

**ATENCIÓN RESIDENCIAL
COMUNITARIA Y APOYO
AL ALOJAMIENTO DE
PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL
GRAVE Y CRÓNICA:
RECURSOS
RESIDENCIALES Y
PROGRAMAS BÁSICOS
DE INTERVENCIÓN**



**ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA Y
APOYO AL ALOJAMIENTO DE PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
Y CRÓNICA: RECURSOS RESIDENCIALES
Y PROGRAMAS BÁSICOS
DE INTERVENCIÓN**



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES



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



www.madrid.org/publicamadrid

COORDINACIÓN DEL TEXTO

Alejandro Florit Robles, José Manuel Cañamares Yelmo,
Begoña Collantes Olmeda y Abelardo Rodríguez González

COORDINACIÓN TÉCNICA

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
GRAVE Y CRÓNICA 2003-2207
Consejería de Familia y Asuntos Sociales

IMPRIME

B.O.C.M.
Tirada: 2.000 ejemplares

Depósito Legal: M-12059-2007



Presentación

Las personas que tienen una discapacidad a causa de enfermedades mentales severas y persistentes, presentan una compleja problemática social y sanitaria que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, afectando así a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial, su integración social laboral y su participación en la comunidad. En este ámbito es fundamental la implicación de los Servicios Sociales en la atención social y la integración de las personas con enfermedad mental y el apoyo a sus familias.

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales esta comprometida en la atención social y el apoyo a la integración de estas personas y sus familias a través del *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*, instrumento indispensable para desarrollar y ampliar la red de centros y recursos de atención social y apoyo comunitario, en estrecha coordinación y complementariedad con la red de servicios sanitarios de salud mental, al objeto de proporcionar una atención global e integral a las personas con discapacidad psicosocial derivada de una enfermedad mental severa y persistente, posibilitando su integración comunitaria.

Una de las áreas prioritarias del Plan es el *alojamiento y atención residencial comunitaria*. Muchas personas con trastorno mental grave y crónica tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado, aumentando el riesgo de marginación cuando carecen de apoyo familiar.

La familia es esencial en la tarea de provisión de apoyo a las personas con discapacidad a causa de un trastorno mental severo y persistente, viviendo éstas en muchas ocasiones situaciones de sobrecarga en la importante labor que desempeñan.

Por lo anteriormente expuesto, en la Comunidad de Madrid creemos necesario contar con un abanico de alternativas de alojamiento y atención residencial, con el objetivo de cubrir las necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión que estas personas presentan, permitiendo su mantenimiento en su ámbito comunitario con las mejores condiciones de autonomía, calidad de vida y bienestar.

En los últimos años, en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales hemos realizado un decidido esfuerzo en la implantación de centros de atención residencial y como fruto de esta experiencia nace el presente cuaderno técnico, con la voluntad de ofrecer los fundamentos teóricos, metodológicos, descripción de los recursos, así como la organización y funcionamiento de los programas que conforman el adecuado proceso de atención residencial y apoyo al alojamiento para este colectivo.

Sus autores son profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores) que desempeñan su tarea en los distintos centros de atención residencial del citado Plan, y que desde su experiencia práctica y rigor técnico, han logrado elaborar un manual que se convertirá, a buen seguro, en una herramienta de gran interés y utilidad para todos aquellos profesionales que se dedican a la atención residencial y el apoyo al alojamiento, y en definitiva, a la atención social y sanitaria de esta población.

Este Cuaderno Técnico sobre Atención Residencial, completa a modo de trilogía, la serie iniciada con los otros dos manuales ya publicados en la colección de Cuadernos

Técnicos de Servicios Sociales: el primero sobre Rehabilitación Laboral (nº 14) y el segundo sobre Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (nº 17). Con la publicación de este tercer Cuaderno Técnico destinado a la Atención Residencial, se da otro paso en la divulgación y el conocimiento sobre la problemática social y residencial de este colectivo.

Tengo la certeza que esta publicación colaborará en el esfuerzo de todos, para dotar a la sociedad madrileña de aquellos instrumentos que ayuden a mejorar la atención social de las personas con discapacidad derivada de enfermedades mentales severas y persistentes, facilitando su integración comunitaria y el apoyo a sus familias.

Beatriz Elorriaga Pisarik.
Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN (Abelardo Rodríguez González, José Manuel Cañamares Yelmo, Begoña Collantes Olmeda y Alejandro Florit.)	9
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

ÁREA I: MARCO GENERAL

1. La atención residencial en el marco de la atención comunitaria de la población con enfermedad mental severa (Abelardo Rodríguez)	17
2. La red de recursos residenciales y de apoyo al alojamiento del plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Abelardo Rodríguez)	39

ÁREA II: RESIDENCIAS: Organización, Funcionamiento y Programas básicos de intervención	51
3. Diseño general de residencia (José Manuel Cañamares)	53
4. Organización global de la atención en una residencia (Miguel Ángel Castejón)	60
5. Organización del proceso de atención psicosocial: la residencia como un contexto de rehabilitación y apoyo a la integración (Carmen Garrido, Mar Hernández y José Luis Arroyo)	69
6. Evaluación y planificación de la intervención psicosocial en una residencia (Alejandro Florit, Antonia López-Bravo y Miguel Díaz)	80

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

7. Autocuidados y autonomía básica (Celia Gómez, Nadia Rivas, Mario Onrubia, Marta Ibáñez)	86
8. Psicomotricidad (Mar Segovia y M ^a Ángeles Agudo)	97
9. Actividades de la vida diaria (Leonel Dozza)	112
10. Psicoeducación y educación para la salud. (María González y Mar Hernández)	118
11. Entrenamiento en habilidades sociales (M ^a de los Ángeles Agudo; Beatriz Sánchez y M ^a Francisca Barroso)	129
12. Ocio y tiempo libre (Deborah Martínez y Cristina Insúa)	138
13. Integración comunitaria (Beatriz García; Sara Solera; Susana Cuerva y Eva Caparróz)	146
14. Intervención con familias (Alejandro Florit.; Mercedes Muñoz; Marta Mora; M ^a Paz García; M ^a José Huertas; Cristina Alonso; Gema Caballero y David Cabezas)	156
15. Aspectos prácticos para el manejo de crisis o problemas de convivencia en una residencia (Alejandro Florit; Raúl González; Rosa Sánchez; Cristina Mieres; Javier Witt; Verónica Hellín y Carlos Moriano)	162

ÁREA III: PISOS SUPERVISADOS

16. Diseño y organización general de un piso supervisado. (Begoña Collantes, Laura Díaz, Concepción Martín y María Rosa Gallego)	173
17. Organización del proceso de atención psicosocial en un piso supervisado (Begoña Collantes, Laura Díaz, Concepción Martín y María Rosa Gallego)	186
ANEXOS	213
BIBLIOGRAFÍA	237



Introducción

La *población con enfermedad mental grave y crónica* incluye a aquellas personas con trastornos mentales severos y persistentes (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas, por lo que se hace imprescindible, a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Uno de los principales ámbitos de necesidad social de este colectivo es el que tiene que ver con el *ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA*. En efecto, muchas de las personas con trastorno mental grave y crónico tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Por ello es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, ya que su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas. Entre otras se pueden citar las siguientes:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de las familias, que se pueden desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

Dado que el campo de la atención residencial comunitaria se conforma como un componente básico para mejorar la calidad de vida y la integración de muchos de los afectados por enfermedades mentales crónicas, es esencial que se conozcan y divulguen los componentes esenciales del mismo.

Desde la experiencia práctica del trabajo desarrollado, en la red de recursos de atención residencial (Residencias, Pisos supervisados) que viene implantando el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, se ha querido contribuir en esta línea de difusión del campo de la Atención Residencial comunitaria y Apoyo al alojamiento de este grupo de personas con trastornos mentales crónicos.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los recursos, organización, funcionamiento y programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de atención residencial y

apoyo al alojamiento para este colectivo. Este trabajo se estructura a modo de manual y en él se ofrecen tanto los elementos teóricos y conceptuales como, de un modo eminentemente práctico, se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en los principales recursos residenciales (Residencias comunitarias, Pisos supervisados) que viene desarrollando el citado Plan.

El texto se estructura en 3 grandes Áreas: El Área I sirve de Marco General y consta de 2 capítulos: En el primero se expone el contexto general de las problemáticas y necesidades de las personas enfermas mentales crónicas, así como los elementos esenciales de la organización de la Atención Comunitaria a esta población y posteriormente se exponen las principales problemáticas y dificultades que sufren estas personas en relación al alojamiento y soporte residencial, así como los principales modelos de atención en este campo. El segundo capítulo expone la experiencia del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid, en el marco del cual se están poniendo en marcha una red de centros y recursos de atención social para este colectivo. Este Plan tiene como una de sus principales áreas de intervención la Atención Residencial Comunitaria. En esta línea, dentro de la red de centros y recursos de atención social, además de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día y Centros de Rehabilitación Laboral, se está desarrollando un abanico de recursos residenciales comunitarios para personas con enfermedad mental crónica dirigidos a cubrir sus necesidades de alojamiento y soporte residencial y también a favorecer su mantenimiento en la comunidad así como a apoyar su rehabilitación e integración social. Estos recursos son de tres tipos: Residencias, Pisos supervisados y Plazas en Pensiones.

Desde dicho Plan y gracias a la experiencia de dichos recursos residenciales ha surgido la necesidad y la justificación para elaborar este trabajo.

El Área II se centra en las Residencias. Es un gran apartado en el que se desglosan en distintos capítulos todos los aspectos relativos al diseño, organización, funcionamiento, organización de las estancias, estilo de atención, participación, servicios básicos y programas de atención psicosocial que en ellas se desarrollan, sin olvidar aspectos prácticos relativos al manejo de crisis, problemas de convivencia y dificultades específicas que se viven en una Residencia.

El Área III se dedica a los Pisos Supervisados. Cuenta con dos capítulos: en el primero se ofrece de un modo general su definición, objetivos y funcionamiento. En el segundo se abordan los aspectos prácticos de la organización del proceso de atención psicosocial y de supervisión, apoyo y seguimiento a desarrollar en un Piso Supervisado.

En ambas áreas todos los capítulos se orientan de un modo concreto y práctico a presentar cómo se organiza la intervención en todos estos ámbitos, incluyendo asimismo casos prácticos ilustrativos.

El libro se completa con una serie de anexos en los que se recogen diversos instrumentos como registros o cuestionarios u otros elementos que puedan ser de utilidad a los profesionales interesados en el desarrollo y organización de recursos de atención residencial comunitaria.

En la redacción de este texto han intervenido distintos autores que casi en su totalidad trabajan en la red de recursos residenciales del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid y que, por tanto, tienen una experiencia práctica específica en este campo. Asimismo los autores son psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores, reflejando por tanto la necesaria interdisciplinariedad de este campo y la necesidad de equipos multiprofesionales como elemento esencial para el adecuado desarrollo de las distintas actuaciones y programas de atención residencial y psicosocial

Este trabajo se dirige a todos aquellos profesionales y recursos tanto públicos como de la iniciativa social que, en la Comunidad de Madrid y en el resto del Estado, trabajan o están interesados en la atención residencial y en el apoyo a la Integración comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica. Asimismo quiere servir de referencia, como instrumento de apoyo técnico, para promover y favorecer el desarrollo de este tipo de recursos. Además quisiéramos que ayudara a conocer mejor las dificultades psicosociales y sociales de este grupo de personas y de sus familias y a promover el desarrollo de recursos de atención residencial y programas de apoyo al alojamiento en la comunidad como un elemento esencial para una adecuada atención comunitaria de las personas afectadas por enfermedades mentales severas y persistentes.

*Abelardo Rodríguez González, José Manuel Cañamares Yelmo,
Begoña Collantes Olmeda y Alejandro Florit Robles.*

*PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL GRAVE Y CRÓNICA (2003-2007)*

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

ÁREA 1:

Marco general

CAPÍTULO 1. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA: PROBLEMÁTICA, NECESIDADES Y MODELOS DE ATENCIÓN

Abelardo Rodríguez.

1.1. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: DELIMITACIÓN, PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES

El término *Persona con enfermedad mental grave y crónica* o también con *Trastorno Mental Severo y Persistente* es utilizado para definir un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Las diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios usados para su definición llevan a encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes. Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario tanto para los servicios sanitarios como para el sistema de servicios sociales.

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Como se advierte en la anterior definición, el término persona con "enfermedad mental crónica" (EMC) o personas con "Trastornos mentales severos" (TMS) viene a delimitar a un grupo de población variado y heterogéneo. Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que supone la interacción de 3 dimensiones:

- a) Dimensión *DIAGNÓSTICO*: Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis y especialmente esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad.

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), (OMS, 1992). Quedarían excluidas las personas que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años, por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental. La inclusión de los Trastornos de Personalidad es de todos modos objeto de debate. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro, se sabe que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta y del funcionamiento psicosocial, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensa-

mente los servicios de salud mental, reuniendo en muchos casos condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de TMS.

- b) Dimensión *DISCAPACIDAD*: Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas discapacidades psicosociales o déficits, expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo. Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. (1997)):

- *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)
- *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral)
- *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.)
- *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales)
- *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés)
- *Funcionamiento cognitivo* (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información)
- *Funcionamiento laboral* (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc.)

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizado de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social). A su vez, esta dimensión de Discapacidad de la población "enferma mental crónica" permite entender el destacado papel que deben jugar el sistema de servicios sociales en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de este grupo de personas.

-
- c) Dimensión *DURACIÓN*: El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro.

Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

Supone este criterio que se está ante trastornos y problemáticas de carácter crónico, esto es, de larga duración y evolución, incluso de por vida. El carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que por el momento no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden permitir llevar una vida normalizada y autónoma. El adjetivo "crónico" añadido al de esquizofrenia denotaba tradicionalmente, no solo una problemática para la que no existía curación y que evolucionaba a lo largo de la vida del sujeto, sino también una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y "cronificación". En la actualidad, tras múltiples estudios longitudinales (véase Blanco y Pastor 1997 para un resumen), hoy ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa y un deterioro progresivo. El desarrollo de un trastorno grave y crónico o persistente como la esquizofrenia, es mucho más variado y heterogéneo, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

En síntesis, la *población con enfermedad mental grave y crónica* incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social. Así pues quizás el modo más adecuado de definir a esta población sería usar los términos de *personas con discapacidad derivada de enfermedad mental*.

En cuanto a la *cuantificación* de la población antes delimitada, existen importantes problemas metodológicos que dificultan el poder contar con datos fiables que indiquen cuantas personas, atendiendo a esos criterios de diagnóstico, discapacidad y duración, se podrían englobar bajo esa categoría de persona *enfermas mentales crónicas (EMC)* o *con trastornos mentales severos y persistentes (TMS)*. Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMS se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su identificación. Algunos de los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, realizados en Londres (Thorncroft 1998) y Verona (Tansella, 1998) (véase AEN 2002) han sido llevados a cabo con distintos criterios, al estudiar el primero población general (estudio PRISM) y el segundo población atendida, es decir en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las

cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos registros de pacientes psicóticos realizados en determinadas áreas geográficas. A este respecto cabe destacar el que se está realizando en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos.

Tomando como referencia los estudios citados anteriormente, el estudio de Verona encuentra una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia (Balestrieri et al 1992) y otros estudios europeos (Robins y Regier, 1991). El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país (Johnson, 1997), y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1000 habitantes (Meltzer, 1996). Si se aplican los tres criterios de TMS (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes) la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse TMS aplicando tales criterios.

En resumen, y tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del National Institute of Mental Health (NIMH) de TMS:

- el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMS.
- el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios.

Con lo comentado hasta aquí se puede tener una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no se debe olvidar que aunque se compartan problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban. El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un "continuum" dentro de este grupo de población, en el que se puede encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permitan recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con esquizofrenia es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico:

-
- Son especialmente vulnerables al estrés. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
 - Muchos de ellos presentan déficits en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
 - Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.
 - En relación con los anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
 - Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de riesgo de exclusión.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y la discapacidad psicosocial que sufre este colectivo. Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- *ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL*

Los pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- *ATENCIÓN EN CRISIS*

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- *REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL*

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficits y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de atención y apoyo psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para

vivir y relacionarse en la comunidad con el mayor grado de autonomía posible; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

— *REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO*

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general, escasa cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien su incorporación en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar personas con discapacidad derivada de enfermedad mental, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

— *ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA*

Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Quienes no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, que se pueden “quemar” y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

— *APOYO ECONÓMICO*

De igual modo muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuan-

do no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas, o como la Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid. Así mismo es necesario disponer, para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de reinserción y mantenimiento autónomo en la comunidad.

— *PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS*

La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

— *APOYO A LAS FAMILIAS*

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho, la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Así, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias. En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario "cuidar a los que cuidan"), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la atención y rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Así mismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este grupo de personas con discapacidad por enfermedad mental crónica debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves y crónicas constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

A continuación se indica como ha evolucionado el modelo de atención y cuáles son los elementos esenciales de cara a articular una atención comunitaria integral a esta población.

1.2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas (con la esquizofrenia como principal paradigma de enfermedad mental grave y crónica) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo, o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados "manicomios") habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria y las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente. Gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios sociales y culturales, movimientos a favor de los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo modificaciones en la manera de abordar y tratar la enfermedad mental crónica que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este grupo de personas.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad buscando, gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización (Desviat, M, 1995). Con todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, sí que se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser como el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica.

Reforma Psiquiátrica: Principios básicos

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico, o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
- La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.

-
- El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubren las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
 - La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
 - Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
 - Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
 - El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que sí permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han informado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica. Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para las personas con trastornos mentales un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de las problemáticas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria. En especial a partir de mediados de los ochenta fue cuando España inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España, se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad 1986 en su artículo 20.

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)

Capítulo tercero. De la salud mental.

Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en las diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo “manicomial” y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo, J. y Espino, A. 1998). Sin embargo, hay un insuficiente desarrollo de recursos de rehabilitación, atención residencial y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica supone el reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

1.3. LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA COMUNIDAD. EL PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Así pues, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas por lo que se hace imprescindible, a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Resulta pues evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención adecuada e integral a la población enferma mental crónica en general y a las personas que sufren esquizofrenia en especial. El concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario” desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los enfermos mentales crónicos en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesaria-

mente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, B. 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
- Protección legal y defensa de sus derechos.
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

Cada uno de estos elementos o ámbitos de intervención puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población como servicios especializados que atiendan necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

Aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico. Esto es, con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social. Este es un factor clave para el buen desarrollo de los procesos de Reforma y articulación de un modelo comunitario en salud mental. Es decir, es necesario diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios tanto de atención psiquiátrica como muy especialmente de rehabilitación, atención residencial y soporte social que permita atender las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. La escasez de estos recursos o su inadecuada planificación fue uno de los obstáculos más importantes para el curso de la Reforma y para sus resultados en relación a la atención a la población enferma mental crónica y a sus familias. Haciendo imprescindible que se potenciara el desarrollo de una adecuada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración del enfermo mental crónico en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

En el contexto actual, para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos la problemática de discapa-

cidad psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios sanitarios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

La dimensión de *Discapacidad* de la problemática de la población con enfermedades mentales graves y crónicas es la que permite entender el destacado papel que deben jugar el sistema de Servicios Sociales en la atención a las problemáticas sociales de este colectivo y sus familias y la implicación que debe tener en la atención comunitaria y el apoyo a su integración social.

Los Servicios Sociales constituyen un elemento esencial para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población con discapacidad por enfermedad mental crónica. Su intervención debe conjugar dos aspectos diferenciados y complementarios: El trabajo desde los servicios sociales generales en los que como ciudadanos de pleno derecho las personas con enfermedad mental crónica reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas y posibilitar así su mantenimiento e integración en su entorno social, y el desarrollo *de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de atención social:* apoyo a la rehabilitación psicosocial y a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral, atención residencial y soporte comunitario, sin olvidar el apoyo a las familias. Sin embargo en el contexto general de nuestro país, aún teniendo presente las diferencias regionales existentes, se puede afirmar que la implicación de los Servicios Sociales en la atención comunitaria y apoyo a la integración social de este colectivo aún es escasa y todavía deben avanzar decididamente en asumir que las personas con enfermedades mentales conforman un grupo específico sobre el que deben actuar a través tanto de prestaciones generales como de dispositivos especializados. Para la Comunidad de Madrid es muy importante avanzar en el desarrollo de recursos específicos de atención social, atención residencial y apoyo comunitario que ofrezcan los apoyos oportunos para facilitar la recuperación de un adecuado nivel de autonomía personal y ayuden en el mantenimiento e integración comunitaria de estas personas con discapacidad por enfermedad mental y además aliviar las situaciones de sobrecarga de sus familias.

Teniendo presente que la atención debe ser integral e integrada y que toda división o delimitación de componentes dentro de ella siempre tiene parte de arbitrariedad y de convención, se puede aceptar que dentro del sistema de atención, es posible desglosar aquellos más ligados a los problemas psicopatológico-psiquiátricos y preferentemente orientados al tratamiento que se sitúan en el ámbito de la red de Servicios Sanitarios de Salud Mental (Servicios de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Hospitalización Breve en Hospitales Generales, Hospitales de Día, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, etc), de aquellos programas y recursos específicos que tienen relación con las necesidades y problemáticas psicosociales y sociales antes comentados y que se orientan esencialmente a la mejora del funcionamiento, la atención residencial, el apoyo a la integración social y laboral y el soporte comunitario. Este último ámbito es el que se puede agrupar y delimitar como el de *Atención Psicosocial y Apoyo Social Comunitario* que sintéticamente incluiría sobre todo los siguientes elementos o componentes principales:

- Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, Soporte Social y Apoyo a la Integración Social.

-
- Atención Residencial: Alternativas residenciales comunitarias.
 - Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.
 - Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias.

Estos componentes aluden a los problemas esenciales que afectan a la calidad de vida y la participación activa en la comunidad, y por tanto su adecuada atención es no solo un complemento imprescindible para el tratamiento sino un elemento prioritario para facilitar oportunidades efectivas a este colectivo para mejorar su funcionamiento y promover su derecho a una vida digna y normalizada en la sociedad. En estas áreas que se han agrupado bajo el rótulo de *atención psicosocial* y *apoyo social comunitario* es donde el Sistema de Servicios Sociales tiene un papel esencial en el desarrollo de una red de recursos y programas en estos ámbitos para apoyar el mantenimiento e integración socio-laboral de esta población, desde una lógica de coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental.

1.4. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DERIVADA DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

La atención comunitaria a este grupo exige, y este es el principal reto, organizar y articular un sistema, una red integral y coordinada de servicios y programas que cubran sus múltiples necesidades (atención psiquiátrica, atención en crisis, rehabilitación psicosocial y laboral, alojamiento y atención residencial, apoyo a las familias, apoyo económico, promoción de inserción laboral, etc.) y posibilite su rehabilitación e integración efectiva en la comunidad de un modo lo más autónomo y normalizado posible (Lieberman, 1988). Un elemento clave dentro de este sistema de atención comunitaria son los servicios residenciales comunitarios. Contar con un adecuado abanico de alternativas de alojamiento y dispositivos residenciales constituye un requisito esencial para posibilitar el mantenimiento e integración de muchos enfermos mentales crónicos.

1.4.1. Vivienda y Servicios Residenciales: Problemática y consecuencias

Disponer de una vivienda digna y estable constituye una necesidad básica y esencial de cualquier ciudadano, incluidos aquellos con discapacidades psiquiátricas. Sin contar con un apropiado rango de opciones de alojamiento y servicios residenciales en la comunidad muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas enfermas mentales crónicas pueden verse seriamente limitados y obstaculizados. Es por ello que la articulación de un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar de un modo lo más normalizado a dichas personas debe priorizar y organizar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial (Stroul, 1989).

Mucha personas con enfermedad mental crónica tienen dificultades para atender autónomamente a sus necesidades de alojamiento y para acceder y mantenerse en una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos. En esta circunstancia influyen diferentes factores (Carling y Ridgway, 1985):

-
- Las discapacidades y deterioro de habilidades asociado o generado por el trastorno psiquiátrico interfiere y dificulta el proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento en una opción de alojamiento o vivienda ajustada a sus deseos y necesidades.
 - Los insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales para ofrecer el entrenamiento y apoyo que muchos enfermos mentales crónicos necesitan para acceder y mantenerse en una vivienda adecuada.
 - La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental constituyen también barreras sociales que dificultan y limitan las opciones de alojamiento disponibles para estas personas.
 - Los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas y la situación de pobreza de algunos de ellos constituye otra barrera importante, que además se agudiza con la escasez de viviendas disponibles.

A todos estos factores hay que añadir otro elemento esencial que se relaciona con la insuficiente y limitada provisión de servicios residenciales comunitarios ajustados a las diferentes necesidades y características de los enfermos mentales crónicos. De hecho, las dificultades de estas personas para cubrir sus necesidades de alojamiento junto con la inadecuada e insuficiente organización de servicios residenciales comunitarios, contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas de cara a la atención e integración sociocomunitaria de esta población (Carling y Ridgway, 1989):

- *Uso inapropiado de la atención hospitalaria.*
La falta de un lugar apropiado donde residir se asocia en ocasiones con las admisiones hospitalarias así como en otros casos supone un importante obstáculo que obliga a mantener estancias hospitalarias innecesarias por razones terapéuticas de pacientes mentales que no cuentan en la comunidad con una alternativa residencial adecuada.
- *Incremento de reingresos hospitalarios (fenómeno de la puerta giratoria).*
Un alto porcentaje de reingresos hospitalarios de corta duración está en parte relacionado con la consecuencia de un inadecuado soporte residencial y social, lo que limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- *Sobrecarga familiar.*
La insuficiencia de adecuadas alternativas residenciales y sistema de soporte comunitario supone que recaiga en muchos casos la responsabilidad del cuidado y apoyo sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión (Hatfield y Lefley, 1987).
- *Incremento del porcentaje de enfermos mentales en situación de marginación sin techo (Homelessness).*
Especialmente preocupante en las grandes ciudades de Estados Unidos, en donde se estima que en torno a un 25% de las personas sin hogar presentan problemas graves de salud mental (Lamb, 1984). En este fenómeno influyen numerosos

factores y entre ellos la inadecuada cobertura de las necesidades de alojamiento y soporte.

