimiento, supervisión y apoyo, de los usuarios ya externalizados.

D) Programas para la integración social del usuario.

Se tendrán que realizar intervenciones encaminadas a lograr la integración social de los usuarios de las ULE en la comunidad, mediante las intervenciones en:

- Habilidades sociales (descritas en el apartado correspondiente).
- Organización y realización de actividades de ocio y tiempo libre, dentro y fuera de las ULE. Se tendrán que fomentar los intereses y aficiones de los usuarios.
- Programas de integración comunitaria: Promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, ...

E) Programas para la integración laboral del usuario.

Dado que generalmente los TMG se han iniciado en periodos precoces de la vida, en la mayoría de los casos no se ha producido un integración de estos pacientes dentro del mundo laboral siendo su formación profesional muy deficitaria, por lo que es imprescindible realizar una orientación vocacional, laboral y ocupacional adecuada, mediante

- Programas de formación, en diferentes actividades. Específicos o los disponibles en la comunidad, si es posible.
- La integración laboral y ocupacional de la forma más normalizada posible (talleres pre-laborales, centros ocupacionales con diferente grado de supervisión, centros especiales de empleo e incluso si es posible un trabajo normalizado).

4.3. SUBPROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO

El programa de Rehabilitación, articulado entorno al PIRR, es responsabilidad de los dispositivos y unidades hasta aquí descritos, que en sus planes asistenciales deben desarrollar todos los aspectos básicos de la rehabilitación, de acuerdo con el lugar y función que cada uno cumple en la Red de Salud Mental. Pero este apoyo rehabilitador básico requiere, para un sector determinado de EMG con graves deficiencias en la gestión social de su dificultad, en los aspectos residenciales, laborales y de ocio y tiempo libre, de otros medios y recursos para hacer efectiva su vida en sociedad. Esto nos lleva a proponer un nuevo programa, complementario a las actividades de seguimiento de los dispositivos específicos, que consistiría en el Programa de Apoyo Comunitario para ofertar una continuidad de cuidados sociales y de soportes que garanticen la calidad de vida de los enfermos más discapacitados y de su núcleo familiar. Este programa tiene un carácter instrumental y sectorial, y como tal debe quedar integrado en un Plan de Rehabilitación, del que se derivan los criterios de intervención seguimiento y evaluación.

Un Área, además de contar con los recursos normalizados del entorno es necesario que cuente con la dotación de recursos desde el ámbito sociosanitario, entendiendo la atención sociosanitaria como el estudio, diagnóstico, tratamiento y atención continuada de los problemas y dificultades de las personas o sus familias cuando tienen que enfrentarse a pérdidas importantes de salud y/o autonomía.

El Programa de Apoyo Comunitario cierra el circuito de Rehabilitación de pacientes más discapacitados, cumplimentando con recursos de integración en la comunidad, los logros alcanzados en Rehabilitación. Oferta una continuidad de cuidados sociales y de soportes que garantiza una mayor calidad de vida y que coinciden con las necesidades básicas del resto de los ciudadanos: conseguir trabajo, contar con

unas relaciones afectivas satisfactorias y con una vivienda digna, acceder a la cultura. Objetivos que sólo se pueden alcanzar en relación a otros recursos institucionales y comunitarios.

Uno de los objetivos del Programa de Apoyo Comunitario consiste en poner al alcance de los usuarios todos los recursos con que cuenta cualquier ciudadano en nuestra sociedad, así como promover la creación de otros específicos que posibiliten la progresiva superación de dificultades para una integración social real. Crear estos recursos exige resolver aspectos jurídicos, económicos, financieros y de organización para que puedan cumplir de forma efectiva con el papel de mediadores y culminar la labor rehabilitadora.

Es en este Programa donde la fundación Pública ha de tener una participación importante junto con asociaciones ciudadanas (de consumidores, pacientes y familias) , en la dotación y gestión de recursos, estrechamente coordinada con el resto de recursos de rehabilitación de cada Área.

Este Programa de Apoyo Comunitario estará dividido en tres Subprogramas:

- Subprograma Laboral
- Subprograma Residencial
- Subprograma de Ocio y Tiempo Libre

SUBPROGRAMA LABORAL

DEFINICIÓN

“Conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de las personas con TMG, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva”. (doc. FAISEM. Cádiz. Oct.2000).

INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha de programas ocupacionales-laborales para favorecer la integración social de las personas con Trastornos mentales graves, se justifica en el papel que la actividad laboral juega como factor clave de intercambio económico y social en la vida de cualquier persona. Constituye, además, un derecho ciudadano, para

cuyo ejercicio el EMG necesitará de diferentes apoyos en un proceso que tendrá no pocos avances y retrocesos. El trabajo, el puesto de trabajo forma parte del "status social". Finalmente el "acto de trabajar", como acción deseada por el sujeto, pone en activo todos los procesos y funciones cognitivas, de identidad, creativas, activa la idea de proceso con finalidad, la idea de utilidad y valor personal, la idea de organización compartida en el tiempo y el espacio, la posibilidad de desarrollos afectivos y conflictos objetivos etc. Procesos, funciones e ideas básicos que han sido afectados en el proceso del enfermar y que podrán ser trabajadas en condiciones reales ("objetivables") por quien sufre las consecuencias. Procesos que, puestos a disposición del programa de Rehabilitación, pueden suponer avances no previstos por el sólo conocimiento diagnóstico, y constituir otro punto de observación y evolución de los SÍNTOMAS de la enfermedad.

El trabajo, y en el mismo sentido la vivienda y las relaciones sociales, se convierten en ejes fundamentales sobre los cuáles articular un proyecto/programa lo mas personalizado posible, dentro del territorio donde la persona vive.

Entorno a un 90% del colectivo de personas con TMG tienen grandes dificultades para acceder al mercado normalizado de trabajo y para los cuáles son necesarias alternativas laborales protegidas o semiprotegidas.

De las diversas experiencias que existen en nuestro propio país (Andalucía, C. Madrid, Cataluña, etc.), así como en otros países de la Comunidad Europea, se puede afirmar que en aquellos lugares, donde los recursos de salud mental, se han ido diversificando, redistribuyéndose en la propia comunidad, dando unas respuestas más transversales al problema de la Salud Mental, las personas afectadas de TMG han comenzado a mejorar su propia calidad de vida. La utilización de los recursos de tipo sanitario ha ido dejando paso a alternativas más integrales, lo que ha proporcionado una respuesta más adecuada al conjunto de problemas que presentan.

Los programas que pongamos en marcha, deben recoger las diversas experiencias existentes. Para poder pensar en un programa que tenga perspectivas razonables de efectividad se ha de tener en cuenta la idea básica de la complejidad de la tarea. Esta complejidad se deriva tanto de la multiplicidad de factores, momentos e intervenciones, como de la variabilidad de la persona en sus necesidades, ritmos y trayectoria.

Con vistas a ordenar esta complejidad deberíamos considerar:

A) Las distintas áreas del funcionamiento personal que suelen estar afectadas (cognitivas, perceptivas, motivacionales y relacionales). Con alteraciones múltiples y variables, así como una especial dificultad para generalizar conductas fuera del contexto en que se aprendieron.

B) Los distintos momentos evolutivos por los que pasan las personas, con posibilidad de importantes oscilaciones, de difícil predicción.

C) La diversidad de intervenciones y profesionales que se deben poner en juego para abordar dichos problemas, en un mismo usuario, actuaciones de tipo sanitario, social, laboral, en sus diferentes momentos y variables.

El programa individual de inserción laboral

Un Programa de Inserción Laboral, en su aspecto individual, es una concreción del PIRR, que ha sido elaborado en el dispositivo de referencia. La estructura de inserción ocupacional, su equipo, inicia así su participación en el PIRR asumiendo el compromiso de continuidad asistencial en una situación específica de trabajo. Asimismo el PIRR deberá tener en cuenta las condiciones específicas del trabajo: organización, normas y funcionamiento.

Dado este carácter instrumental es necesario que la estructura laboral este integrada en la Comisión de Rehabilitación y que ésta establezca:

- los mecanismos de coordinación entre el área laboral y los dispositivos de Rehabilitación.
- los criterios y procedimientos de admisión y cese en los talleres y programas, bolsa de candidatos.
- los criterios de evaluación y seguimiento del programa individual de inserción laboral.
- los protocolos necesarios para garantía de un correcto funcionamiento..
- Los sistemas de supervisión de la estructura laboral y sus equipos.

- La dotación del personal con funciones y cualificación suficiente. (Es frecuente pensar en la inserción laboral soportada por los estamentos menos cualificados a los que se dedica menos atención a su formación)
- La creación de talleres prelaborales, ocupacionales, CEE en cada Área y de programas de acompañamiento al empleo ordinario.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

Es un programa que facilita el acceso a la actividad productiva de personas con TMG, con el objetivo de conseguir la mayor autonomía laboral.

Es actividad productiva aquella en la que como consecuencia de la participación de uno/a o varias personas con el trabajo, un objeto es transformado y adquirido por un tercero en razón de su utilidad

Se inicia con el compromiso explícito del interesado y la negociación de objetivos.(PIRR) este es en extremo necesario en los procesos de evaluación. Se establecerán con claridad las condiciones de remuneración y los procedimientos de cambio de nivel tanto de ascenso como de descenso.

Se dará a conocer la normativa de funcionamiento, régimen de faltas y formas de negociación.

Se informará de forma clara de las funciones y responsabilidades ubicación del personal de Apoyo, disponibilidad y persona de referencia personal, en su caso.

Dados los diferentes grados de dificultad que provoca la enfermedad, el programa debe disponer de diferentes recursos, talleres, adecuados a estos grados de dificultad. Asimismo se tenderá a diversificar las actividades para facilitar el acceso a personas con habilidades muy diferentes.

El programa se adaptará y tendrá previstos los procesos de avance y de retroceso , y se adaptará a procesos largos de rehabilitación de capacidades.

El programa se dotará de procesos formativos, tanto propios como ajenos, y de fases de aprendizaje adecuadas al candidato.

El Programa se dotará de mecanismos de participación grupal en torno al trabajo y su organización para facilitar el aprendizaje en los procesos de actividad y en el intercambio social. Asimismo para estimular los procesos de socialización y de solidaridad.

El candidato participará de forma activa en su proceso de evaluación.

El Programa en su conjunto responde al Modelo de ITINERARIO DE INSERCIÓN en tanto que se fundamenta en la idea del recorrido, que un usuario puede hacer, desde niveles muy elementales de actividad productiva, pasando por otros más complejos, aunque protegidos y abre la posibilidad de acceso al trabajo ordinario.

TIPOS DE RECURSOS LABORALES

Los programas/recursos a poner en marcha van destinados a un grupo de personas muy variable y que van a necesitar de unos recursos articulados en diversos niveles, en unos casos como recursos de la Red de Salud Mental, y en otros desde ubicaciones diferentes. A modo de orientación podríamos hablar de:

A: Talleres Pre-laborales:

Espacios donde se comienza a realizar el ajuste personal a unos horarios, convivencia con otros compañeros y su superiores, cierta actividad de aprendizaje manual básico, actitud hacia la tarea, constancia en la actividad, nivel de iniciativa, etc., evaluación y orientación ocupacional/ laboral/ formativa, como complemento de otras intervenciones mas de carácter sanitario, y social, con una duración limitada del tiempo (1 año), siendo un primer eslabón en un recorrido mucho más amplio y complejo. (La ubicación de este espacio podría ser en los C. de Día).

B: Centros Ocupacionales:

® Marco legal para Centros Ocupacionales:

R.D.2274/1985,RESOLUCIÓN.26/8/1987,O.M.4/4/

1992,O.M.30/9/1994

Espacios donde confluyen:

a) Personas en edad laboral con cierta estabilización/compensación patológica, con una situación legal de minusvalía/ o pensión de la S.Social, con pocas posibilidades de regresar al mercado normalizado de trabajo y con cierto deseo de realizar actividades ocupacionales. Es vital establecer unas metas individualizadas de evolución en la capacidad de autonomía individual. evitando que se convierta en un lugar finalista o cronificador.

b) Usuarios en edad laboral con cierta estabilización que desde los dispositivos de rehabilitación y después de su pase por un Taller Pre-laboral, se cree conveniente su estancia de forma temporal como aprendizaje hacia un proyecto menos tutelado, que utilizan el C.O. como una parte de un programa individual más complejo.

Este dispositivo esta en medio del camino entre los proyectos laborales y los recursos de rehabilitación. Es muy útil que estén cerca de los proyectos laborales menos tutelados; estos funcionan como elemento dinamizador hacia un espacio menos sanitario, y posibilitan el inicio de un proyecto fuera del circuito de salud mental.

Estos espacios deben a ser posible ser autosuficientes al menos en parte, buscando que los objetos que se produzcan o generen tengan una salida en el mercado.Su importancia radica en el efecto que puede tener para sus integrantes tanto en su refuerzo personal, como en aspectos económicos básicos, la remuneración, factor de motivación.

Se debe favorecer el desarrollo evolutivo en esta Área de los usuarios, para lo cual se garantizará la conexión entre la actividad ocupacional/semiproductiva y los C.E.E. o las empresas sociales que existan en la zona.

Posibles objetivos:

- 1.Participar desde el entorno ocupacional en la consecución de las directrices que se hayan diseñado en el PIR
- 2.Preparar al usuario en la adquisición de un nivel básico de habilidades pre-ocupacionales, manejo de medios, puntualidad
- 3.Favorecer la interacción y el trabajo, con otros usuarios

4.Facilitar a los usuarios una mayor capacitación para poder asumir tareas mas comprometidas, dentro del C.O y/o en el exterior menos tuteladas

5.Aumentar la autoestima

6.Favorecer la estructuración de la actividad diaria del usuario

7.Facilitar la aparición de alternativas creativas frente a los conflicto en la ejecución de la tarea

8.Utilizar el C.O. como actividad puente hacia otras actividades mas normalizadas

Centros Especiales de Empleo/Empresas sociales/mercado normalizado de trabajo:

® Marco legal para Centros Especiales de Empleo:

R.D.620/1981,O.M.5/3/1982,R.D.1368/1985,R.D.2273/1985,

O.M.22/3/1994,R.D.LG.1/1995,O.M.16/10/1998,R.D.427/1999,

R.D.27/2000.

Pensados para usuarios, compensados, con ciertas experiencias laborales en el mercado normalizado de trabajo, y que previamente han participado en un C. O. de la red de salud mental. El C.E.E. oferta una propuesta gradual de mayor nivel de tutelaje a mas nivel de autonomía en función de cada persona, pudiendo llegar a una jornada completa en un recurso semitutelado o C.E.E., u otro tipo de proyecto laboral mas autónomo o en el mercado normalizado de trabajo.

Este dispositivo está a medio camino entre los C.O. y el mercado normalizado de trabajo. Los usuarios de los C.E.E, con una buena evolución deben ser candidatos hacia el mercado normalizado. En otros casos es posible que vayan a necesitar de forma temporal en determinadas etapas los C.O, por lo que parece oportuno cierta proximidad de unos con otros aunque manteniendo diferenciadas de lo que es una y otra alternativa.

La forma de acceder a estos recursos debería de ser desde el recurso de rehabilitación de área y después de su pase por un recorrido ocupacional o formativo de

cierta intensidad y sobre la base de un análisis de las características del usuario y del C.E.E.

Nota. Desde hace unos años están comenzando a aparecer diversas experiencias nuevas como son las empresas de inserción social, acompañamiento al empleo, entornos laborales, etc. Es conveniente ir analizando estas experiencias para poder recoger los aspectos positivos que tienen, así como para plantear propuestas alternativas a nivel legislativo.

CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL:

Actividades de formación de corta y media duración:

A) La formación debe orientarse a la eliminación de déficits tanto básicos como profesionales, en la medida que estos queden registrados en el PIRR o en la propia evolución del programa de inserción laboral. Debe prever los casos de personas habilidosas en una actividad pero que necesitan aminorar sus déficits en la relación con los demás, o en procesos de formación escolar básica interrumpida etc.

En general los criterios tanto en el método de formación como en la composición del grupo deben tener en cuenta los grados y tipos de dificultad. La formación para niveles serios de dificultad, debe contar con profesionales especializados en métodos activos y prácticos que estimulen la participación progresiva del alumno, y la mejora de la confianza en si mismo. Profesionales con mucha tolerancia a la frustración y con rapidez de adaptación a situaciones imprevistas que deben ser integradas en el proceso formativo.

B) Formación profesional dirigida a capacitar a las personas para poder optar a un empleo en el mercado normalizado de trabajo o en trabajos semiprotectidos. Unidos a la activación de programas de búsqueda y acompañamiento al Empleo Ordinario.

C) Formación profesional dirigida a mejorar la capacitación profesional de los integrantes de un proyecto laboral u ocupacional en marcha o de nueva implantación.

D) Formación en prácticas en los propios talleres como forma de familiarizarse con una actividad y normativa, como forma de aminorar angustias etc

E) Seguimiento e información permanente a los usuarios de la oferta de cursos de formación en los servicios normalizados (Inem, Forem, DGA...), impulsando su participación en cursos complementarios: informática, administración, medio ambiente....

F) Cursos de formación en las nuevas tecnologías como herramienta social, cultural y económica, especialmente dirigida al colectivo según los niveles de dificultad.