— *Dificultades de integración comunitaria.*

Algunas personas con enfermedad mental crónica terminan viviendo en alojamientos marginales, lo que dificulta un adecuado proceso de integración comunitaria y propicia fenómenos de marginación y deterioro.

Todos estos puntos conforman algunas de las principales consecuencias en las que influye la inadecuada cobertura de las necesidades de atención residencial y soporte comunitario. Se podrían añadir otras, pero queda ya claramente destacada la importancia de esta cuestión para el logro de una efectiva integración comunitaria de esta población.

1.4.2. Modelos de Atención Residencial. Aproximación a los principales modelos de organización: " El Continuum Residencial" y la nueva aproximación del "Supported Housing".

Aunque la organización de servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedad mental crónica tiene precedentes anteriores, es a partir de los años 50 cuando se produce el contexto que propicia el desarrollo y fuerte crecimiento del ámbito de los servicios residenciales comunitarios (Budson, 1981). A partir de la década de los años 50 se inició, especialmente en Estados Unidos e Inglaterra, un fuerte movimiento de crítica y cuestionamiento de la atención psiquiátrica centrada en el hospital psiquiátrico y en la institucionalización por sus importantes consecuencias de cronificación, marginación y deterioro. La conjunción añadida de otros factores: descubrimiento de los fármacos neurolépticos, introducción de nuevos métodos terapéuticos, influencias ideológicas y exigencias sociales, fueron generando el caldo de cultivo, el contexto, para la transformación de la asistencia psiquiátrica y para el desarrollo de nuevos modelos de atención en salud mental de tipo comunitario (Caton, 1984).

El consiguiente desarrollo de políticas de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización de los pacientes crónicos internados durante largos períodos en los hospitales psiquiátricos hizo necesario articular dispositivos residenciales que facilitaran la salida, la transición desde el hospital a la comunidad. Así, en los años 60, intentando cubrir esta necesidad surgieron dispositivos del tipo "Halfway House" (Casa de Transición), orientados como servicios específicos de corta y media estancia, para ofrecer un contexto de preparación intensiva que permitiera la transición entre el hospital y la vida en la comunidad (Budson, 1978).

Más adelante se va produciendo una expansión en la tipología de servicios residenciales comunitarios, intentando cubrir las limitaciones del modelo de "Halfway House" como casi único recurso entre el hospital y la vida independiente en la comunidad. Muchos enfermos mentales se mostraban incapaces de mantenerse autónomamente en el entorno comunitario y exigían nuevos dispositivos de alojamiento y soporte. Se fue haciendo evidente el reconocimiento de que los enfermos mentales crónicos presentan niveles de discapacidad psicosocial muy diferentes y requieren por tanto diferentes grados de atención y soporte para su reinserción y mantenimiento comunitario.

Va surgiendo así un cierto consenso en torno a la necesidad de contar con una gama de servicios residenciales adaptados a las diferentes necesidades de supervisión y soporte y sus distintos niveles de funcionamiento psicosocial.

Aparece así el concepto de "Continuum Residencial" (Carling y Ridgway, 1985) como premisa o modelo que subyace en la planificación y organización de servicios residenciales para personas con enfermedad mental severa y persistente. Se trataría de ir articulando una especie de escalera de recursos intermedios entre el hospital y la comunidad que fueron ofreciendo respuesta a sus diferentes necesidades y niveles de funcionamiento y les prepararán progresivamente para ir avanzando en su autonomía e independencia a través de los diferentes recursos hasta lograr su plena inserción comunitaria.

Este "continuum residencial" se estructuraría en torno a varias dimensiones:

- De dispositivos más restrictivos a menos restrictivos.
- De atención y supervisión más intensa y constante a menos intensa y más esporádica.
- De mayor dependencia y discapacidad de la persona a menor dependencia y mayor autonomía.
- De mayor a menor presencia de personal técnico y especializado.
- De dispositivos más especializados a menos especializados y más normalizados.

El "continuum residencial" se ha convertido en el marco conceptual dominante en el campo de la organización de los servicios residenciales. Simplificando, supondría un conjunto de elementos (servicios o dispositivos) que se estructurarían linealmente a lo largo de un continuo, para proporcionar diferentes niveles de atención y supervisión y diferentes niveles de restrictividad. La persona afectada iría progresando a lo largo del continuo pasando desde dispositivos más restrictivos y con mayor supervisión de personal especializado a alternativas menos restrictivas y menos supervisadas.

Cada persona atendida sería ubicada en alguno de los elementos o dispositivos en función de su nivel de funcionamiento y de sus necesidades de supervisión. En general, cada uno de los dispositivos serviría para atender a grupos de pacientes con un grado similar de discapacidad y necesidad de atención. A medida que fuera mejorando su nivel de habilidades y decreciendo las necesidades de supervisión, irían pasando a otros dispositivos. Si se produjera una crisis o exacerbación de su trastorno psiquiátrico, o bien declinara su nivel de funcionamiento, podrían retornar a los recursos específicos que ofrecerían una intervención más intensa. El paso final del continuo sería cuando el usuario adquiere un nivel de funcionamiento que le permite llevar una vida independiente fuera del sistema de atención de salud mental o con pequeños o escasos apoyos (Ridgway y Zipp, 1990).

Aunque en el campo de los servicios residenciales el modelo del "continuum residencial" ha sido la referencia dominante no se ha elaborado teóricamente de un modo fundamentado ni se ha definido, organizado y probado cuál es el conjunto de recursos y dispositivos residenciales específicos que conforman una tipología ideal y completa. De hecho, especialmente en Estados Unidos, se ha producido una proliferación confusa e incompleta de servicios residenciales para personas con trastornos mentales severos sin una clara planificación ni coherencia (Arce y Vergare, 1985). Se han desarrollado numero-

sos dispositivos con diferentes denominaciones que ha impedido alcanzar una nomenclatura común para identificar claramente los diferentes servicios.

En una encuesta realizada en los 50 Estados de USA por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 1982) se llegó a recoger más de 100 etiquetas o denominaciones diferentes para servicios residenciales.

En muchos casos se denominaban de un modo diferente servicios de características y funciones similares y se incluían dentro del mismo término a servicios distintos entre sí. Esto es una muestra de la falta de criterios uniformes y estándares consensuados respecto a la composición y organización de lo que debería ser una red comprensiva de servicios residenciales comunitarios para enfermos mentales crónicos.

La Asociación Americana de Psiquiatría (1982), basándose en la encuesta citada, estableció una tipología de 6 grandes grupos de dispositivos residenciales articulados progresivamente desde más restrictivos y supervisados a menos restrictivos y menos supervisados. Dentro de cada grupo se incluyen dispositivos con denominaciones diferentes pero que se agrupan en la misma categoría de acuerdo a elementos comunes en cuanto a funciones y organización, lo que ejemplifica los problemas que se citaban de falta de consenso en la definición, funcionamiento y nomenclatura o denominación.

Dicha tipología incluía los siguientes tipos de servicios residenciales (cuya denominación se indicará con los términos originales del inglés, y en aquellos casos que sea factible se ofrecerá una traducción adaptada, aunque resulta difícil por la ausencia de términos propios de servicios residenciales que sean homólogos. En los casos que existan referentes en castellano idóneos, se indicarán):

- a) Nursing Facility. (Unidad sociosanitaria residencial)
- b) Group Home. (Residencias, Hogar de Grupo, Casa Hogar.)
- c) Personal Care Home.
- d) Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas).
- e) Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos).
- f) Natural Family Placement (reinserción familia propia).

a) Nursing Facility. (Unidad sociosanitaria residencial)

Se trataría de dispositivos a caballo entre un hospital y una residencia. Proporcionan atención médica y de enfermería durante 24 horas al día. Sirven a pacientes que no requieren una hospitalización para atención aguda pero que presentan gran deterioro y discapacidad necesitando una supervisión constante. Podrían asimilarse en nuestro contexto a las Residencias Asistidas existentes sobre todo para ancianos dependientes o personas con discapacidad gravemente afectados. La duración de la estancia es variable, aunque en general de larga duración.

b) Group Homes (MiniResidencias, Hogar de Grupo, Casa Hogar.)

Esta categoría abarca una variedad de dispositivos como halfways house, hostels, group care homes, residential homes, transitional care facilities, etc.,

En general, se trata de servicios residenciales que proporcionan atención continuada de 24 horas a grupos de pacientes, entre 10 y 20, que conviven con un equipo de apoyo y supervisión cuyo principal programa de trabajo se centra en el entrenamiento de habilidades y recuperación de autonomía dentro de procesos de rehabilitación psicosocial.

La duración de la estancia es variable, aunque predomina la estancia transitoria, dadas sus funciones de rehabilitación.

c) Personal Care Homes

Esta categoría incluye una variedad confusa y heterogénea de dispositivos: boards and care homes, boarding home, congregate care facility, community care home.

Se suelen caracterizar, a pesar de su heterogeneidad, por tratarse de residencias de tamaño variable, de 4 a 100 personas en algunos casos, cuya principal función es la de mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes y soporte.

Suelen estar dirigidos por propietarios ajenos a los residentes y que no dependen directamente del sistema de salud mental. Proporcionan atención y supervisión de 24 horas a través de un equipo que ofrece sobre todo apoyo para tareas básicas de autocuidados, actividades de la vida diaria y seguimiento de la medicación prescrita.

d) Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas).

Más que de un dispositivo específico se trata de programas residenciales articulados a través de familias sustitutas que acogen a pacientes mentales no relacionados con la familia.

El objetivo fundamental es facilitar la integración y mantenimiento normalizado a la comunidad a través de un contrato de convivencia y soporte socioafectivo familiar.

Pueden servir tanto para acogimientos temporales como para alojamiento estable y continuado.

e) Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos o tutelados).

Se refiere fundamentalmente a dispositivos de alojamiento y soporte para la vida semi-independiente. Se organizan sobre todo a través de pisos o apartamentos normales compartidos entre varias personas con enfermedad mental crónica, habitualmente de 2 a 4; reciben supervisión para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia. La supervisión puede ser variada, desde personal profesional que vive en el piso a supervisión externa más o menos intensa. En general, funcionan como alternativas de alojamiento estable.

f) *Natural Family Placement (reinserción familia propia).*

Se refiere a la reinserción del enfermo mental en su familia. Por tanto no puede ser considerado un dispositivo residencial específico, aunque de hecho funciona como uno de los principales recursos para el cuidado y mantenimiento comunitario de muchos pacientes crónicos. La familia debe contar con apoyo, asesoramiento y soporte.

Esta tipología representa más una clasificación de una situación de hecho que una tipología teórica del abanico ideal de servicios residenciales adecuados y escalonados según diferentes funciones y nivel de supervisión. La realidad de la planificación de dispositivos residenciales ha sido diferente en cada país o estado sin ajustarse a modelos o parámetros uniformes. Ahora bien, a pesar de su variabilidad en la práctica, es evidente que en mayor o menor medida la lógica del "continuum residencial" ha operado como referente dominante.

En los últimos años se han destacado varios problemas o limitaciones en la lógica y en la práctica con el concepto de "continuum residencial" (Ver Carling y Ridway, 1985):

- Tensión, estrés y desarraigo entre los usuarios al tener que pasar de un recurso más supervisado a otro menos supervisado a medida que mejoran sus capacidades y nivel de funcionamiento.
- Estandarización de la atención en cada recurso en función de características prototípicas de grupos de pacientes y dificultad para ajustarse a las necesidades y circunstancias individuales de los residentes.
- Rigidez en la duración de las estancias en algunos servicios, lo que provoca el fracaso de muchos residentes para avanzar según ritmos estandarizados y predefinidos.
- Problemas para la generalización de las habilidades aprendidas en un recurso al pasar a otros servicios o a la vida independiente en la comunidad.
- Disminución del nivel de apoyo a medida que el usuario o residente mejora su nivel de funcionamiento y pasa a servicios menos supervisados, más normalizados, en los que tiene que enfrentarse a demandas y situaciones más exigentes. Esto hace que se generen fracasos en muchos residentes al verse sobrepasados por las exigencias de un entorno normalizado y, por tanto, demandante y no contar con un adecuado nivel de apoyo. Mayor autonomía no va ligada necesariamente a menor apoyo. Es necesario facilitar que las personas con trastornos mentales crónicos vivan del modo más autónomo y normalizado posible, pero para ello es preciso ofrecerle el apoyo pertinente que facilite esa autonomía y les permita enfrentarse y manejar las demandas y exigencias del contexto.
- En muchas ocasiones, se ha priorizado el desarrollo de recursos transitorios o preparatorios pero se ha descuidado el eslabón final, es decir, opciones de alojamiento estable y normalizadas en la comunidad. Lo que en cierto modo genera una suerte de puerta giratoria entre los dispositivos o un bloqueo de estos mismos al faltar dichas alternativas.

-
- Asimismo se ha priorizado el desarrollo de dispositivos residenciales específicos para este grupo de personas enfermas mentales crónicas y no se han potenciado otras fórmulas de apoyo social y soporte domiciliario en el que permitan a parte de las personas con discapacidad por enfermedad mental, acceder, funcionar y mantenerse en viviendas normales de la comunidad como cualquier otro ciudadano.

Todas estas limitaciones o críticas a los modelos de organización de servicios residenciales basado en la lógica del "continuum residencial" han propiciado la aparición de nuevas perspectivas en la concepción y articulación de la atención a las necesidades residenciales de la población con discapacidades psiquiátricas, concentradas principalmente en la aproximación denominada como "*Supported Housing*" o también "*Normal Housing with Specialized Supports*" (Blanch, Carling y Ridgway, 1988) y que se podría traducir como "*Vivienda normal con apoyos especializados o específicos*".

Más que un modelo alternativo al del "continuum residencial", que proponga nuevas tipologías de servicios o dispositivos específicos para grupos prototípicos de pacientes, lo que desarrolla es una nueva filosofía, un nuevo planteamiento en el ámbito de la atención residencial que enfatiza la necesidad de equilibrar estrategias basadas en dispositivos residenciales específicos con estrategias que ayuden a las personas con discapacidades psiquiátricas a elegir, acceder y mantenerse en viviendas normales similares al resto de los ciudadanos.

En esta aproximación han influido decisivamente diversos desarrollos ideológicos, teóricos y metodológicos: la filosofía de normalización (Wolfensberger, 1979), el concepto de Sistema de Soporte Comunitario (Turner y Tenhoor, 1978, Stroul, 1988) y la filosofía y metodología de la Rehabilitación Psicosocial (Anthony 1979, Anthony, Cohen y Farkas, 1990).

Sintéticamente, trata de promover estrategias de acción individualizadas basadas en las siguientes premisas (véase Carling y Ridgway, 1985, Ridgway y Zipple, 1990, Blanch, Carling y Ridgway, 1988):

- Las personas con enfermedad mental crónica, como el resto de los ciudadanos, necesitan un hogar, y deben tener el derecho y la oportunidad de vivir en una vivienda normal y estable que maximice sus posibilidades de integración y participación comunitaria.
- Se debe promover y facilitar su participación en la elección del ambiente en el que desean vivir entre las opciones de alojamiento y vivienda disponibles.
- Los dispositivos residenciales especializados sólo se deben utilizar en aquellos casos en los que la utilización de viviendas normales con apoyo es inadecuada o inapropiada.
- Se debe articular un programa individualizado de entrenamiento de habilidades y acciones de apoyo que permitan elegir, acceder y mantenerse en la opción de alojamiento o vivienda elegida por el usuario de entre las normales disponibilidades en la comunidad.

-
- Se deben articular sistemas de apoyo y soporte ágiles, flexibles y continuados que ayuden al cliente o usuario a desenvolverse y mantenerse con la mayor autonomía posible en el ambiente de vivienda y convivencia normalizado.

Siguiendo a Ridgway y Zipple (1990) se podría caracterizar esta aproximación del "supported housing" respecto al marco del "continuum residencial" en torno a los siguientes elementos o conceptos diferenciales:

- Énfasis en la oportunidad de un hogar, una casa o vivienda normal y estable frente al énfasis en dispositivos residenciales específicos.
- Oportunidad de elección y participación, versus el ingreso predeterminado.
- Promoción de roles comunitarios en ambientes normales versus el rol del paciente o beneficiario de un servicio residencial.
- Mayor posibilidad de participación y control por parte de las personas atendidas frente al control unilateral desde los staff o equipos de los dispositivos especializados.
- Integración social normalizada versus agrupamiento por etiquetas psiquiátricas o por discapacidades.
- Entrenamiento "en vivo" de las habilidades psicosociales necesarias en alternativas de alojamiento estables y lo más normales posibles, frente a dispositivos preparatorios o de transición.
- Flexibilidad e individualización en el apoyo y los servicios de soporte (continuado) versus niveles estandarizados y predeterminados de atención.
- Concepto de ambiente más facilitador versus concepto de ambiente menos restrictivo, así como promoción del mejor funcionamiento a través de los apoyos precisos versus énfasis en la independencia sin acompañarla del apoyo flexible e individualizado que un enfermo mental necesita para manejarse con éxito en la comunidad.

La aproximación del "Supported Housing/Vivienda normal con apoyo" ha abierto un interesante debate respecto a la atención a las necesidades de alojamiento y soporte para los enfermos mentales crónicos, y ha apostado por nuevas perspectivas en la organización de servicios residenciales presentando como principal estrategia facilitar el acceso y mantenimiento en viviendas normales con un sistema de apoyo flexible y continuado. Asimismo, ha servido como referente crítico, destacando las limitaciones e inadecuación de algunos de los criterios que operan en el "continuum residencial" y que resultan en la práctica inapropiados respecto a las necesidades y problemáticas de esta población.

Reiterando las virtualidades que aporta, es preciso indicar que no es una panacea ni una perspectiva que sirva para resolver las necesidades residenciales de todas las personas con discapacidades psiquiátricas. Es especialmente relevante para aquellos con niveles medios o bajos de discapacidad. Para éstos, la alternativa de preferencia debe ser

siempre favorecer su elección y su mantenimiento en alojamientos o viviendas normales ofreciéndoles el entrenamiento y apoyo flexible que diferencialmente vayan necesitando.

Sin embargo, ello no excluye la necesidad de contar con un abanico de dispositivos o servicios residenciales específicos que ofrezcan una adecuada atención a aquellos con mayores niveles de deterioro y discapacidad, o que permitan una intervención intensiva con aquellos que por diversas razones (patrones de comportamiento asociales o agresivos, prevención de crisis, estilos de vida de riesgo, no adherencia o refractariedad al tratamiento, etc.) requieran un proceso de atención y supervisión que no pueda o no sea conveniente desarrollar en el contexto de alojamientos o viviendas normales.

Como indica Fields (1990), la perspectiva del "supported housing" y los servicios residenciales específicos no son modelos o estrategias que deban ser entendidas como excluyentes o competitivas sino como complementos necesarios dentro de un sistema de atención comunitaria comprensivo para la población enferma mental crónica cuyas necesidades son múltiples y variadas y, por tanto, exigen alternativas y opciones que se ajusten a su complejidad y heterogeneidad.

En resumen, para una adecuada atención comunitaria a las necesidades de soporte residencial y apoyo al alojamiento de ésta población, es fundamental desarrollar una gama de centros o dispositivos residenciales comunitarios y de programas de apoyo al mantenimiento en el propio domicilio. Se deben de combinar pues ambas estrategias: Por un lado es preciso contar con un abanico suficiente de centros y recursos residenciales específicos con distintas funciones y grados de supervisión, y por otra parte, de un modo complementario, es preciso también ofrecer programas comunitarios de apoyo para ayudar a todos los que sea posible para que puedan mantenerse en su propio domicilio y entorno o en la vivienda de su elección.

CAPÍTULO 2. LA RED DE RECURSOS RESIDENCIALES Y DE APOYO AL ALOJAMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Abelardo Rodríguez.

2.1. LA EXPERIENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: EL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007 DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

El *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007*, aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, supone una apuesta decidida de la Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la mejora de la atención social y la integración de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias, comprometiendo los esfuerzos financieros necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos previstos.

Se dirige a la población con enfermedad mental grave y crónica que incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (como esquizofrenia, otras psicosis, y otros trastornos mentales graves) que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social y laboral. Son tres las principales dimensiones que definen a esta población: *Diagnóstico* (esquizofrenia y otras psicosis y otros trastornos mentales graves discapacitantes), *Discapacidad* (déficit en su autonomía personal y social y dificultades de funcionamiento e integración social) y *Duración* (larga evolución y cronicidad). De acuerdo a estudios epidemiológicos internacionales se estima que la tasa de personas que reunirían estas tres dimensiones y por tanto podrían ser incluidas en la categoría de personas con trastornos mentales graves y crónicos se sitúa en torno al 0,3 % de la población general. Aplicando esta tasa en la Comunidad de Madrid habría potencialmente en torno a un mínimo 16.000 personas que se podrían incluir en la categoría de personas con trastornos mentales graves y crónicos, de las que al menos el 40% (en torno a unos 6.500) serían las que podrían presentar mayores necesidades de apoyo y atención social y pueden necesitar en algún momento el apoyo de alguno de los recursos o programas de atención social incluidos en el presente Plan y por tanto este es el objetivo de cobertura que se busca alcanzar.

Casi la mitad de la población diana de este Plan se concentra en la ciudad de Madrid y la otra mitad se distribuye en el resto de los municipios de la Comunidad de Madrid. El perfil promedio de personas a las que el Plan se dirige y que refleja el prototipo de los atendidos en la red de centros se caracteriza por los siguientes elementos: edad entre 30 y 40 años, más varones que mujeres aunque tiende a igualarse, en mas del 85% conviven con la familia de origen (padres con edades avanzadas), con nivel de estudios medio o bajo, entre el 40 y el 50 % con certificado de discapacidad, la mayoría en situación de desempleo y con escasa historia laboral, en torno a la mitad tienen ingresos económicos propios sobre todo provenientes de Pensiones No contributivas.

Antecedentes y Justificación del Plan

La Comunidad de Madrid desde finales de los 80 ha sido pionera y referente en cuanto a la implicación y colaboración desde el Sistema de Servicios Sociales en la atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población y sus familias desde un lógica de complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental. En esta línea, desde 1988 la Dirección General de Servicios Sociales venía desarrollando un Programa específico desde el nivel de servicios sociales especializados dirigidos a atender las necesidades sociales de las personas con enfermedades mentales crónicas y a promover su rehabilitación e integración social, así como apoyar a sus familias.

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid, se elaboro a partir de la experiencia de dicho Programa de Atención social a esta población, dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales, que había ido desarrollando desde 1988 una red de recursos sociales de apoyo a esta población. Asimismo el Plan se planteó también como *un complemento necesario y muy oportuno al Plan de Salud Mental (2003-2008) de la Consejería de Sanidad que fue aprobado en diciembre de 2002, por cuanto se hacia preciso potenciar y desarrollar la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica*. La elaboración del presente *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007*, se realizó mediante un *proceso participativo*, contando con la estrecha coordinación y colaboración de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsable de la red de atención en salud mental, y de la Consejería de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid y asimismo con la participación de representantes de la Red Básica de atención social primaria designados por la Federación de Municipios de Madrid, con el movimiento asociativo de familiares y afectados a través de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM) así como con las Asociaciones de profesionales (Asociación Madrileña de Salud Mental y Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial) y profesionales de la red de centros de atención social a este colectivo dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Presentación del Plan: Objetivos y Estrategias

El *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, tiene como **meta esencial** la mejora de la atención social a este colectivo y a sus familias para favorecer y apoyar su rehabilitación e integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida. Con este Plan se *refuerza la implicación del sistema de Servicios Sociales* en la atención a las necesidades sociales y el apoyo a la integración social de las personas con enfermedad mental grave y crónica y a sus familias.

Objetivos del Plan

El *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, orienta su actuación para avanzar en la consecución de los siguientes *objetivos generales*:

-
- *Mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias para promover su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.*
 - *Profundizar y consolidar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta con la red de Salud Mental para una atención integral a las necesidades socio-sanitarias de este colectivo.*
 - *Potenciar la coordinación con la red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria para favorecer la integración social de estas personas.*
 - *Potenciar la colaboración de otras Consejerías (Consejería de Empleo, etc.), Ayuntamientos y de la sociedad civil (Fundaciones, Obras Sociales de Entidades Financieras) en la integración social y laboral de este grupo.*
 - *Mejorar el Apoyo a las Familias así como Potenciar la coordinación con el Movimiento Asociativo de Familiares de enfermos mentales y establecer mecanismos de apoyo y financiación al mismo.*
 - *Luchar contra el estigma social que sufren estas personas. Establecer medidas que mejoren el conocimiento y la comprensión social de la problemática y necesidades de este grupo y potencien su integración social normalizada.*
 - *Impulsar la formación de los profesionales, así como la investigación social y los mecanismos de aseguramiento de la calidad de los servicios prestados.*

Estrategias del Plan

El *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007) de la Comunidad de Madrid*, se estructura sobre tres estrategias o líneas de actuación fundamentales. Estas estrategias o líneas de actuación, son las siguientes:

- I. Ampliación de la red de recursos de atención social
- II. Apoyo a las familias y al movimiento asociativo
- III. Coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social

I. Ampliación de la red de recursos de atención social

Esta estrategia conforma el *núcleo central del Plan*. Desde ella, a través de sus distintos Programas se *plantea un crecimiento muy importante de la red de centros y recursos de atención social a este grupo de personas*. Se propone mediante un crecimiento anual sostenido alcanzar a final de 2007 una red con un mínimo de aproximadamente 4.300 plazas los que supone casi *triplicar las plazas existentes* a inicios del 2003 que eran 1.269. Con el crecimiento de cerca de 3.000 nuevas plazas realizado desde el inicio del Plan en mayo del 2003 hasta diciembre de 2006, a final del año 2006 la red de centros cuenta ya con un total de 4.234 plazas.

La red de centros y recursos del Plan mantiene la tipología de centros ya existentes y se les incorporan dos nuevos dispositivos: los Centros de Día de soporte social y los Equipos de Apoyo Social Comunitario cuya misión es apoyar la atención domiciliaria y el mantenimiento en el entorno social. Por tanto la red de centros o dispositivos sociales específicos del Plan esta compuesta por: *Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día de Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y Alter-*

nativas residenciales comunitarias que incluyen *Residencias, Pisos supervisados y Plazas supervisadas en Pensiones*. Asimismo se desarrollan *Equipos de Apoyo Social Comunitario* y se potenciará la atención social a personas sin hogar con enfermedad mental.

Para el diseño y organización de la red de centros se han tomado en cuenta las principales problemáticas psicosociales y sociales que presentan las personas con enfermedad mental grave y crónica y sus familias y se ha intentado articular una red de recursos diversificada para cubrir estos ámbitos de necesidad. En este sentido los ámbitos de intervención de la red de Centros de atención social del Plan se orientan en las siguientes direcciones fundamentales:

- *Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, recuperación de habilidades personales y sociales, y apoyo a la integración social* a través del trabajo desarrollado en los Centros de Rehabilitación Psicosocial.
- *Apoyo, asesoramiento y psicoeducación a las familias de los enfermos mentales crónicos*, también desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial.
- *Soporte social y apoyo al mantenimiento de los usuarios con mayores niveles de deterioro psicosocial y social* a través del trabajo desarrollado en los *Centros de Día de Soporte social*.
- *Orientación, preparación y apoyo a la inserción laboral*, a través de las actividades de los *Centros de Rehabilitación Laboral*.
- *Atención residencial comunitaria* que favorezca la autonomía y mantenimiento e integración en la comunidad, a través de: *Residencias comunitarias, Pisos supervisados y Plazas supervisadas en Pensiones*.
- *Apoyo a la rehabilitación y reinserción social de las personas sin hogar con enfermedad mental crónica* en coordinación y apoyo con el equipo de atención psiquiátrica a personas sin hogar dependiente de Salud Mental y con otros servicios de atención a personas sin hogar.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL	TIPO DE RECURSOS Y SERVICIOS
Apoyo a la Rehabilitación psicosocial	— Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
Apoyo social e Integración comunitaria	— Centros de Día de soporte social — Equipos de apoyo social comunitario
Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo laboral	— Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) — Otras medidas de apoyo a la integración laboral en colaboración con Consejería de Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización, Intermediación y Promoción de Empleo • Programas de Formación • Medidas de apoyo a la contratación y a la creación de iniciativas laborales
Atención Residencial comunitaria	— Residencias (R) — Pisos supervisados (PS) — Plazas en Pensiones concertadas (PC) — Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda

AMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL	TIPO DE RECURSOS Y SERVICIOS
Apoyo a las familias	<ul style="list-style-type: none"> — Información, orientación y asesoramiento a las familias. — Programas de Psicoeducación de familias — Plazas de respiro familiar en las Residencias — Coordinación y apoyo al movimiento asociativo.
Atención social y reinserción de personas con enfermedad mental crónica en situaciones de marginación sin hogar	<ul style="list-style-type: none"> — Servicio de Apoyo a Reinserción Social de enfermos mentales en situación de exclusión — Centro de Atención Social específico (Centro de Día y Residencia)

Los centros o recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de los enfermos mentales crónicos con problemáticas y necesidades de atención social e integración comunitaria.

Toda la red de centros y recursos del Plan trabaja en estrecha coordinación con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de los enfermos mentales crónicos y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos del Plan.

La red de centros del Plan se organiza de un modo territorializado buscando facilitar la cercanía, accesibilidad y trabajo comunitario en el entorno de los usuarios. El objetivo del Plan es desarrollar una red mínima suficiente de dispositivos territorializados y cercanos a los potenciales usuarios para facilitar su integración comunitaria. Para ello se ha planteado alcanzar al menos en el periodo del Plan hasta final del 2007 la ratio mínima establecida para cada tipo de centro o dispositivo de la red que preveía el Plan.

Objetivos de cobertura del plan 2003-2007

CENTRO / RECURSO	Ratio Mínima Plazas x 100.000 hab.	Nº Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid	Nº Total de Centros Necesarios en la Comunidad de Madrid
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30 plazas	1750 plazas	22 CRPS (80 pl c/u)
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	15 plazas	750 plazas	22 CD (30/35 pl c/u)
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	15 plazas	750 plazas	15 CRL (50pl c/u)
Residencias (R)	15 plazas	750 plazas	25/30 Resid. (25/30 pl c/u)
Pisos supervisados	6 plazas	300 plazas	60/70 Pisos (4/5 pl c/u)
Pensiones supervisadas	1 plazas	50 plazas	50 plazas en Pensiones
TOTAL	82 plazas de atención social x 100.000 hab.	4.350 plazas aprox	

En suma en esta Estrategia I, a través de sus distintos Programas, se plantea un sustancial incremento de la red de recursos de atención social a este grupo de población con discapacidad por enfermedad mental y sus familias.

A continuación se expone la evolución en el crecimiento de recursos desde el inicio del Plan en mayo de 2003:

Evolución en el Crecimiento de Recursos del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003/2007) de la Comunidad de Madrid

MAYO 2003 Inicio Plan	Situación a final 2003	Situación a final 2004	Situación a final 2005	Situación a final 2006	2007
1.269 plazas	Total: 1.654 plazas	Total: 2.166 plazas a final de 2004	Total: 2.568 plazas a final de 2005	Total: 4.234 plazas a final de 2006	Previsión 2007 Total aprox. Final 2007 Red de Centros y recursos 4.800/4.850 plazas aprox
	385 plazas nuevas creadas en nov/dic de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas creadas a final de 2005	1.666 nuevas plazas creadas a final de 2006	
	30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic 2003	18 % incremento previsto respecto a dic 2004	64% incremento respecto a 2005	

El Plan cuenta en estos momentos a inicios del año 2007 con los siguientes recursos:

- 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial (1.440 plazas)
- 22 Centros de Día de soporte social (710 plazas)
- 14 Centros de Rehabilitación Laboral (680 plazas)
- 23 Equipos de Apoyo Social Comunitario (690 pl, 30 pl c/u)
- 16 Residencias (415 plazas),
- 39 pisos supervisados (156 plazas),
- 22 plazas en Pensiones
- Proyecto PRISEMI de reinserción de enfermos mentales sin hogar (80 plazas). (Incluye Equipo de apoyo en CASI y Calle y 5 pisos con 21 pl.)
- Centro de Atención Social específico (Centro de Día 30pl y Residencia de 11pl) apoyo a la reinserción de personas sin hogar con enfermedad mental

Total Red del Plan a final de 2006 sumaban un total de 4.234 plazas. (3.544 plazas en centros existentes a final de 2006 + 23 EASC con 690 usuarios total).

En el final del año 2006 ha habido un crecimiento muy importante con 1.666 nuevas plazas en centros y recursos que se han puesto en marcha a final del presente año 2006. Estos nuevos centros y dispositivos creados a final del año son los siguientes:

- **5 nuevos CRPS con 300 pl aprox.** (CRPS Alcorcón 60 pl, CRPS Mostoles (60 pl), CRPS Villaverde 60 pl, CRPS Las Rozas/Majadahonda 60 pl y CRPS Vallecas Villa 60 pl).
- **11 nuevos CD con 370 plazas aprox.** (CD Fuenlabrada (30 pl), CD “Vallecas” (50 pl), -CD “Villaverde” (50 pl), CD “Latina” (30 pl), CD “Arganzuela” (30 pl), CD “Centro” (30 pl), CD “Parla” (30 pl), CD “Moncloa-Aravaca” (30 pl), CD “Ciudad Lineal” (30 pl), CD “Chamberí” (30 pl) y CD “Vallecas Villa” (30 pl.)
- **6 nuevos CRL con 290 plazas aprox.** (CRL en Fuenlabrada (50 pl), CRL en Alcorcón (40 pl), CRL “Collado Villalba/Área 6” (50 pl), CRL “Vallecas Villa” (50 pl), CRL “Mostoles” (50 pl) y CRL “Villaverde” (50 pl))
- **18 nuevos EASC (30 usuarios c/u) con un total de 540 usuarios.**
- **2 nuevas Residencias con 62 plazas aprox.** (Resid. de 32 pl en Parla y Resid. Área 8 de 30 pl)
- **13 nuevos Pisos (52 pl)**
- **11 nuevas Plazas Pensiones**
- **Centro de Atención Social específico (Centro de Día (30 pl) Y Residencia (11 pl) para enfermos mentales en situación de marginación y grave exclusión social.)**

Total creadas 2006:
1.666 plazas:
 1.126 nuevas plazas en Centros
 creadas a final de 2006 + 18 EASC (540 usuarios)

Con ello se alcanzó una red a finales de 2006 con un total de 4.234 plazas distribuidas en un total de 3.544 plazas en centros más 23 EASC con 690 usuarios. Este crecimiento de 1.666 nuevas plazas a final del año 2006 supone un 64% de incremento respecto al final del año 2005.

Este incremento de plazas en los años de desarrollo del Plan han sido posible gracias a un importante crecimiento presupuestario resumido en el siguiente cuadro:

	Presupuesto 2003	Presupuesto 2004	Presupuesto 2005	Presupuesto 2006	Presupuesto 2007
Presupuesto del Plan	9.753.827 €	14.234.581 € 45% de incremento respecto a 2003	22.500.000 € 54% de incremento respecto a 2004	29.500.000 € 31% de incremento respecto a 2005	47.100.000 € 60% de incremento respecto a 2006

II. Apoyo a las familias y al movimiento asociativo

Esta estrategia se plantea mejorar y potenciar el apoyo a las familias que cuidan y conviven con las personas con enfermedad mental grave y crónica. Así como profundizar en la coordinación con el movimiento de asociaciones de familiares de enfermos mentales agrupado en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) que representa a 18 Asociaciones de Familiares con más de 2000 familias, e incrementar el apoyo económico mediante el incremento anual de las convocatorias de subvenciones que permita que las distintas asociaciones se consoliden y avancen en el desarrollo de programas y servicios de apoyo que complementen a la red pública de recursos.

III. Coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social

En esta tercera estrategia se agrupan distintos programas que tienen como elemento común la profundización y la extensión de los mecanismos de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social:

Resumen. Características, ventajas y beneficios del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid. supone por tanto una oportunidad excelente para avanzar sustancialmente en la mejora de la calidad de vida y las expectativas de integración y participación social de este colectivo de enfermos mentales crónicos y de sus familias. Su adecuado cumplimiento supondrá muchas ventajas y beneficios para esta población y para, en coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental, promover una adecuada atención sociosanitaria a sus necesidades y las de sus familias. Entre otras habría que resaltar las siguientes:

- *Supondrá cuadruplicar el número de plazas y recursos de atención social a este colectivo, pasando de unas 1.260 plazas en Mayo de 2003 a más de 4.850 en diciembre del 2007. Desde el inicio del Plan en mayo de 2003 hasta el final del 2005 ya se han creado 1.300 nuevas plazas con lo que la red alcanza a final de 2005 las 2.568 plazas. Para este año 2006 se han creado 1.666 nuevas plazas en centros y recursos, con lo al final del 2006 la red del plan alcanzara un total de 4.234 plazas (3.544 plazas en centros más 23 Equipos de Apoyo Social Comunitario con 690 usuarios). Es decir se habrán creado de mayo de 2003 a diciembre de 2006 un total de 2.965 plazas nuevas con lo que al final del año 2006, en tres años de desarrollo, se alcanzaría el 86% del objetivo mínimo de plazas marcado por el Plan para el final del 2007. Este crecimiento permite un acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que podrán estar más cercanos a los usuarios potenciales que los necesiten y facilitaran el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas. Con los distintos tipos de centros y recursos de atención social previsto se organiza una red coherente de recursos que permitirá atender las distintas problemáticas psicosociales y sociales de esta población y apoyar a sus familias.*

-
- El desarrollo de la red de recursos de atención social y las metodologías de intervención así como el estilo de atención ofrecido en los mismos, supone importantes *beneficios directos para la población con enfermedad mental que es usuaria de los mismos y para sus familias*: ayudan a mejorar la autonomía personal y social, mejoran la convivencia familiar y social, favorecen la normalización y la integración y participación activa de los enfermos mentales en la sociedad, alivian la sobrecarga familiar, facilitan la inserción laboral etc.

 - Se ha hecho desde el inicio *una apuesta por una red de centros de calidad comprometidos con las metodologías de intervención psicosocial y sociolaboral que han demostrado mayor eficacia y relevancia*. Para ello en cada centro (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, Centros de Día, Residencias, etc) *se cuenta con equipos multiprofesionales* formados por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales como maestros de taller o técnicos de apoyo a la inserción laboral. Centros con equipos suficientes y con profesionales formados y comprometidos con este campo. Los resultados de la atención prestada vienen a avalar el sentido y la eficacia de esta apuesta por la calidad, la profesionalización y la implantación de modelos de intervención psicosocial eficaces. Así por ejemplo: los usuarios de los CRPS mejoran sustancialmente su nivel de autonomía personal, aumentan y mejoran sus relaciones sociales y participación en actividades y recursos sociocomunitarios, mejoran su conocimiento en el manejo de la enfermedad y su seguimiento y adherencia al tratamiento, se reducen significativamente las recaídas y hospitalizaciones, se mejoran asimismo la convivencia familiar y el nivel de conocimiento y manejo de la familia en la resolución de las dificultades de convivencia con su familiar, etc. Mención especial merece también el esfuerzo específico de inserción laboral que se viene desarrollando desde los Centros de Rehabilitación Laboral. Estos CRL vienen demostrando que con los entrenamientos y apoyos oportunos un número significativo de personas con enfermedad mental crónica se pueden integrar o reinsertar en el mercado laboral. Con datos del 2005 de los CRL se obtiene que *en torno al 50% de los usuarios atendidos en dichos CRL se integraron en el mercado laboral, en puestos de trabajos variados y diversos predominantemente del sector servicios*. La mayoría se integraron con contrato a jornada completa y menos de 10% abandonaron o fueron despedidos.

 - Pero además de estos beneficios directos, esta red de recursos de atención social genera *otros beneficios añadidos con una importante rentabilidad económica y social*: la mejora de la autonomía personal y social revierten en menores recaídas e ingresos hospitalarios y en una mejor adherencia al tratamiento psiquiátrico lo que supone una reducción de gastos sanitarios (hospitalización, etc). El desarrollo de esta red de centros de atención social genera empleo cualificado y estable: en torno a más de 800 profesionales cualificados trabajan en Madrid en la red de centros de Plan; además de todos los usuarios a los que se le apoya para su reinsertión laboral y por tanto pasan de ser receptores de ayudas a poder participar social y económicamente a la sociedad reduciendo a la par gastos en Pensiones, contribuyendo además a mejorar la convivencia familiar y social y a mejorar el bienestar tanto de las personas como de sus familias y entorno. En suma avanzar en la extensión y mejora de la atención social a estas personas no solo mejo-

ra su calidad de vida y sus posibilidades de integración y participación activa sino que también genera destacados beneficios añadidos.

- *Con el Plan además se viene a reforzar y profundizar la excelente línea de trabajo de complementariedad con la red sanitaria de salud mental que se venía desarrollando a fin de ofrecer una adecuada atención integral sanitaria y social a las distintas necesidades de esta población. Con todo ello este Plan en colaboración con Salud Mental se convierte en un magnífico ejemplo de la tan necesaria coordinación sociosanitaria en la atención integral.*
- *El desarrollo de la ampliación de recursos y las medidas específicas previstas en el Plan permitirá mejorar sustancialmente el apoyo a las familias. Asimismo supondrá un sustancial incremento del apoyo al movimiento asociativo de familiares tanto en lo relativo a aumentar las subvenciones que reciben como en cuanto a la coordinación y apoyo técnico a las asociaciones de familiares.*
- *Otro elemento de gran interés del Plan de Atención Social es su compromiso con la Evaluación así como el de reforzar programas de formación de profesionales en colaboración con las Universidades y promover actividades de investigación social sobre las necesidades y la atención social a este colectivo.*
- *El rechazo social y el estigma negativo que sufren los enfermos mentales es hoy un fenómeno social importante y preocupante. Por ello uno de los programas del Plan es el de Lucha contra el estigma y sensibilización social que prevé articular distintas medidas que permitan mejorar el conocimiento y aceptación social de este colectivo y reducir el estigma y rechazo social que padecen.*
- *Asimismo la experiencia de la Comunidad de Madrid pionera en este campo se ha convertido en un referente para muchas de las Comunidades Autónomas sirviendo de ejemplo y modelo para el desarrollo de este campo en otras Comunidades Autónomas. Con la aprobación del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 se ha venido además a reforzar este valor de referente y modelo para el resto del Estado, siendo en estos momentos de las pocas Comunidades que cuenta con un Plan específico de atención social a este grupo de personas con discapacidad por trastorno mental desde el sistema de Servicios Sociales.*

2.2. LA RED DE RECURSOS RESIDENCIALES Y DE APOYO AL ALOJAMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007 DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Como se ha visto, en el capítulo 1, es fundamental tener en cuenta las dificultades que esta población presenta a la hora de afrontar sus necesidades de alojamiento y soporte, lo que lleva a que muchos vivan y sean cuidados por su familia y no puedan independizarse. Por lo que para atender estas necesidades un elemento clave dentro de un sis-

tema de atención comunitaria son los servicios residenciales comunitarios. Contar con un adecuado abanico de alternativas de alojamiento y dispositivos residenciales, constituye un requisito esencial para posibilitar el mantenimiento e integración de muchos enfermos mentales crónicos.

Por ello, el *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica*, tiene como una de sus principales áreas de intervención la Atención Residencial Comunitaria. En esta línea dentro de la red de centros y recursos de atención social, además de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día y Centros de Rehabilitación Laboral, se está desarrollando un abanico de centros y recursos residenciales comunitarios para personas con discapacidad debida a enfermedad mental crónica, dirigidos a cubrir sus necesidades de alojamiento y soporte residencial y también a favorecer su mantenimiento en la comunidad así como a apoyar su rehabilitación e integración social. Estos centros y recursos son de tres tipos:

- *Residencias*: Constituyen un centro residencial comunitario de entre 20 y 30 plazas con un carácter flexible y polivalente. Proporcionan de un modo temporal (estancias cortas o transitorias) o indefinido tanto alojamiento, manutención, cuidado y soporte como apoyo personal y social desde una perspectiva de rehabilitación. Cuentan con el apoyo y supervisión de un equipo de monitores las 24 horas del día.
- *Pisos Supervisados*: Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizada en pisos o viviendas normales insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 o 4 personas con enfermedad mental crónica, recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten a través de monitores. Los pisos supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las Residencias
- *Plazas supervisadas en Pensiones Concertadas*: A través del pago de habitaciones en diferentes pensiones de huéspedes y del apoyo y supervisión se pretende asegurar un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas a personas enfermas mentales crónicas con un buen nivel de autonomía pero que no cuentan con apoyo familiar y social ni con recursos económicos, intentando evitar procesos de marginación y deterioro.

Desde la experiencia en la organización y funcionamiento de esta red de recursos residenciales, y muy especialmente desde la trayectoria de las Residencias y de los Pisos supervisados, se ha elaborado el presente Documento Técnico sobre Atención Residencial. A lo largo de los siguientes capítulos se describirán de un modo concreto y práctico las características de organización, funcionamiento y programas básicos de intervención que se desarrollan en estos dos tipos de recursos de atención residencial.

ÁREA 2:
Residencias:
Organización, funcionamiento
y programas básicos
de intervención

CAPÍTULO 3. DISEÑO GENERAL DE LA RESIDENCIA: DEFINICIÓN DEL RECURSO, OBJETIVOS, TIPOLOGÍA DE ESTANCIAS, PERSONAL, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS BÁSICOS

José Manuel Cañamares

3.1. DEFINICIÓN

De acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid a través del *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, las *Residencias* se conciben como centros o dispositivos que, desde un modelo comunitario de atención, ofrecen un marco residencial muy flexible para dar diferentes respuestas a las necesidades de alojamiento y soporte residencial de las personas con discapacidad derivada de una enfermedad mental grave de curso crónico. Es decir, son un hogar donde estas personas pueden vivir durante un período de tiempo más o menos largo, contando con el apoyo de un equipo multidisciplinar y con objetivos de mejora de la autonomía y funcionamiento y de promoción de la integración y normalización. Estas Residencias tienen una capacidad de atención de entre 20 y 30 plazas (por lo que en muchas ocasiones las hemos denominado como MiniResidencias). Por su carácter comunitario y de capacidad limitada a unas 30 plazas, este modelo de Residencia ejemplifica las indicaciones a nivel europeo sobre el desarrollo de centros residenciales donde se apuesta por recursos integrados en el entorno comunitario y de pequeño tamaño evitando el desarrollo de centros de gran tamaño y capacidad en los que se reproducen modelos institucionales y sus negativas consecuencias.

Según esta filosofía, las posibilidades de actuación se ajustarán a las necesidades individuales de cada persona atendida en la Residencia, y dados los programas de intervención que se desarrollan y la supervisión continua que tienen, se posibilita un arco extenso de atención y una flexibilidad que permiten desde actuaciones prolongadas para aquellas personas que requieren un apoyo constante hasta intervenciones puntuales de descarga familiar, o una atención circunscrita a un marco temporal restringido con objetivos concretos de integración.

Este objetivo de integración es una característica básica que define a las Residencias y que supone un trabajo de rehabilitación que es intrínseco al recurso. Las Residencias son una plataforma desde las que intervenir para, además de cubrir la necesidad de vivienda, trabajar con la persona atendida para que alcance las mayores cotas de autonomía personal y de recuperación o desarrollo de capacidades. Por tanto, no es en la mayoría de las ocasiones un recurso finalista, sino un contexto de vida a la vez que de entrenamiento y preparación para una vida con la mayor autonomía e independencia posible.

Según este criterio, las Residencias cuentan con una supervisión constante a cargo de un equipo de profesionales especializados en atención psicosocial y apoyo social, que cubre las veinticuatro horas del día todos los días del año. No hay personal sanitario, acudiendo los residentes a los recursos sanitarios normalizados correspondientes cuando se

presenta la necesidad de una actuación médica. Este hecho permite por un lado apartarse de los diseños de institución total y por otro la vivencia de la Residencia, por parte de los usuarios, como un hogar, evitando confusiones o solapamientos con los recursos sanitarios, con los que es imprescindible una coordinación y complementariedad que asegure la continuidad de cuidados y los proyectos individualizados y globales de integración social.

Con las características reseñadas, se puede considerar que para beneficiarse de este recurso se deben cumplir una serie de requisitos que se enumeran a continuación:

- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Estar atendido en los Servicios de Salud Mental de la zona para la que sectorice la Residencia, y ser derivado por ellos.
- Tener necesidad de alojamiento y soporte social debido a dificultades en el funcionamiento psicosocial, careciendo de apoyo familiar o social adecuado.
- Tener entre 18 y 65 años.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

Este perfil no debe considerarse de forma absolutamente estricta. Así, y a modo de ejemplo, no es inhabitual que alguna de las personas, que viven en una Residencia, presente consumos de alcohol, o ideación autolítica. Pero la estancia de estas personas va a depender del grado de coordinación con los Servicios de Salud Mental y de la capacidad de respuesta rápida de los recursos sanitarios si la situación de convivencia se ve seriamente alterada por estos motivos no ajustados al perfil, por ejemplo facilitando un ingreso hospitalario del residente, adelantamiento de citas, valorando el apoyo de otros recursos, etc...

3.2. OBJETIVOS

Con lo anteriormente apuntado, se pueden definir los *objetivos generales* de las Residencias comunitarias como los siguientes:

- Proporcionar alojamiento a personas con una enfermedad mental de curso crónico.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.

Los *objetivos operativos* específicos u operativos son los siguientes:

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.

-
- Recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
 - Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
 - Dotar a los usuarios, mediante el entrenamiento supervisado, de las habilidades necesarias para ser autosuficientes y hacer un uso adecuado de su entorno.
 - Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
 - Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
 - Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares el que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar enfermo.
 - Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar.
 - Fomentar el establecimiento de unas relaciones significativas con la comunidad, incorporando a los residentes en recursos relevantes para una mejora efectiva de su calidad de vida.
 - Concienciar a la sociedad, y especialmente al entorno próximo a la Residencia, de la necesidad que tiene la comunidad de equiparse con este tipo de recursos, trabajando para eliminar el estigma y la discriminación.

3.3. TIPOLOGÍA DE ESTANCIAS

Las características que se han comentado anteriormente de polivalencia hacen que puedan acceder a las Residencias personas con necesidades de alojamiento muy variadas. Para cubrir las diferentes demandas y objetivos y servir a distintas funciones, se ofrecen 3 tipos de estancias:

- *Estancia indefinida.* Esta tipología de atención trata de dar cobertura por tiempo superior a un año a usuarios con necesidad de un apoyo continuado. Se constituye como alternativa a la hospitalización prolongada o a la marginación social y tiene como objetivo tanto mejorar el nivel de autonomía personal y social como asegurar un nivel de calidad de vida digno. El número de plazas para este perfil se situaría alrededor del 40-50% del total, teniendo en cuenta que estos porcentajes pueden variar dependiendo de las necesidades reales que surjan en el Área de referencia para el que sectorice la Residencia. Aún así, el objetivo es mantener el porcentaje de estancias indefinidas en un nivel no excesivamente elevado para evitar el bloqueo del recurso para aquellas personas que tengan otras necesidades diferentes.
- *Estancia transitoria.* Tipo de estancia situada entre un mes y un año aproximadamente. Su función es preparar a los usuarios para su reinserción familiar o su independencia, actuando de recurso intermedio entre los dispositivos sanitarios y la comunidad, y con los objetivos de propiciar los procesos de reinserción social y fami-

liar y posibilitar el entrenamiento para la adquisición de las habilidades necesarias para llevar esta vida autónoma. Este perfil supondría en torno al 40% de las plazas.