G) Financiación: Búsqueda de recursos del Fondo Social Europeo para la lucha contra la exclusión del mercado de trabajo; y del Fondo Europeo para el Desarrollo (FEDER) para inversiones en estructuras sociales y de Inserción a los que tiene derecho el colectivo. Negociación de fondos de financiación y programas específicos dentro de los Planes de formación Profesional de la DGA.

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y APOYO AL EMPLEO:

Dirigidos a facilitar la integración laboral en empresas, suministrando apoyo personalizado en los diversos momentos de este recorrido a cada usuario:

A) Apoyo en la búsqueda de empleo en sus diferentes etapas.

B) Apoyo en los primeros días de trabajo

C) Apoyo en posibles crisis personales en las diferentes etapas de esta nueva situación. Atención preventiva a usuarios con empleo que pudieran estar en riesgo de perderlo

D) Orientación y evaluación personalizada para establecer el itinerario mas apropiado en cada persona, en los diferentes servicios o programas existentes en la red de salud mental y fuera de esta.

E) Actividades de apoyo y sensibilización, con las diferentes empresas colaboradoras con los recursos de rehabilitación.

La ubicación de estos programas, supera el ámbito del área, por lo que una posible alternativa sería crear un equipo por provincia, que debería estar en los organismos de coordinación de salud mental en el ámbito de la Comunidad Autónoma. Este

equipo debería trabajar en estrecha relación con el recurso de rehabilitación de área y con los servicios de Orientación para el empleo de los Sindicatos, CREA e INEM.

SUBPROGRAMA RESIDENCIAL

PROGRAMAS DE ALTERNATIVAS RESIDENCIALES

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades y recursos orientados a cubrir las necesidades residenciales (vivienda, manutención, cuidados básicos) que garanticen la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades psiquiátricas, proporcionándoles el grado y tipo de apoyo que precisen en cada fase evolutiva. Son usuarios con necesidades y problemáticas complejas cuya atención supera el ámbito estrictamente sanitario, adquiriendo una dimensión psicosocial.

OBJETIVOS

Facilitar residencia a los pacientes con TMG que pueden ser mantenidos bajo control psiquiátrico en el medio comunitario

Proporcionar alternativas residenciales adecuadas a las características del paciente y de su momento evolutivo

Adecuar los apoyos residenciales a las características contextuales

Estimular el mayor grado de autonomía posible en la gestión y mantenimiento de sus necesidades residenciales

ACTIVIDADES

Apoyo de la estructura familiar como soporte básico natural para que se mantenga y en su caso reintegre el paciente

Gestión de su inclusión en familias sustitutas ajenas al paciente que sustituirían a la familia natural, proporcionándoles el apoyo necesario

Facilitar los recursos y apoyos necesarios a los pacientes que puedan disponer y mantenerse en una vivienda propia

Facilitar el uso de recursos residenciales normalizados, proporcionando el apoyo necesario

Establecimiento de los recursos residenciales de titularidad pública. Insertos en la comunidad en los que se proporciona diferentes niveles de atención: pisos de transición, pisos asistidos, pisos protegidos...

TIPOLOGÍA DE RECURSOS

La necesidad de dispositivos variados ante los distintos niveles de discapacidad psicosocial que necesitan distintos grados de atención y soporte vendría representada por una especie de "Continuum Residencial", donde los usuarios y los equipos que les atienden pudiesen optar por la alternativa residencial de uno u otro nivel en función de su evolución.

Las experiencias americanas y europeas han tenido un desarrollo desordenado, con distintas denominaciones, que han impedido alcanzar una nomenclatura común. La tipología óptima para poder dar una cobertura adecuada a la mayoría de necesidades residenciales de los pacientes sería la siguiente:

1. AYUDAS INDIVIDUALES

Destinadas a incentivar la utilización del medio social y familiar de origen y/o familias sustitutas. Estas ayudas deben acomodarse a las necesidades del usuario y a la existencia de un contrato con unos compromisos concretos.

2. PISOS PROPIOS

Pacientes que poseen piso propio, o bien porque han formado su propia familia o porque han fallecido sus cuidadores habituales, generalmente los padres. Actualmente estos recursos se están desaprovechando al no existir programas de apoyo suficientes (solo existen algunas experiencias a nivel privado).

3. VIVIENDA CON APOYOS (supported housing).

Para personas con niveles medios o bajos de discapacidad, facilitando el acceso, la elección y mantenimiento en viviendas normales con un sistema de apoyo flexible y continuado (se podría aconsejar facilitar acceso a viviendas de Pro-

tección Oficial con seguimiento desde el CSMC o Unidad de Rehabilitación psicosocial de área URPA).

4. FAMILIAS SUSTITUTAS

Dispositivo residencial formado por un núcleo familiar ajeno a los usuarios que los acoge, recibiendo un apoyo económico y técnico. El objetivo es facilitar la integración comunitaria a través de un contrato de convivencia y soporte socioafectivo familiar. Estancia temporales o continuadas.

5. PENSIONES SUPERVISADAS

Son plazas de alojamiento y manutención que se conciertan con pensiones normalizadas con un seguimiento desde un equipo especializado de la red, para pacientes con un buen nivel de autonomía que no disponen de recursos económicos ni de apoyo familiar, evitándose procesos de marginación y deterioro.

6. ALOJAMIENTOS SUPERVISADOS, PISOS PROTEGIDOS O PISOS SOCIALES.

Pisos para usuarios con habilidades y un nivel aceptable en su autonomía personal, con capacidad de entre uno a cuatro residentes. La supervisión, organización y funcionamiento de cada recurso variaría en función de cada recurso pero tendería a ser mínima y realizada desde dispositivos menos intensivos, como unidades de salud mental u organizaciones de ámbito social o de coordinación entre ambas.

7. PISO DE TRANSICIÓN, TERAPÉUTICO O PISO ESCUELA

Dispositivo terapéutico y residencial de carácter temporal cuyo objetivo es ser un taller de aprendizaje centrado en actividades de autocuidado y de convivencia social, como entrenamiento previo al paso a otro tipo de dispositivo residencial más autónomo (vivienda familiar, propia, supervisada...) si supera con éxito el programa o menos autónomo (pisos asistidos o casas hogar) si no lo hacen. Dado su carácter rehabilitador, debería depender de una unidad especializada en rehabilitación (URPA, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia...), y con asistencia 24 horas (puede ser localizada), pero con posibilidad de traslado a otras unidades y de visitas al domicilio familiar.

8. PISOS ASISTIDOS O CASAS HOGAR

Destinados a usuarios con discapacidades que exigen para su mantenimiento en la comunidad un mayor nivel de supervisión, asistencia 24 horas, que dependiendo de las características de cada grupo serán presenciales o no. Dentro de este recurso, podrían diferenciarse dos perfiles de usuarios:

- Pacientes de larga evolución de la enfermedad, con antecedentes de institucionalización, que tienen discapacidades graves en autocuidado, habilidades sociales que mejoran con supervisión continua, pero que no presentan graves trastornos psicopatológicos
- Jóvenes con psicopatología activa, que necesitan a más largo plazo apoyo intensivo tanto para la contención de su sintomatología, como para la ejecución de programas de inserción social que eviten la tendencia a la cronicidad.

ORGANIZACIÓN

La organización de estos recursos debería estar en función de las necesidades a cubrir, de forma que aquellos dispositivos residenciales que ofrezcan un mayor nivel de apoyo terapéutico y de intensidad de cuidados deberían estar integrados en los programas residenciales de la Unidad de Rehabilitación del Área o de los dispositivos rehabilitadores que se encuentren diseñados en la red (UME, ULE,...) sea cual sea la titularidad de los mismos*. El resto, con un nivel de atención y soporte mucho menor, podría depender de distintos dispositivos en función del nivel de supervisión exigido (programas de encargados de caso de USM, entidades privadas, etc.) .

La estructura de una UME o de una ULE (atención continuada) puede dar cobertura a pisos que precisen un nivel de apoyo elevado y evitar que dependan de un CSM que tiene un horario limitado o que tengan que recurrir directamente a las urgencias de una UCE para atender una situación de crisis.

Esquema de adscripción de los distintos dispositivos residenciales a programas residenciales de las distintas unidades de atención psicosocial de la red de salud mental.

CSMC /ONG: Usuarios con más autonomía, menor soporte

VIVIENDA PROPIA
VIVIENDA FAMILIAR
VIVIENDA CON APOYOS
FAMILIA SUSTITUTA
PISOS PROTEGIDOS
PENSIONES SUPERVISADAS

UNIDADES DE REHABILITACIÓN:
(Unidades ambulatorias, media estancia o larga estancia) Usuarios con menos autonomía y más soporte

PENSIONES SUPERVISADAS
PISO TRANSICIÓN
PISOS ASISTIDOS/
CASA HOGAR

COORDINACIÓN

De acuerdo al grado de autonomía y necesidad de apoyo de los pacientes y la articulación del recurso residencial con la unidad asistencial correspondiente (CSMC, C. De DÍA, UME, ULE,...) dentro de cada Área de Salud, se desarrollaran diferentes programas con una intensidad variable con relación al autocuidado y la integración comunitaria. Para el desarrollo de los mismos es imprescindible que dentro de cada unidad asistencial (CSMC, C. de DÍA, UME, ULE...) exista personal asignado dentro de sus equipos a la planificación, seguimiento y supervisión de los programas residenciales, en unos casos con dedicación exclusiva y en otros dedicando parte de su jornada laboral.

Estos profesionales responsables de los programas residenciales se coordinaran con el equipo sanitario de referencia para el paciente, diseñando y evaluando conjuntamente los objetivos del PTI del paciente dentro de este programa.

Dado su carácter sociosanitario, la implantación de estos programas residenciales requiere la participación del sistema de servicios sociales, tanto para la dotación de

infraestructuras como para el desarrollo de políticas sociales que favorezcan la integración comunitaria de este colectivo.

PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

1. INTRODUCCIÓN.

En el caso de personas con T.M.G., es significativa la presencia de un exceso de tiempo libre, así como bajos niveles de ocupación, debido a sus diferentes déficits. Estos déficits, dificultan o incluso impiden una integración social, familiar o laboral normalizada. Nos encontramos pues con un proceso patológico que incide directamente en la motivación para participar en actividades que no necesariamente tienen que ser lúdicas o recreativas, y que proporcionan un beneficio en si mismas. Estas actividades también permiten experimentar o explorar situaciones previas para satisfacer demandas posteriores, bien sean laborales, sociales, familiares u ocupacionales.

La relevancia que el ocio ha tenido en la vida de personas con trastornos mentales graves y en las instituciones que les prestan servicios ha estado muy ligada a la concepción de enfermedad imperante en cada momento histórico y a las actitudes sociales hacia este colectivo (Austin y Crawford, 1991). La atención psiquiátrica actual centrada en aspectos como la calidad de vida, la rehabilitación y la integración comunitaria ha empezado a otorgar una gran importancia al ocio de las personas a las que sirve en la cultura occidental actual (V.M. Larrínaga y S. Gorbeña).

El ocio satisfactorio y personal es una fuente importante de bienestar que en los enfermos mentales suele ser precario, deficiente o inexistente y de baja calidad debido a sus características, la falta de motivación, acumulación de experiencias previas de fracaso, déficits cognitivos, déficits de las habilidades sociales, etc...

La idea actual de Ocio y tiempo libre dentro del tratamiento integral del T.M.G. no responde a la idea de la ocupación indiscriminada de todas las horas de las personas en tratamiento psiquiátrico, a través de actividades lúdicas y/o recreativas, así como de actividades manuales o artísticas.

Breve reseña histórica

Siguiendo la propuesta de Víctor M. Larrinaga y Susana Gorbeña en el documento El ocio en los hospitales psiquiátricos, los especialistas en ocio terapéutico que han

trazado la historia del ocio en los hospitales psiquiátricos (Austin y Crawford, 1991; Carter, Van Andel y Robb, 1995; O'Morrow y Reynolds, 1989) se remontan a las antiguas civilizaciones para recoger las primeras recomendaciones sobre los beneficios del ocio en la salud mental. También se encuentran referencias en manuales y tratados de la historia de la salud mental o la psiquiatría (Ackerhnecht, 1993; Barcia, 1996; Kaplan y Sadock, 1989; Hales, Yudofsky y Talbott, 1996; Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Las primeras décadas del siglo XX suponen la consolidación de los programas recreativos en los hospitales psiquiátricos estadounidenses (O'Morrows y Reynolds, 1989), debido entre otros factores al empuje dado a la recreación en los hospitales de veteranos de guerra, por la influencia de la Cruz Roja Americana que había establecido en 1919 un departamento de recreación hospitalaria. Estos programas pasaron a ser considerados como actividades terapéuticas y rehabilitadoras, más que una oferta recreativa y de entretenimiento

2. NECESIDADES DE OCIO DE LA POBLACIÓN CON T.M.G.

El enfoque del ocio dentro de los dispositivos de trabajo con el enfermo con T.M.G. no sólo responde a la principal función rehabilitadora, si no que también se contempla como preventiva y compensadora bien sea del deterioro o como herramienta que ayuda a paliar los efectos de la hospitalización prolongada o como alternativa ocupacional para los pacientes. Principalmente el ocio mejora la competencia psicosocial, fomenta la comunicación y las relaciones interpersonales, también es una importante herramienta para propiciar el contacto con la comunidad y por tanto, la integración.

Las necesidades de ocio de cada paciente deben ser evaluadas individualmente e integradas en el tratamiento global del enfermo, para evitar caer en el grave problema del ocio forzado u ocio dirigido, ya que éste tiene consecuencias nulas o incluso negativas en el proceso de la rehabilitación. Por ello se deben abordar, evaluar y trabajar todos los aspectos de la persona de manera individualizada pero dentro de un proceso global de tratamiento.

Integración de los programas de ocio en la rehabilitación.

Rehabilitación psiquiátrica.

Los modelos de rehabilitación psiquiátrica (Anthony y Liberman, 1986; Desviat, 1995; Liberman, 1993; Rebolledo, 1997; Rodríguez, 1997; Talbott, 1995; Watts y Bennet, 1990) siempre han tenido en cuenta la esfera del ocio como un área de capital importancia para la plena inserción social. La ampliación del concepto de rehabilitación a la rehabilitación integral ha favorecido la inserción del ocio en los programas. El movimiento de la vida independiente y otros fenómenos fomentaron esta atención al ocio (Nosek, 1987). Hoy en día la mayoría de los centros hospitalarios cuentan con unidades, servicios o programas de rehabilitación, que en mayor o menor medida contemplan o trabajan aspectos del ocio.

Calidad de vida.

La calidad de vida se ha convertido en uno de los objetivos más importantes de los programas en la atención psiquiátrica actual y su evaluación se utiliza en la toma de decisiones respecto a programas individualizados, como indicador de resultados de tratamiento (Lucas y cols., 1997). Si se hace una revisión del contenido de las principales escalas de la evaluación de la calidad de vida en el colectivo que nos ocupa, demuestra la presencia, en todas las escalas principales presentadas en la obra de Bobes y cols. (1995) de ítems referentes al ocio en sus más variadas manifestaciones (Larrinaga y Gorbeña, 2000).

Programas específicos de ocio y tiempo libre.

Entendemos que las actividades de ocio irán encuadradas en horarios no laborales ni horarios dedicados al autocuidado y el cuidado de terceros. Técnicamente tienen su justificación en las necesidades de satisfacción, esparcimiento y disfrute personal, de cada persona. Las personas con enfermedad mental necesitan de distintos grados de protección, potenciación, o facilitación en todas o de algunas de las áreas de su vida. Por ello se deberán incluir programas de ocio y tiempo libre en los programas de rehabilitación.

Cualquier programa de ocio y tiempo libre, se orientará al uso de los dispositivos comunitarios normalizados y comunes al resto de la población.

Estos programas tendrán diferentes orientaciones:

- Recreativos
- Formativos (en alguna área a explorar o a potenciar)
- Cultural
- Asociativo
- Deportivo
- Vacacional
- Otros...

3.RECURSOS NECESARIOS POR ÁREA

Equipos y dispositivos

La realización, programación e indicación de estos programas será cometido del equipo interdisciplinar de cada centro, la implementación de estos programas se llevará a cabo por personal sanitario del equipo o bien en coordinación con voluntariado, asociaciones, etc. en función del grado de supervisión necesaria. Será necesaria la creación de programas específicos de ocio en los dispositivos de la red de salud mental: las UME, ULE, y CD, adaptándose en cada caso a las peculiaridades de cada población.

Organización y coordinación

Habrà una persona/s responsable de los programas de ocio y tiempo libre de cada dispositivo. Esta persona del equipo tendrá entre sus cometidos laborales la coordinación con el resto de dispositivos que tengan programas de ocio, y también con los servicios sociales del área y los de los municipios, a fin de manejar y conocer todas las opciones posibles de derivación y tratamiento en este área. Esta persona se coordinará con la Comisión de rehabilitación del área a fin de optimizar su trabajo y solventar los problemas organizativos que vayan surgiendo. El personal de los equipos dispondrá de flexibilidad en su jornada laboral para llevar a cabo estos programas, pudiendo utilizar por ejemplo, horario de tarde ya que es cuando se llevan a cabo las actividades de ocio normalizadas, como el cine, teatro, actividades deportivas, etc...

Objetivos específicos de los programas de ocio y tiempo libre

Es necesaria la habilitación de diferentes modalidades de soporte o protección de forma que se de el apoyo necesario y suficiente para garantizar un uso y disfrute del ocio acorde con las posibilidades de cada persona. Estos mecanismos van desde la inserción autónoma de los pacientes en los recursos normalizados, para las personas más autónomas, hasta la habilitación de ambientes protectores y potenciadores para los más deteriorados, el abanico debe ser gradual y flexible.

- Cursos y alternativas normalizadas en la comunidad. Debe primarse la búsqueda de recursos normalizados facilitando a través del contacto y coordinación con los diferentes servicios sociales.
- Clubes sociales o programas de ocio dentro de los dispositivos de salud mental. Entendido como un recurso facilitador de la inserción social, lugar de encuentro y autoayuda. Organiza y desarrolla actividades de ocio y tiempo libre que se llevarán a cabo fuera del centro sanitario, o bien dentro en aquellos casos que haya personas que requieran mayor nivel de protección.
- Cursos de ocio y tiempo libre. Son Organizados y estructurados desde el club social. Se utilizan para el tipo de personas que tienen un mayor deterioro, con imposibilidad manifiesta de una participación en actividades normalizadas. Son cursos o actividades que les ayudan a estructurar su ocio y su jornada, les ayuda a mantener unos niveles mínimos de competencia en éste ámbito. Paralelamente son programas de valoración y observación para los profesionales, en los que se recogerá información sobre las actitudes, capacidades y habilidades de las personas que servirán como datos para otros programas o iniciativas.
- Programas de ocio y tiempo libre dentro de las UMEs y las ULEs,
- Todos los programas en cualquiera de sus variantes tendrán en común:
 - Informar a los usuarios
 - Estimular el uso de los recursos y actividades de ocio
 - Gestionar y facilitar el acceso de los pacientes a la utilización de los recursos de ocio y tiempo libre.

- Evaluar y monitorizar la actividad y la asistencia de los usuarios, la adecuación , adaptación y las repercusiones de las actividades en los usuarios.
- Integrar esta información dentro del proceso global de rehabilitación o PIR.

4. ANEXO

Conviene destacar la relevancia que tiene tanto para los profesionales como para las personas afectadas, que el ocio y tiempo libre, sea considerado, trabajado y estructurado metodológicamente, dentro del plan individualizado de rehabilitación.

Es una de las 3 áreas funcionales del ser humano donde más se reflejan aspectos de la situación personal, las expectativas de futuro, los verdaderos intereses y motivaciones, así como un lugar de preparación para otros programas como lo prelaboral, lo residencial, las relaciones interpersonales etc.

Es un espacio privilegiado pues, para que los profesionales observen y valoren la situación general, ya que es en estos espacios normalizados donde surgen expectativas e iniciativas que en otros programas son menos propicios. Por ejemplo es un hecho constatable que una persona con escasas e incorrectas habilidades para comer en un ambiente institucional o familiar, cuando está en un restaurante, cambia totalmente su desempeño, siendo perfectamente correcto y compatible con el entorno. En el caso contrario, se puede observar qué habilidades sociales posee una persona para establecer relaciones interpersonales, que pueden diferir mucho de las recogidas en un grupo terapéutico o en una entrevista.

5. COORDINACIÓN.

- I. Gerente del Servicio Aragonés de Salud**
- II. Jefatura del Servicio de Salud Mental (SSM)**
- III. Responsable de Salud Mental de Área.**
- IV. Comisión de rehabilitación y reinserción de área**
- V. Dirección o coordinación de cada dispositivo o recurso**
- VI. Coordinación entre dispositivos**

5. COORDINACIÓN.

En el campo de la rehabilitación psicosocial, proceso complejo en el que intervienen e interaccionan numerosos agentes y factores, conseguir una red de asistencia integrada es la clave que garantiza el principio de “continuidad asistencial” del usuario entre dispositivos, programas y profesionales responsables desde su entrada en el circuito hasta la salida del mismo.

El éxito en la rehabilitación y reinserción social dependerá de que la Administración garante de la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios los contemple como un derecho y una necesidad de la población, en igualdad de condiciones con cualquier tipo de enfermedad y su consecuente rehabilitación (Ley de sanidad). Dependerá por tanto de la voluntad política para la provisión de recursos y de la planificación de los mismos de acuerdo con dos condiciones necesarias e imprescindibles: La Coordinación y la Dirección-Capacidad Ejecutiva:

1.- Coordinación: Un Servicio Coordinado de Salud Mental es una garantía del cuidado individual, es imprescindible para asegurar la rentabilidad de los recursos humanos y materiales, y necesario para asegurar niveles aceptables de calidad. La Coordinación es una garantía para el desarrollo eficaz de las funciones propias del Servicio:

- asistenciales
- preventivas
- formativas
- investigadoras
- docentes.

La Coordinación supondrá:

- Evaluar necesidades.
- Delimitar funciones.
- Fijar y priorizar objetivos.
- Elaborar y desarrollar programas.
- Establecer procedimientos.

- Asegurar calidad de prestaciones .
- Provisionar recursos.
- Evaluar cumplimiento.
- Asegurar una buena comunicación entre dispositivos y equipos que intervienen entre sí, mediante una buena documentación (protocolos de evaluación, de derivación, de alta,...) y unos buenos canales reglamentados (reuniones, comisiones,...).
- Asegurar consenso entre equipos en cuanto a los objetivos generales de la rehabilitación y a los específicos de cada usuario.

2.- Dirección y Capacidad Ejecutiva: Es una condición esencial para poder llevar a cabo el Plan de Salud Mental e imprescindible en el Programa de Rehabilitación. Supone disponer de autonomía suficiente para la planificación y la priorización de objetivos, así como para la gestión de los recursos necesarios: su aplicación, evaluación y modificación.

Sin estas premisas será muy difícil mejorar la asistencia y, por tanto, la calidad de vida del colectivo de las personas con importante discapacidad secundaria a un problema de salud mental.

“El Plan de Salud Mental y la implantación de un Programa de Rehabilitación exigen para su ejecución, la puesta en marcha de una estructura organizativa y funcional, con la implicación de los sectores técnicos y profesionales del campo de la Rehabilitación”. Es por ello que, aunque sabiéndonos no competentes para ello, nos atrevemos a sugerir, desde nuestro puesto de trabajo técnico en el problema de la salud mental, cómo podría insertarse el “organigrama de la rehabilitación psiquiátrica” en los Servicios de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.

Estructura organizativa. Organigrama.

El Programa de Rehabilitación, si se apoya en los principios de universalidad, accesibilidad y equidad en la atención a la población de la CAA, se sustenta en cuatro pilares básicos:

- el desarrollo del Plan de Salud Mental del SAS,

- el desarrollo del Servicio de Salud Mental,
- la gestión sectorizada según Áreas de Salud, y
- la creación de una Fundación Pública sociosanitaria.

I) Gerente del Servicio Aragonés de Salud (SAS)

Instrumentos para el desarrollo de sus fines:

A) PLAN DE SALUD MENTAL

Marco de referencia para usuarios, profesionales y Administración

Unificador de criterios para el desarrollo de dispositivos y ofertas de atención.

Determina objetivos, cronograma, estrategias para su implantación y presupuesto

Directrices asistenciales y de procedimientos.

B) FUNDACIÓN PÚBLICA

Garante del desarrollo de los planes de integración comunitaria, socio-laboral, residencial no estrictamente sanitarios y si socio-sanitarios necesarios en el tratamiento y rehabilitación del Trastorno Mental Grave.

En su Patronato concurren Representantes de las consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales, Economía, Trabajo, Educación y Justicia, representantes sociales, colectivos afectados y profesionales de salud mental

Se organiza con criterios de:

Territorialidad

Paraguas jurídico

Integración y coordinación tanto a nivel regional como de Área Sanitaria

Personal o recursos de la Fundación en cada área

II) Jefatura del Servicio de Salud Mental (SSM)

A) Con capacidad para la ejecución del Plan de Salud Mental, debería poder desarrollar un organigrama que abarcara todas las funciones adscritas a este servicio, debiendo tener preferentemente un responsable diferenciado.

- Áreas de asistencia, prevención, formación, investigación y docencia
- Departamentos o Programas de Centros de Salud Mental, InfantoJuvenil, Rehabilitación, Enfermería, Hospitales, etc.
- Programas de coordinación con Servicios Sociales, Servicios Locales, Justicia, Educación, Economía...
- Servicio de documentación e informatización clínica
- Coordinación con otras áreas del SAS
- Programas para trastornos duales y Trastornos mentales orgánicos.

B) Deberá tener capacidad legal, ejecutiva y competencias en los temas que le sean encomendados desde el SAS.

C) Funciones:

Garantizará la asistencia psiquiátrica y la continuidad de cuidados en todos los usuarios en toda la CAA.

Fijará las normas de funcionamiento de los dispositivos:

- Obligaciones de profesionales y equipos
- Documentación necesaria
- Evaluaciones/Valoraciones

Fijará los criterios operativos imperantes y exigibles a los dispositivos:

- Gravedad
- Cronicidad

- Derivación
- Alta

Fijará los criterios de acreditación de los centros, los ratios recomendables de personal/usuarios, las normas a contemplar en cuanto a:

- Objetivos y fines
- Organización interna y coordinación externa
- Dirección y personal
- Espacio físico, instalaciones, equipo
- Programas, protocolos
- Actividades de formación e investigación
- Control de calidad y medida cuantitativa de la actividad

Instrumento para llevar a cabo su misión en el campo de la Rehabilitación Psicosocial :

COMISIÓN REGIONAL DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN

Órgano colegiado y consultivo.

Órgano de participación en el que deberán estar presentes Responsables de Área del SSM, representantes de la Fundación Pública sociosanitaria, de asociaciones de familiares, y representantes de los distintos agentes sociales , el IASS, Trabajo, Justicia, Educación, Federación de Municipios, CREA, Sindicatos,

Impulsará, promoverá y velará las acciones de rehabilitación, inserción sociolaboral y apoyo comunitario de la Comunidad Autónoma Aragonesa, asumiendo todas aquellas funciones explicitadas en el Plan de Salud Mental .

Funcionamiento: mediante reuniones periódicas y comisiones permanentes y temporales de trabajo, a las que esta Comisión podrá hacer encargos específicos.

III) Responsable de Salud Mental de Área

El Responsable de Salud Mental de Área garantizará que se cumplan las directrices del Plan de Salud Mental en su área.

Respecto del Programa de Rehabilitación psiquiátrica asumirá, con la concurrencia de la Comisión de Rehabilitación de Área, las funciones de:

1. Análisis de las necesidades de rehabilitación del área
2. Propuestas de provisión de recursos y de procedimientos de intervención a la Gerencia de área
3. La implementación de manera progresiva de los recursos necesarios para llevar a cabo los programas:
 - Plazas de larga estancia
 - Plazas de rehabilitación ambulatoria
 - Plazas de recursos residenciales alternativos a la Larga Estancia
 - Plazas de Centros y Talleres Ocupacionales.
 - Diversidad de recursos y diferentes niveles y tipos de Trabajo Protegido en coordinación con la Fundación
4. Seguimiento y evaluación de los programas implantados
5. Criterios de utilización y derivación de los distintos programas y dispositivos
6. Documentación necesaria para el funcionamiento y coordinación de los centros:
 - Criterios de cronicidad/gravedad
 - Datos mínimos por áreas, para la evaluación del usuario de los dispositivos de rehabilitación
 - Protocolo y Criterios de derivación a recursos específicos
 - Criterios de aplicación de tasas por el uso de recursos

- Criterios de priorización en listas de espera.
- Criterios de alta de los recursos
- Conjunto mínimo de datos básicos para la realización y mantenimiento de un censo de TMS.
- Folleto informativo de catálogo de recursos de rehabilitación y forma de acceso a ellos para usuarios y familiares.

7. Criterios de coordinación

8. Dotará de recursos para una adecuada asistencia a TODOS los pacientes/usuarios tributarios de ser atendidos por Salud Mental, creando los programas adecuados y dotándolos de consignación presupuestaria:

- Trastornos duales
- Trastornos mentales orgánicos
- Retraso mental leve con trastorno de conducta o trastorno mental
- Usuarios/sujetos tributarios de cumplimiento de condena o indicación de programas de rehabilitación por resolución judicial
- Usuarios no adecuados para la rehabilitación ambulatoria o en régimen abierto y a los que esta circunstancia les impide aprovechar los programas de rehabilitación.

Para realizar estas funciones deberá dotarse de una comisión de rehabilitación de área, la cual coordinará.

IV) Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área

1. Existirá una por cada área de salud.

2. Será el órgano de coordinación de los centros de salud mental, recursos específicos de rehabilitación y dispositivos de reinserción e integración laboral y comunitaria del área y estará formada por los representantes de todos los dispositivos implicados.

3. Conocerá las características propias del área y propondrá a la Jefatura de Salud Mental la puesta en marcha de dispositivos (laborales, residenciales, de apoyo comunitario) necesarios y acordes con la realidad e idiosincrasia de la zona.

4. Garantizará que las derivaciones entre los dispositivos y las listas de espera de los dispositivos se realicen y funcionen tal como establezca el Servicio de Salud Mental y su representante de área. Para ello formalizará los protocolos y reuniones que garanticen la buena información y coordinación y puedan ser asumidas de acuerdo a las características asistenciales, geográficas y de dotación de personal del área.

5. Servirá de foro donde se pueda evaluar y realizar el seguimiento de los programas.

6. Garantizará que los usuarios que accedan a los recursos de rehabilitación sean remitidos por los Centros de Salud Mental, que todos los dispositivos estén responsabilizados con el programa terapéutico individualizado de los usuarios y que todos velen por el buen aprovechamiento de los recursos.

7. Fijará las normas del área en cuanto a la derivación a los recursos de apoyo comunitario y reinserción laboral específicos del área, sirviendo de órgano de arbitraje en caso de conflicto.

8. Realizará acciones encaminadas a favorecer el asociacionismo de usuarios y familiares en el área de salud, en colaboración con entidades ya presentes y con asociaciones locales así como la desestigmatización de la enfermedad mental, la educación y la difusión de la misma.

9. Promoverá programas y acciones de sensibilización orientadas a la desestigmatización, educación y prevención de la enfermedad mental.

V) Dirección o coordinación de cada dispositivo o recurso

- Cada dispositivo tiene la responsabilidad, en su ámbito, de la realización de los programas de rehabilitación desarrollados por la Comisión Regional de Rehabilitación y Reinserción, bajo la coordinación de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área.

- Garantizará la coordinación de todos los componentes del equipo terapéutico rehabilitador y el cumplimiento de las directrices, objetivos y criterios.

- Dará cuenta de la gestión de los recursos asignados.
- Realizará una memoria de la actividad asistencial, docente e investigadora del recurso. Informará en ella de la realización de los programas específicos de rehabilitación, de su evaluación y del impacto obtenido en los resultados de la intervención rehabilitadora.
- Realizará evaluaciones y derivaciones y las justificará según criterios de la Comisión Regional de Rehabilitación y Reinserción.
- Realizará las actividades requeridas formalmente respecto de la coordinación con otros recursos y las que considere oportunas para obtener y compartir información, opiniones y objetivos con otros profesionales que hayan sido responsables de los casos asignados.
- Garantizará la realización por parte del equipo del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción .

VI) Coordinación entre dispositivos

A) CENTRO DE SALUD MENTAL

Cada Área tendrá los CSM adecuados al número de población y a las características territoriales de acuerdo con el Plan de Salud Mental

En su organigrama deberá contar con al menos:

- Coordinador del CSM
- Responsable del Programa de Atención al Trastorno Mental Grave

Sus objetivos básicos son la prevención y la asistencia de los problemas de salud mental de la población en la comunidad y a nivel ambulatorio, en su vertiente clínica, y de rehabilitación.

Programas:

1. Atención SM general
2. Prevención y promoción de la SM

3. Atención al Trastorno Mental Grave (precisa criterios operativos de inclusión en el programa)

4. Coordinación del programa de seguimiento del TMG con la Comisión de Rehabilitación y reinserción de Área y con el resto de dispositivos específicos de rehabilitación del área.

La dedicación del personal diferenciado del CSM a este programa la decidirá el Coordinador del CSM de acuerdo con los criterios establecidos en la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área.

B) PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

- Equipo diferenciado de pertenencia al Área, dependiendo de la Jefatura de Área

- Precisa criterios operativos de inclusión en el programa.

- Los programas en marcha de acompañamiento social y atención domiciliaria deberán adaptarse y estandarizarse en sus servicios prestados, personal, funcionamiento y coordinación, de cara a unificar la asistencia.

El equipo del PSC dependerá de la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área, que será la que determine, en función de las características del Área, los criterios de entrada de pacientes, el número total asignado al sistema y la ratio o carga que cada profesional deberá de atender. La Comisión de Rehabilitación del Área garantizará la coordinación del P.S.C. con el resto de dispositivos.

El equipo tendrá un coordinador que será el que represente al recurso en la Comisión de Rehabilitación. Sus funciones serán las de representar a la unidad en la citada Comisión, aplicar los criterios de derivación señalados por la misma, programar las actividades e intervenciones a desarrollar, coordinar las intervenciones de los miembros del equipo y evaluar el funcionamiento de los programas.

C) CENTRO DE DÍA

El número de dispositivos y su número de plazas se decidirá según criterio del área, de acuerdo con la provisión de plazas y estándares prevista en el PSM.

Según la accesibilidad de los usuarios, población y su dispersión geográfica, podrá desdoblarse o atender el criterio de comarcalización, con el objetivo de facilitar el acceso y acercar los recursos a la población.