- *Estancia corta.* Estancia entre un fin de semana y un mes aproximadamente. Su función es de la de permitir el descanso de los familiares cuidadores, la atención de urgencias familiares o sociales, o bien la separación del entorno familiar para prevenir situaciones de conflicto. Sus objetivos son evitar la sobrecarga familiar y situaciones de desamparo o crisis relacionales entre la persona con enfermedad mental crónica y su familia. A este fin estarían destinadas entre el 10% y el 20% de las plazas.

Hay que entender estas tipologías de estancias como una forma de aclarar la polivalencia de la Residencia como recurso de alojamiento y atención social, pero en ningún caso deben suponer una cortapisa administrativa ni las estancias deben ceñirse a priori a un tiempo cierto, sino que la individualización de la atención y los objetivos propuestos marcarán el tiempo de estancia en el dispositivo.

3.4. PERSONAL

La conjugación de la oferta de cobertura residencial con la de un abordaje de atención social para la mejora de la autonomía y la integración comunitaria, conlleva la prestación un conjunto de servicios muy variados, pero que se pueden agrupar en dos tipos: básicos y de atención psicosocial.

Toda la propuesta que supone el ofertar además de los servicios básicos un conjunto de programas, actividades, y servicios de atención psicosocial exige el componer un equipo multiprofesional que sea capaz de responder a las múltiples necesidades demandadas por las personas atendidas. No se trata de crear un “equipo rehabilitador” y otro “equipo asistencial” para cubrir uno el objetivo de integración y el otro las necesidades básicas, sino que debe ser un equipo global, flexible e interconectado en sus funciones de manera que permita aprovechar cualquier tarea (hasta las más sencillas) como contexto de rehabilitación, participación e integración.

Los equipos de las Residencias están compuestos por un director-psicólogo, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 12/14 educadores/monitores, 1 administrativo, cocinero y personal auxiliar de cocina, lavandería y limpieza.

3.5. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS BÁSICOS

Se entiende por servicios básicos a todos aquellos que aseguran un correcto cuidado y cobertura de las necesidades básicas de los residentes, garantizando sus derechos y la recepción de los servicios que sean necesarios para el usuario (sanitarios, sociales, etc).

Estos servicios básicos se pueden catalogar en:

- *El alojamiento.* Este es el elemento primordial de la oferta asistencial de las Residencias, y su principal razón de existir. Pero el alojamiento no debe entenderse

como la prestación de un servicio consistente en asegurar un lugar donde la persona duerma. Ya se ha dicho anteriormente que hay que huir de la estructura puramente hotelera y conseguir que los usuarios perciban la Residencia como su hogar, especialmente en el caso de derivaciones para estancias transitorias o indefinidas. También, por tanto, hay que huir de todos aquellos elementos que confundan a la Residencia con un recurso sanitario como las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Se recuerda que la estancia es voluntaria, y los espacios son abiertos, no impidiendo la salida de la persona residente si así lo quisiera. Es decir, como en cualquier casa de cualquier persona, la posibilidad de entrar o salir debe estar presente, así como la sensación de que éste es su lugar de vida.

- La correcta *limpieza* de las habitaciones, así como de los espacios comunes y de la zona exterior al edificio.

Estos dos primeros puntos conllevan una obligación o exigencia muy importante por parte de los trabajadores de las Residencias: el respeto a la intimidad. Hay que buscar una supervisión de la estancia y de la limpieza que no suponga una intromisión en los derechos del residente y que le permita a éste un funcionamiento lo más similar posible al que tendría en su propio hogar (posibilitando por ejemplo la decoración de los espacios personales, etc).

- La *limpieza (lavado, planchado y costura)* de la ropa personal de los residentes y de la ropa de cama y aseo.
- El *uso de los espacios comunes*, existiendo siempre la posibilidad de utilizar las salas de estar, jardines, etc.
- La *manutención* de los residentes, asegurando el ajuste a las necesidades dietéticas de cada residente de forma individualizada. Para ello se elaborarán diferentes menús que cubran las diversas necesidades de régimen. A este apartado de manutención se le prestará desde el equipo profesional de la Residencia una especial atención, ya que a las necesidades personales de cualquier usuario se añaden las dificultades propias que conlleva la enfermedad mental crónica: tendencia a la obesidad por falta de actividad física y como efecto secundario de la medicación, utilización sobredimensionada de la comida como reforzador primario en personas que habitualmente tienen una baja tasa de refuerzos, anorexia asociada a estados subdepresivos, etc.
- La *mediación* entre los residentes y el apoyo individual para la facilitación de la convivencia. Como en cualquier otro lugar en el que conviven personas, los pequeños conflictos son habituales, y es necesario que el equipo técnico esté presente para que estos problemas no generen situaciones de alto estrés o la desmotivación para seguir en la Residencia.
- El *aseguramiento de la correcta administración de la medicación* pautaada por el Servicio de Salud Mental responsable del tratamiento y seguimiento de cada residente. Para ello, y dependiendo del nivel de autonomía de cada usuario y de las posibilidades técnicas y estructurales de cada Residencia, se deben elaborar procedimientos que aseguren que los residentes siguen el tratamiento farmacológico

prescrito. Así, se deben habilitar mecanismos para anticipar la necesidad de medicación de cada residente, para solicitarla si fuera pertinente al Servicio de Salud Mental correspondiente, para asegurar la recepción de la receta o la medicación, para que cada uno reciba la medicación necesaria en cada toma y para evitar que aquellos que tiene un mal uso de la medicación puedan generar situaciones de riesgo para sí mismos o para otros residentes.

- El *aseguramiento de la asistencia a las citas médicas*, tanto psiquiátricas como del médico de familia u otros especialistas. La asistencia del residente al Servicio de Salud Mental es fundamental para el correcto seguimiento del tratamiento farmacológico, y además no es nada extraño que un porcentaje significativo de los residentes tengan algún tipo de patología orgánica, aunque sea menor, que necesite el seguimiento del médico de atención primaria. Además, como a cualquier otra persona, le pueden surgir trastornos orgánicos, accidentes, etc... que requieran de pruebas diagnósticas, citas médicas y tratamientos no psiquiátricos. Es labor de los profesionales de las Residencias el asegurar que los usuarios reciben la atención necesaria, tanto psiquiátrica como del resto de especialistas o médicos de familia.
- El *apoyo en la gestión de todos los trámites administrativos* o de otro tipo que deban realizar los residentes. También es habitual que los residentes deban llevar a cabo multitud de trámites o tareas cotidianas, desde las más comunes como sacar dinero del banco o actualizar la libreta de ahorros a otras más puntuales relacionadas con las prestaciones económicas, certificados de minusvalías, etc. La estancia en la Residencia debe asegurar que estos trámites se realicen, llevando a cabo un seguimiento de los mismos en caso de residentes autónomos o efectuando los acompañamientos necesarios para su ejecución.
- Además, y según sea necesario desde las Residencias se cubrirán de forma puntual los siguientes aspectos:
 - El vestido y calzado para aquellos residentes sin recursos económicos propios y sin cobertura familiar.
 - Los trámites y gestiones necesarios en caso de fallecimiento para aquellos residentes sin familia o abandonados por ella.
 - Los trámites y gestiones, y acompañamiento en caso necesario, para el traslado a los Centros Sanitarios pertinentes en caso de necesidad de cualquier tipo, no limitándose a la necesidad de índole psiquiátrica.

Es decir, se deben asegurar todos aquellos aspectos que una persona pueda requerir, asumiendo su realización los trabajadores de la Residencia si así se valora como necesario.

Todos estos servicios básicos no deben entenderse como cuestiones que la Residencia debe asumir en cualquier caso (excepto el propio hecho de dar alojamiento), sino que todos ellos deben “cruzarse” con los procesos individuales de atención psicosocial y residencial para asegurar en cada momento el máximo de autonomía y de participación de los residentes. Así, y en la medida de lo posible y de lo conveniente, cada usuario llevará a cabo sus tareas domésticas (hacerse la cama, limpiar su habitación, poner su lavadora, poner y quitar la mesa, etc...). Si el residente no es capaz de hacerlo se valoraría si es susceptible de aprender si se le entrena en cada tarea concreta y sólo si no fuera capaz

de aprender, debido a un deterioro cognitivo importante o a otras razones, serían los trabajadores de la Residencia quienes asumirían su realización.

Hay que tener en cuenta, como se verá en los capítulos posteriores, que una buena parte de estos servicios básicos se refieren a los autocuidados y a la autonomía básica de las personas, elementos que se van a trabajar en los procesos de rehabilitación de los usuarios, por lo que es necesario tener en cuenta a la Residencia como un contexto ideal de entrenamiento para estas áreas de funcionamiento psicosocial y no sólo como una prestadora de servicios, como pudiera ser, a modo de ejemplo, un hotel.

Para terminar, habría que señalar una dificultad intrínseca a este tipo de recursos. El principio de autonomía, por el cual se debe intentar siempre que las personas sean todo lo responsables de su vida que puedan, a veces entra en colisión con el aseguramiento de las necesidades básicas expresadas anteriormente. Así, por ejemplo, se puede dar el caso de que alguno o algunos de los residentes puedan hacer un mal uso de la medicación, o coger la de algún compañero, por lo que puede ser preciso que los profesionales deban custodiar toda la medicación, para asegurar su toma y evitar malos usos de la misma. Problemas similares se pueden producir si, por ejemplo, las instalaciones de la Residencia no facilitan que los usuarios asuman el lavado de su ropa, o la cocina no se presta a entrenamientos debido a que sus características de equipamiento industrial no son adecuadas para una labor de cocina similar a la de cualquier casa particular, etc.. Por ello a veces se puede hacer necesario recortar algo la autonomía de los usuarios para prevenir problemas mayores.

Es decir, una labor continua de los profesionales de cada Residencia va a ser conjugar el principio de autonomía con todas aquellas necesidades o requerimientos globales del recurso que llevan a asegurar que los servicios básicos se prestan de una forma adecuada y digna.

CAPÍTULO 4. ORGANIZACIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN EN UNA RESIDENCIA

Miguel Ángel Castejón

Como se acaba de presentar en el anterior capítulo, la Residencia es un recurso muy ambicioso, donde viven personas muy diferentes en cuanto a psicopatología, historias de aprendizaje, nivel de discapacidad psicosocial, motivaciones, objetivos de rehabilitación e integración, hábitos, tiempo de estancia, etc. Además, las diferencias técnicas, personales, culturales e ideológicas de cada profesional introducen valoraciones y criterios muy distintos a la hora de diseñar y realizar intervenciones concretas con los residentes. Finalmente, no se debe olvidar que trabajar con personas con enfermedad mental en recursos residenciales no médico-sanitarios es un trabajo relativamente novedoso en el Estado español y por lo tanto hay que cuidarse del riesgo real de reproducir prácticas que no tendrían sentido en estos nuevos dispositivos.

La situación descrita hace imprescindible abordar la organización global de este recurso desde la reflexión más básica posible que permita dejar bien claro cuáles son las formas correctas de acercarse a los objetivos planteados para este dispositivo residencial y de apoyo a la rehabilitación e integración social que es una Residencia. Además y teniendo en cuenta que en el próximo capítulo se explicará en detalle el proceso de atención psicosocial (Acceso a la Residencia, Evaluación, Intervención,...) que siguen las personas que viven en las Residencias, aquí procede presentar, más que soluciones concretas, ciertas premisas generales o fundamentos que sirvan de guía en el trabajo y hagan posible y no utópicos los objetivos de la Residencia y de las personas que viven en ella.

Es obvio que la Residencia no es la casa de quienes viven en ella. Eso es algo que saben, sobre todo, los residentes y tampoco es el objetivo hacer de las Residencias las casas de cada uno de los usuarios. Pero el modelo que más ayuda a la reflexión sobre cómo organizarlas y a descubrir cuáles deben ser las claves que faciliten al máximo su función de colaborar en la mejora del funcionamiento psicosocial del usuario es el que ve a este recurso, frente a otras opciones residenciales que existen, (residencia familiar de la que proceden, hospitales, hoteles, albergues,...), como una casa o un hogar compartido con otras personas que también padecen un trastorno mental grave.

Pero, ¿cuáles son las funciones que deben cumplir una casa o un hogar? ¿En qué han dejado de ser funcionales los hogares de referencia de las personas con trastorno mental derivados a la Residencia? ¿Qué hace a una casa diferente de una pensión, de un albergue, de un hospital,...? ¿Qué deben mejorar respecto a los domicilios habituales de los usuarios? ¿Cuáles son los aspectos presentes en una convivencia que resultan más educativos y rehabilitadores?. Preguntas cuyas respuestas no solo son más complejas de lo que parecen, sino que van sugiriendo nuevas preguntas cada vez más pertinentes.

Las casas de cada persona deben facilitar, básicamente, que en ellas se sientan *seguras* en el sentido más amplio que se pueda concebir. Y en la medida en que los residentes se sientan seguros en las Residencias se estarán sentando las bases para abordar su función de atención psicosocial y de apoyo.

Efectivamente, no solo debe ser un espacio donde *se respeten los derechos* del usuario a la privacidad e individualidad o *diferencia* del resto de residentes, sino que también en el *plano emocional*, las residencias deben facilitar que los usuarios se sientan *valorados y apreciados* personalmente. Deben sentirse valiosos por los roles que desempeñan y porque los demás (profesionales y usuarios) reconocen y estiman esa valía. Además es imprescindible que se sientan comprendidos en las dificultades que puedan tener para desempeñar las tareas que se les pide y deben comprobar que en caso de errores y/o comportamientos indeseados, al margen de las consecuencias que pudieran tener en términos de normativa, van a tener la *colaboración profesional para corregir* la conducta más allá del simple castigo. Finalmente y en relación con la normativa de las Residencias, ese sentimiento de seguridad, de relajación y de confort que todas las personas sienten cuando, en alguna parte, se sienten como en casa, está muy relacionado con que no haya *ni una sola restricción de más y con el grado de control que se tiene sobre el entorno*, sobre la residencia en este caso. Poder participar activamente en la organización de la vida diaria y de las tareas y responsabilidades en las Residencias y tener un margen de libertad amplio para decidir cuando desarrollarlas es decisivo para que los residentes estén en disposición favorable para enfrentar otros retos; es decir, sus objetivos de mejora de la autonomía y de integración.

4.1. LA IMPORTANCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Para poder detenerse a hablar con los residentes, para poder dedicarles atención y hacerles sentirse *cómodos* en sentido amplio, los profesionales necesitan, a su vez de tiempo. Desde una organización del trabajo racional y basada en la realidad, donde lo ideal es enemigo de lo bueno, hay dos factores, al menos, que contribuyen a que los profesionales dispongan de un clima de trabajo razonablemente positivo que haga posible la relación cordial y relajada con los residentes: el trabajo en equipo y su participación activa en la organización del propio trabajo.

a) El trabajo en equipo:

La atención durante 24 horas y las incidencias constantes en una Residencia, hablan de lo imprescindible de la polivalencia en tareas y funciones así como de la mayor complejidad posible entre profesionales para hacer posible un trabajo de calidad.

b) La participación en la organización del trabajo:

Nadie sabe mejor, que quien tiene que hacerlo a diario, qué implica en cuanto a dificultad técnica y carga de trabajo supervisar el orden de una habitación, el aseo personal de un usuario, enseñarle a comer con mejores modales y/o lo que implica poner un límite a un residente. Por lo tanto, deben planificarse las tareas de los profesionales con realismo, dejando tiempo para la conversación y la calma.

- CON FUNCIONES Y TAREAS BIEN DEFINIDAS LOS PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA DEBEN SER QUIENES SE ORGANICEN EN EQUIPO PARA SACARLAS ADELANTE CON IMPLICACIÓN Y REALISMO.

4.2. LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LA VIDA DIARIA DE LA RESIDENCIA

Una de las formas de lograr que las personas que viven en la residencia se sientan valoradas y que se confía en ellas es que puedan tomar decisiones sobre asuntos de la organización que les afectan. Tendrán tanto más derecho a decidir cuanto más les afecta la decisión tomada, siempre que dispongan de conocimientos suficientes para hacerlo. No podrán decidir ellos en muchos casos, por ejemplo qué medicación les conviene más, pero sí que podrán decidir casi siempre qué les apetece más comer. El hecho de padecer una enfermedad y las limitaciones subsiguientes no les incapacita necesariamente para decidir sobre la mayoría de aspectos de su vida cotidiana en la Residencia. Además, los residentes con más deterioro y necesidad de apoyo son los que precisan organizaciones menos sofisticadas y a quienes decisiones sencillas más y mejor pueden satisfacer.

Aplicar este principio exige tener paciencia y esperar a que los residentes expresen su decisión sobre los asuntos que se les consultan. Al principio costará que lo hagan porque seguramente algunos de ellos llevan mucho tiempo sin desear nada, sin opinar nada y sin que se les pregunte sobre nada. Se debe crear el clima de confianza y ofrecerles al principio opciones cerradas para que les resulte más fácil elegir alguna. Los menos capaces se servirán de las decisiones de los más competentes y observarán que sus opiniones son apreciadas.

Con esta forma de trabajar se evitará la infantilización de los residentes. Quien toma decisiones es un adulto responsable ante los ojos del profesional (y, por tanto, se tenderá a tratarle como tal) y ante los suyos (comprueba que pese a padecer una enfermedad puede seguir teniendo un papel social). Si los profesionales deciden por ellos y luego les piden que actúen responsablemente se está enviando mensajes contradictorios que aumentan su confusión y pérdida de confianza en los profesionales porque les confirman que lo que dicen no es lo que se siente ni lo que se hace.

Si las decisiones de los residentes apuntan a ciertos riesgos los profesionales deben valorar si no merece la pena correr alguno para luego poder sacar conclusiones de ellos en términos de aprendizajes. Además, ¿nunca ha cometido el lector una equivocación en su vida aunque alguien le hubiese avisado de los riesgos de su acción?

En ese sentido, cuando en la Residencia haya problemas que afectan a los residentes (robos, discusiones, la tensión de las peleas,...) ellos deberán también *padecerlos* y entonces sentirán la necesidad de solucionarlos con sus aportaciones. Sólo hay que ayudarles a desarrollar competencias para enfrentar los problemas y encontrar soluciones. La misión de los profesionales de una Residencia ni es organizar todo a las personas que conviven e ella, ni evitarles todos los problemas ni, si surgen, solucionárselos. “Sólo” son profesionales comprometidos con la mejora de la autonomía y funcionamiento que creen que los residentes, como personas que son, aprenden hasta el final de sus vidas y en ese aprendizaje está la dignidad y calidad de vida.

- LA REALIZACIÓN DE ASAMBLEAS DE USUARIOS CON PERIODICIDAD VARIABLE, LA EXISTENCIA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS, Y SOBRE TODO EL CLIMA DE CONFIANZA PARA QUE PUEDAN EXPRESAR SUS OPINIONES ES IMPRESCINDIBLE PARA QUE EN LAS RESIDENCIAS SE FOMENTE LA AUTOESTIMA Y LA RECUPERACIÓN DE SU CONDICIÓN DE PERSONA EN LOS RESIDENTES.

4.3. LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR COORDINADAMENTE CON OTROS RECURSOS DE LA RED

La Residencia es un recurso que brinda oportunidades tan grandes para ayudar a las personas a normalizar sus vidas que se puede caer en la trampa de querer hacerlo todo desde el profesional, olvidándose de que trabaja en un recurso inmerso en una red en la que ya se viene atendiendo al usuario y que dispone de otros recursos especializados para el tratamiento, la rehabilitación y el apoyo y soporte.

Hoy día, afortunadamente, ya existe un dibujo bastante perfilado de red para el tratamiento y la atención integral, y, por tanto, las Residencias deben aplicarse, más que nada, a promover que los residentes utilicen esos recursos, tanto especializados como normalizados, ya existentes y ambientes comunitarios que faciliten su proceso de rehabilitación y recuperación. Las Residencias deben favorecer que los usuarios se incorporen a los recursos especializados, no al contrario. Para aplicar correctamente esta filosofía de trabajo es imprescindible una coordinación programada en torno a esta idea con los recursos del territorio asignado a cada residencia, que impida que ésta se convierta en una especie de *institución total de la rehabilitación*: “*Ya que está viviendo en la Residencia que realice también allí las actividades que antes hacía aquí para que no tenga que darse la paliza de tener que venir hasta aquí...*”. Al contrario, se debe evitar la tentación de las Residencias sean *recursos totales*.

Además, si no se desea desaprovechar el contexto natural de convivencia que ofrece la vida en una Residencia, dentro del paradigma comentado de casa compartida, no se pueden implantar en ella programas de intervención al estilo de un Centro de Rehabilitación, pues se acabaría reproduciendo este tipo de Centros u otros de corte más hospitalario y echando a perder las posibilidades y oportunidades de recuperación psicosocial y social que ofrecen las Residencias. No parece, pues, necesario ni adecuado, reproducir en la residencia programas de rehabilitación especializados (habilidades sociales u otros) que ya existen en otros centros de la red de atención social de la Comunidad de Madrid, como los centros de Rehabilitación Psicosocial por ejemplo, de orientación y ajuste laboral que se hacen en los centros de Rehabilitación Laboral o de apoyo que ya realizan las asociaciones familiares y/o los centros de Día, por ejemplo.

- EN CASOS DE NECESIDAD Y DENTRO DE PLANES INDIVIDUALIZADOS, LA RESIDENCIA ORGANIZARÁ PROGRAMAS ESTRUCTURADOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL QUE YA SE IMPARTAN EN OTROS RECURSOS DE REHABILITACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

4.4. LA VIDA DIARIA COMO CONTEXTO DE REHABILITACIÓN: TRABAJO POR OBJETIVOS

Las oportunidades que ofrece la residencia en su cotidianeidad, a todas horas, de forma *natural*, para ayudar al usuario a mejorar sus relaciones personales, de convivencia, de relación con los recursos comunitarios del entorno y para la adquisición de hábitos cotidianos, como el aseo personal, y de organización de las actividades de la vida diaria son enormes y se constituyen en el contexto ideal para el trabajo de mejora de la autonomía y del funcionamiento psicosocial, gracias a su funcionalidad y naturalidad para los usuarios.

Se plantea esta vida cotidiana como una oportunidad para programar procesos de apoyo la rehabilitación de los usuarios, y se evita reproducir *dentro* servicios que ya existen *fuera*. Es decir, nada de peluquerías, ni de callistas, ni de médicos... Cuando se precisen estas cosas se actuará igual que cuando lo necesita un ciudadano en su casa: acudiré al médico (si se está demasiado enfermo, se telefonará para que atiendan a domicilio), se irá a cortar el pelo a la peluquería más próxima, más económica o donde mejor le dejan, etc. Y la residencia dispondrá los apoyos que cada usuario precise para el uso correcto de dichos recursos.

Obviamente, el desarrollo de este principio normalizador no quiere decir que en la residencia, igual que se hace en nuestras casas, los residentes no puedan disfrutar de una película de video (que previamente ellos habrán elegido, alquilado y decidido cuándo ver,...) o que puedan disponer de descuentos y oportunidades especiales para asistir a espectáculos y eventos, generados desde la iniciativa profesional que conoce de ellos, a veces por tener escasos recursos económicos (acceso más económico a la piscina municipal) y otras veces por tener una cierta discapacidad que exige discriminación positiva para facilitar su disfrute (revisiones oftalmológicas y auditivas especializadas en personas con discapacidad, por ejemplo).

Pero si se quiere usar a la red de recursos especializados y a la comunidad como contexto de rehabilitación, ¿cómo desarrollar este trabajo rehabilitador?. La respuesta es: trabajando por objetivos individuales, que todos los profesionales conocen, y aprovechando las oportunidades que brinda la convivencia para intentar *sacarlos* adelante.

- TODOS LOS PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA CONOCERÁN TODOS LOS OBJETIVOS DE LOS RESIDENTES. PARA ESO ES NECESARIO QUE DICHO OBJETIVO SEAN POCOS, CLAROS Y SELECCIONADOS CONJUNTAMENTE CON ELLOS.

4.5. EL ESTRÉS Y SU MANEJO. PRIORIDAD EN LOS OBJETIVOS

La actividad programada y continua, la compañía de otros, inevitable en una Residencia, las tareas asignadas, nuevos y exigentes objetivos de autonomía e integración, expectativas de cambio,... todo es fuente de estrés sobre manera para quien no está acostumbrado a ello.

Uno de los objetivos de trabajo en las Residencias es la recuperación de habilidades funcionales para la vida cada vez más normalizada de los residentes. Pero *esa es la meta, no el punto de partida*. Por tanto, se debe ser muy progresivo y hacerlo de forma individualizada a la hora de programar las actividades, tareas y apoyos para cada uno. No interesa que estén limpios y aseados cuando entran en la Residencia. *Esa es la meta, no el punto de partida*. Además se quiere que lo incorporen a su vida fruto del refuerzo social y del autorrefuerzo que supone para ellos el aseo personal. Hacerlo de otra forma es basarlo en el *orden* y *mando*, poner la conducta exclusivamente bajo el control de la disciplina que antes o después, fuera de un entorno institucional, los usuarios volverán a *saltarse*. Y, lo que es peor, a ellos no les proporcionará ninguna satisfacción.

Una Residencia con esta *exigencia flexible* pero de *alta complejidad* (por su obligada individualidad y flexibilidad normativa, con una organización a disposición de la rehabilitación y no al contrario) es la que mejor ambiente supone para que los residentes y los profesionales se encuentren en disposición de enfrentar tareas que resultan muy complejas para todos, la adquisición de competencias emocionales e instrumentales.