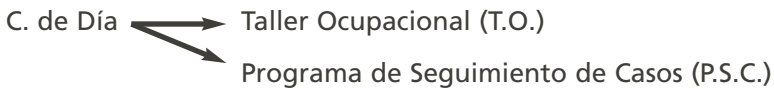
Deberá estar adaptado según los recursos y necesidades al CSM, también en su dotación de personal.

Derivación desde y por el CSM: Informe de Derivación (protocolizado por la Comisión de Rehabilitación de Área, según criterios establecidos) cumplimentado por el referente del equipo.

La Comisión de Rehabilitación de Área garantizará la coordinación entre el Centro de Día y el CSM, el responsable del Programa de TMG y responsable del Programa de Seguimiento de Casos (mínimo una vez al mes).

El Centro de Día podrá realizar la:

- Devolución del caso al CSM, con su informe de alta correspondiente
- Solicitud de Derivación a otro recurso, con su informe de Derivación correspondiente:



D) UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

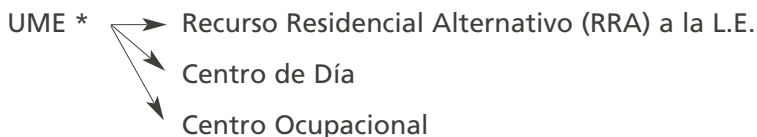
El número de plazas se decidirá según criterio del área, de acuerdo con la provisión de plazas y estándares que prevea como objetivo el PSM.

Derivación desde y por el CSM a través de un Informe de Derivación (protocolizado por la Comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área, según criterios establecidos) cumplimentado por el referente del equipo.

La Comisión de Rehabilitación de Área garantizará la coordinación entre la Unidad de Media Estancia y el CSM, el responsable del Programa de TMG y responsable del Programa de Seguimiento de Casos (mínimo una vez al mes).

La Unidad de Media Estancia podrá realizar la:

- Devolución del caso al CSM, con su informe de alta correspondiente
- Solicitud de Derivación a otro recurso, con su informe de Derivación correspondiente:



E) OTROS RECURSOS DE ÁREA Y SU COORDINACIÓN

Como “otros recursos del área” nos referimos al

Programa de Apoyo Comunitario, el cual precisa de espacios y programas para poder realizar su función

En este “momento” de la coordinación entre recursos de rehabilitación y inserción de una misma área creemos que, en aras de no burocratizar la coordinación, será suficiente para el buen uso de los dispositivos el:

- Cumplir los criterios de derivación de la CRRA
- Una buena comunicación entre dispositivos derivante y receptor.

Sin embargo, el paso de UME a ULE sí que precisará el criterio de la CRRA y que podrá establecer prioridades y manejará la lista de espera. Lo mismo podría argumentarse sobre el paso de los dispositivos ocupacionales hacia los Centros Especiales de Empleo (CEE), debería haber un filtro establecido por la CRA, al ser un recurso escaso.

El funcionamiento idóneo para establecer cómo se realizan las derivaciones ente UME y RRA, o entre T. Ocupacionales y otros recursos más especializados, o intermedios, o que desarrollen el acompañamiento a empleo normalizado, lo deberá establecer la CRA.

Para la buena utilización de los recursos ocupacionales-laborales, residenciales y de ocio y tiempo libre, las áreas deberán de coordinarse para que la derivación no dependa exclusivamente de criterios de territorialidad, sino también de idoneidad de recursos y su aprovechamiento por los pacientes (garantizando el seguimiento por

parte de los equipos del Área de pertenencia). Dependerá de la coordinación inter-areas o intercentros si así lo establece la C.R.R.I.

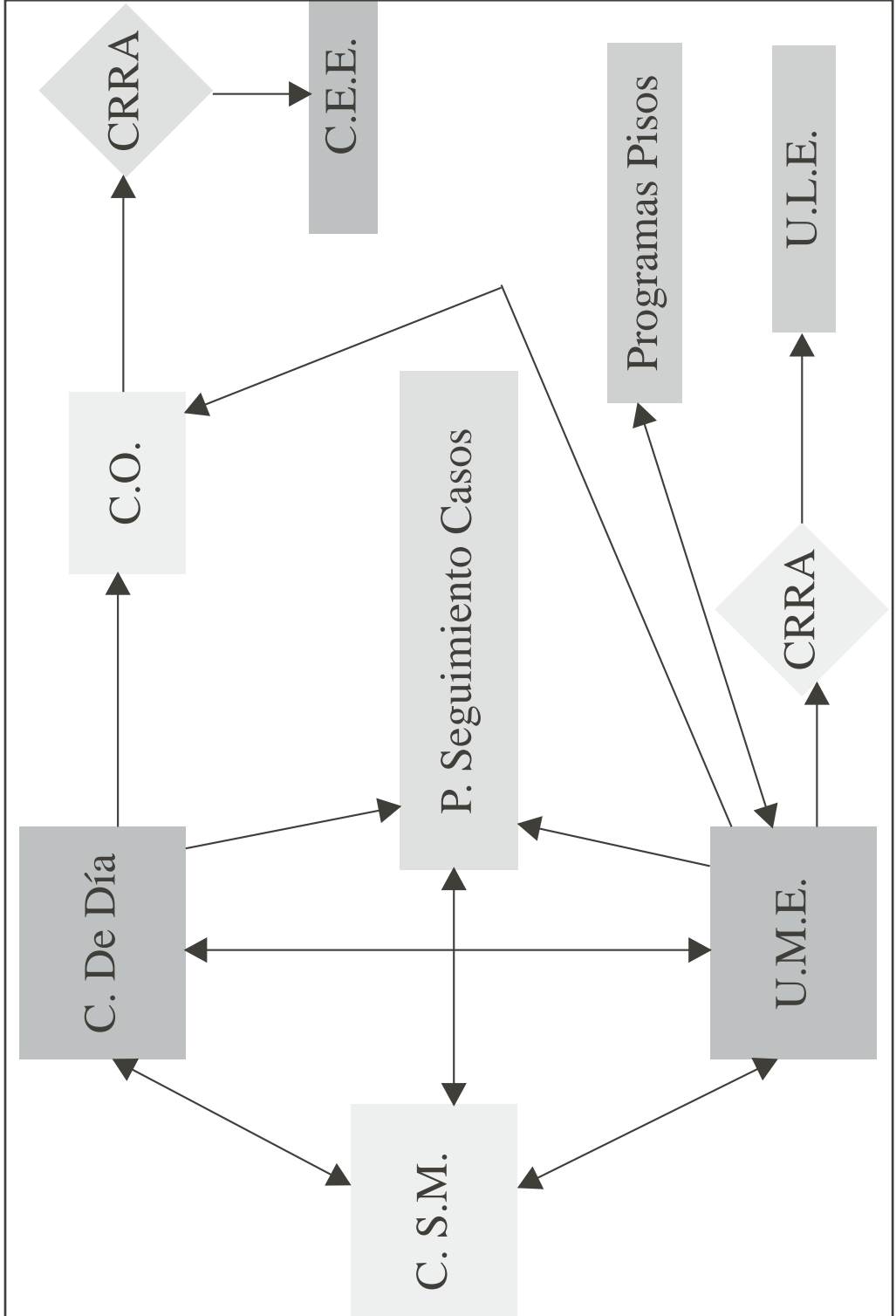
Para que los C. De Día, UMEs y Cos puedan funcionar con una buena temporalidad en sus objetivos estos recursos deben ser muy dinámicos y disponer de alternativas adecuadas para los usuarios que progresan y cumplen los objetivos y también para los que no progresan y requieren apoyo permanente a distintos niveles (alojamiento, autonomía, economía, AVD,...) por su discapacidad.

UME – RRA: un único equipo que se reparte en los distintos recursos del área.

C. O. – CEE: un solo equipo que se reparte en los distintos recursos ocupacionales y laborales del área. En ausencia o dificultad de proporcionar el sostén apropiado el Programa de Apoyo a la Integración laboral del Centro de Día podrá inicialmente cumplir dicha función siempre que se dote de los recursos necesarios.

De manera que cuanto más se desarrollen las capacidades del paciente en lo ocupacional (C.O.) y/o en lo residencial (R.R.A.), el usuario deberá depender del CSM o equipo de TMG y menos de los dispositivos derivantes (UME y C. de Día).

RECORRIDO ENTRE DISPOSITIVOS



6. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

6.1 Formación

6.2 Docencia

6.3 Investigación

6. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Teniendo presente que la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que los trastornos mentales constituirán uno de los principales problemas de salud y que los problemas de salud mental han de ser un ámbito prioritario de intervención, la formación, docencia e investigación de nuestros profesionales desde una vertiente multidisciplinar y con una concepción integradora biopsicosocial de la asistencia sanitaria, es un instrumento básico para reorientar la atención a las nuevas necesidades clínicas y de servicios, y para la consolidación de un modelo de atención psiquiátrica comunitaria y plenamente integrada en la red de asistencia sanitaria general.

6.1. FORMACIÓN

-La formación en el campo de la rehabilitación es ingrediente fundamental para el establecimiento y desarrollo de un Programa de Rehabilitación. Tendrá las características de formación continuada, contemplada en diferentes niveles (Supraarea, Área y Equipo) y dirigida al aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes.

- Los Programas de formación se establecerán en función de las necesidades de los profesionales y dispositivos canalizadas a través de las Comisiones de Rehabilitación de Área y la Comisión Regional de Rehabilitación.

- La formación se planteará para todos los niveles profesionales de los dispositivos y Servicios, priorizando aquellos sectores profesionales que históricamente han estado más desfavorecidos en este campo.

- Se tenderá a que la totalidad de los profesionales que trabajen en programas de Rehabilitación tengan formación especializada en Salud Mental.

- La actividad de formación dispondrá de un presupuesto para el desarrollo del plan anual de formación, en función de los objetivos institucionales establecidos en las Comisiones de Rehabilitación de Área. Anualmente se procederá a la evaluación de las actividades desarrolladas y a la planificación del año siguiente.

Desde nuestro planteamiento de la formación, partimos de unos postulados básicos que podemos explicitar de la siguiente manera:

1. La formación, y la formación continuada, ha de entenderse como un proceso emocional (necesario para la introyección de cogniciones nuevas) y como un proceso de crecimiento personal, es decir, de elaboración.

2. Para la formación hay que tener en cuenta la importancia que en la misma juegan los factores psicosociales.

3. Hay que formar teniendo en cuenta las realidades cotidianas del trabajo de los profesionales y esas realidades son mucho más amplias y diversificadas que la mera "asistencia clínica".

4. Como en todo proceso formativo, habrá que adecuar la docencia al tipo de objetivos docentes buscados, definiendo con anterioridad por tanto, en cada caso, si tratamos sobre todo de proporcionar o impartir conocimientos, habilidades o actitudes, tres niveles en los que hay que pensar para plantearse la formación.

Dentro de la formación en el campo de la rehabilitación habrá que dar especial cabida a la formación en los siguientes temas:

1º. La relación profesional-paciente (usuario).

2º. Los factores psicosociales, es decir, los componentes psicológicos y psicosociales de la enfermedad, el trastorno, el conflicto...

En ambos grupos de temas destaca la importancia de formar para atender lo emocional. El asunto es tan básico que, si no se consiguen generalizar procesos formativos de este tipo (encaminados, por tanto, hacia el cambio de actitudes) difícilmente será posible desarrollar el modelo definido a lo largo de este documento.

Por otra parte, estos procesos formativos, probablemente habrán de apoyarse en un nuevo tipo de selección de los profesionales.

3º. También ha de poseer especial importancia la formación para trabajar con una perspectiva diacrónica. Esto significa que en la formación habrá que enseñar a soportar, contener y saber utilizar la diacronía, esa perspectiva longitudinal de la asistencia.

Por tanto, habrá que enseñar a mejorar la contención de lo emocional, en especial en los problemas crónicos, no aclarados, "sin solución",...

4°. Otro aspecto en el que será necesario insistir es el que hace referencia a la enseñanza para un modelo que integre lo más posible la promoción de la salud y la salud (mental) con la asistencia.

5°. Habrá que formar también para la consideración, dentro de una actitud asistencial globalizadora, de los "sistemas profanos" y "redes sociales" existentes. Y ello sin olvidar que, en este terreno, es difícil una consideración equilibrada de los mismos: ni disociadora y despectiva con respecto a su utilidad, ni tampoco idealizada.

6°. Otro elemento a destacar, desde nuestra perspectiva, en los procesos de formación, es la importancia que le concedemos a la capacidad de observar sin actuar. Entendemos que para ello se necesita contención, que puede provenir de las capacidades del propio observador pero, también, puede proporcionarla el estudio y trabajo conjunto de lo observado. (Seminarios).

Por tanto, y en concordancia con lo señalado hasta ahora, deberán de existir dos tipos de procesos formativos en el campo del que venimos hablando:

a) Las actividades formativas puntuales a las que concedemos menor importancia, salvo en el terreno del reciclaje de conocimientos concretos. Entre otras razones, porque por lo general hay una carrera y un bagaje previos, directamente referidos al campo psicológico.

b) Los procesos formativos de tipo madurativo y, por lo tanto, diacrónicos en los que la formación va vinculada a la problemáticas y dificultades en la relación asistencial. Dentro de este tipo se podrían encuadrar desde la "formación" o "terapia personal" del profesional, grupos de discusión, hasta supervisiones de casos, sesiones clínicas y supervisión institucional. Recordamos aquí, en consonancia con los postulados previos de los que hablábamos, la necesidad de que al menos buena parte de esa formación se realice de forma interdisciplinaria, con el fin de que resulte una formación con contenidos psicosociales y que ayude a formarse en otros sistemas de ayudas profesionalizados y "profanos".

El Servicio de Salud Mental garantizará la adecuada formación de los profesionales que trabajen en el campo de la Rehabilitación. Podría utilizar el instrumento de las Comisiones de Docencia de Salud Mental en las áreas en relación o dependencia directa del Servicio de Salud Mental dando cabida a las necesidades detectadas en las Comisiones de Rehabilitación de Área y en la Comisión Regional de Rehabilitación. En la medida en que las áreas incrementen su organización, y de acuerdo con los objetivos a alcanzar y los recursos existentes, es recomendable que se cuente con estas comisiones que no pueden ser obstáculo, sino todo lo contrario, para la participación de los profesionales en los procesos formativos

6.2. DOCENCIA

El Servicio de Salud Mental hará las gestiones necesarias para acreditar la función docente en dispositivos y servicios de rehabilitación.

Los colectivos prioritarios a quien iría dirigida esa docencia serían los MIREs y PIREs. También los profesionales y dispositivos deberían ser recursos de formación y reciclaje en el campo de la rehabilitación para el resto de profesionales de la red de salud mental, sanitaria y socio-sanitaria.

6.3. INVESTIGACIÓN

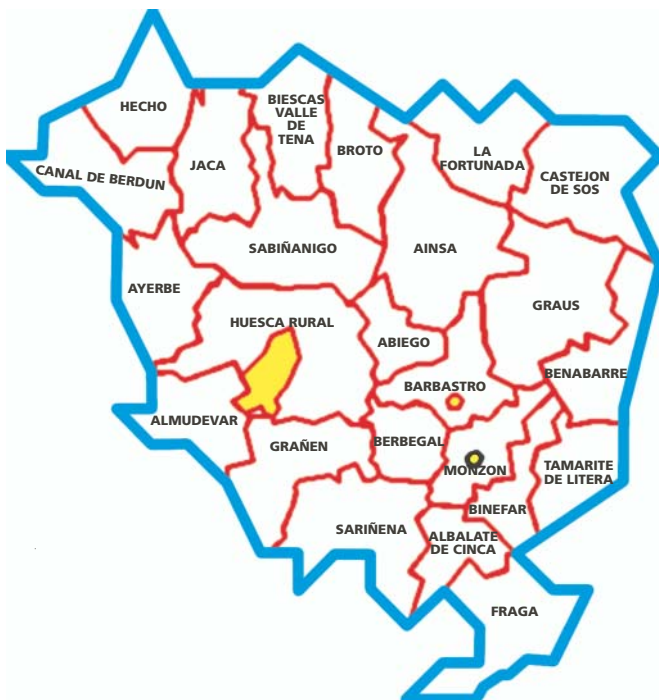
Se potenciará por parte del Servicio de Salud Mental la investigación sobre la problemática de las personas afectadas de TMG y su abordaje asistencial, considerando aquellas cuestiones básicas para el desarrollo de los objetivos de la red a partir del conocimiento epidemiológico, registro de casos, evaluación de programas, etc.

7. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS RECURSOS EN SALUD MENTAL EN ARAGÓN

7.1. Recursos por áreas sanitarias

7.2. Dispositivos socio-laborales

AREA 1



RECURSOS ACTUALES	
C.S.M.Adultos	5: HUESCA-H.PROVINCIAL HUESCA-PIRINEOS MONZÓN JACA BARBASTRO
C.S.M. Infantojuvenil	
H. Agudos	H. S. JORGE (21 camas)
H. Media Estancia	
H. Larga Estancia	C.R.S. MENTAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (130 plazas)
Hospital de día	H. HUESCA (15 plazas)
Centros de día	ARCADIA (39 plazas) Propuesta: BARBASTRO-MONZÓN (18 plazas)
Pisos asistidos	18 plazas, con una propuesta de 21 más
Centros ocupacionales	4 (62 plazas)
Centros especiales de empleo	3 (32 plazas)
Servicios de integración laboral (incluye empleo con apoyo)	1

RECOMENDACIONES (mínimos)	AREA 1 Población: 205.644 -Padrón 1996-
C.S.M. ADULTOS Com. Ministerial (2/100000)	4
C.S.M. INFANTOJUVENIL Plan Aragón (1/150000)	1,3
H. AGUDOS Com. Ministerial (16/100000)	32,9
H. MEDIA Extremadura (4/100000)	8,2
H. LARGA Murcia (11/100000)	22,6
H. DÍA Extremadura (12/100000)	24,6
CENTRO DÍA Murcia (1/150000)	1,3
PISOS Murcia (1/50000)	4
TALLERES Murcia (1/70000)	2,9

AREA 2

RECURSOS ACTUALES	
C.S.M.Adultos	8: FUENTES NORTE TORRERO SAGASTA- RUISEÑORES SAGASTA- MIRAFLORES SAN JOSE NORTE CASABLANCA REBOLERÍA HOSPITAL PROVINCIAL
C.S.M. Infantojuvenil	1: SAGASTA
H. Agudos	H. MIGUEL SERVET (17 camas) H. Nª Sª GRACIA (24 camas)
H. Media Estancia	
H. Larga Estancia	
Hospital de día	
Centros de día	ROMAREDA (40 plazas) SAN CARLOS (CARITAS) (33 plazas) Propuesta: Centro de Día de 50 plazas.
Pisos asistidos	Propuesta de 38 plazas.
Centros ocupacionales	2
Centros especiales de empleo	
Servicios de integración laboral (incluye empleo con apoyo)	



RECOMENDACIONES (recursos mínimos)	AREA 2 Población: 375.114 -Padrón 1996-
C.S.M. ADULTOS Com. Ministerial (2/100000)	7,5
C.S.M. INFANTOJUVENIL Plan Aragón (1/150000)	2,5
H. AGUDOS Com. Ministerial (16/100000)	60
H. MEDIA Extremadura (4/100000)	15
H. LARGA Murcia (11/100000)	41
H. DÍA Extremadura (12/100000)	45
CENTRO DÍA Murcia (1/150000)	2,5
PISOS Murcia (1/50000)	7,5
TALLERES Murcia (1/70000)	5,3

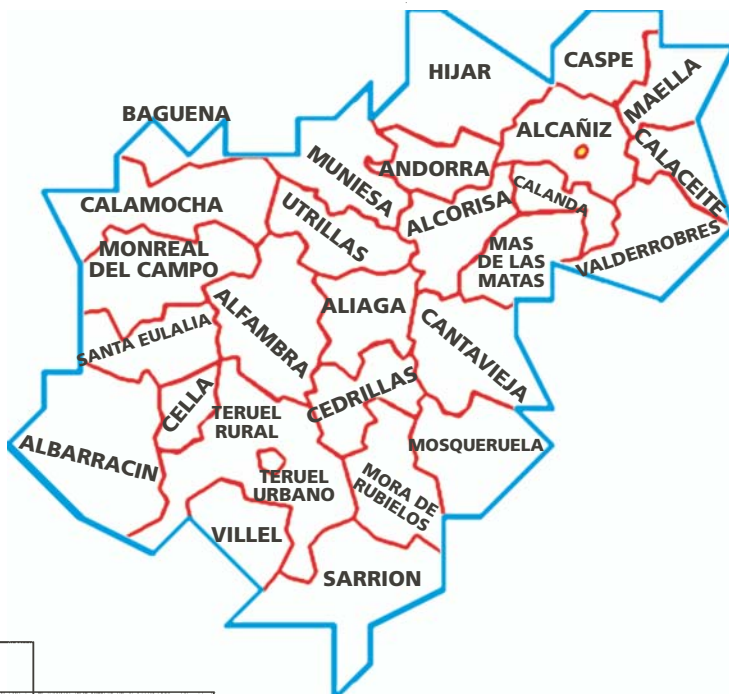
AREA 3

RECURSOS ACTUALES	
C.S.M.Adultos	5: CALATAYUD CINCO VILLAS DELICIAS I. JIMENEZ H.C.U.
C.S.M. Infantojuvenil	1: H.C.U.
H. Agudos	H.C.U. (29 camas)
H. Media Estancia	
H. Larga Estancia	PSIQ. Nª Sª DEL CARMEN (266 plazas – 58 SAS-) C.A.P. SADABA (43 plazas) PSIQ. CALATAYUD (99 plazas) PSIQ. Nª Sª DEL PILAR (225 plazas)
Hospital de día	
Centros de día	ASAPME (125 plazas) H. PSIQ. CARMEN (28 plazas) Propuesta: Calatayud (29 plazas) Cinco Villas (16 plazas)
Pisos asistidos	20 plazas en SADABA, con propuesta de 11 más
Centros ocupacionales	2
Centros especiales de empleo	1
Servicios de integración laboral (incluye empleo con apoyo)	



RECOMENDACIONES (recursos mínimos)	AREA 3 Población: 313.519 -Padrón 1996-
C.S.M. ADULTOS Com. Ministerial (2/100000)	6
C.S.M. INFANTOJUVENIL Plan Aragón (1/150000)	2
H. AGUDOS Com. Ministerial (16/100000)	50
H. MEDIA Extremadura (4/100000)	12,5
H. LARGA Murcia (11/100000)	34
H. DÍA Extremadura (12/100000)	37,6
CENTRO DÍA Murcia (1/150000)	2
PISOS Murcia (1/50000)	6
TALLERES Murcia (1/70000)	4,47

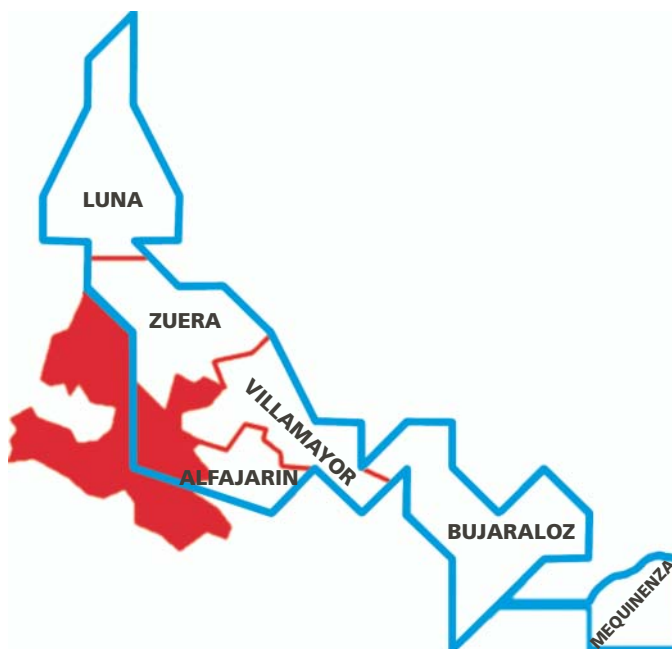
AREA 4



RECURSOS ACTUALES	
C.S.M.Adultos	2: TERUEL ALCAÑIZ
C.S.M. Infantojuvenil	2: TERUEL H. PROVINCIAL
H. Agudos	PSIQ. S. JUAN DE DIOS (8 camas)
H. Media Estancia	
H. Larga Estancia	PSIQ. S. JUAN DE DIOS (196 plazas)
Hospital de día	
Centros de día	
Pisos asistidos	Propuesta de 15 plazas.
Centros ocupacionales	
Centros especiales de empleo	
Servicios de integración laboral (incluye empleo con apoyo)	

RECOMENDACIONES (recursos mínimos)	AREA 4 Población: 150.493. -Padrón 1996-
C.S.M. ADULTOS Com. Ministerial (2/100000)	3
C.S.M. INFANTOJUVENIL Plan Aragón (1/150000)	1
H. AGUDOS Com. Ministerial (16/100000)	24
H. MEDIA Extremadura (4/100000)	6
H. LARGA Murcia (11/100000)	16,5
H. DÍA Extremadura (12/100000)	18
CENTRO DÍA Murcia (1/150000)	1
PISOS Murcia (1/50000)	3
TALLERES Murcia (1/70000)	2,1

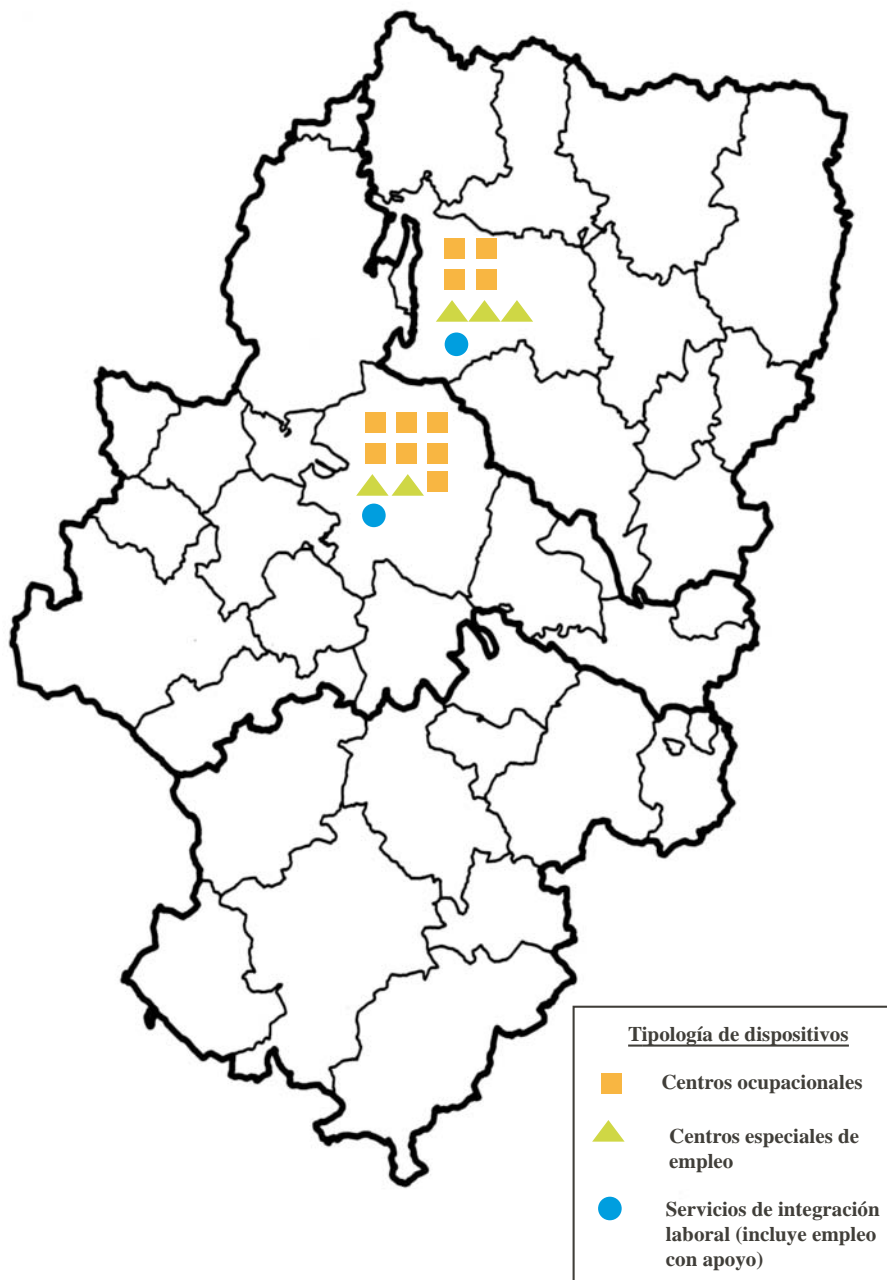
AREA 5



RECURSOS ACTUALES	
C.S.M.Adultos	1: ACTUR SUR
C.S.M. Infantojuvenil	1: ACTUR SUR
H. Agudos	H. ROYO VILLANOVA (23 camas)
H. Media Estancia	REY ARDID (39 camas)
H. Larga Estancia	
Hospital de día	
Centros de día	
Pisos asistidos	11 plazas en REY ARDID, con propuesta de 3 más.
Centros ocupacionales	3 (69 plazas)
Centros especiales de empleo	1
Servicios de integración laboral (incluye empleo con apoyo)	1

RECOMENDACIONES (recursos mínimos)	AREA 5
	Población: 142.776 -Padrón 1996-
C.S.M. ADULTOS Com. Ministerial (2/100000)	2,8
C.S.M. INFANTOJUVENIL Plan Aragón (1/150000)	1
H. AGUDOS Com. Ministerial (16/100000)	22,8
H. MEDIA Extremadura (4/100000)	5,7
H. LARGA Murcia (11/100000)	15,7
H. DÍA Extremadura (12/100000)	17
CENTRO DÍA Murcia (1/150000)	1
PISOS Murcia (1/50000)	2,8
TALLERES Murcia (1/70000)	2

DISPOSITIVOS LABORALES EN SALUD MENTAL EN ARAGÓN



8. RECOMENDACIONES

8.1. En función de distintas necesidades:

Necesidades individuales

Necesidades colectivas, grupales y comunitarias

8.2. En función de los distintos dispositivos:

Centros de Salud Mental

Centros de día

Unidades de media estancia

Unidades de larga estancia

Dispositivos de apoyo

Coordinación

8.3. Propuesta de creación de la "Fundación para la Rehabilitación e integración social del enfermo mental" de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Rehabilitación e integración social

Los instrumentos del programa de rehabilitación

Necesidad de una fundación para la Inserción

El programa de inserción laboral

La rentabilidad de los programas de inserción

La creación de una fundación para la Rehabilitación y la reinserción, un objetivo del plan de salud mental.

Una fundación para gestionar los procesos de inserción.

8. RECOMENDACIONES

8.1. EN FUNCIÓN DE LAS DISTINTAS NECESIDADES

LAS NECESIDADES INDIVIDUALES :

ATENCIÓN SANITARIA

A) ATENCIÓN PRIMARIA

- Ampliar el marco de intervención de la AP en Salud Mental (más accesibilidad,; atención en crisis; programas de Atención domiciliaria).
- Seguimiento y soporte a grupos de riesgo.
- Dotación suficiente de recursos materiales, profesionales y tiempos asistenciales para poder atender toda la demanda.
- Garantizar espacios de coordinación entre AP y los Centros de Salud Mental Comunitarios de forma permanente y regular.
- Garantizar recursos para desarrollar programas de prevención en colaboración con recursos sociales y comunitarios.

B) SALUD MENTAL

- Creación de una Red Única de Salud Mental de la Comunidad Autónoma. Esta debería tener al menos las siguientes características:
- Distribución de los recursos de forma sectorizada,
- Fomentando la cultura de Red Única de Salud mental en la Comunidad Autónoma,
- Garantizar la continuidad de cuidados utilizando como medio el terapeuta central de referencia en todo el proceso, y fomentando la colaboración de los recursos y los profesionales,
- Reforzar la corresponsabilidad asistencial de los profesionales que de una u

otra forma intervienen en un mismo usuario y en las tareas a desarrollar en el territorio asignado, evitando la cultura de la competitividad y la selección de las demandas,

- Fomento de la descentralización de recursos por todas las comarcas, evitando la concentración en determinadas zonas urbanas. Y mejora de la asistencia en las zonas menos pobladas o más aisladas.

- Creación de un Servicio de SM, con suficiente dotación de medios materiales y económicos, que de una respuesta global a todas las necesidades de la Comunidad Autónoma, gestionando y coordinando los diversos recursos existentes.

- Dotar a todos los CSMC de los profesionales necesarios para dar respuestas integrales a las problemáticas planteadas.

- Establecer cauces de coordinación estables entre las diversas administraciones públicas.

- Garantizar a todas las personas con TMG programas individualizados de tratamiento con el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados desde una enfoque multidisciplinar.

- Dotar de tiempo a los profesionales para la coordinación con AP así como con los agentes sociales y comunitarios.

- Diseño de programas específicos a realizar desde los CSMC, en coordinación con AP, que puedan dar una respuesta adecuada en caso de crisis, visitas domiciliarias y acompañamiento a programas de habilitación/capacitación o utilización de los recursos sociales y comunitarios existentes.

- Diseño de programas, dotados de continuidad, dirigidos a las familias.

- Sectorización de la población y las tareas a realizar, en un intento de evitar la parcelación y/o la dispersión.

- Definir los criterios de intervención para todos los CSMC.

- Delimitar la figura del responsable/coordinador de caso.

- Evitar ofertar propuestas de intervención sin la existencia de cierto nivel de implicación tanto del usuario como de su entorno.
- Introducir la cultura de la formación continua, con un contenido transversal de la problemática en el ámbito de la salud mental.
- Diseñar programas de reciclaje dirigidos a todos los niveles profesionales para que éstos puedan optar a diferentes tareas en función de sus capacidades y deseos, así como la salida hacia otros puestos de trabajo con menor implicación asistencial.
- Evitar la duplicidad de recursos, aprovechando al máximo los existentes y permitiendo su utilización por parte de las personas con TMG en línea descendente de mayor a menor nivel de tutelaje/sostén.

ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

- Definición de una Red de Servicios Socio-Sanitarios, en la que se delimiten sus tareas y su sectorización.
- Definir criterios de actuación y acceso a los servicios.
- Elaboración de programas específicos de intervención, dirigidos a las personas con TMG, en colaboración con AP.
- Coordinación de las distintas Consejerías del Gobierno Autónomo de Aragón con implicación en la problemática de personas con TMG (Sanidad, Bienestar Social, Trabajo, Economía), así como con otras Administraciones Públicas (Ayuntamientos, Justicia,...).
- Aumento de los recursos humanos y económicos.
- Mayor nivel de accesibilidad a los servicios.
- No favorecer los procesos de privatización de este tipo de servicios
- Regularización de ayudas "atípicas" en situaciones especiales: alquiler de piso, manutención, vacaciones,...