Hay que ser, por tanto, tolerante con los tiempos que los usuarios quieran pasar a solas, con la calidad y frecuencia de ejecución de sus tareas, con la no aceptación de supervisiones estrechas,... hay que ser progresivos y profesionales de la rehabilitación en todos estos aspectos.

- PROGRAMAR LOS OBJETIVOS Y POR TANTO LAS EXIGENCIAS DE FORMA PROGRESIVA Y ADAPTADA A CADA PERSONA. NO CONFUNDIR LA META CON EL PUNTO DE PARTIDA.

4.6. EL ESTILO EMPÁTICO, BASE DE LA RELACIÓN PROFESIONAL/USUARIO Y EJE DEL TRABAJO EN LA RESIDENCIA

La mejor vía para que una persona se sienta bien es poder expresar sus emociones y sentimientos a alguien que siente que le comprende y sentirse valorado por los demás. Esa es la base y el sentido de toda la organización de la vida en la residencia. Es el ambiente que permite tener a los residentes en la mejor predisposición posible para iniciar el trabajo hacia sus objetivos de autonomía e integración y es uno de los principales objetivos: facilitar su expresión emocional para así alcanzar su bienestar psicológico y conseguir que los residentes se valoren mutuamente.

Además, cuando los profesionales se esfuerzan por comprender las emociones de los residentes, acceden a otro nivel de conocimiento profesional (se huye de explicaciones *circulares* y diagnósticas que explican muy poco para la tarea a desarrollar en la vida diaria con los residentes) y de bienestar psicológico (el profesional se aleja del riesgo de atribuir una mala intención a conductas del usuario que sólo expresan su enfermedad o las consecuencias más negativas de la misma). Y no hay mejor antídoto para el *burn-out* (síndrome del profesional quemado) que es un peligro real en los ambientes donde se convive estrechamente con los usuarios y acaba invalidándolos para la recuperación aparte de la insatisfacción que produce a los profesionales.

Pero la empatía no solo aporta beneficios a los profesionales, se debe trabajar también para favorecer que los residentes se conozcan, se comprendan y se valoren entre ellos.

- LA EMPATÍA ES EL EJE DE LA ATENCIÓN PROFESIONAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

4.7. LAS NORMAS EN LA RESIDENCIA. EL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO COMO MECANISMO FACILITADOR DE CONVIVENCIA Y NO DE ORDEN Y/O CONTROL

Los derechos de los usuarios deben encontrarse en la base de todas las intervenciones. Nadie tiene derecho a castigar a nadie salvo un juez. Se deben utilizar otros caminos

para corregir las conductas inadecuadas en la Residencia y, si no es posible lograrlo, tener claro que es más adecuado seleccionar a quiénes deben estar en un recurso como la Residencia, que distorsionar el centro al completo haciéndolo represivo para evitar que algunos pocos no den problemas tan grandes que alteren drásticamente la vida en el dispositivo. No es un dispositivo en el que se deba *vigilar* a los residentes. Ni ellos son delinquentes ni los profesionales guardianes.

La mayor parte de los lugares deben estar abiertos y las prohibiciones deben ser mínimas. Cuantas menos normas y más elegidas por los propios residentes, más satisfacción en todas las personas: base para logros en rehabilitación y en la vida. La escasez de normativa o una normativa liviana y la participación en las decisiones es uno de los escasos factores que añade satisfacción a la vida en las Residencias. Desde esa base se pueden abordar mejor los objetivos de rehabilitación e integración.

La expresión *poner límites* expresa un deseo más que una técnica o un método de trabajo. Muchas veces marcar un límite claro e impedir a toda costa que sea traspasado supone forzar al usuario a saltárselo (porque carece de otros recursos para lograr lo que quiere) y por tanto a que se deba expulsar a un residente que ha cometido una falta tan grave. Dicha expresión suele reflejar un deseo por imponerse, por marcar con claridad quién manda en las Residencias. La mayoría de las veces se debe *contener* a los pacientes y *regular* para impedir conflictos mayores e innecesarios. No se es más débil por actuar así; al contrario, se es más profesional en la medida en que se está evitando mayores complicaciones.

Se debe reservar la estrategia de *poner límites* exclusivamente a algunos aspectos que suelen relacionarse directa e indirectamente con la seguridad de las personas, profesionales y usuarios en la Residencia. Y esos son, precisamente los límites que debe plantear la normativa interna como *faltas graves* y por tanto motivos de expulsión. En el resto de los casos imponer esos límites tan claramente solo ayuda a aumentar los problemas. Si un residente no acepta un horario o no participa en las actividades se debe plantear en el equipo de profesionales como un problema profesional, conseguir que lo haga y no castigarle (*poniéndole un límite* que puede forzarle a respuestas violentas o agresivas porque no conoce otras) por ello.

Algunos residentes, que suelen coincidir con aquellos diagnosticados con algún trastorno de la personalidad, presentan de forma tan sistemática y grave problemas de conducta y se enfrentan de forma tan clara a las normas más básicas de la convivencia, que deberían ser considerados como una excepción de la regla general que aquí se plantea y su abordaje debe obedecer a las premisas planteadas en el Capítulo 15 de este Cuaderno Técnico, que trata precisamente la forma de enfrentar las crisis o problemas de convivencia en las Residencias.

- LA ATENCIÓN EN LAS RESIDENCIAS NO ES CUESTIÓN DE FUERZA NI DE IMPOSICIONES NI DE CASTIGOS.

4.8. EL PAPEL DE LA FAMILIA DURANTE LA ESTANCIA

Si se habla de trabajar manteniendo el mayor contacto posible de los usuarios con sus centros especializados de referencia durante su estancia en la Residencia, cómo no

hacerlo con la familia. Salvo en los casos de descanso familiar y en algunos otros muy escasos, la familia debe ser el principal recurso de apoyo y soporte del usuario mientras esté en la residencia. *Trabajar* para que sea su familia quién le acompañe a los médicos y las gestiones burocráticas, quien le ayude a ordenar su cuarto y para que lo haga de forma adecuada así como para que le haga ver su satisfacción con su conducta es parte esencial del trabajo en las Residencias.

La participación de la familia en la vida del usuario en la residencia debe ser bien vista y promovida. Es una oportunidad de mostrarles a los familiares lo que los profesionales saben de su familiar enfermo y de cómo actuar para mejorar las cosas.

- LA FAMILIA DEL RESIDENTE ES UN COLABORADOR QUE DEBE ESTAR LO MÁS PRESENTE POSIBLE EN SU VIDA MIENTRAS VIVA EN LA RESIDENCIA.

4.9. LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA RESIDENCIA

Las Residencias son lugares privilegiados para trabajar las relaciones personales de los usuarios. Si no se trabajan en ellas, ¿dónde hacerlo?. La reincorporación de los usuarios a la comunidad pasa, entre otras cosas, por reconstruir sus relaciones sociales, su red social. La residencia debe ser un lugar donde se promuevan las actividades cooperativas y se fomente la empatía y la valoración positiva mutua entre los residentes, donde el otro sea necesario para uno mismo e importante fuente de satisfacciones.

- ANTES QUE OTROS OBJETIVOS, LAS RESIDENCIAS DEBEN PROMOVER EL INTERÉS, LA VALORACIÓN Y LA EMPATÍA DEL USUARIO HACIA LOS OTROS RESIDENTES.

4.10. EL TIEMPO DE ESTANCIA: CLAVE PARA LOS CAMBIOS

Hasta aquí se ha argumentado una propuesta *ideal* de actuaciones hacia el cambio positivo de los usuarios. Métodos e ideas muy difíciles de desarrollar en unos casos y en otros prácticamente imposibles, un ideal que sólo tiene sentido porque trabajando hacia él se alcanzan otros logros también importantes.

Pero, en cualquier caso, la mayoría de los cambios no pueden plantearse en pocos días o en algunos meses. Es más, no se debe valorar que la ausencia de cambios positivos en 3 ó 6 meses sea sinónimo de fracaso o de que la Residencia no es el recurso adecuado para un determinado usuario. Años de enfermedad y de aprendizajes de conductas nada adaptativas al mundo normalizado no pueden cambiar mágicamente en poco tiempo. Sobre todo porque la adaptación al recurso ya consume buena parte de los tiempos de estancia que se asignan a los residentes.

Hacer las cosas bien en un itinerario individual de mejora de la autonomía y apoyo a la rehabilitación, es sinónimo de hacerlas despacio. Nadie, con la historia de aprendizaje de la mayoría de los residentes, aprende a tomar decisiones, ni se empieza a interesar por el vecino, ni acepta las normas, ni enfrenta el estrés de una convivencia compleja y com-

pleta, todo esto en 30 días. En tan poco tiempo sólo se pueden apreciar pequeños cambios de tendencia. Se debe aprender a valorar esos pequeños logros porque con ellos se debe *aconsejar* a los Servicios de Salud Mental para que propongan mayores tiempos de estancia que permitan abordar mayores logros.

- LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y DE LAS POSIBILIDADES DE INTEGRACIÓN, NECESITA TIEMPO, *TIEMPO POR DELANTE*.

CAPÍTULO 5. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA RESIDENCIA: LA RESIDENCIA COMO UN CONTEXTO DE APOYO A LA REHABILITACIÓN Y LA INTEGRACIÓN

Carmen Garrido, Mar Hernández y José Luis Arroyo

5.1. INTRODUCCIÓN

En la literatura especializada en rehabilitación psicosocial se ha distinguido tradicionalmente entre acogida, evaluación, intervención y seguimiento como las fases que integran el proceso de rehabilitación. De la descripción del contenido y dinámica de estas fases en ocasiones se puede extraer la idea equivocada de que se trata de etapas cerradas, con límites claros, y que discurren de forma lineal y única a lo largo del tiempo. Esta idea se desvanece al ser contrastada con el desarrollo del proceso de atención desde el prisma de la realidad de los recursos de atención social y, especialmente desde las Residencias. En este sentido es frecuente encontrar en momentos iniciales del proceso de atención, intervenciones dirigidas al cambio de comportamientos o a la creación de hábitos. A su vez, es habitual desarrollar procesos de evaluación durante la fase de intervención. Por lo tanto, la realidad parece apuntar hacia un conjunto de fases que se extienden de forma no lineal a lo largo del tiempo, solapándose entre sí, y que pueden ser definidas mejor por el objetivo principal que se pretende en cada una de ellas que por la especificidad de las tareas que ellas contienen.

A lo largo del capítulo se realiza una descripción longitudinal de la sucesión de fases que configuran el proceso de atención, junto con algunas de sus características principales, reservando para capítulos posteriores visiones más transversales y específicas de los contenidos de estas fases. Hay que advertir que en este texto se ha optado deliberadamente por prescindir de información que depende de la organización concreta de cada Residencia, como por ejemplo la distribución de tareas concretas entre los profesionales del equipo interdisciplinar o el empleo de instrumentos específicos, en aras de potenciar la representatividad de la descripción.

5.2. PROCESO DE DERIVACIÓN Y TRABAJO PREVIO A LA INCORPORACIÓN

La obtención en las Comisiones de Derivación (reuniones de coordinación entre los profesionales del Servicio de Salud Mental, profesionales de la Residencia y profesionales de otros recursos del Plan) de una información completa y detallada de la situación de la persona, plasmada en los protocolos de derivación e informes complementarios, permite valorar la adecuación de la derivación y el diseño de un proceso flexible e individualizado de acogida, necesario para lograr una buena adaptación al recurso. Esta información resulta crucial cuando se presume la incorporación de personas con situaciones complejas, pudiendo de este modo anticiparse a las dificultades previstas. Así, los profesionales de la Residencia deben conocer con anterioridad las características de las personas que se van a incorporar para poder cuidar al máximo aspectos que en los primeros momentos de una estancia pueden resultar determinantes.

Cuando una persona llega a una Residencia se ve súbitamente abocada a convivir con otras personas que también presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial, sin pasar por un periodo de evaluación previo. Esto hace que sea preciso contar con información suficiente y más amplia que la necesaria para acceder a otros recursos. Esta información favorece la adaptación y disminuye el impacto que las continuas incorporaciones y las complicaciones en esta fase del proceso pueden tener para el usuario y para el resto de residentes que viven en el mismo

El diseño del Plan Individualizado de Acogida se inicia antes de la llegada de la persona a la Residencia, haciendo explícitas las decisiones adoptadas para facilitar la adaptación al recurso. Se parte de la información obtenida en el proceso de derivación que incluye junto a los aspectos referidos a la estancia (motivos, objetivos, tiempo estimado, previsión residencial a la salida,...), datos sociodemográficos, clínico psiquiátricos, una valoración del estado de sus capacidades en las diferentes áreas, la existencia de prácticas de riesgo y/o conductas disruptivas, etc. En dicho Plan quedarán recogidos los siguientes elementos:

- El modo de incorporación de la persona a la Residencia, estableciendo la progresión del mismo cuando se estime conveniente. En este sentido, se puede decir que, cuando resulta posible, las visitas previas del futuro residente y su familia para conocer el recurso y a sus profesionales son un elemento importante que favorece la adaptación. En ellas se confirmará la información de que se dispone, se explicará el funcionamiento para que el usuario conozca las características del centro y los objetivos de su estancia, aclarando cualquier duda que pudiera tener al respecto. Se debe subrayar en esta visita el carácter abierto y voluntario del recurso, dejando tiempo para que la persona tome la decisión sobre su incorporación al mismo después de haberlo visto. También el ofrecer la posibilidad de contar con un periodo de prueba puede favorecer la motivación de la persona hacia la incorporación e incrementar la confianza en el recurso y en sus profesionales.
- El proceso individualizado de adaptación al funcionamiento del recurso, con indicaciones respecto a normas, condiciones específicas de la estancia en caso de que existieran, permisos, salidas o forma de incorporarse a las actividades. En ocasiones puede resultar conveniente dejar esta información por escrito, plasmada en forma de acuerdo o contrato de estancia.
- Las estrategias personalizadas de enganche que se supone facilitarán la adaptación en los primeros momentos de estancia, determinadas en función de las características particulares de cada persona ya que aquello que para uno configura un elemento motivador para otro puede resultar disuasorio.
- Las pautas de actuación ante situaciones de riesgo y/o conductas desajustadas que resulta imprescindible definir de una manera coordinada y consensuada con los diferentes recursos implicados (Servicio de Salud Mental, Servicios de Urgencias, Unidades de Hospitalización, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, otros recursos sociosanitarios,...) dentro del marco de los programas de continuidad de cuidados.
- La selección del profesional de referencia más adecuado para el usuario durante el proceso de atención. En este sentido resulta de gran utilidad definir a una per-

sona referente del residente con la responsabilidad de agrupar toda la información durante el proceso de atención. La decisión sobre qué profesional del equipo se encargará de estas funciones se tomará antes de la llegada del usuario, en función de sus características individuales y de los distintos profesionales que componen el equipo.

- Otras cuestiones que pudieran afectar a su adaptación, como las características del profesional que le atenderá en los primeros momentos o de la habitación que ocupará el usuario.

Este Plan se consensúa antes de la llegada del residente, se elabora por escrito en el formato que se establezca, poniéndose en conocimiento de los diferentes miembros del equipo de la manera que se estime oportuna, convirtiéndose en ese momento en un instrumento eficaz que reduce el riesgo de actuaciones improvisadas y heterogéneas por parte de los diferentes miembros del equipo, que produciéndose en los momentos iniciales del proceso de atención, pueden resultar cruciales para la adaptación. Posteriormente será reajustado y se completará con la información obtenida en los primeros días de la estancia.

5.3. PROCESO DE ACOGIDA Y ADAPTACIÓN

La denominación de proceso de acogida se refiere al conjunto de estrategias y actuaciones que se desarrollan durante los primeros momentos de la estancia en la Residencia y que están especialmente destinadas a facilitar la adaptación del residente. La consideración de proceso implica necesariamente que la intervención no se limita a un momento puntual en el tiempo (por ejemplo el día en el que la persona acude por primera vez a la Residencia) o a una actuación aislada (por ejemplo la entrega del manual de acogida); sino que tiene una extensión temporal más amplia e impregna cada una de las actuaciones que se desarrollan durante los primeros momentos.

A continuación se presenta una posible secuencia de atención a la persona en su incorporación al recurso.

I. Entrevista de Bienvenida

En esta primera entrevista que se realiza con la persona y su familia, el mismo día de su incorporación al recurso o en una visita previa, se valoran las expectativas que tienen acerca de los objetivos y la duración de la estancia, así como sobre el funcionamiento general y las actividades que se realizan, obteniéndose información muy relevante sobre el grado de motivación al respecto. Así mismo se incidirá en la disponibilidad de los profesionales para atender, apoyar y ayudar en las dificultades que pudieran surgirles.

La información general acerca del recurso (finalidad, características, funcionamiento, tareas y programas...) así como aquella referida a los aspectos particulares de la derivación (motivos, objetivos, duración de la estancia...) debe haberse tratado previamente con el profesional responsable de la coordinación de cuidados y aprovechar esta visita para concretar dicha información y aclarar las dudas que pudieran haber surgido. Es importante que el residente y la familia perciban la

coordinación existente con el Servicio de Salud Mental y con los diferentes recursos a los que acude.

Para facilitar el recuerdo se le puede hacer entrega de un manual o guía de acogida que contenga la información antes mencionada, los derechos y deberes del usuario, así como los mecanismos de participación existentes (asamblea, buzón de sugerencias...), junto con otros datos útiles acerca de los horarios, la ubicación y medios de transportes cercanos...etc.

Además de una aproximación a los profesionales y los residentes, que podrá graduarse en función de las características individuales como haya sido previsto en su plan de acogida, se favorecerá la toma de contacto con el profesional del equipo que será su referencia principal a lo largo de todo el proceso de atención.

Esta entrevista puede finalizar con la entrega para su reflexión o la firma del acuerdo de estancia en aquellos casos en los que se haya considerado conveniente su elaboración.

II. Entrevista de información inicial:

Se realiza con la persona y si es posible también con la familia, ya que ésta podrá aportar y ayudar a contrastar la información que el usuario da, pudiéndose realizar entrevistas separadas en aquellas ocasiones en las que se constaten discordancias relevantes. Se recogen los datos concretos referidos a su situación legal, tratamiento y recursos sanitarios, aspectos económicos, aseo, alimentación, sueño, consumo de tabaco, tareas domésticas, grado de autonomía en transportes públicos, ocupaciones diarias, estudios, trabajo, asistencia a otros recursos, ocio, objetivos personales y expectativas.

Obtener la información anteriormente mencionada resulta imprescindible debido a que la persona mantiene desde el primer día su actividad cotidiana en el recurso y de este modo se podrá garantizar que dispone de todo aquello que necesita (medicación, tabaco, dinero,...), así como tomar decisiones, en función de su autonomía, para afrontar requerimientos inmediatos como asistir a las citas médicas, administración económica, manejo en transportes, etc.

Tener esta información también favorecerá que se pueda apoyar a la persona en su proceso de adaptación al recurso; ya que si inicialmente se conocen sus hábitos cotidianos de aseo, alimentación, sueño,..., se podrá acordar con él unos hábitos razonables que constituyan un punto de equilibrio entre sus hábitos personales y unos requerimientos mínimos cuando sea necesario.

Además se podrá adquirir información respecto a otros aspectos de su vida (autonomía en tareas del hogar, desplazamientos, relaciones familiares, historia productiva y de ocio,...) de cara a conocer necesidades y potencialidades que puede tener la persona para orientar a los profesionales en el acuerdo de objetivos, participación en el funcionamiento del recurso, en actividades específicas, etc. Esta información, junto con la proporcionada en la derivación, permite disponer de una información rica favoreciendo que la fase de evaluación no se pro-

longue excesivamente ni suponga para el residente y su familia una sobrecarga innecesaria.

La información recogida en esta entrevista junto con los datos derivados de la observación del funcionamiento del usuario durante los primeros días, completan el diseño del Plan Individualizado de Acogida y Adaptación iniciado antes de la llegada de la persona a la Residencia.

- III. Acompañamiento en el conocimiento de la habitación, dependencias comunes, compañeros y profesionales, siendo una vez más necesario señalar la importancia de individualizar los planes. En función de las características de cada persona se procederá de modo diferente, así se limitarán las presentaciones lo más posible cuando el usuario tenga dificultades para relacionarse con otros; ante la existencia de limitaciones cognitivas se simplificará la información que se le proporciona evitando la saturación, etc.
- IV. Apoyo en la colocación de sus ropas y enseres. Tras la realización de la entrevista puede resultar conveniente ofrecer a la persona tiempo libre y la posibilidad de permanecer sólo o acompañado según prefiera antes de deshacer su equipaje para respetar su ritmo. Del mismo modo se procederá a recoger el dinero y el tabaco en caso de que necesite ayuda para su administración, iniciando las fichas destinadas a tal fin. La medicación será almacenada en el botiquín y el profesional que lo atiende se encargará de preparar la pauta farmacológica de las próximas tomas, así como de anotar en la agenda las próximas citas médicas o con otros recursos.
- V. Apoyo en el conocimiento de su entorno próximo (zonas de ocio, medios de transporte,...) Para la mayoría de los usuarios suele ser importante saber dónde pueden salir a tomar un café o a comprar tabaco, así como la forma mejor de desplazarse cuando así lo quiera.

5.4. FASE DE EVALUACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

La evaluación consistirá en el procedimiento de adquisición, análisis y elaboración exhaustiva y sistemática de información sobre el residente y su contexto a través del cual se irán detectando las necesidades o limitaciones, así como sus potencialidades, con la finalidad de poder diseñar un plan de intervención de calidad con objetivos claros y los medios o herramientas que se utilizarán para la consecución de los mismos.

Como ya se ha comentado, no es una fase limitada en el tiempo, sino que se trata de un proceso continuo que comienza con la primera información obtenida antes de la incorporación del usuario, continuando durante la intervención y el seguimiento de la consecución de los objetivos, realizándose en base a la evolución que vaya experimentando la persona los reajustes necesarios en los mismos, así como en los medios de consecución planteados. La evaluación constituye la primera fase de la intervención ya que desde el momento en el que se inicia, con la participación de la persona, se está comenzando a influir en todo el proceso, apareciendo los primeros efectos del mismo.

La evaluación debe ser holística, dinámica, centrada tanto en las capacidades como en los déficit, prestando atención primordial a los valores e intereses y rescatando toda información relativa a las expectativas o planes personales, aun cuando no fueran ajustados a su situación actual. Por todo ello engloba componentes de distinta naturaleza y variables que integran e influyen a la persona en las diferentes facetas de su vida, lo que obliga a realizar un trabajo interdisciplinar.

La evaluación no solo se limita al análisis de variables provenientes de la persona; sino que también comprende la consideración de aquellas que pertenecen al entorno (físico, social, familiar) específico al que intentan adaptarse e integrarse la persona, postulándose una relación de interdependencia entre ambos. En aquellos casos en los que la previsión de salida de la persona es hacia el propio domicilio, cobrará un sentido especial conocer las características de la vivienda, del barrio,...etc. En aquellos otros en los que la persona tenga previsto vivir con sus familiares, además de las variables comentadas, cobrará un sentido especial, la evaluación de las capacidades y limitaciones de la familia, considerando que ésta puede erigirse en recurso clave a la hora de facilitar y potenciar avances de la persona y apoyar el mantenimiento de un nivel de funcionamiento psicosocial que permita a la persona vivir en la comunidad.

Existe una información que conviene recoger de forma general para cualquier residente, aunque se puedan individualizar los contenidos de la misma en función de las necesidades iniciales que se van detectando. Esta información básica está compuesta por los datos biográficos y clínicos, aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, capacidades cognitivas y sensomotoras, competencia personal, entorno físico (vivienda, barrio,...etc.) y área social y familiar.

Debido fundamentalmente a que la atención ofertada se refiere a un recurso en el que la persona va a fijar por más o menos tiempo su residencia, desarrollando en el mismo, en la mayoría de los casos, todas las actividades de su día a día, es especialmente relevante, por su utilidad de cara al diseño de la intervención, la valoración del funcionamiento ocupacional en relación a los roles que configuran la identidad de la persona y su equilibrio. También se evalúa si las actividades que la persona realiza se corresponden con las diferentes áreas en las que se estructura la ocupación humana: actividades básica e instrumentales de la vida diaria, trabajo, educación, juego, esparcimiento y participación social. La evaluación ha de considerar cómo el grado de funcionalidad en el desempeño de estos roles está influido por los hábitos, intereses y valores tanto actuales como pasados, las capacidades personales y el grado de confianza en sí mismo para afrontar las demandas cotidianas, así como la influencia del entorno físico y social.

En relación a la metodología para la recogida de información es especialmente destacable la observación ya que, como se comentaba anteriormente, la persona vive en la Residencia las 24 horas del día y realiza en ella todas sus actividades cotidianas. Esto permite que se puedan evaluar de manera natural sus limitaciones, sus capacidades, sus hábitos, sus motivaciones, sus dinámicas de relación,... y cómo cada uno de estos factores influye en su funcionamiento cotidiano. Además este recurso ofrece la ventaja respecto a otros de poder recoger información en el momento en que la persona la manifiesta de una manera más natural, no siendo necesario esperar o confiar en que la información sea proporcionada en el momento de una entrevista concreta.

La observación también ha demostrado su adecuación como método de evaluación a la hora de recoger las características del entorno al que va a tener que adaptarse la persona al salir de la Residencia.

Por supuesto, al igual que en otros recursos, se pueden utilizar diferentes entrevistas estructuradas y no estructuradas; registros y autorregistros de frecuencias, nivel de desempeño, grado de motivación, etc, relacionados con las características individuales del usuario. Estas herramientas se pueden ir elaborando y utilizando a lo largo del proceso de evaluación e intervención en base a las necesidades iniciales y las que vayan surgiendo durante el proceso de atención.