-Incorporación de profesionales que puedan cumplir funciones de acompañamiento en los diversos programas/recorridos que vaya a realizar el usuario.

-Fomentar los mecanismos de coordinación de todos los recursos existentes de forma estable en las diferentes sectores, estableciendo las responsabilidades de cada uno de los recursos y los profesionales.

-Introducir la cultura de la corresponsabilidad de los usuarios y los familiares allegados en los programas a desarrollar.

-Evitar ofertas de servicios y/o recursos sin exigir un nivel de implicación mínima del usuario y su familia.

-Favorecer la cultura de la participación y el tejido social.

ATENCIÓN SOCIAL

-Diseñar una Red de Recursos o al menos una coordinación básica entre los existentes.

-Aumentar los mecanismos de colaboración e intervención entre Salud Mental y Servicios Sociales, abandonando el trabajo desde compartimentos estancos y realizando programas preventivos y de rehabilitación conjuntamente.

-Necesidad urgente de que desde Bienestar Social se concrete que recursos, programas y prestaciones destina a Salud Mental.

-Mayor dotación de recursos económicos, materiales y de servicios, en base a propuestas concretas que respondan a planes individualizados diseñados desde los servicios de Salud Mental.

-Garantizar ingresos económico mínimos para todas las personas con TMG que tubieran necesidad de ello, así como ayudas excepcionales en casos especiales.

-Formación específica de los profesionales de Servicios Sociales.

-Inclusión de Programas de Atención Domiciliaria, desde Servicios Sociales, a las personas con TMG.

-Modificación del baremo de la Sociedad Municipal de la Vivienda para acceso a pisos.

DCHO. AL TRABAJO. DERECHO A LA FORMACIÓN/OCUPACIÓN

-Estudiar con las Administraciones Públicas implicadas la situación de las Pensiones, en la línea de establecer una mayor flexibilidad.

-Introducir fórmulas legales que permitan a personas con TMG que deban abandonar su proyecto laboral, recuperar, de forma inmediata, la percepción de los ingresos económicos de la pensión a la que tuviera derecho.

- Introducir líneas de ayudas económicas/o Fiscales a las Empresa, los C.C.E. y empresas de Inserción Socio/Laboral, que permitan a estas contratar a usuarios de este colectivo.

- Introducir cambios legales, que permitan a las Empresas de Inserción Laboral, Coop. de usuarios, C. Especiales de Empleo, o Centros Ocupacionales, etc., disponer de ciertas ventajas a la hora de optar a posibles contratos de servicios con las administraciones publicas. (Fomento de medidas de discriminación positivas para este colectivo, como se aplican en otros colectivos de riesgos, o en determinadas C. Autónomas, C.E., etc.).

- Introducir la figura del acompañante al empleo para los usuarios que desde los S. de S. Mental o S. Sociales se crea oportuno.

- Creación de un fondo económico para becas de Formación para este colectivo, gestionado desde la D.G.A - S.A.S. - Salud Mental, y con la participación del equipo de rehabilitación de cada área sanitaria, que garantice a todos los usuarios unos ingresos mínimos. Estas becas se adjudicarían sobre la base de un plan individual de trabajo pactado entre el interesado, los profesionales, con una duración limitada de tiempo.

-Creación de una Red de Centros Ocupacionales diversificados. Coordinación de los diversos C. Ocupacionales existentes, armonización de criterios de acceso, normas de funcionamiento, derechos y obligaciones de los usuarios así como su relación con los diversos S. De Salud Mental y S. Sociales.

-Regulación de un programa de Becas de Formación, con duración limitada en función de los ingresos económicos, que sea gestionado desde los recursos de Salud Mental en base a los programas individuales que se concreten en cada caso entre el afectado, su familia, salud mental y servicios sociales.

- Creación de una Fundación pública, desde el Servicio Aragonés de salud, con la participación de los departamentos implicados, como instrumento para ejecutar los diversos programas necesarios y que superan los aspectos sanitarios. (VER PROPUESTA SOBRE FUNDACIÓN PÚBLICA, EN EL ANEXO DE RECOMENDACIONES).

- Introducir los cambios en la legislación de los trabajadores de las Administraciones Públicas que les permitan poder desempeñar su actividad laboral de forma voluntaria en Comisión de Servicios en los proyectos/programas, gestionados desde la Fundación pública o/ONG, siempre que las partes estén de acuerdo.

- Los recursos deben dar respuestas a las necesidades de los usuarios en función de su nivel de capacidad-habilidad-autonomía personal, procurando que a mayor deterioro mayor nivel de intervención desde S. Mental, y a mayor capacidad de autonomía menor intervención desde S. Mental. Los recursos ofertados deben exigir un nivel básico de compromiso, entre las partes implicadas Usuario/familia/profesionales.

- Como complemento del punto anterior se habrá de potenciar como método de trabajo los espacios grupales fomentando cauces de participación e implicación de los usuarios y de su entorno familiar.

- La participación de los usuarios en los programas/proyectos ocupacionales/o laborales, forma parte de un plan integral individual de Tratamiento.

-Colaboración Interdepartamental.

-Otorgar carácter jurídico, en el marco del derecho laboral, a los programas de Rehabilitación.

INGRESOS ECONÓMICOS ADECUADOS

- Regular los mecanismos de contratación de personas afectadas por un TMG, facilitando su acceso a la actividad laboral.
- Ligar el derecho de pensión económica al reconocimiento específico de un TMG.
- Desligar el sistema de pensiones de los ingresos del resto de la familia.
- En caso de no funcionar los proyectos laborales de las personas afectadas por un TMG, establecer una mayor flexibilidad para volver a percibir las prestaciones económicas que les correspondieran en derecho.

VIVIENDA. ALOJAMIENTO CON SOPORTE.

- Soporte domiciliario, estableciendo los cauces de colaboración necesarios entre salud Mental y Bienestar Social, que permita al mayor número posible de personas seguir en sus casas.
- Programas de aprendizaje de autocuidados básicos, así como de habilidades para la realización de tareas domésticas que posibiliten a la persona el vivir de la forma más autónoma posible.
- Programas de sostén domiciliario desde los CSMC con capacidad para poder atender algún piso supervisado o semisupervisado, en cuyo caso, habrá que dotar de mayores recursos estos dispositivos.
- Creación de pequeñas Residencias, con límites de estancia y un plan individual asumido tanto por el interesado como por los Servicios de Salud Mental.
- Considerar a las personas con TMG dentro de los grupos prioritarios en la concesión de ayudas a la vivienda.
- Ayudas a las personas con TMG que deseen desligarse de la familia
- Coordinación Interdepartamental e Interinstitucional.
- Aumento del número de plazas residenciales.

DERECHO A LA LIBERTAD, LA INTIMIDAD Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA

- Creación de una Comisión Mixta con la participación de los responsables de Justicia, Sanidad, Bienestar Social y Usuarios, que habrá de velar por la legalidad y los derechos de los usuarios a lo largo de su tratamiento.
- Sensibilización y formación de los profesionales respecto a la normativa legal (derechos de los usuarios, tratamientos involuntarios,...) y a su necesaria colaboración y participación con la Administración de Justicia.
- Información y Sensibilización dirigida a los ciudadanos, medios de comunicación y Administración.
- Medidas regladas de protección de la información de los pacientes (codificación, acceso a datos,...), así como regular la utilización de la información.
- Revisar la situación de las personas ingresadas en Residencias, Hospitales Psiquiátricos,etc., para garantizar al interesado la utilización de sus recursos económicos para su cuidado.
- Estudiar la situación de los bienes de los usuarios en situación de incapacitación y garantizar que dichos bienes sean utilizados, de forma exclusiva en los cuidados que requiera.

NECESIDADES COLECTIVAS, GRUPALES Y COMUNITARIAS

SOPORTE A LAS FAMILIAS

- Crear espacios de participación donde se incluyan las Asociaciones de Familiares en los diferentes niveles de gestión .
- Establecer cauces de comunicación operativos entre la Administración y las Asociaciones de Familiares.
- Desarrollo de Programas Integrales de atención a las familias.
- Regular y priorizar la atención a las familias desde la concertación del pacto asistencial.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Crear espacios de participación reales de las personas con TMG en los dispositivos que les atienden.
- Carta de derechos y obligaciones en los Servicios de Salud Mental y en los dispositivos Socio-laborales.
- Información y sensibilización para evitar estigma (Sociedad civil, Administración, Instituciones).
- Promover la colaboración entre los recursos de Salud Mental y las Instituciones de la Comunidad.

8.2. En función de los dispositivos

El análisis de la situación actual y los planteamientos expuestos en los apartados precedentes deben de traducirse en una serie de actuaciones prácticas que favorezcan la implantación de una red de salud mental en la que la rehabilitación y la inserción jueguen un papel más importante del que juegan en la actualidad.

En términos generales se debe de potenciar claramente el papel del CSMC, dotándolo de los recursos personales y materiales necesarios, se debe de estructurar los servicios en torno al área sanitaria creando los órganos de coordinación que den continuidad a la asistencia, se han de crear nuevos dispositivos y apoyar los existentes y se deben de articular nuevas figuras legales que favorezcan la reinserción. De forma más específica se concretarían estas recomendaciones en las siguientes áreas:

CENTROS DE SALUD MENTAL

Los CSMC en su configuración y número actual no son capaces de atender las necesidades de rehabilitación del área a la que atienden. Para ello las recomendaciones serían:

- Incrementar el personal adscrito a los CSMC con especial énfasis en la dotación multidisciplinaria del CSMC de forma que existan Psiquiatras, Psicólogos, DUEs, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales y personal auxiliar y administrativo en número suficiente en cada CSMC

- Implantar un Programa de Atención al TMG en cada CSMC
- Definir el personal adscrito al programa con tiempos específicos de dedicación al mismo
- Es preciso crear equipos definidos y diferenciados que se dediquen de forma exclusiva a poner en marcha programas de seguimiento de casos, con una vinculación funcional al CSMC pero con tareas diferenciadas.
- Crear espacios de coordinación interna y externa

Propuesta de necesidades de CSMC para el desarrollo del Programa de Rehabilitación por Área.

Se considera necesario la existencia de un equipo de Salud Mental par cada 50.000-75.000 habitantes, en función de las variables sociodemográficas.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

- * Definir la población subsidiaria de atención, con criterios de derivación adecuados a las características de cada Área.
- * Creación de un equipo de seguimiento de casos por Área sanitaria para atender las necesidades de la población adscrita según características socio-demográficas del Área.
- *Dotación de personal manteniendo los criterios multidisciplinarios

Propuesta de necesidades de Programa de Seguimiento de Casos por Área

Cada Área Sanitaria dispondrá de un equipo de PSC que actuará de manera coordinada con el resto de recursos (CSMCs, Centros de Día, UMEs, ULEs, Recursos Socio laborales y recursos residenciales)

Su ubicación estará vinculada al CSMC aunque su funcionamiento será independiente y, como es habitual en este tipo de equipos, su trabajo se desarrollará preferentemente fuera de la unidad.

CENTROS DE DÍA

La situación actual de insuficiencia de plazas de Centro de Día debe de abordarse desde varias perspectivas

- Definir la población subsidiaria de atención, con criterios de derivación adecuados a las características de cada Área.
- Creación de un Centro de Día (como mínimo) por Área Sanitaria con plazas sanitarias para atender las necesidades de la población adscrita según características socio-demográficas del Área.
- Dotación de personal manteniendo los criterios multidisciplinarios y en los que tengan un especial papel Trabajadores Sociales, terapeutas ocupacionales y DUEs además de Psiquiatras y Psicólogos.
- Puede favorecer la tarea de reinserción la vinculación de los recursos ocupacionales y laborales a los Centros de Día, pero esta vinculación debe de hacerse destinando personal específico y diferenciado del que realiza labores asistenciales en el centro de Día.

Propuesta de necesidades de Centros de Día por Área

Asumiendo las recomendaciones mínimas de los distintos documentos consultados, consideramos sería necesario un Centro de Día por cada 150.000 habitantes, lo que correspondería, de una manera sectorizada, a un Centro de Día por aproximadamente dos o tres Centros de Salud Mental Comunitarios (Un centro por 50.000-75.000 habitantes). Teniendo en cuenta la diversa población que acoge cada Área Sanitaria, así como su diversidad en cuanto a población urbana y rural, habría que realizar los ajustes necesarios a la ratio indicada.

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

Los dispositivos de media estancia disponibles en la actualidad no son capaces de cubrir la demanda de ingresos generándose una puerta giratoria que hace que un elevado porcentaje de pacientes ingresen directamente desde las UCEs. Para ello las medidas que se recomiendan son

- Creación de una UME por Área Sanitaria con adecuada dotación de camas y personal.
- Clara vinculación de la UME con los CSMC y resto de dispositivos de rehabilitación del Área
- Definición de criterios de ingreso acordes con las necesidades de cada Área.
- Potenciación de otros recursos residenciales, especialmente pisos asistidos, que pueden ser gestionados y mantenidos desde las UMEs con dotación específica de personal

Propuesta de necesidades de Unidades de Media Estancia por Área

Creemos necesario una dotación de al menos 10 camas por 100.000 habitantes, lo que significaría triplicar la actual dotación (en total 120 plazas) y crear una unidad por área.

Esta cifra deberá ser dimensionada en el marco del resto de recursos disponibles. Somos de la opinión de que sería preferible, siempre en términos de salud como prevención terciaria, aplicar más recursos en evitar la cronicidad y la dependencia absoluta del sistema de salud mental (plazas de larga estancia) que en dotar estas. El conjunto global dependerá del interés puesto en los programas residenciales alternativos a la larga estancia y los programas de mantenimiento y soporte comunitarios.

Sería recomendable hubiese una en cada área:

- Área 1, 20 camas
- Área 4, 15 camas
- Áreas 2, 3 y 5; 85 camas, integradas en la ya existente RPRA, el pabellón rehabilitado del H. Psiquiátrico y otra de nueva creación.

UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

Los problemas que las unidades de larga estancia presentan parten de las conse-

cuencias de un proceso incompleto de desinstitucionalización que ha venido a significar una detracción de recursos materiales y humanos a lo largo de las 2 últimas décadas. Por ello las recomendaciones parten de la necesidad de recuperar años de falta de inversiones:

- Asignación de partidas presupuestarias que permitan adecuar estructuras obsoletas y dotar de personal a unidades que deben de mantener un enfoque más rehabilitador que custodial.
- Definición de un número de plazas por área.
- Vinculación bidireccional de las ULEs al resto de los dispositivos rehabilitadores del área que permita movilidad de usuarios hacia recursos laborales, de ocio o residenciales y, a su vez, la derivación de pacientes de estos recursos a la ULE.

Propuesta de necesidades asistenciales de ULE por área.

Cada una de las áreas sanitarias tendrá que disponer de un número determinado de camas específicamente destinados a los pacientes de esa zona, con su sectorización correspondiente.

Hay que tener en cuenta que actualmente la mayor parte de las camas de las ULE están ocupadas por pacientes que están ingresados en las mismas desde hace muchos años, con un grado de institucionalización muy alto, en los que han fracasado todas las estrategias de rehabilitación que se han planteado, y que por consiguiente no han podido ser externalizados (y que difícilmente podrán serlo en el futuro).

Teniendo en cuenta esta circunstancia, el número de camas reales, susceptibles de tener un cierto índice de rotación, que se requerirían según los diferentes estudios serían :

Según el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Comunidad de Madrid (Octubre de 1999), se dice que son necesarias entre 6-10 plazas/100.000 habitantes de Miniresidencia.

Según el Libro Blanco publicado en 1981 ("Better Services for Mentally ill"), en el Reino Unido, el número de plazas sería para las residencias con personal de apoyo de 24 h de 6-10 plazas/100.000 habitantes, y para los otros dispositivos de alojamiento

con personal de apoyo de 9-14 / 100.000 habitantes.

Según las estimaciones epidemiológicas de plazas residenciales (Wing, 1992) en el Reino Unido el número de camas necesario sería para residencias con servicio de 24h de 30/100.000 habitantes (Intervalo de 16-44), mientras que para las residencias sólo con personal diurno de 20/100.000 habitantes (Intervalo 10-30).

Para la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el número de camas sería de 50/100.000 habitantes; entre media y larga estancia, sin especificar cuantas de ellas son de una y de otra.

Para el Plan de Salud Mental de Extremadura, es de 13 camas/100.000 habitantes para las ULE.

Para el Plan de Salud Mental de Cantabria, es de 12 camas/100.000 habitantes para las ULE.

Para el Plan de Salud Mental de Murcia, es de 11 camas/100.000 habitantes para las ULE.

Creemos que en nuestro caso entre 11-15 camas /100.000 habitantes, para las ULE sería lo aceptable, siempre que estuviesen desarrolladas y en pleno funcionamiento, desde hace años, el resto de estructuras y servicios intermedios de rehabilitación y reinserción psicosocial, que hubiesen evitado los procesos de cronicación y deterioro de los pacientes, ya que de no ser así el número de camas necesarias tendrá que ser mucho mayor. Y siempre que fuesen camas que no estuviesen "bloqueadas" por pacientes institucionalizados de larga evolución en los que la rehabilitación, reinserción y posterior externalización es prácticamente imposible.