Otra posibilidad, en relación a la metodología de la evaluación, es la formación de grupos en los que todos sus participantes puedan llevar a cabo un proceso de autoevaluación. De cara a facilitar una implicación activa de la persona en todo su proceso y a largo plazo un sentido de control y responsabilidad activa sobre su vida, se pueden crear grupos de usuarios, en los que entre todos los participantes puedan ir evaluando su situación actual, cuáles son sus expectativas y el grado de ajuste a la realidad del momento en el que se encuentran. Estos grupos se pueden continuar a lo largo del proceso de atención, por lo que se volverá a hacer referencia a los mismos en apartados posteriores.

Plan individualizado de atención residencial

Una de las principales características de las personas que tienen una enfermedad mental grave y crónica es que sus planes personales, sociales y vocacionales se han visto obstaculizados o interrumpidos por la enfermedad. En numerosas ocasiones, cuando la persona ha iniciado el proceso de mejora de la autonomía y funcionamiento en otro recurso como el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), puede plantearse la derivación por un tiempo limitado e incluso breve para la consecución de unos objetivos previamente definidos. El trabajo en la Residencia se centrará entonces en diseñar las diferentes estrategias o herramientas de intervención para la consecución de los mismos, constituyendo el Plan de Atención Residencial una pieza de su Plan Individualizado de Rehabilitación.

En otras ocasiones la persona acude a la Residencia tras su paso por una unidad de hospitalización de media o larga estancia. También puede hacerlo a instancias de los profesionales que lo atienden o las personas con las que convive, como paso inicial de su proceso de rehabilitación y entonces el trabajo se centrará en lograr que retome el sentimiento de control interno sobre su vida, fomentando la participación necesaria en la elaboración de su plan individualizado de rehabilitación que le permita iniciar el camino de la reconstrucción personal.

Además de lo anteriormente expuesto, para cada persona avanzar en su proceso de rehabilitación psicosocial tendrá un significado particular e individual, siendo igual de importante el plan que busca alcanzar objetivos que suponen un cambio de vida importante a largo plazo que aquel que se plantea metas menos ambiciosas. Es especialmente importante respetar los tiempos y deseos de cada individuo.

Es necesario contar con espacios de coordinación interna durante la fase de evaluación y diseño del Plan individualizado de atención residencial. Los miembros del equipo

han de compartir de forma continuada la información que van recogiendo en relación a cada una de las áreas y esta coordinación alcanza su máxima expresión en la Junta de Evaluación. Una síntesis de esta información y su análisis quedara plasmado en un informe de evaluación junto con una propuesta de objetivos que se concretará con el residente y conformará el Plan Individualizado de Atención Residencial.

Una vez planteados los objetivos a conseguir es necesario determinar los medios (estrategias, actividades, programas...etc) por los que conseguirlos. El equipo y el residente acordarán dichos medios de intervención desde los que se puedan ir trabajando los objetivos planteados. Por supuesto no es tarea fácil en esta población que la persona se implique en muchas actividades de las que se podría beneficiar y para ello habrá que tener en cuenta numerosos factores motivadores como son sus valores e intereses, conocer y contar con sus roles pasados (familiares, laborales,...), sus habilidades y potencialidades, sus posibles planes de vida futuros, las expectativas familiares y sociales que le puedan influir, etc,... En aquellos casos en los que la persona al salir de la Residencia va a convivir con la familia, es especialmente importante hacerles partícipes del PIAR cuando sea necesario, ya que de esta forma se favorece su implicación y colaboración activa.

Aunque las áreas de intervención en los diferentes recursos de rehabilitación son comunes, tanto las características específicas como los objetivos de los mismos, exigen la adaptación de los programas y las actividades que se llevan a cabo en ellos.

Por un lado se organizarán actividades normalizadas dentro de un contexto doméstico que posibiliten la cobertura de las necesidades básicas de la persona, junto con una oferta, lo más amplia posible, de aquellas cuya realización proporcione bienestar psicológico y social reflejando los roles, intereses y valores de quienes participen en ellas y que serán adaptadas en función de los objetivos que pretenda cada persona.

En ocasiones las necesidades de los residentes requerirán el diseño de programas de intervención psicosocial clásicos (relajación, autocontrol, habilidades sociales,...), aunque para favorecer un ambiente de vida y de convivencia familiar, así como para facilitar la incorporación de cualquier residente con independencia de la fase del proceso de atención en la que se encuentre y de la duración de su estancia, no sea aconsejable abusar de intervenciones estructuradas de grupo cerrado.

Por supuesto, serán necesarias las intervenciones de carácter individual cuando por su contenido sea aconsejable un tratamiento privado y cuando las capacidades cognitivas o el estado psicopatológico de la persona puedan interferir en la estabilidad del grupo y en el aprovechamiento que el resto de los participantes pueda tener del mismo.

5.5. FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

5.5.1. Intervención

Una vez diseñado un marco general de intervención que indica desde qué medios se trabajarán los objetivos del Plan individualizado de atención residencial, se concretarán unos objetivos más específicos y las diferentes estrategias de intervención en cada una de las actividades y programas utilizados, con la consiguiente adaptación de las mis-

mas para el trabajo preciso con la mayor individualización posible. Para favorecer la participación en el proceso, así como la implicación del residente en las diferentes actividades y programas de atención psicosocial, se pueden plantear sesiones dentro de cada actividad que se desarrolla, en las que de manera conjunta con el resto de participantes se incide en los objetivos específicos que se pretenden y en el trabajo a realizar para su consecución.

Las actividades que formarán parte de la intervención pueden ser utilizadas en cualquiera de sus dos vertientes. Una de ellas es la consideración de la actividad como objetivo de intervención. En este caso la intervención irá dirigida a conseguir unos objetivos ocupacionales como pueden ser el desempeño de una actividad concreta, para ello se hará uso de las técnicas comúnmente utilizadas en el aprendizaje de habilidades (moldeado, modelado, reforzamiento,...). La otra consiste en la utilización de la actividad como medio de intervención mediante el análisis, la graduación y la modificación, en definitiva adaptando la actividad para llegar a la consecución de los objetivos planteados en el proceso de rehabilitación de la persona. La actividad de cocina puede ser utilizada para el entrenamiento del usuario en el incremento de su autonomía doméstica, pero también puede ser un medio muy eficaz, realizando las adaptaciones oportunas, para mejorar las capacidades cognitivas, las habilidades sociales o la autoestima...

Durante la fase de intervención se pondrán en marcha las estrategias y acciones definidas en fases anteriores, en relación con las necesidades de intervención que surjan en el área familiar. En este sentido, el trabajo con las familias no solo se limita a aquellos casos en los que el residente al salir de la Residencia tiene prevista la vuelta al domicilio familiar, sino que también se abren vías de intervención con aquellos usuarios en los que es poco probable que convivan con sus familiares en el futuro y la intervención trata de favorecer el mantenimiento y fortalecimiento de la relación.

El proceso de atención cuenta con un procedimiento de seguimiento de objetivos individualizados que posibilita una valoración continuada del alcance de las intervenciones y del grado de cumplimiento de los planes individualizados de rehabilitación quedando reflejado en los formatos diseñados para tal fin. Así mismo permite llevar a cabo los reajustes precisos en las intervenciones para que éstas sean más eficaces.

Es importante devolver al usuario la información que se considere oportuna sobre el seguimiento realizado en su proceso de intervención, para seguir manteniendo su implicación y participación activa en el mismo. Además de este seguimiento general de objetivos del Plan Individualizado de Atención Residencial, el profesional ha de realizar diariamente un seguimiento de los distintos objetivos en cada una de las actividades y periódicamente valorar, junto con el residente, su evolución en las mismas.

Existe la posibilidad de que los usuarios puedan llevar a cabo un proceso de seguimiento de sus objetivos e intervención en grupo, de forma similar al grupo comentado en la evaluación y planificación del plan de objetivos. En este caso los participantes ponen en común cómo van evolucionando en este trabajo encaminado a conseguir sus planes, evalúan el progreso, entre todos se proporcionan nuevas alternativas, se ayudan en el reajuste de los objetivos cuando hay algún cambio o nueva necesidad. Al ser en grupo y existir un estatus de igualdad, se puede conseguir que los participantes se motiven mutuamente, se proporcionen estrategias ricas y cercanas, empaticen y cohesionen a tra-

vés de situaciones de vida similares, permitiendo que la persona se sienta conectada, perteneciente y participante en un grupo social.

Como a lo largo de todo el proceso de atención se hace estrictamente necesaria la coordinación con otros recursos implicados en la atención del residente; ya que la transmisión de información sobre la evolución en la consecución de objetivos, la información sobre reajustes de los mismos y métodos de intervención, la identificación de nuevas necesidades o la puesta en marcha de estrategias conjuntas de intervención, se convierten en elementos fundamentales para desarrollar intervenciones coordinadas, coherentes, integrales, eficaces, eficientes y ajustadas a las necesidades de la persona. Estas tareas de coordinación se desarrollarán en contextos estructurados y creados exclusivamente para este fin, como en el caso de las reuniones de rehabilitación de área o de distrito periódicas o a través de otros medios como llamadas telefónicas o reuniones de coordinación específicas para tratar temas concretos.

5.5.2. Seguimiento

El cumplimiento de objetivos del Plan Individualizado de Atención Residencial, se puede dar en dos situaciones principalmente. En una de ellas, en el caso de estancias indefinidas, muchos objetivos pueden haberse conseguido aunque la persona vaya a continuar viviendo en la Residencia y en otra coincide con el alta de la persona del recurso.

Para el primer caso ya se ha comentado previamente que tanto el diseño del funcionamiento general como del proceso de atención han de ofertar la posibilidad de que la persona mantenga el funcionamiento psicosocial conseguido durante su proceso de rehabilitación, sin que la cotidianidad en la que participará durante gran parte de su futuro pierda sentido y significado en su vida. El seguimiento ha de focalizarse en que la persona pueda mantener un funcionamiento o desempeño cotidiano lo más significativo y gratificante dentro del recurso. Por ello, resulta crucial que las actividades desarrolladas mantengan su sentido con el paso del tiempo, para evitar que con el transcurso del mismo los residentes con estancias indefinidas dejen de considerar necesaria y beneficiosa su participación en las mismas.

En el segundo caso, y dado que uno de los principales objetivos de la Residencia es la integración sociocomunitaria de la persona, es importante que el seguimiento del funcionamiento psicosocial conseguido durante su estancia se asegure a través de medios lo más naturales posibles. Para favorecerlo se pueden adoptar estrategias como el aporte de la mayor información posible, previo a la salida de la persona, a los recursos de la Comunidad de Madrid que continuarán prestando sus servicios al residente de manera más continuada (Servicio de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Agencia de Tutela,...), la coordinación con dichos recursos, las Asociaciones, la familia,..., una vez que la persona está viviendo en un recurso más normalizado,...

Para aquella persona que lo requiera, la Residencia también puede ofertar la posibilidad de que continúe participando en determinadas actividades o programas que favorezcan el mantenimiento de los objetivos alcanzados, sin dejar de perder la perspectiva temporal y limitada de dicho apoyo. Igualmente puede existir la posibilidad de que la persona vuelva a incorporarse a la Residencia, cuando aparezcan riesgos que supongan un retro-

ceso o ruptura de los objetivos alcanzados (nuevas situaciones estresantes, imprevistos en su situación, riesgo de recaídas,...).

5.6. CONCLUSIONES

A lo largo del capítulo, se ha pretendido desechar la idea del proceso de atención como una sucesión estandarizada y rígida de tareas y actividades, que envueltas en un dinamismo mecánico y limitado, se suceden delante del residente de forma estereotipada, sin que éste pueda ejercer control. Si fuera de esta forma, al usuario sólo le quedaría la opción de esperar pasivamente que el resultado del proceso coincidiera con sus pretensiones. Contrariamente se ha descrito un proceso en el que su gran virtud estriba en la flexibilidad intrínseca de su estructura, que le permite adaptarse a las características individuales de las personas, y en el que más poder alcanza conforme más capacidad tiene éste para respetar los objetivos y ritmos individuales de los residentes.

Es fundamental que el proceso de atención esté contextualizado en un ambiente de vida y convivencia lo más familiar y normalizado posible. A su vez, debe considerarse como un elemento contenido en un marco más amplio, protagonizado por el entorno comunitario y las actuaciones complementarias y sinérgicas entre los distintos recursos que atienden a la persona, dentro de la lógica de coordinación de los programas de continuidad de cuidados.

Se pretende que el proceso de atención aquí descrito, sea un proceso inacabado, en constante evolución, y por tanto abierto a modificaciones y reajustes, en el que exista una dedicación de esfuerzos continua, para que éste guarde fidelidad y respeto hacia los principios de flexibilidad, individualización, normalización, autonomía y participación.

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN UNA RESIDENCIA

Alejandro Florit, Antonia López-Bravo y Miguel Díaz.

Como se ha comentado anteriormente, las Residencias no son sólo dispositivos donde las personas reciben los servicios básicos de cualquier residencia (cama, alimentación, etc), sino que son recursos de apoyo a los procesos de rehabilitación, es decir, lugares donde se trabaja de forma específica para conseguir la máxima capacidad de autocuidados y autonomía de los usuarios y la mejora de su red social.

Para diseñar este trabajo de rehabilitación se hace imprescindible valorar previamente, y después de forma continua, los déficit y capacidades que tiene la persona y su entorno, y la pertinencia y relevancia de trabajar con las dificultades concretas de cada usuario, así como el nivel de implicación de éste para llevar a cabo este proceso.

Así, desde que el residente entra en la Residencia, bien sea durante una visita o en su incorporación definitiva, se comienza la evaluación. Se puede dividir el proceso de evaluación y planificación de la intervención en varios momentos:

- Evaluación inicial: cuyo objetivo es tener una primera información de la persona sobre aspectos básicos que son necesarios para iniciar el diseño individualizado de la atención de esa persona en la Residencia.
- Evaluación exhaustiva: se pretende conocer con mayor profundidad las áreas de debilidad del sujeto para poder diseñar un plan individualizado de atención residencial (PIAR).
- Evaluación continua: con esta evaluación se pretende conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos para poder plantear las modificaciones necesarias en la intervención o incluso en el propio PIAR, y evidentemente recoger la detección de nuevas necesidades.
- Evaluación post-intervención: se trata de una valoración al final del proceso de intervención, para valorar la eficacia de la misma y el nivel de funcionamiento global del usuario.

En los siguientes apartados se revisarán cada una de estas fases del proceso de evaluación.

6.1. EVALUACIÓN INICIAL

Como se ha comentado en el capítulo anterior a diferencia de los centros de atención diurna, cuando llega un usuario a un centro residencial es necesario conocer muchos aspectos básicos de la vida diaria para poder ajustar la adecuación del recurso a las necesidades concretas del usuario. Es muy diferente, por ejemplo, que llegue una persona con autonomía en el manejo del dinero a otra nada autónoma, y que hasta el día de su entrada en la Residencia sus padres le han estado dando, por ejemplo, un euro diario para

café. Ni con el primero se puede ni se debe controlar su dinero ya que supondría un retroceso en su nivel de autonomía ni al segundo se le puede pedir que asuma la responsabilidad de gestionar su propia economía, pues no llegaría a fin de mes. No hay mucho tiempo para decidir estos asuntos en una Residencia pues casi desde el momento en que entra se necesita saber por parte de todo el equipo qué es lo que hay que hacer.

Las áreas mínimas de exploración que deben cubrirse en estos momentos iniciales son las siguientes:

- Área datos personales: además de sus datos personales básicos (dirección, DNI, etc...) son necesarias otras direcciones de interés y contactos, principalmente de la familia.
- Área legal: si el sujeto está incapacitado, o en situación de curatela o en proceso de ello.
- Área de Salud Mental: además del diagnóstico y pauta psicofarmacológica se necesita saber si la persona se toma adecuadamente la medicación, si es capaz de ir a las citas de Salud Mental sólo y, por supuesto, quien es el psiquiatra de referencia así como el responsable de continuidad de cuidados y la próxima cita que tiene en el Servicio de Salud Mental (incluido inyectables, revisiones de Leponex...)
- Área de salud general: los datos de su centro de salud de referencia, el médico de cabecera, si la persona tiene alguna enfermedad de la que hay que hacer seguimiento o cuidados especiales, enfermedades contagiosas y alergias conocidas.
- Área de economía: quién aporta dinero (el propio residente o la familia) y por tanto quién decide sobre este asunto, cuantía de la que dispone y autonomía en la gestión. Esto afecta también al tabaco en caso de que fume.
- Área de autocuidados: los hábitos de autocuidados que trae así como el nivel de autonomía para poder ajustar las exigencias de la Residencia a su realidad.
- Área de alimentación: se debe conocer si el usuario tiene algún hábito alimentario desajustado que pueda interferir en el funcionamiento del día a día de la Residencia así como si necesita alguna dieta especial.
- Área de sueño: conocer los horarios que mantiene, así como si presenta alguna alteración del sueño y si sigue algún tratamiento específico para ello.
- Área de actividades instrumentales: es bueno conocer en este momento en qué tareas de la casa colabora el usuario para que desde el principio participe en la Residencia del modo más autónomo posible.
- Área cognitiva: de forma muy general es necesario saber si presenta un déficit importante que no le permita recordar mensajes y muy especialmente si presenta problemas en la orientación temporoespacial de forma que se sepa si hay que

recordarle continuamente los horarios de la Residencia y si hay que acompañarle cada vez que salga del recinto de la misma.

- Área social. En este primer momento es conveniente conocer de forma general su red social de forma que se pueda mantener y facilitar el contacto con la misma.
- Área laboral o formativa y de ocio: en este momento es necesario saber si realiza alguna actividad para ajustar los horarios de la Residencia de forma que pueda continuar con sus ocupaciones habituales y que la entrada en el recurso no suponga un retroceso en su nivel de utilización de recursos comunitarios.

Con todo ello el equipo es capaz de organizar y ajustar el funcionamiento de la Residencia a las necesidades de cada persona. Es absolutamente básico que en estos momentos, y como norma general, no se pretenda tanto que la persona se adapte a la Residencia sino que sea el recurso el que se adapte a las necesidades de la persona. Esto no significa que la flexibilidad desemboque en que el residente puede hacer lo que desee, sino que se debe asegurar que el recurso no se convierta nunca en un obstáculo que frene la rehabilitación de la persona. De este modo, y aunque aún no se ha iniciado propiamente la fase de intervención, ya se puede comenzar a mejorar algunos aspectos en la vida del residente.

Toda esta información se recoge de varias fuentes:

- Del informe de derivación que se manda desde su Servicio de Salud Mental de referencia y de las reuniones que se mantienen con éste para planificar la intervención.
- De una entrevista semiestructurada con el residente siguiendo las áreas antes comentadas, que se realiza en el momento de la acogida, el mismo día de la entrada de la persona.
- Si la familia acude, la información dada por el residente debe ser contrastada con los acompañantes.

6.2. EVALUACIÓN EXHAUSTIVA

Ya desde que el residente entra a vivir en el recurso se inicia una evaluación más exhaustiva para poder conocer sus fortalezas y las áreas donde necesita mejorar. Esta fase concluye con la elaboración del Plan Individualizado de Atención Rehabilitación.

Esta evaluación se desarrolla por varios caminos en paralelo, pero estrechamente unidos:

- La observación directa del funcionamiento del sujeto (evaluación observada), principalmente realizada por los monitores.
- La evaluación mediante entrevista de las diferentes actividades de la vida diaria (evaluación comentada), principalmente llevada a cabo por el terapeuta ocupacional,

-
- Y una valoración de su estado psicológico y social (evaluación psicológica), principalmente realizada por el psicólogo de la Residencia.

Seguidamente se verán con detenimiento cada una de ellas.

Evaluación Observada de las actividades básicas de la vida diaria

Al comienzo es bueno dejar al usuario, en la medida de lo posible, que se imponga su propio ritmo. De este modo se puede observar de un modo más natural su funcionamiento real. En cualquier caso la propia estructuración de normas y horarios de la Residencia influirán en un cambio conductual del sujeto, por lo que los datos de la observación pueden no coincidir con los ofrecidos por la familia.

Los monitores o educadores son los profesionales que mayor tiempo comparten con el usuario y más le van a conocer, por lo que los datos que se reflejen en esta evaluación deben ser considerados como fundamentales a la hora de planificar el plan individualizado de atención residencial.

En cada una de las actividades de la vida diaria, el monitor debe observar tanto el grado de autonomía que presenta el residente como el que el hábito sea adecuado (frecuencias). El monitor/educador debe ir anotando en el formato correspondiente toda la información que se desprende de este proceso. El tiempo estimado para poder tener una evaluación observada completa es de unas dos semanas desde la entrada del residente.

Evaluación comentada

Simultáneamente a la evaluación observada el terapeuta establecerá una serie de citas con la persona para que sea ella misma quien de la información desde su punto de vista.

Esta evaluación profundiza un poco más en cada uno de los aspectos relevantes para la persona: no sólo se valoran aspectos como los hábitos o el grado de autonomía sino que también pretende estudiar cómo se percibe a sí mismo y su grado de satisfacción en cada una de las áreas, los problemas que el propio sujeto valora que pueden existir, los roles asumidos por el residente, sus intereses, el grado de motivación para el cambio y sus expectativas en torno al proceso de rehabilitación.

En el anexo 1 se propone un modelo de entrevista. El que una entrevista sea más o menos directiva dependerá fundamentalmente del grado de deterioro cognitivo del sujeto, siendo más interesante un formato de entrevista abierta donde el usuario pueda expresar a su modo sus intereses y dificultades.

Evaluación psicológica

La evaluación psicológica no pretende ser muy exhaustiva en los recursos residenciales. Debe cumplir una función de screening de forma tal que en pocas sesiones pueda

valorarse una serie de áreas, detectando aquellas que puedan resultar más problemáticas a la hora de que el residente se desenvuelva en la Residencia.

Se deben de contemplar las siguientes grandes áreas:

- Enfermedad y aspectos relacionados: se evalúa el conocimiento que tiene el sujeto sobre su propio diagnóstico, la conciencia de enfermedad, los pródromos y el manejo de la medicación así como las expectativas que tiene sobre la evolución de su trastorno. También deben valorarse brevemente la sintomatología positiva y negativa, así como síntomas depresivos, ansiosos o sentimientos de ira y agresividad.
- El área social: se valora la red social con la que cuenta el sujeto así como las habilidades sociales a la hora de comunicarse con las demás personas.
- Área familiar: se evalúan las relaciones que mantiene el usuario con la familia, el grado de emoción expresada y el apoyo real y percibido por el sujeto.

Establecimiento de un Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR)

Los datos que se obtienen desde las diversas fuentes (observación directa, entrevista ocupacional, entrevista psicológica, y datos aportados por la familia y el servicio de salud mental) se integran en un único formato. Se trata de dar unidad a todo el proceso de forma que no queden datos inconexos.

Con todo ello el equipo diseña un plan de intervención con los puntos fundamentales que se trabajarán a lo largo de su estancia. Se trata de ser realista en cuanto al planteamiento de los mismos y siempre teniendo en cuenta el tiempo previsto de estancia del sujeto en la Residencia y el lugar de salida previsto. No es lo mismo trabajar con una persona que viene por tres días con un objetivo de descanso familiar y con previsión de vuelta a casa que otra persona con similar nivel de autonomía que va a estar en el recurso 8 meses y que su previsión de salida es ir a un piso propio donde él debe realizar todas las tareas domésticas.

Una vez planteados unos objetivos generales, se proponen los objetivos específicos secuenciados en el tiempo, con un responsable que haga el seguimiento de cada uno de ellos y una metodología específica para alcanzarlos. Se trata de que un profesional se responsabilice de ciertas tareas del proceso de atención aunque no sea él mismo el que las desarrolle con el residente. En el anexo 2 se propone un ejemplo de un caso real.

6.3. EVALUACIÓN CONTÍNUA

El PIAR es el instrumento que guía toda la intervención ulterior. Si se pretenden conseguir los objetivos, el equipo debe conocer el estado de la cuestión, es decir, si se va por el buen camino, si no se están consiguiendo los resultados esperados o si ya se han conseguido.

El PIAR no debe considerarse como algo estático e inmodificable sino como algo vivo que varía en función de la evaluación continua. De este modo, si por ejemplo se ha propuesto conseguir autonomía en los autocuidados de un residente y se ha planteado que la intervención se inicie con un monitor/educador que todas las mañanas le recuerde todos los días que debe ducharse, se propone un método de evaluación continua, por ejemplo un registro de frecuencia diario de duchas y del nivel de aseo del sujeto. En caso de que se observe que en el registro aparece que se ducha diariamente pero su nivel de aseo es bajo, habrá que modificar la intervención propuesta y aumentar el nivel de supervisión del profesional, por ejemplo, haciendo que el monitor entre en la habitación con él, y desde fuera le vaya dando instrucciones de cómo debe ducharse, pues tal vez además de un problema de hábito hay un problema de autonomía. Estos problemas sólo podrán ser detectados si se diseña una buena evaluación continua, específica para cada objetivo.

6.4. EVALUACIÓN FINAL

Realmente sería un punto y final de la evaluación continua. El objeto de esta evaluación es conocer el grado de cumplimiento del PIAR y el nivel de consecución de cada uno de los objetivos que en él se habían propuesto inicialmente.

Esto es conveniente para poder informar a la persona así como a su familia y al Servicio de Salud Mental que derivó a la persona al recurso. Pero también para conocer los propios profesionales el grado de eficiencia de las intervenciones que se realizan y de este modo poder ir modificándolas en el futuro para conseguir, cada vez, un mayor nivel de calidad.

CAPÍTULO 7. AUTOCUIDADOS Y AUTONOMÍA BÁSICA

Celia Gómez, Nadia Rivas, Mario Onrubia, Marta Ibáñez

7.1. DEFINICIÓN

“Nuestra capacidad de actuar en el mundo sin el apoyo o sustento de nadie es el reflejo del dominio y libertad sobre nuestros actos; de ahí la capacidad de un sujeto para desenvolverse eficazmente en su vida diaria; es decir, para realizar aquellas actividades cotidianas que son necesarias para su supervivencia (como alimentarse y desplazarse) y para el mantenimiento de su salud (como asearse y vestirse), coadyuve a la consecución de la autonomía personal y a una mejora en la calidad de vida, motivo por el que tradicionalmente han constituido un objetivo de intervención en el tratamiento de la enfermedad mental.”

Dicha definición fue dada por Pedro Moruno Miralles, Doctor en Psicología y Terapeuta Ocupacional en la ponencia presentada en el Congreso Virtual de psiquiatría.com en el año 2005.

Otros autores definen los autocuidados como *“las habilidades encaminadas a mantener la capacidad de cuidado autónomo en aspectos básicos del individuo. También pueden llamarse habilidades básicas de la vida diaria, y se incluyen bajo este epígrafe el aseo personal (higiene y vestido) y los hábitos saludables (alimentación y nutrición, higiene del sueño y cuidados de salud)”* (J. M. Cañamares y otros. 2001)

Tras esta breve definición de los autocuidados y las actividades básicas de la vida diaria, se justificará a continuación el porqué de su importancia, qué suponen para las personas con enfermedad mental, los objetivos que se pretenden alcanzar y una aproximación a la intervención y metodología a seguir en este ámbito concretamente dentro del proceso de rehabilitación de la persona.

7.2. CLASIFICACIÓN

A continuación se plantea una clasificación que se considera como la más adecuada teniendo en cuenta la población con enfermedad mental crónica; ya que, en función de los diferentes grupos las actividades básicas de la vida diaria pueden variar, aunque levemente, de unos autores a otros.

En la siguiente tabla se muestran cuáles son las *Habilidades Básicas de la Vida Diaria*.

ASEO PERSONAL		HÁBITOS SALUDABLES		
HIGIENE	VESTIDO	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	SUEÑO	CUIDADOS PARA LA SALUD
<ul style="list-style-type: none">• Uso del inodoro• Lavado de cabeza y cuerpo	<ul style="list-style-type: none">• Elección y combinación de las prendas	<ul style="list-style-type: none">• Principios nutricionales básicos para una dieta equilibrada	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones óptimas para un sueño adecuado	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos saludables

ASEO PERSONAL		HÁBITOS SALUDABLES		
HIGIENE	VESTIDO	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	SUEÑO	CUIDADOS PARA LA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene bucal • Afeitado / Depilación • Higiene íntima • Peinado • Lavado de cara • Lavado de manos • Lavado de axilas 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación a la estación del año • Adecuación a la situación • Cambio diario de ropa interior • Cambio de ropa exterior 		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los problemas del sueño • Factores externos que pueden dificultar el sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio físico y sedentarismo • Tratamiento de enfermedades comunes • Consumo de sustancias • Sexualidad

Se puede hacer una clasificación, modificando levemente la tabla inicial (basada en el trabajo de diversos autores) centrándose algo más en la experiencia de las Residencias, y en el trabajo diario de todos sus equipos

La tabla a la que se hace referencia es la realizada por los autores J. M Cañamares, A. Florit y otros en el libro **Esquizofrenia** (2001) y que se pasa a reflejar:

SUBÁREA	CONTENIDOS	HABILIDAD
ASEO PERSONAL	HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del inodoro • Ducha • Lavado de cabeza • Higiene dental • Afeitado • Depilación • Higiene íntima • Otros aspectos del aseo personal
	VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Elección y combinación de prendas • Adecuación a la estación del año • Adecuación a la situación
HÁBITOS SALUDABLES	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Principios básicos • Contenidos alimenticios
	SUEÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño • Manejo básico de los problemas del sueño • Sustancias excitantes
	CUIDADOS PARA LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos saludables • Enfermedades comunes y tratamientos • Ejercicio físico y su importancia

7.3. JUSTIFICACIÓN

Dependencia: *“Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y / o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* (Definición de dependencia. Consejo de Europa. 18 de Septiembre de 1998)

La *dependencia*, tal y como se define, es el *estado consecuente de la pérdida de autonomía*. Sin embargo, dicha autonomía o falta de la misma, puede ser de varios tipos: aquella que hace referencia al estado físico de la persona, que suele verse modificada por dificultades en la movilidad, aquella que se refiere al plano psíquico de la persona, en la que más tarde se profundizará por ser la que realmente interesa en el campo de la rehabilitación psicosocial, y finalmente la que por limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa se denomina discapacidad intelectual.

¿En qué radica por tanto la importancia del entrenamiento de estas habilidades en las vidas de las personas con enfermedad mental?

A menudo, la escasez de estas habilidades básicas de la vida diaria o su no entrenamiento hace que la persona sea cada vez en mayor grado dependiente de aquellos que le rodean, casi siempre los familiares y por lo cual, entre otras razones, son derivados a la Residencia, con el fin de trabajar este aspecto.

Los profesionales del ámbito de la enfermedad mental, y concretamente los profesionales de la rehabilitación psicosocial en centros residenciales, se centran en la discapacidad consecuente de todo lo que rodea el tener un diagnóstico de enfermedad mental.

En ocasiones las personas que son derivadas a una Residencia no tienen sólo una enfermedad mental sino que, además de la misma, tienen asociado, por ejemplo, un consumo de drogas o un leve retraso mental e incluso con alguna discapacidad motórica. Este aspecto puede (aunque no tenga que ser así) dificultar el entrenamiento de estas actividades básicas de la vida diaria.

Un alto número de personas son derivadas a las Residencias con las habilidades de la vida diaria bastante o muy mermadas. A la hora de intervenir con ellas, su nivel premórbido, su estado tras el diagnóstico y el curso de la enfermedad mental, nos va a ser de gran ayuda para valorar desde dónde hay que comenzar a trabajar dichas habilidades.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la educación recibida por la persona en este sentido desde edades tempranas es facilitadora de adecuados cuidados personales en la edad adulta, ayudando al mantenimiento de los mismos una vez se diagnostique la enfermedad mental, lo que facilitará a los profesionales el entrenamiento de las habilidades ya mencionadas en la clasificación anterior.

Los autocuidados son de vital importancia, porque suponen en sí mismos una fuente de motivación personal y están íntimamente ligados a la respuesta social que obtengan.

Es también por esta respuesta social por la que se trabaja esta serie de aspectos. La rehabilitación consiste en una re-socialización en casos extremos, en una normalización de ciertas conductas y en la modificación de las mismas, previniendo que puedan convertirse en comportamientos ya muy interiorizados que resulten muy complicados de cambiar o hacer desaparecer.

Las actividades básicas de la vida diaria están reguladas por normas sociales y culturales desde que el ser humano existe y por tanto, por la sociedad. Cuando la persona,

en este caso con enfermedad mental, no sigue con las pautas establecidas por el grupo normativo, es inmediatamente expulsado del mismo, ya que no es reconocido como miembro de ese grupo, y en consecuencia no será bien acogido en el mismo y ello dificultará cada vez más su posible integración social.

Así, si de estas habilidades depende la vida social, la participación en la misma, el sentirse perteneciente a un grupo, se deberá como profesionales incidir sobre las mismas, con el fin de favorecer otros ámbitos directamente relacionados como puedan ser en un momento dado, la vida laboral, educativa, etc.

Por tanto, el aprendizaje y adquisición de estas habilidades, y su posterior mantenimiento, bien porque nunca han existido, bien por un deterioro, han de ser factores de gran importancia en el tratamiento de la enfermedad mental, siendo las Residencias espacios idóneos para este fin.

7.4. OBJETIVOS

Se pueden establecer unos objetivos generales, sin embargo, no se expondrán los específicos y operativos puesto que no se trata de un caso concreto. Más adelante, mediante un caso práctico, sí se incluirán dichos objetivos (ver anexo 3)

Así, los objetivos generales serán:

- Optimizar la calidad de vida de los usuarios de la Residencia.
- Potenciar al máximo los niveles de autonomía previos al ingreso en la Residencia.
- Integrar dicha autonomía en el entorno más cercano.

7.5. INTERVENCIÓN

Para la intervención en las actividades básicas de la vida diaria existen ciertos aspectos fundamentales a tener en cuenta. Para comenzar, hay que situarse en el espacio en el que se va a trabajar; en este caso un medio residencial, concretamente una Residencia, en la que hay entre 20 y 30 plazas. A partir de aquí y conociendo los profesionales de la misma, se puede comenzar con el programa de intervención individualizado.

Para la explicación que a continuación se expone se ha tenido en cuenta el trabajo realizado por el *Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada*, publicado en el año 2000 y titulado **Habilidades Básicas de la Vida Diaria**.

A. Profesional que va a trabajar con el usuario

Este profesional ha de ser el terapeuta ocupacional, que junto con el monitor-tutor de la persona en cuestión realizará una evaluación de las habilidades que tiene y de las que

carece la persona, con el fin de realizar un proyecto individualizado de rehabilitación en actividades básicas de la vida diaria.

B. Grados de autonomía del usuario

El terapeuta ocupacional y el monito-tutor, mediante soporte físico (ítem de evaluación, escalas, etc.) analizarán el grado de autonomía del usuario.

C. Clasificación del grado de realización de las habilidades

Son las mismas pruebas (ítem de evaluación, escalas, etc.) las que darán los niveles de independencia y autonomía del usuario.

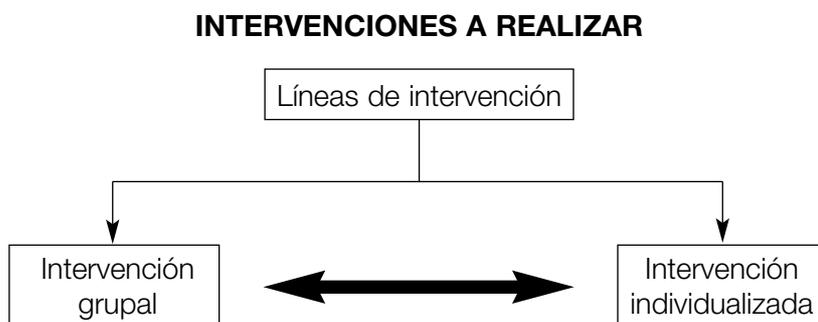
Por tanto, la primera fase de la intervención será una evaluación inicial del nivel de autonomía personal en el que se encuentra la persona. Desde este mismo instante se realizará una planificación de lo que será el entrenamiento de las habilidades básicas de la vida diaria.

La intervención se desarrollará en dos modalidades: individualizada y grupal.

La intervención individualizada se hará más en vivo, en situaciones reales de la vida diaria en las que la persona tenga que llevar a cabo sus actividades para poder continuar con su cotidianeidad.

7.6. METODOLOGÍA

En este apartado se van a diferenciar las líneas de intervención que se van a seguir, y las estrategias metodológicas que se van a poner en práctica en la intervención.



Como se ha señalado en el punto anterior y como se muestra en este esquema, la intervención se realizará tanto a nivel grupal como a nivel individual. La que siempre va a existir será la segunda, que no podrá faltar en el proceso de rehabilitación de la persona, no siendo absolutamente necesaria la primera, aunque frecuentemente la persona que necesite un entrenamiento en este sentido sí estará integrada en la misma.

En cuanto a las estrategias metodológicas, como profesionales de la rehabilitación y basándose en la experiencia, se consideran oportunas las siguientes técnicas, que vienen siendo, concretamente con personas con enfermedad mental, de gran ayuda en el proceso.

7.6.1. Estrategias de la intervención individualizada

- **Instrucciones:** Se trata de dar a la persona las pautas que ha de seguir para la realización de las actividades. Se le pedirá que repita lo que se le pide, con el fin de asegurarnos que ha entendido la demanda.

Ejemplo: A la hora de levantarse. Al residente se le da por escrito una lista de pasos que ha de seguir, que en un principio irá acompañada de las instrucciones verbales, cada mañana a las 8'30 horas. Si se concreta, por ejemplo, en el momento del aseo y del vestido:

1. Me levanto de la cama
2. Voy al baño
3. Me quito la ropa
4. Me ducho
5. Me seco con la toalla
6. La ropa sucia le echo al cubo
7. Me pongo ropa interior limpia
8. Me pongo ropa exterior limpia

Los profesionales repetirán al usuario cada paso verbalmente. Esto supone un acompañamiento constante por parte del profesional.

- **Autoinstrucciones:** Se diferencian de las primeras porque es el propio usuario el que se dice a sí mismo qué es lo que tiene que hacer. En realidad ambas están muy unidas, ya que una vez se dan las primeras se han de interiorizar. En este caso se propone el mismo ejemplo anterior. Se trata que el residente se repita a sí mismo cada paso conforme lo va realizando, por tanto, leerá tal y como está en la lista escrito cada instrucción, hasta que sea capaz de recordarlo sin necesitar dicha lista. Por tanto, al menos en un principio, requiere la presencia del profesional.
- **Moldeamiento de la conducta:** Se trata de ir moldeando, ir limando la conducta. Se han de reforzar aquellas conductas que se aproximen a la conducta que se quiera conseguir, sin esperar que se realice de forma adecuada al principio, puesto que esto elevaría la frustración de la persona haciendo que abandonase su esfuerzo. En el ejemplo expuesto, conforme va realizando el usuario las instrucciones, el profesional irá supervisando que lo haga correctamente. Si es así, se le reforzará, si por el contrario no es así, se le irá corrigiendo hasta que realice dicha instrucción de manera adecuada.

7.6.2. Estrategias de la intervención grupal

- **Modelado:** Basándose en la Teoría del Aprendizaje de Bandura, se considera que el utilizar modelos reales para la adquisición de conductas es necesario para la

población existente en las Residencias. Y las intervenciones grupales son especiales para ello, puesto que permiten utilizar a modelos que sean compañeros de la persona en cuestión, que en muchas ocasiones será mejor acogido que el profesional de referencia. Como ejemplo se puede exponer el lavado de los dientes, en el que serán los profesionales quienes actúen de modelos para que los usuarios copien la instrucción de forma adecuada.

Independientemente de la intervención de que se trate y de la técnica que utilicemos, es importante que siempre que sea adecuado se utilice el refuerzo.

Por otra parte, que exista un feed-back continuo es indispensable para que el usuario obtenga información de aquellas cosas que está realizando adecuadamente y de qué cosas son las que ha de mejorar. Para ello es necesario emplear un tono positivo, basarse en una pedagogía que anime a la participación y al diálogo y dejar de lado una pedagogía coercitiva. Habrá que tener presente que los cambios en esta población pueden ser lentos.

Principalmente el trabajo se basará en dos modelos pedagógicos que son, los más útiles a nuestro trabajo; la Pedagogía Operatoria y la Pedagogía Comunitaria.

La Pedagogía Operatoria, basada en la Teoría Genética de Piaget, conocida como la Epistemología Genética, explica el desarrollo intelectual del individuo desde el nacimiento hasta la adultez, es decir, desde una primera etapa en la que los actos son reflejos hasta la etapa en la que se producen los procesos conscientes del comportamiento.

Y he aquí lo que interesa: trata el concepto de inteligencia como la capacidad de adaptación. Recordemos que la conducta es la respuesta del individuo ante su medio, se produce un intercambio entre el entorno y el sujeto.

Y este intercambio se produce mediante dos procesos, la asimilación y la acomodación:

- a) **Asimilación:** El medio se transforma por la acción del sujeto. La persona intenta modificar el medio para asimilarlo a sus propias necesidades. Ejemplo: Una persona con un problema de movilidad es derivada a la Residencia. No es grave pero le dificulta mantenerse de pie en la ducha, por tanto utilizará una silla para este momento.
- b) **Acomodación:** El medio es el que exige y el sujeto se ve obligado a transformarse. La persona recibe los estímulos del medio, modificando los esquemas mentales preestablecidos, para acomodarse a la nueva situación. Ejemplo: Necesidad de trabajar el aseo y la ropa exterior puesto que para acceder a un trabajo, el grupo normativo establece unas normas, entre las que se encuentran un aseo y vestido adecuado.

Esto es especialmente importante cuando se habla de personas con enfermedad mental, ya que en ocasiones ese desenvolvimiento del que se hablaba con anterioridad no es adecuado, mostrando serias dificultades, lo que está íntimamente ligado a los procesos de asimilación y acomodación de los que hablaba Piaget.

En el caso de las personas que son derivadas con diagnósticos de retraso mental o consumo de sustancias, esto se agrava. Si se entiende que la persona de por sí viene con unos esquemas mentales erróneos conforme a la realidad (esto es más patente en unas enfermedades mentales que en otras) se debe de pensar que, por lógica, esa asimilación y esa acomodación del mismo modo también están mal realizadas.

De ésta pedagogía se consideran los siguientes principios metodológicos:

La **Intervención individualizada**: Muy importante en el proceso de intervención psicossocial, y concretamente en el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria. Se tendrán en cuenta sus particularidades, para poder concretar la intervención y acoplar esos aspectos al grupo con el que también se trabajará.

La **independencia**: Se trata de que a pesar del trabajo individualizado, se busque que el usuario se vaya independizando del profesional, se vaya desligando paulatinamente, de modo que poco a poco la intervención no sea necesaria y sea él mismo capaz de poder continuar realizando sus autocuidados de forma independiente.

La Pedagogía Comunitaria tiene como referencia al grupo. El hecho de que como tal comparta algunos aspectos, es posible que facilite el trabajo de las actividades de la vida diaria y autocuidados, aunque esto no es así de sencillo en muchas ocasiones.

Los aspectos a los que se quiere hacer referencia son:

- Implantación de unas normas.
- Control de las conductas de sus integrantes.
- Presión sobre cada uno de los miembros.
- Creación de diferentes roles.

En función de todas estas variables, el grupo tendrá una evaluación y características determinadas. Será, por tanto, la Psicología Social y más concretamente la Dinámica de Grupos la que se ocupará de estudiar precisamente estos comportamientos.

Se recuerda que la Dinámica de Grupos es una técnica iniciada por Kurt Lewin en la década de los 30. Se ocupa de la conducta de los grupos y de la conducta de cada uno de sus miembros por influencia del grupo sobre ellos. Así sigue un proceso que se explica a continuación:

- a) Análisis de las propiedades del grupo, teniendo en cuenta la estructura del mismo y las interacciones que se den entre sus miembros.
- b) Análisis de las normas del grupo.
- c) Metas propuestas del grupo.
- d) Problemas que surgen en el funcionamiento interno.

Del mismo modo que el usuario modifica su conducta y comportamiento en función del grupo, el grupo como tal se puede modificar, dependiendo de su fuerza como grupo, teniendo en cuenta sus valores, normas, el contexto en el que se desarrolla, etc.

En el caso de las personas con enfermedad mental, se tiene en cuenta que muchas vienen de espacios con una alta emoción expresada, de entornos a veces centrados únicamente en la familia, sin una relación con el contexto que les rodea, y por tanto, el incluirlos en un grupo puede resultar cuanto menos, complicado. Pero también se resalta que puede sorprender, por el increíble avance, aún a “pasitos” muy pequeños, que en algunas personas se puede manifestar.

De modo que el grupo como herramienta ayudará en los procesos de entrenamiento individual en habilidades de autocuidados, generando a su vez un espacio en el que poder generalizar las conductas apropiadas al resto de participantes.

De esta pedagogía se consideran los siguientes principios metodológicos:

La **participación**: Se entiende que los destinatarios deben participar, ser parte activa de su propio proceso de intervención facilita que se interioricen las conductas deseables. Fomentar dicha participación es un medio para que asuman con menos tensión su proceso de rehabilitación.

La **interacción**: El grupo ha de ser un espacio de interacción. No se trata sólo de que exista entre usuario y profesional, sino que también exista entre los propios residentes, hecho que incluso les facilita el tratamiento de estos asuntos relacionados con las actividades básicas de la vida diaria y a su vez disminuye el grado de agresión que puedan sentir en tanto en cuanto se trata de un ámbito bastante interno de la persona y ya muy interiorizado.

7.7. EVALUACIÓN

El entrenamiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y Autocuidados deberá ser evaluado en diferentes momentos, así se sabrá por dónde se deberá continuar trabajando, teniendo como referencia los objetivos propuestos de la persona con la que se intervenga.

Así pues, existirán básicamente cuatro evaluaciones diferentes que se detallan a continuación:

Evaluación Inicial

Es un análisis de la realidad de la persona, en la que se ven las necesidades que tiene con respecto a los autocuidados y actividades básicas de la vida diaria. Esta evaluación podrá realizarse de distintos modos, pero es casi seguro que serán compatibles la observación inicial de la persona en su vida diaria y el estudio que se realice mediante soporte físico, en un espacio más formal y con una estructura concreta. En cuanto a estos últimos, pueden ser muy variados. Anteriormente ya se expusieron alguno de ellos, sin

embargo éstos podrán variar en función de las particularidades del momento. En cuanto a los tiempos, si la estancia es menor a un mes, la evaluación deberá de realizarse los primeros días, mientras que si excede el mes, se podrá ampliar este margen.

Evaluación Final

Ésta se realiza cuando el residente ha terminado su periodo de estancia en el recurso. En algunos casos esta evaluación tarda en llegar, puesto que la estancia se alarga en el tiempo, y en realidad lo que se realizan son evaluaciones continuas (de proceso) hasta que se valora que el usuario ha conseguido sus objetivos. Los medios a utilizar han de ser los mismos que los de la inicial, de forma que los datos que se obtengan sean absolutamente fiables.

Evaluación de Proceso

Es la que se realiza durante la intervención, y da una idea de cómo avanza un residente en su proceso. Aquí sí pueden variar los soportes con que se evalúa. Lo que siempre seguirá constante será la observación in situ de los autocuidados y actividades de la vida diaria.

Evaluación de Impacto

Una vez que el residente ya ha salido de Residencia, es complicado para la misma poder efectuar la evaluación de impacto, que sería valorar la generalización y el mantenimiento de los cambios en su entorno natural.

Por esto, tanto los profesionales de la Residencia como los profesionales de Salud Mental y más concretamente la figura del coordinador de cuidados, han de perseguir realizar dicha evaluación de la forma más eficaz y eficiente, a pesar de las dificultades ligada a la misma.

En el caso de realizarse, sería conveniente llevarla a cabo a los 6 meses después de la salida, entendiéndose que la persona ya no necesita intervención. Se podría realizar telefónicamente o en persona, con los cuestionarios que se han ido utilizando en las anteriores evaluaciones. En este caso, la opinión de la familia puede ser de gran importancia y quizás lo que más se ajuste a la realidad.

Estas evaluaciones aquí planteadas estaban dirigidas sobre todo a las intervenciones individuales, pero en las grupales también ha de haberlas. En este caso desaparece la evaluación de impacto y los soportes físicos a utilizar tendrían que ser adecuados a un grupo de trabajo.

Se considera importante, por último, incluir también las evaluaciones sobre los profesionales. Se considera importante que los usuarios, y esto ya sin encuadrarse únicamente en las actividades de la vida diaria y autocuidados, hagan una valoración de las actuaciones de los profesionales con el fin de no sólo poder saber como se percibe y valora la actuación profesional, sino porque ello conlleva dar un protagonismo merecido a las personas con y por las que se trabaja.

7.8. CONCLUSIONES

Es importante tener presente que cada persona es única, y que aún compartiendo un diagnóstico y mucha de la sintomatología del mismo, su expresión en cada persona es diferente. Por tanto, se entiende que el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria ha de trabajarse siempre atendiendo a la individualidad de la persona, aunque esto no limita el poder trabajarlo de forma grupal. Pero habrá que llevar a cabo esta intervención siendo muy cuidadosos en que no la perciban como una agresión, y respetando siempre los momentos más íntimos y personales como lugares de trabajo exclusivamente individual.

En el trabajo de las Actividades de la Vida Diaria y en los Autocuidados piense el lector que es a él a quien se le tiene que supervisar la ducha, o que un profesional, en muchas ocasiones menor que él, le tiene que decir como asearse.

Aunque no se quiera, es fácil que la sensibilidad de los usuarios se vea afectada, de un modo u otro, y que una parcela de la intimidad, tan importante para el individuo, queda expuesta porque unos profesionales le dicen al usuario lo que tiene que hacer. Por tanto, es indispensable realizar estas intervenciones con el máximo de delicadeza, sin perder de vista que se atiende a personas y que luego, aparte, tienen una enfermedad mental que les hace, a cada uno, tener unas determinadas características.

Cuando, por ejemplo, un residente tiene que ducharse y necesita supervisión, el profesional se encuentra veces en una importante tesitura, sobre todo si se tienen en cuenta el sexo, la edad y la forma de ser de las personas para y por las que trabajamos. Dicha tesitura es, por un lado, que se empatiza con el individuo; el profesional puede suponer como se siente en ese momento, porque se puede imaginar a él mismo desnudo y siendo supervisado por otros profesionales.

Por otro lado, aún empatizando, la función profesional en ese momento es precisamente trabajar las actividades básicas de la vida diaria y los autocuidados de esa persona, y concretamente, que se duche y además que lo haga de la forma adecuada, y todo lo que sigue a este acto.

Para solventar esta dificultad la actitud del profesional ha de ajustarse a cada momento, utilizar la comunicación verbal y no verbal con el usuario de tal forma que se sienta tranquilo, no acosado y libre, y esto será posible gracias a un feed-back en el que pueda expresar lo que necesite y sienta, llegando a encontrar un equilibrio en esa relación residente-profesional que facilite el trabajo. Y siempre con la premisa de crear la confianza suficiente para dicha labor.

Por otro lado, es de vital importancia incidir en estas áreas de la persona, ya que más allá de lo que pueda suponer para la salud de la misma, el sentir una mayor autonomía personal supone sentir también un mayor control sobre su propia vida. Y no se debe olvidar que el aspecto más o menos cuidado de un residente es el que siempre recogen las personas del entorno y que puede abrir o cerrar puertas a otras áreas de la vida como puedan ser el trabajo, las amistades, las relaciones íntimas, etc.