Estas cifras hay que contextualizarlas teniendo en cuenta las 930 plazas actuales pertenecientes a los pacientes largamente internados en los Hospitales Psiquiátricos y pendientes de un Programa de transformación de los Hospitales Psiquiátricos. El número de plazas necesarias de larga estancia se tendrá que establecer teniendo en cuenta tanto este contexto como la potenciación prioritaria de estructuras intermedias como C. de Día, Unidades de Media Estancia, Programa de Alternativas Residenciales, de Ocio y T.Libre y Ocupacional-Laboral. El destino de estas plazas debería establecerse mediante la implantación de un Programa específico de transformación

en una perspectiva temporal, en el que cabría pensar que un porcentaje de ellas quedarían vacantes por fallecimiento, otro porcentaje importante se transformarían en camas psicogeríátricas, otro se transformarían en camas de larga estancia operativas y otro los recursos empleados en ellas deberían ser reconvertidas en Residencias y en las distintas alternativas residenciales que se plantean en el documento.

DISPOSITIVOS DE APOYO

Los recursos laborales y ocupacionales, los residenciales y los de ocio y tiempo libre presentan varios problemas relacionados con su ubicación y con las dificultades legales expuestas en el apartado correspondiente.

Una recomendación tomada de los modelos imperantes en otras comunidades autónomas sería la de crear una Fundación Pública que fuera capaz de albergar las estructuras laborales y ocupacionales salvando así los problemas legales expuestos, que dispusiera de fondos para recursos residenciales, que fomentase actividades de ocio y tiempo libre y que, en definitiva, fuera un nexo de unión con los recursos sociales.

Aquellas Asociaciones que dispongan de recursos asistenciales, deberán estar integrados en la red, cumpliendo su finalidad asistencial y funcionando sectorizadamente.

COORDINACIÓN

La primera recomendación en este campo es la de la integración de todos los recursos en una única red. En segundo lugar es preciso generar un organigrama jerarquizado dentro de cada área sanitaria en la que se definan figuras como los responsables o coordinadores de dispositivos y los coordinadores de rehabilitación del área; en tercer lugar se ha de crear comisiones de rehabilitación de área con funciones específicas asignadas en la línea de lo referido en el apartado correspondiente. En cuarto lugar se ha de crear una Comisión Regional de Rehabilitación.

OTRAS RECOMENDACIONES

Existen áreas de intervención relacionadas con la rehabilitación y que deben de ser reseñadas en este capítulo de recomendaciones:

Debe de potenciarse las facetas rehabilitadoras no solo desde el CSMC, sino tam-

bién desde las UCEs donde estas actividades pueden ser iniciadas y/o continuadas en conexión con lo programado desde otros recursos.

- Se debe de contemplar la existencia de un grupo de pacientes para los que es preciso disponer medidas involuntarias más allá de lo que la UCE es capaz de proporcionar.
- Dentro de este grupo de pacientes un subgrupo específico es el de los pacientes judiciales para los que las unidades y dispositivos de rehabilitación actuales no están diseñados.
- No se debe de olvidar la creación de programas de intervención específica para pacientes con diagnósticos como Trastornos de personalidad, daño cerebral o Trastornos duales
- Se debe de programar actividad docente relacionada con el campo de la rehabilitación.

8.3. PROPUESTA DE CREACIÓN DE LA “FUNDACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL” DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

1. REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

La enfermedad mental es un proceso complejo en el que, la persona que la sufre, junto a la extrañeza de los síntomas, entra en una situación de progresivo derrumbe personal. Quedan afectados de forma grave el ámbito familiar, social, laboral etc., lo que provoca el aislamiento rápido, o la instalación del conflicto con el entorno, fruto de la fractura del intercambio social y la pérdida de confianza en sí mismo. Este derrumbe personal y afectivo es tanto más profundo cuanto más severo es el trastorno. Y es tanto más grave y continuado cuanto más lenta es la respuesta asistencial y rehabilitadora. (Sarraceno, Rottelli...).

El proceso del enfermar es complejo y de él deriva la necesidad de todo un conjunto coordinado y estable de actuaciones clínicas, rehabilitadoras y sociales; y la necesidad por tanto, de adecuar una red de recursos materiales, profesionales, organizativos, y financieros, con el objetivo de abordar de inmediato el proceso de recuperación.

El proceso de recuperación personal y de integración social son el objetivo tanto de los Planes Asistenciales como del Plan de Rehabilitación. En la práctica, cuidado de síntomas, rehabilitación de capacidades, integración social forman parte de un continuo que debe sintetizarse en los Programas Individuales. Los últimos trabajos en rehabilitación indican que, dado que es en las situaciones reales y vividas donde cobran algún sentido los síntomas y las consecuencias de la enfermedad, (cualquiera que sea su origen), es en estas situaciones reales y vividas, donde mejor se pueden tratar y donde se puede trabajar más eficazmente la recuperación. Por ello es difícil poner la barrera de dónde empieza y termina lo Sanitario, dónde la Rehabilitación y dónde lo social,... siendo aspectos indisolubles y que intervienen al mismo tiempo en un mismo proceso de recuperación. En todo caso la rígida separación administrativa de estos ámbitos es una dificultad añadida que conlleva el peligro de la discontinuidad en el cuidado, el riesgo de aislamiento profesional y de segregación de los servicios.

2. LOS INSTRUMENTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Partiendo de las necesidades individuales detectadas, y a través de la colaboración y compromiso del usuario, el Programa de Rehabilitación tiene como finalidad el desarrollo de las capacidades individuales y de las posibilidades de progreso, de estabilidad, de autonomía e integración en la comunidad. .

En los últimos años, las experiencias más avanzadas en Rehabilitación e Inserción social, en otros países y de forma creciente en España (Madrid, Andalucía..., también en Aragón), se han centrado en el desarrollo de subprogramas referidos a las áreas básicas de la vida: autonomía individual y desarrollo de las capacidades individuales básicas; familia-Casa-residencia; acceso al trabajo-autonomía económica; acceso a la cultura y Tiempo libre. (Las tres últimas áreas son el objeto de los Programas de Apoyo Comunitario). Estos programas son instrumentos que cumplen de forma sistemática una función mediadora entre el individuo y su entorno, aumentando el campo de la Rehabilitación y las posibilidades de recuperación. Cada uno de los programas específicos de rehabilitación se organizará en relación con los estadios de menor a mayor estabilidad, de menor a mayor autonomía (Ciompi).

El desarrollo de todo programa de rehabilitación, pero en especial los de Apoyo Comunitario exigen medios e instrumentos para acercar la rehabilitación a los entornos propios del usuario. Medios e instrumentos adaptados a las características sobre

todo del que sufre un TMG, y accesibles desde el dispositivo, unidad o servicio, donde éste es atendido.

Cuando en el desarrollo de estos programas es necesaria la utilización de recursos con implicaciones jurídicas, económicas, financieras, comerciales... el programa de Rehabilitación, puede quedar bloqueado si no se dota a los dispositivos sanitarios, asistenciales, sociales de recursos específicos y procedimientos ágiles como contratación de profesionales especializados, alquiler de pisos, locales para talleres prelaborales, desarrollo de talleres ocupacionales, empleo protegido, intervenciones de mercado, recursos específicos para entrenamientos sociales, ocio y tiempo libre.

Sin estos medios al alcance, a causa de no tomar en cuenta estas necesidades, la situación actual en Aragón es la atomización de pequeñas experiencias de rehabilitación e inserción (tanto públicas como privadas), fruto del impulso e iniciativa individual de algunos profesionales y servicios, situación que sólo se puede rectificar mediante la Planificación desde la Administración responsable.

Cada experiencia es peculiar, pero tienen entre sí problemas comunes:

- Una perspectiva incierta al faltar criterios de coordinación entorno a la Rehabilitación e Inserción del TMG,
- La falta de una ordenación de recursos laborales, residenciales para cada tipo de dispositivo y de acuerdo con una equilibrada distribución por áreas territoriales.
- La concertación accidental de servicios y la inseguridad en la continuidad financiera. Gran debilidad y aislamiento de las estructuras existentes
- Aumento de la desigualdad entre usuarios según la ubicación domiciliaria.
- La falta de instrumentos organizativos, jurídicos, económicos para poder acceder a programas de formación e inserción adecuados. La consecuencia más grave es que el usuario no tiene garantizado el acceso a los programas de Rehabilitación e Inserción desde su dispositivo de referencia.

3 NECESIDAD DE UNA FUNDACIÓN PARA LA INSERCIÓN

1. Es admitido por todos los profesionales que esta aparición atomizada de soluciones es el aspecto más negativo de la situación actual. Incluso desde iniciativas privadas (ONG, Fundaciones, Asociaciones de familiares...), que tienen resueltos los aspectos jurídicos, contractuales..., se evidencia la necesidad inaplazable de garantizar el futuro a través de la planificación en los procesos y programas de inserción; se evidencia la necesidad de que, en esta planificación se tomen en consideración las especiales dificultades del colectivo de personas con TMG, que lo diferencian de otros.

2. El estigma social y la permanente inhibición de la sociedad en asumir la integración del EMG, la escasez y precariedad de las iniciativas de entidades privadas son razones determinantes de las más bajas tasas de inserción de este colectivo que puede ser calificado como el Paradigma de la Exclusión.

3. Los procesos de recuperación personal del TMG son largos y lentos, pasan por etapas irregulares, por retrocesos inevitables para poder progresar. La experiencia demuestra que los programas de inserción son efectivos, a condición de que sean cercanos al usuario, tengan continuidad en el tiempo y se doten de estructuras estables.

4. La inexistencia planificada y estable de estos programas de Apoyo Comunitario en un Área y sector, provoca la saturación y disfunción de los dispositivos asistenciales y agota el apoyo familiar provocando la "inevitable" demanda indiscriminada de larga estancia. Una correcta planificación de recursos, tanto por su función en la RED de SM, como por su distribución en las distintas áreas geográficas (Ciudades, Comarcas...) daría la dimensión exacta y el sentido correcto a la necesidad de camas de este tipo.

Las dificultades enumeradas son razón suficiente para proponer la creación de una Fundación de carácter público que asuma el papel de complementariedad para la creación de estructuras de Apoyo Comunitario.

En las comunidades en las que la Administración ha tomado la iniciativa, desde la planificación de recursos de rehabilitación e inserción y con la creación de una Fundación de este tipo, el avance ha sido espectacular.

4. EL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

La especial complejidad del programa de inserción laboral para personas con TMG obliga a detenernos en él y utilizarlo como ejemplo de complementariedad. Sobre todo porque, por su organización, puede entenderse más alejado del proceso de atención sanitaria y rehabilitadora. No existirá programa de inserción laboral si desde la aparición del trastorno no se integra este aspecto en la perspectiva de los planes de cuidado.

El subprograma de inserción laboral se inicia al abrirse la historia individual. Se desarrolla con la participación del usuario en procesos de rehabilitación y capacitación básicas. Una vez pasados, y como desarrollo de los mismos, necesita de un dispositivo especializado y diferenciado que permita la organización del trabajo en grupo con el objetivo del intercambio económico y social. Son los aspectos de la organización del trabajo y del intercambio económico y social los que pasan a ser instrumentos de Rehabilitación. Se inicia entonces un recorrido, no lineal, por diferentes estadios, ocupacionales, trabajo protegido, empresa social, trabajo ordinario, que tienen que dar respuesta y adaptarse a los diferentes niveles de dificultad.

Las características del TMG exigen que el programa de inserción sea estable y continuado en el tiempo y que se adapte a un proceso que tiene avances y retrocesos. El programa proporciona situaciones privilegiadas para el análisis y conocimiento de la enfermedad, a condición de que la estructura y los profesionales que le dan soporte tengan oportunidad y capacidad de analizar y supervisar su propia actividad y la de los usuarios comprometidos. Para este programa se necesitan muy buenos técnicos en la actividad productiva, pero que sean profesionales especializados en la rehabilitación y en los procesos de acompañamiento.

El programa de Inserción laboral en Salud Mental, de acuerdo con las experiencias que existen, debe tener la previsión (al planificarse) de dedicar una importante cantidad de recursos en los niveles básicos del programa (Rehabilitación prelaboral, habilidades, formación y niveles ocupacionales). Niveles estrechamente unidos a aspectos de cuidado sanitario. En estos niveles es donde acceden las personas con más necesidad de apoyo y más necesitadas de romper su aislamiento, que forman el grupo de personas con TMG. Precisamente porque en estos niveles pasan a primer plano los aspectos rehabilitadores de la actividad, su relación con el trastorno, y las perspectivas de evolución del entorno social, deberá evitarse la exclusión. Recuperar la confianza en si mismo, después de la vivencia de derrumbe personal y

social no es tarea fácil, y es de prever, y debe ser tolerado, un proceso lento.(Lieberman 1988)

El Programa deberá dar otras respuestas procurando medios más complejos entorno a la actividad laboral y productiva. Medios como los Talleres Protegidos (CEE, Empresa Social...), para un sector que es más autónomo y que puede acceder a un contrato especial de trabajo. Permite trabajar la normativa, los conflictos y la responsabilización personal... Es importante que existan diversidad de alternativas productivas según grados de formación y aspiraciones personales. En este estadio también se darán avances y retrocesos. El usuario puede estar utilizando diversos dispositivos, o pasar momentos en los que los síntomas de la enfermedad sean predominantes, y pasar fases en los que sea necesario el cambio a estadios menos comprometidos. Es necesaria por tanto la coordinación de los diferentes dispositivos y profesionales implicados. Es necesario que los diferentes niveles sean permeables y negociables. Es en estos recorridos que se posibilita el avance hacia la estabilidad.

El programa deberá poner en marcha servicios de acompañamiento al empleo ordinario, aún entendiendo que la situación actual, por la agresividad del mercado, no es la ideal para el colectivo de SM. Con todo la experiencia indica que es una opción necesaria para un número, aunque reducido, de personas con trastorno no tan grave, o con cierta estabilidad. La condición es poner un servicio de acompañamiento (seguimiento), técnicamente y terapéuticamente preparado, para que el usuario inicie la búsqueda de trabajos compatibles, y tenga un equipo de referencia, que le ayude a conservarlo.

De forma planificada y progresiva, en cada Área se pondrán en funcionamiento los diferentes talleres que conformarán la red de inserción laboral, coordinada por la comisión de Rehabilitación.

5. LA "RENTABILIDAD" DE LOS PROGRAMAS DE INSERCIÓN.

La integración social es un derecho de todo ciudadano en la sociedad actual. Esto sólo es justificación para dotar a los programas de Rehabilitación e Inserción de recursos suficientes. Pero es conveniente analizar también qué beneficios se pueden obtener de los mismos.

1.- Es un hecho contrastable que las personas que participan en programas de

Rehabilitación e Inserción, (Andalucía, Madrid, Asturias, Huesca...), disminuyen su dependencia de los dispositivos sanitarios, de las consultas médicas, y en especial disminuye la ocupación de camas hospitalarias.

2.- Disminuye también la prescripción y el coste de la medicación.

3.-Por otro lado disminuye el coste de ocupación familiar: ocupación de medios económicos, familiares, tiempo de dedicación, disminución del desgaste personal. Mejora de la salud del entorno familiar. Cambio de sentido de la economía familiar y mejora de su calidad de vida.

4. Toda estructura de inserción es un sector económico integrado y dinámico que aporta bienes y servicios a la comunidad. Es generador de puestos de trabajo directos e indirectos.

5-En general, la falta de alternativas de inserción en Salud Mental, incrementa el número de marginales, transeúntes etc., así como los costes sociales en estos conceptos,. tan frecuente en nuestras ciudades.

Estos y otros items de índole de evolución personal, deberían valorarse como elementos económicos y sociales clave, al poner en marcha los programas de inserción.

6.- LA CREACIÓN DE UNA FUNDACIÓN PARA LA RH. Y LA INSERCIÓN UN OBJETIVO DEL PLAN DE S.M.

Para conseguir los objetivos del plan de Rehabilitación es necesario que los Dispositivos, que son los responsables de su ejecución, tengan recursos humanos y materiales, y medios jurídicos y financieros.

Para resolver aquellos aspectos en los que no se da competencia a los dispositivos de SM, y que son imprescindibles para el desarrollo de los programas, el Plan de SM de Aragón propone la creación de una **FUNDACIÓN ARAGONESA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL**.

La Fundación se crea con criterios de planificación sanitaria y social derivados de una correcta y eficaz ejecución de los programas de Rehabilitación.

CARÁCTER

1- PÚBLICO: será creada por el Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, previa propuesta del SAS y de la Dirección Regional de Salud Mental.

2- INTEGRADO: Participará en las Comisiones de planificación y coordinación creadas por el Plan de Salud Mental, tanto a nivel regional como de área.

3- INSTRUMENTAL: Es una estructura que proporcionará los medios jurídicos, organizativos y económicos para el desarrollo de los planes de Inserción, de acuerdo con los criterios establecidos en el plan de Salud Mental. Especialmente cuando sea necesaria la creación de estructuras ocupacionales y residenciales,...

Participará en la creación de empresas o sociedades (CEE, S.Ls) para la intervención en el mercado.

4- TERRITORIAL: Será un dispositivo con una organización por áreas sanitarias debiendo coordinar sus recursos con la red de Salud Mental de cada área, con el fin de que dichos recursos sean lo más accesibles al usuario..

5- PLANIFICADOR: de acuerdo con las necesidades del plan de Salud Mental tendrá asignados los recursos económicos procedentes de los diferentes Departamentos destinados al colectivo de Salud Mental, planificando su distribución. Coordinará los diferentes recursos existentes, tanto públicos como privados, con criterios de territorialidad y racionalización.

6- INNOVADOR: Que procure la adaptación de normativas, procesos y organización a las características del EMG. Procurará la aplicación de métodos y experiencias que hayan dado resultado en otras comunidades y países.

7- PARTICIPATIVO: que cree órganos de participación en su seno para Asociaciones de Usuarios, Familiares, Profesionales, organizaciones sociales, económicas... que asuman los objetivos de la Fundación, para una mejor consecución de sus fines.

7. UNA FUNDACIÓN PARA GESTIONAR LOS PROCESOS DE INSERCIÓN

LA FUNDACIÓN ARAGONESA PARA LA REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. De naturaleza permanente y de interés general.

Dicha Fundación se regirá de acuerdo con la Ley 30/1994 de 24 de Noviembre donde se regula el derecho de Fundación para fines sociales y la participación privada en actividades de interés general, y por el Decreto 276/1995 de 19 de Diciembre de la DGA donde se regulan las competencias en materia de Fundaciones y se crea el Registro.

La Fundación será constituida por el Gobierno de Aragón, y el procedimiento de creación según establezca la normativa de la Comunidad Autónoma. La Fundación se regirá por los estatutos que se otorgue de acuerdo con la normativa antes citada.

La consecución de sus fines podrá lograrse por gestión directa o en colaboración con otras entidades públicas o privadas. En cualquier caso actuará de forma autónoma, sin otra limitación que la de los estatutos y la normativa vigente.

Asimismo la Fundación podrá promover o participar en empresas o sociedades cuyos fines sean los mismos y en cualquier caso los de interés general y sin ánimo de lucro, como medio de conseguir sus fines con una mayor eficacia.

FINES: La defensa de los derechos de los ciudadanos afectados por una discapacidad como consecuencia de su enfermedad mental, en especial si este es grave. El derecho a una vida digna e integrada en la sociedad. El apoyo social para los usuarios de los Servicios de Salud Mental, en aquellas necesidades no atendibles desde los programas o servicios específicos tanto sanitarios como sociales.

OBJETO: Ejecución de programas y creación de recursos y dispositivos imprescindibles para lograr la plena integración social del EM,

APOYO COMUNITARIO

Promover el desarrollo de programas de atención social y apoyo comunitario.

1- ÁREA RESIDENCIAL

- Promover programas y recursos de apoyo residencial comunitario y domiciliario. Búsqueda de recursos de alojamiento.

2- ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Promover programas de ocio y tiempo libre sobre el eje de las relaciones sociales y personales. Promover el acceso a la cultura.

3- ÁREA OCUPACIONAL-EMPLEO

- Promover programas ocupacionales y recursos que faciliten su progresiva integración laboral y autonomía económica.
- Participación y promoción de empresas protegidas y sociales de inserción
- Promoción de una red de recursos entorno al trabajo que sea flexible y se adecue a los avances y retrocesos característicos en personas con enfermedad mental severa
- Promover la formación profesional con la finalidad de mejorar las expectativas de integración en el mercado de trabajo.

4- PROGRAMAS GENERALES

- Promover programas de sensibilización general y específicos entre sectores sociales con el fin de lograr una colaboración social eficaz.
- Impulsar y participar en programas de prevención, educativos y de investigación con la finalidad luchar contra la exclusión social.
- Promover el estudio de las normas y costumbres para mejorarlas buscando una mayor adecuación a las características del colectivo.
- Promover la formación de los profesionales orientada a la cualificación en el cuidado e integración del enfermo mental
- Participar en la coordinación y colaboración con los servicios y profesionales de las Áreas de Salud Mental, para conseguir la máxima eficacia en la aplicación de los recursos y garantizar al usuario la accesibilidad y la continuidad en la asistencia y cuidado.

BENEFICIARIOS

Las personas atendidas en los Servicios de Salud mental, en especial las afectadas por una enfermedad mental severa y que es causa inmediata o remota de algún tipo de discapacidad. En general cualquier persona que sufra un trastorno mental y que necesite apoyo en su integración social.

Las personas físicas o jurídicas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actividades y servicios para la integración de las personas con EM.

PATRONATO

El Patronato estará compuesto por los consejeros de los departamentos relacionados con los fines de la Fundación con el objeto de garantizar una gestión unificada y eficaz de los recursos: Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (En su caso los Gerentes del SAS y del IAS), Consejero de Economía y Trabajo ...

CARÁCTER REGIONAL

La fundación esta obligada, para un adecuado cumplimiento de sus fines de integración social, a desarrollar una red de recursos lo más cercana a los usuarios y a su entorno, procurando que sus servicios estén presentes de forma proporcionada tanto en las ciudades como en las comarcas y zonas rurales donde el abandono es una causa más de exclusión.

CARÁCTER PARTICIPATIVO:

El Patronato, con el fin de una mayor eficacia en el cumplimiento de sus fines creará un órgano participativo en el que se integren profesionales, movimiento asociativo de Familiares y Usuarios, sindicatos representativos, organizaciones empresariales, y aquellas entidades de reconocida intervención en la lucha contra la exclusión del EM, y cualquier entidad social o económica que pueda favorecer o ayudar en la consecución de los fines de la Fundación.

DAR COBERTURA JURÍDICA, FINANCIERA Y GESTORA A LOS ACTUALES DISPOSITIVOS DE INSERCIÓN:

En la actualidad existen diferentes programas y estructuras tanto públicas como privadas de inserción social y laboral que afectan a un número considerable usuarios. Son programas aislados entre los que ni existe una transferencia de experiencias ni de modelo, ni tan siquiera de reflexiones entorno a la rentabilidad de los mismos y a su futuro. Futuro que en cualquier caso es incierto. Por otro lado son estructuras que mueven una cantidad respetable de recursos económicos y de proyectos para su desarrollo.

La Fundación tiene como tarea primera la de evaluar y estudiar de manera inmediata un proyecto de futuro para cada uno, procurando su articulación en un plan integrado y coordinado de recursos.

SOBRE LOS PROFESIONALES

Será necesario buscar fórmulas adecuadas para la integración en la Fundación de aquellos profesionales que estén desarrollando su actividad en servicios o programas de Inserción que entren en el ámbito de la Fundación. En el caso de profesionales de la Administración Pública, posibilidad de aplicar la fórmula de "Comisión de Servicios".

Desde las Administraciones públicas, se posibilitará, previo acuerdo de la Fundación y de los interesados que determinados profesionales puedan ser asignados para realizar su actividad en la Fundación por unos determinados periodos de tiempo, y manteniendo la misma relación jurídico-laboral de la Admón. de origen.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. BIBLIOGRAFÍA INTRODUCCIÓN

- Declaración de los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales (Luxor, enero de 1.989) que hace eco a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1.949 en lo referente a la "dignidad inherente" y "los derechos iguales e inalienables de los miembros de la humanidad".

- Manifiesto del Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial para la Salud Mental (adoptado en Praga en mayo de 1.991).

- Informe de la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución del 19/12/91), sobre los derechos humanos y la salud mental, que recoge los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. (Véase anexo 1).

- Informe de la Organización Mundial de la Salud. Comisión Europea. Bruselas, abril de 1.999: "Sin salud mental no hay salud", conclusiones del encuentro "Balance de la Promoción y la Atención a la Salud Mental".

- Proposición de No Ley en el Congreso de los Diputados sobre la aprobación de un Plan Nacional de Salud Mental (Madrid, noviembre de 1.999).

- Resolución del Consejo de Europa sobre la Promoción de la Salud Mental del año 2000.

- Collodi, C. "Las aventuras de Pinocho". Ediciones Generales Anaya. Octubre 1983

2. BIBLIOGRAFÍA GENERAL RECOMENDADA SOBRE INTERVENCIONES

ALDAZ, J.A.; VAZQUEZ, C.: Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo Veintiuno de España Editores SA, 1996.

REBOLLEDO, S: Rehabilitación Psiquiátrica. Universidad de Santiago de Compostela, 1997.

Rodríguez, A: "Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos Mentales Crónicos." Ediciones Piramide S.A., 1997.

2.1. BIBLIOGRAFÍA DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Síntesis. Colección Salud y Sociedad.

- CARPENITO, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.

- GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Ed. Mosby / Doyma. Barcelona, 1996.

- LUIS, M.T. Diagnósticos Enfermeros. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1998.

- MEDINA, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Ed. Laertes. Barcelona, 1999.

- Definiciones y Clasificación 1999-2000 Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Ed. Harcourt. Madrid, 1999
- Enfermería psicosocial y salud mental. Ed. Masson. Serie Manuales de Enfermería. Novel Martí, G. Lluch Canut, M^a T. Miguel López de Vergara, M^a D. Barcelona, 1999.
- Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Ed. Masson. Serie Manuales de Enfermería. Rigol Cuadra, A. Ugalde Apalategui, M. Barcelona, 1999

2.2. BIBLIOGRAFÍA ORDENADA ANEXO 1

1. Fernández Liria A. Et al "Psicoterapia en el sector público: un marco para la integración". A.E.N. Estudios 19 . Madrid, 1997.
2. Bleandonnu G. Dictionnaire de psychiatrie sociale.
3. Cumming, J, ; Cumming, E. "Ego and milieu".
4. González de Chavez, M. "¿Por qué la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia" 12 Th INTERNATIONAL SYMPOSIUM FOR THE PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA.
5. Rapoport, R. "La communauté Thérapeutique" Maspero , Paris 1974.
6. Villalba Quesada , C. En "Redes Sociales e Integración Social" del libro REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES CRONICOS. Rodríguez, A. et al.
7. British Association for Counselling: Invitation to membership. Rugby, BAC 1989
8. Kuras de Mauer, S. ; Resnizky, S. En "Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos".
9. Arveiller, J.P.; Bonnet, C. "L'insertion du malade mental". Ed. Erès (1994)
10. Spivak, M. "Introduzione alla riabilitaciones sociale" Riv.Sper.Fre. vol.CXI. n.3, 1987, pp.522-574
11. Editorial del N° 5 Área 3. "Los grupos Operativos (I)". Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. (1997)
12. Marzotto, M; Persichella, C. "Esquizofrenia y Familia" N° 5 Área 3. "Los grupos Operativos (I)". Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. (1997).

3. BIBLIOGRAFÍA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

- ASTRACHAN, B.; LEVINSON, D.J.; ADLER, D.A.: The impact of National Health Insurance on the tasks and practice of psychiatry. Arch Gen Psychiatry 1976; 33:785-794.
- BACHRACH, L.L.: Case Management revisited. Hosp Community Psychiatry 1992; 43:209-210.
- BACHRACH, L.L.: Continuity of Care and approaches to Case Management for long-term Mentally Ill patients. Hosp Community Psychiatry 1993; 44:465-468.
- CLARK, R.E.; TEAGUE, G.B.; RICKETTS, S.K. et al.: Cost-effectiveness of assertive community treatment versus

standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Health Serv Res 1998; 33:1285-308

HU, T.W.; JERRELL, J.M.: Estimating the cost impact of three case management programmes for treating people with severe mental illness. Br J Psychiatry 1998; Suppl 36:26-32

KANTER, J.: Clinical case management; definitions principles, components. Hosp Community Psychiatry 1989; 40:361-368.

MARKS, I.M.; CONNOLLY, J.; MUIJEN, M. et al.: Home-based versus Hospital-based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry 1994; 165:179-194.

PRENDERGAST, P.J.: Psychiatric Rehabilitation and case management in schizophrenia. En Shriqui, C.L. y Nashrallah, H.A.: Contemporary issues in the treatment of Schizophrenia. American Psychiatric Press. Washington 1995:703-712.

SLEDGE, W.H.; ASTRACHAN, B.; THOMPSON, K. et al.: Case Management in Psychiatry: An Analysis of Tasks. Am J Psychiatry 1995; 152:1259-1265.

SOLOMON, P.: The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. Community Ment Health J 1992; 28:163-179.

THORNICROFT, G.; WARD, P.; JAMES, S.: Care management and mental health. BMJ 306:768-771, 1993

UK700 GROUP: Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial. Br J Psychiatry 1999 175:426-432

WOLFF, N.; HELMINIAK, T.W.; MORSE, G.A. et al.: Cost-Effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. Am J Psychiatry 1997; 154:341-348.

4.1. BIBLIOGRAFIA CENTROS DE DÍA

- "Rehabilitació Comunitaria en Salut Mental" .Documento del Servei Català de Salut de Julio de 1999 .

- Centres de DÍA. Coordinadora de Recursos Intermedis de Catalunya. Octubre 1993.

- Resum de les primeres jornades de treball de Centres de DÍA de Catalunya. Cerdanyola 29, 30 d' abril de 1994.

- Clusa, J. "Abordatge psicoterapèutic institucional dels trastorns psicòtics en un estat de desestructuració regressiva estable." Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol. XII/Núm 1.

- Clusa, J. "Rehabilitación, reinserción, equipamientos psicosociales" Informaciones Psiquiátricas. Nº 138, pp. 403 - 410. 1994

- Holloway, F. "Psychiatric day - care: The user' s perspective" . International Journal of Social Psychiatry, 35, 252 - 264.

- Ramos Gutierrez,R. "La rehabilitación consensual:una estrategia sistémica para el Centro de Día". Informaciones psiquiátricas. Nº 130, pp 693- 705 . 1992.

- Garnier,Anne-Marie. "La responsabilité du thérapeute: de la designation au partenariat". Thérapie familiale . Vol.13, Nº 4,pp 377-390. 1992

- Schene, A.H. et al. " Different types of Partial Hospitalization Programas" Acta Psychiatrica Scand. 75, pp. 515 - 520 . 1988.

- Spivak, M. "Introduzione alla riabilitaciones sociale" Riv.Sper.Fre. vol.CXI. n.3, 1987, pp.522-574.

- García González, J. "Estructuras intermedias y atención continuada" Psiquiatría Pública. Vol.3, Nº 2, Abril - Junio 1991

- Programa de atención Social a personas con enfermedad mental crónica. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Octubre 1999.

- Wing, J.K. and Olsen, Rolf. "Community Care for the Mentally Disabled".Oxford University Press. 1979.

4.2. BIBLIOGRAFÍA UMES Y ULES.

- Forum en Salud Mental. Programa de Trastornos Mentales Severos. Servei Català de la Salut. Barcelona. Diciembre-1999.

- Lieberman RP. Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Editorial Martínez Roca. Barcelona.1993.

- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. 1999-2001. Guía de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental.

- Plan de Servicios Individualizados (PSI). Servei Català de la Salut. Barcelona. Diciembre-1995.

- Programa de Atención Específica a los Trastornos Mentales Severos. Servei Català de la Salut. Barcelona. Octubre-1997.

- Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Octubre-1999.

- Programa de Rehabilitación y de Apoyo Comunitario. Instituto Psiquiátrico, Servicios de Salud Mental "José Germain". Leganés (Madrid).

- Propuesta de Plan de Salud Mental de Aragón. Diputación General de Aragón. Abril-2000.

- Rebolledo S. Rehabilitación psiquiátrica. Universidad de Santiago de Compostela. 1997.

- Rodríguez González A. Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Ediciones Piramide. Madrid. 1997.

- Wing JK. Epidemiologically-based mental health needs assessments. Royal College of Psychiatrists Research Unit. Londres. 1992.

4.3. BIBLIOGRAFIA PROGRAMAS ALTERNATIVAS RESIDENCIALES

- Guía de REHABILITACIÓN y reinserción psicosocial en Salud Mental. Plan de Salud Mental de la región de Murcia 1999-2001
- Programa de Rehabilitación y de Apoyo Comunitario. Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain, 1991.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Programa Residencial.
- Colomer, A.; Martínez, M; Lámperez, A.; Pinilla, M. Pisos protegidos para enfermos mentales crónicos en las Cinco Villas". Intervención Social nº 4, 48-60. Zaragoza, 1993.
- Rodríguez, A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ediciones Pirámide SA 1997.

4.4. BIBLIOGRAFIA PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- P. Durante, B.Noya. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. Ed. Mason.
- P. Durante, B.Noya, P. Moruno. Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos CLÍNICOS comentados.
- Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Pirámide.
- Wilard and Spacman. Terapia ocupacional. Ed. Panamericana.
- Liberman, Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed: Martínez Roca.
- Liberman. Social and independent living skills. Recreation for leisure module. Trainer's manual. Los Angeles: UCLA.
- Hagedorn, R. Fundamentals for practice in Occupational Therapy. Churchill Livingstone.
- Creek, J. Occupational Therapy and Mental Health. Churchill Livingstone.
- Mary Beth Early. Mental Health Concepts and Techniques for the Occupational Therapy Assistant .
- Hugues, Mullins. Manual de Terapia Ocupacional en Psiquiatría, ejercicios para desarrollar habilidades de la vida diaria. Ed. Noriega Limusa.

6.. BIBLIOGRAFIA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACION

- "Curso de Formación Teórica para Psicólogos Especialistas en Formación (PEF) y Médicos Especialistas en Formación (MEF) de Psiquiatría y Salud Mental". Servei Català de la Salut. Unitats docents de Psiquiatría i Salut Mental. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut.
- "Atención primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria". José Luis Tizón García. Editorial: DOYMA.