CAPÍTULO 8. PSICOMOTRICIDAD

Mar Segovia y M^a Ángeles Agudo

8.1. DEFINICIÓN

La intervención psicomotriz ha tenido una evolución muy desigual en diferentes países, lo que ha llevado a que existan multitud de definiciones.

La idea de trabajar la psicomotricidad nace en Francia y es Dupré en 1907 quién utiliza este término poniendo en relieve las estrechas relaciones que unen las anomalías psíquicas y las motrices. Allí se van a dar dos corrientes de trabajo en el campo de la psicomotricidad.

Por un lado, la *corriente educativa*. Surge de la educación física y los que la desarrollaron fueron Picq y Vayer, Lapierre y Auconturier. Ellos consideran el movimiento como elemento insustituible en el desarrollo infantil y van a desarrollar la práctica psicomotriz en personas sanas en edad escolar estimulando la actividad motriz y el juego. En este caso se está hablando de **estimulación psicomotriz**. A través de ella las personas adquieren hábitos desde edades tempranas (comer, asearse, vestirse,...) que influyen a lo largo de su vida. Así, en las personas diagnosticadas de una enfermedad mental se da a conocer las capacidades desarrolladas para las actividades de la vida diaria antes de aparecer la enfermedad.

Por otro lado, la *corriente reeducativa*. Aparece a principios del siglo XX con los planteamientos de la neuropsicología infantil. Se desarrolla a partir de las ideas de Wallon, pero es en 1947 cuando Ajuriaguerra, junto con Zazzo, Soubiran y Diatkine construyen la psicomotricidad como una práctica específica aportando métodos, técnicas y conceptos. Ellos desarrollan la práctica psicomotriz en personas que presentan trastornos o retrasos en su evolución. En este caso se habla de **reeducación psicomotriz**. En esta área se va a incluir el programa que se realiza en las Residencias. Esto es, tras conocer las habilidades y destrezas desarrolladas se evalúa la situación actual con el fin de reeducar la esfera psicomotora que permita ir avanzando a la persona en el desarrollo de su autonomía.

La diversa evolución de la psicomotricidad en los diferentes países hace que en el Estado español se empiece a hablar de ella hacía principios de los años 70, coincidiendo con la apertura de la “Escuela Municipal de Expresión” en Barcelona. En ella se nota la influencia de Lapierre o Auconturier.

Desde ese momento se van a dar diversas definiciones de lo que es la psicomotricidad, pero se presenta a continuación la consensuada por las asociaciones españolas de psicomotricidad:

“El término psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial.”

Esta definición tiene una visión global de la persona, lo que va a permitir que se desarrollen distintas formas de intervención psicomotriz en los ámbitos preventivos, educativos, reeducativos y terapéuticos.

8.2. FUNDAMENTACIÓN

Desde que la persona nace, es un cuerpo. Cuerpo que no sabe utilizar porque al principio sólo hay movimientos espontáneos (etapa de diálogo tónico-postural, Ajuriaguerra 1986). Pero poco a poco, de forma progresiva y gradual, la persona va a desarrollar sus posibilidades corporales (crear, asearse, vestirse, comunicarse, integrarse, resolver problemas, percibir, sentir, relacionarse, recordar, proyectar, planificar, etc.) para constituirse en una unidad funcional. Unidad que gracias a los diversos sistemas, y en especial al nervioso, le permite vivir experiencias y madurar a fin de integrar elementos cognitivos, afectivos y conductuales. Todo ello por la estimulación ambiental, que ocasiona un comportamiento corporal que será motriz o no en función de la respuesta dada por la persona (la cual varía en función de la situación). Esta respuesta se da si existe deseo o motivación, integración e interpretación de la situación donde se produce el estímulo, anticipación y elección de la respuesta. Todo ello es un proceso integrado de la persona, del sistema volitivo, siendo éste dinámico en función del desarrollo bio-psico-social particular de cada sujeto.

Las personas con enfermedad mental, en función de los déficit, el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel premórbido presentan mayor dificultad en la capacidad de adaptación, esto es, en la respuesta que da ante el estímulo externo (medio y/o los demás). En general tienen mermada su capacidad de integrar, interpretar y anticipar la respuesta y, en muchos casos de generalizar. El programa de psicomotricidad llevado a cabo en las Residencias va a ir exponiendo a las personas a diferentes situaciones (individuales y grupales) con el fin de trabajar toda la secuenciación para que la persona entrene las capacidades para dar una respuesta adecuada a la situación y al contexto.

La psicomotricidad da una visión unitaria de la persona, siendo ésta una unidad psico-afectivo-motriz (Berruezo 1995). Tiene un eje fundamental para la unión entre estas tres partes, que es lo que se denomina "tono". Según Boscaini (1993) "es un punto de referencia esencial para la vida de relación, biológica, psicológica e incluso en la toma de conciencia de sí mismo".

El tono es lo que mantiene la postura, que junto con el equilibrio posibilita ir adaptando el tono para que la postura sea correcta a las situaciones. La postura a su vez posibilita el movimiento y regula las emociones basándose en las experiencias vividas para poder anticipar y elegir la acción más idónea. La función tónica sirve de indicador para conocer la capacidad de control de sí mismo, de resolver problemas de la vida y de la adaptación a la realidad. Pero ella sola no basta para comunicarse, también se tiene que tener en cuenta la postura y movimiento (Boscaini 1993), ya que va a dar la posición inicial del cuerpo para la comunicación y el aprendizaje (Quirós 1980).

En las personas con enfermedad mental se observa como el tono y la postura se encuentran alterados, viéndose la necesidad de intervenir para mejorar dichos parámetros y otros derivados de ellos. Así, a menudo presentan hipotonía o hipertonia, que se traduce en posturas cifóticas, inexistencia o leve coordinación entre las cinturas pélvicas y escapular, ... pudiéndose ver alterada la realización de algunas actividades. Éstas alteraciones de la postura devienen en una pobreza expresiva y comunicativa y una falta de motivación para explorar nuevas experiencias que, en definitiva, van a afectar a los factores de relación y de autonomía.

El tono, la postura y el movimiento permiten a la persona tomar conciencia de su cuerpo y sus límites (información propioceptiva) distinguiendo entre el “yo”, el otro y el medio que le rodea (información exteroceptiva). Así se va constituyendo el esquema corporal que recoge la experiencia y conocimiento del cuerpo y de sus partes, y el dominio motor, simbólico y representativo que el sujeto tiene de él. Es una de las áreas base para trabajar los autocuidados en las actividades de la vida diaria básicas y mejorar su entrenamiento, siendo uno de los pilares de trabajo en las Residencias. Un esquema corporal mal estructurado conlleva déficit en la relación de la persona con el mundo exterior, y presenta problemas en el desarrollo práctico de las actividades cotidianas.

A su vez se relaciona con los objetos y las personas, organizando el mundo que le rodea y desenvolviéndose en el espacio y en el tiempo.

Progresivamente la persona va pasando de lo concreto a lo simbólico y abstracto, de la acción a la representación, de lo corporal a lo cognitivo, de la sensoriomotricidad a la perceptomotricidad e ideomotricidad. En las generalizaciones y el pensamiento abstracto aparecen déficit en la población con enfermedad mental y esto se detecta en las diversas evaluaciones que se realizan por los diversos profesionales en las Residencias (el/la psicólogo/a, el/la terapeuta ocupacional,...).

El cuerpo se convierte en medio y se llega a tal dominio psicomotor que se pueden realizar acciones simultáneas gracias a la automatización de acciones motrices que permiten liberar la atención en otros procesos. Es lo que se denomina “potencialidad corporal” (Quirós y Scharager 1980) o “exclusión corporal” (Berruezo 1995), que facilita aprendizajes, lenguaje, resolución de conflictos y adaptación. En el cuerpo sólo se fija la persona para sus autocuidados, cuando se percibe o siente enfermedad o por corrientes de moda incorporadas en el marketing y la publicidad dando gran importancia a la imagen corporal.

Cuando aparece una patología ésta va a influir en las áreas física, psíquica y motriz, sea durante un periodo temporal (catarro) o permanente (enfermedad crónica).

Una enfermedad crónica puede diagnosticarse a lo largo de la evolución de la persona y dependiendo de la etapa en la que esté (infancia, adulto, madurez) la intervención psicomotriz será diferente. Pues, aunque se trate de una reeducación, se tendrá que valorar qué nivel psicomotor había adquirido y en cual se encuentra en ese momento. Así el profesional detectará la necesidad de rehabilitar. Si es oportuno, la psicomotricidad intenta mejorar o normalizar el comportamiento general de la persona utilizando la actividad corporal y facilitando en desarrollo de todos los aspectos de la personalidad (Arnaiz 1994).

En el caso de las personas que sufren una enfermedad mental, además de los déficit señalados en este epígrafe, es frecuente encontrar déficit en su funcionamiento psicosocial que se relacionan de modo multidireccional en sus funciones cognitivas (atención, percepción, memoria, lenguaje), de relación (consigo mismo, con los otros y con el medio), y motóricas (coordinación, postura, equilibrio, esquema corporal, espacial y temporal). Todo ello lleva a desarrollar el programa de intervención en psicomotricidad en 3 áreas de trabajo: motoras, cognitivas y relacionales. En ellas se observan las siguientes características en esta población:

-
- Motoras: coordinación dinámica general enlentecida, eje corporal desplazado, alteraciones del ritmo, rigidez de tronco, inexpresividad general que se traduce más en su cara.
 - Cognitivas (de procesamiento): deterioro progresivo que permite ver alteraciones en la atención, concentración, percepción, procesamiento de la información, empobrecimiento del lenguaje, pérdida de la capacidad de abstracción.
 - Relacionales (interacción): pérdida de interés social, aislamiento, retraimiento, dificultades para iniciar conversaciones y/o mantenerlas, latencia de respuesta, respuesta emocional desajustada.

El programa de psicomotricidad realizado en las Residencias permite trabajar aspectos de la persona como la sociabilidad, los trastornos motores, la cognición, la expresión corporal, la orientación espacial y temporal. A través de la actividad rehabilitadora se va a facilitar la consecución de las máximas posibilidades y capacidades de la persona a fin de superar sus déficit; es decir, dotarle de la mayor autonomía posible para adaptarse y superar sus dificultades.

8.3. OBJETIVOS

Generales:

- Desarrollar, mejorar y/o mantener las capacidades y habilidades motrices, expresivas y relacionales para integrarse y adaptarse en su medio comunitario; que podrá ser el de la Residencia (en estancias indefinidas o durante su periodo de permanencia en la misma), y el de su hogar (en estancias transitorias o de emergencia) a fin de permanecer en él de forma autónoma y normalizada.
- Mantener y/o desarrollar las habilidades motrices de las personas con enfermedad mental realizando diversos actos motores (adquiriendo la experiencia motora) poniendo en juego las habilidades perceptivo-motoras implicadas en las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas), a fin de instaurar hábitos en la persona.

Específicos:

- Conocer el propio cuerpo y sus funciones.
- Aprender las limitaciones corporales propias y la de los demás.
- Aprender las capacidades de expresión que tiene el cuerpo humano (verbal y no verbal).
- Ejercitar todo el organismo desde un punto de vista anatomofisiológico.
- Potenciar la adecuada organización de las percepciones y acciones dentro de una estructuración espacio-temporal adaptada a la realidad.

-
- Potenciar los aspectos relacionales de las personas, con ellos mismos, con el medio y con los demás (dentro y fuera de la Residencia).
 - Potenciar y/o desarrollar las capacidades de interacción social.
 - Mejorar y/o fomentar la aparición de relaciones interpersonales.
 - Valorar y potenciar las aptitudes de las personas enfermas mentales en su integración social.
 - Potenciar la cantidad y calidad de las acciones comunicativas.
 - Coordinar actividades para facilitar la continuidad de dichas personas en su integración social.
 - Desarrollar actividades ocupacionales que proporcionen habilidades para el mejor desarrollo de una vida normalizada.
 - Experimentar las posibilidades y limitaciones actuales.
 - Percibir la noción del propio cuerpo, haciéndose extensiva a la noción de esquema corporal y la percepción y consciencia de sí mismo.
 - Percibir la noción del objeto a través de la estimulación (organización de percepciones, conocimientos, relaciones espacio-temporales) y de los demás.
 - Poner en práctica los recursos motores, cognitivos y relacionales, recursos que siendo diferentes y menores que antes, los tiene y pueden ser desarrollados y potenciados.

8.4. EVALUACIÓN

La evaluación psicomotriz permite conocer si la persona presenta déficit en las diferentes áreas, ver la situación actual, informarse del estado que había desarrollado en el pasado y detectar intereses o quejas que van a dar una pista para saber si desea trabajar su motricidad a fin de realizar actividades que la resultaban gratificantes en el pasado.

La evaluación se va a desarrollar en varios momentos del programa:

- a) Evaluación inicial: en ella se recaba información de la psicomotricidad de la persona y la necesidad o no de incluirla en el programa.
- b) Evaluación continua: se desarrolla a lo largo de la incorporación de la persona en el programa psicomotor. Puede darse a la mitad del mismo o realizarla tras los diversos módulos, independientemente de que en cada sesión se realice una evaluación de la propia sesión.
- c) Evaluación final: al finalizar el programa para detectar si se han producido cambios y se han conseguido los objetivos planteados.

¿Qué se evalúa?

Habilidades Físicas

- Postura y equilibrio
- Movilidad
- Fuerza y esfuerzo
- Energía físico-motora

Habilidades de procesamiento:

- Organización temporal
- Organización del espacio y objetos
- Energía-procesamiento
- Uso del conocimiento
- Búsqueda el conocimiento

Habilidades de comunicación e interacción:

- Dominio físico
- Intercambio de información
- Relaciones

8.5. CONTENIDOS A DESARROLLAR

A través de las actividades psicomotrices se trabajan aspectos que están directamente relacionados con las capacidades práxicas (relativas al movimiento complejo) y las gnósicas (relativas a la integración de los procesos perceptivos) implicadas en las actividades de la vida diaria. Las personas con las que se trabaja en las Residencias manifiestan dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria. Estas dificultades conllevan un proceso complejo cognitivo-motor que conviene desarrollar progresivamente, e integrarlo y conjugarlo para mantener las habilidades necesarias y así dotar de mayor autonomía a las personas.

Las actividades psicomotrices a desarrollar se engloban en:

a) Aspectos motores (esquema corporal): se trabajan para paliar los trastornos posturales que van a afectar a los procesos de coordinación y equilibrio. Son:

- Conductas motrices de base:
 - Coordinación dinámica general.
 - Coordinación fina
 - Tono muscular
 - Respiración
 - Relajación
 - Desarrollo sensorial
 - Equilibrio (estático, dinámico y post-movimiento).
- Conductas neuromotrices:
 - Lateralidad (morfológica y funcional).
 - Sincinesias.
 - Paratonias.

-
- Conductas perceptivomotrices:
 - Localización.
 - Orientación: organización o estructuración.

 - b) Aspectos cognitivos (concepto corporal): se trabajan los procesos cognitivos básicos de atención, percepción y memoria para disminuir los déficit y/o mantener las capacidades de la persona que presenta dificultades en:
 - Sensaciones (propioceptivas, interoceptivas y exteroceptivas).
 - Percepciones (táctil y kinestésica/háptica, visual y auditiva).
 - Representación/ capacidades cognitivas.

 - c) Aspectos afectivos (imagen corporal):
 - Toma de conciencia de uno mismo:
 - Posibilidades y límites.
 - Frustraciones.
 - Emociones.

 - Toma de conciencia del medio:
 - Espacio (orientación, organización espacial y representación).
 - Tiempo (expresión rítmica y organización temporal).
 - Objetos (interrelación).

 - Toma de conciencia del otro (relaciones, intercambios, lenguaje afectivo, etc.).

El retomar todo este entrenamiento corporal va a permitir a la persona el relacionarse consigo mismo y con los demás, comunicarse y utilizar el lenguaje corporal (lenguaje no verbal). De este modo va a experimentar vivencias que van a ir modelando su cuerpo y su mente, tomando contacto con el propio cuerpo y tomando conciencia de lo que se siente.

8.6. METODOLOGÍA

El “programa tipo” tiene una duración de aproximadamente 9 meses. Se organiza de forma grupal con un número de personas comprendido entre 4 y 10, con una duración de una hora por sesión. A su vez se puede trabajar a nivel individual si se cree oportuno para la rehabilitación de la persona. Habrá que tener en cuenta también, al igual que en el resto de programas de intervención, la presencia de residentes para estancias más cortas, y la necesidad por tanto de aquilatar los programas para que puedan beneficiarse de los mismos el mayor número de residentes posible.

La metodología será participativa, activa, dinámica, lúdico-recreativa, práctica, imaginativa, creativa y reflexiva, teniendo siempre presente el desarrollo del contenido de la sesión a trabajar.

Las sesiones se iniciarán con un recordatorio de la sesión anterior para posibilitar la continuación de los contenidos a tratar o introducirles en la nueva práctica que se inicie. A partir de ese momento se lleva a cabo el bloque central, en el que se va a desarrollar el núcleo principal de la sesión. Al término de cada sesión se realiza una relajación y vuelta

a la calma, seguido de una evaluación por parte de los participantes que puede ser a través del diálogo o de fichas escritas.

Cada sesión se va a estructurar de la siguiente manera:

- Inicio:
 - Recibir al grupo.
 - Establecer un primer contacto, mediante la presentación/saludo de cada uno de los usuarios.
 - Recordatorio de la sesión anterior y presentación general del desarrollo de la nueva sesión.
 - Actividades de introducción: un precalentamiento o ejercicios de coordinación dinámica general.

- Núcleo:

Contenido básico de la sesión (en función del objetivo de la sesión se determinan las actividades psicomotrices y el material necesario para la sesión). Se deben proponer situaciones donde los residentes experimenten situaciones sensoriomotoras, simbólicas y cognitivas para conseguir los objetivos marcados partiendo de las producciones de los sujetos.

- Final:

Despedida del grupo: Se desarrollarán actividades que faciliten la terminación de la sesión (distanciamiento emocional). Se realizarán ejercicios de respiración diafragmática y relajación. Tras ellos, se va volviendo al estado inicial y se comentarán los objetivos que se querían conseguir y las sensaciones percibidas al realizar los ejercicios.

La metodología se basa en tres instrumentos principales: la motivación (para que el residente participe de forma activa en el desarrollo de la sesión es necesario que ésta se lleva a cabo de forma lúdica), el movimiento - actividad, y el lenguaje que va a permitir a la persona expresar apetencias, sentimientos y dar al profesional una valoración de cada sesión.

Para que una sesión de Psicomotricidad se pueda llevar a cabo son necesarios una serie de elementos, que se podrían agrupar en dos:

- Un espacio especialmente diseñado para la actividad: una sala grande, bien ventilada, tranquila, con espejos y enmoquetada.

- Objetos que van a servir de apoyo para realizar los ejercicios, como pelotas de distintos tamaños, instrumentos musicales, cuerdas, colchonetas, tacos de madera, etc.

8.7. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

Durante el desarrollo de las sesiones se va a:

- Facilitar la toma de conciencia de uno mismo, del medio y de los demás a través del movimiento (corporal y mental), en la dirección del cuerpo al pensamiento y a la comunicación.

-
- Emplear actividades corporales adecuadas a las características y posibilidades de los residentes, que les permitan ir experimentando sus posibilidades y capacidades residuales. No se trata por tanto de lograr un movimiento perfecto, sino un acercamiento físico, es decir, un recibimiento de su cuerpo en una situación nueva, determinada por su enfermedad.
 - Crear múltiples situaciones individuales y/o grupales donde las personas puedan expresar sus deseos, sentimientos, ideas e iniciativas en un encuadre de libertad y contención. Al proponer situaciones nuevas, deben ser estimuladas y no exigidas, ya que implican un gran esfuerzo de integración sensorial a la cual cada integrante llegará en su propio tiempo, distinto de los demás.
 - Evitar situaciones de excesiva demanda, porque pueden llevar a la aparición de reacciones negativas.
 - Al finalizar la sesión es importante integrar el lenguaje corporal con el oral y tratar de expresar con palabras lo vivido corporalmente, adecuando el lenguaje a las características de cada persona (nivel cultural, deterioro cognitivo, etc).
 - Estimular la participación de todos los residentes, dando feedback y refuerzo continuo a cada uno de ellos.
 - Favorecer la creación de vínculos entre los miembros del grupo, un clima o ambiente agradable y tranquilizador y un sentimiento de pertenencia al grupo, adoptando una postura directiva sin dejar de lado la afectividad y la flexibilidad.

Seguidamente se van a exponer sesiones que se pueden desarrollar según aquellos componentes que se trabajen, teniendo en cuenta que en todas ellas se van a incluir componentes motores, cognitivos y relacionales.

Solo se desarrolla el inicio y el final de la sesión en la de predominio de trabajo motor porque resulta semejante para las de predominio de trabajo cognitivo y relacional.

Sesión con predominio de trabajo motor

Las sesiones motoras se basan en el movimiento corporal a través de las diversas dinámicas que se presentan para tal fin. En ellas se van a trabajar las conductas motrices de base, las conductas neuromotrices y las conductas perceptivomotrices. El tiempo que se destina a psicomotricidad resulta muy lúdico, con actividades que potencian la cooperación y fomentan la conciencia de grupo.

La sesión desarrollada es:

Inicio: Retomar sesión y calentamiento motor

Saludo inicial que permite orientar en el tiempo y en el espacio. Recordatorio de la sesión anterior, siendo los propios participantes los que vayan realizándolo. Adentrarles en la sesión que se va a desarrollar en el día.

Seguidamente se realizan una serie de ejercicios de calentamiento siguiendo las leyes cefalo-caudal y proximo-distal, que pueden ir acompañados de música. Éstos se introducen por el terapeuta y pueden desarrollarse también por los integrantes del grupo.

El terapeuta inicia la sesión, ayuda en el recordatorio, presenta la sesión nueva, guía en los ejercicios y observa la realización de los mismos, dando indicaciones o actuando como modelo si es necesario.

Núcleo de la sesión

En las sesiones de predominio motor se incluyen ejercicios para desarrollar el esquema corporal e ir tomando conciencia del propio cuerpo en parada y en movimiento. Se va a trabajar la evolución del eje corporal, la automatización de las conductas motrices base, la internalización del espacio y las relaciones espaciales. Todo ello a través de juegos, circuitos, rincones de materiales diversos.

La misión del terapeuta es explicar el desarrollo de la dinámica a realizar, actuar de modelo si resulta complejo de entender. Observar, guiar y ayudar a los usuarios a la realización del ejercicio. Seleccionar la música acorde a la actividad, la intensidad y ritmo de ejecución de la actividad, teniendo en cuenta si la dinámica siguiente va a ser la vuelta a la calma o continuación para seguir los objetivos propuestos en dicha sesión.

Por ejemplo: “Circuito de marchas “

En la sala, se creara el circuito con cuerdas, sillas, cinta aislante y aros. En él se señalará el comienzo del recorrido y la meta.

Una vez explicado el circuito en la pizarra, se pasará a la práctica, donde primero el terapeuta hará de modelo, pasando por todo el circuito. Seguidamente uno a uno ira pasando, haciendo una ronda de reconocimiento. Cada residente pasará un número de veces acordado previamente y en las diversas rondas se valora la ejecución del ejercicio, las dificultades presentadas y el tiempo de realización del mismo.

Final: Vuelta a la calma

Progresivamente se va bajando la intensidad de los ejercicios para facilitar el paso a un estado de vuelta a la calma o relajación. La postura para realizarla variará (posición de cochero, decúbito supino). Se realizan ejercicios de relajación acompañados de una música relajante de fondo. Si se considera oportuno, y para facilitar la incorporación a la actividad, después se pueden realizar ejercicios de estiramientos combinados con respiración. Seguidamente se comentará la sesión, para saber las sensaciones que han experimentado, si se han sentido incómodos en algún momento o con algún ejercicio, cómo se han sentido. El terapeuta guía la relajación y los estiramientos, a la vez que en la última parte proporciona feedback del grupo en el desarrollo de la sesión y comenta a nivel individual lo que ha observado para contrastar con las sensaciones de los usuarios.

Sesión con predominio de trabajo cognitivo

En las sesiones cognitivas se trabajan los procesos cognitivos básicos a través de las sensaciones, percepciones y representaciones. En ellas se afianza el concepto de corporalidad.

Inicio: recuerdo y calentamiento.

En él se puede introducir alguna dinámica corta para iniciar a los usuarios en el trabajo cognitivo a desarrollar. Por ejemplo: “Si fuera...”

Situados alrededor de la sala, cada residente tiene que imaginar, si fuera un animal, cual sería y por qué. Ej.: yo sería un gato, porque me gusta que me acaricien. Se harían distintas rondas en las que se introducirían otras categorías (perfume, comida, fruta, transporte).

Se termina trabajando la memoria, teniendo que recordar qué había elegido en cada categoría cada uno y que otros compañeros, por ejemplo el compañero de la derecha, y por qué.

Núcleo de la sesión

Lo adquirido en la fase motora se va perfeccionando y aumentando nuevos aprendizajes, lo que permite interiorizar las sucesiones rítmicas con el espacio y desarrollar los procesos analíticos para crear las bases del pensamiento abstracto. Para facilitar la expresión de emociones y sentimientos. En estas sesiones los juegos son simbólicos y de rol.

Por ejemplo: “Paella “

Se sigue en la misma posición de la dinámica anterior, y la actividad consiste en que cada uno tiene que elegir que alimento de la paella quiere ser: arroz, gambas, calamares, cangrejo, etc.

Con la ayuda de la pizarra, se recuerdan los ingredientes y quién lo había elegido. Cada vez que el terapeuta diga un ingrediente, la persona que lo había elegido se tendrá que levantar y a la vez realizar una figura (estirarse las dos orejas, ponerse a la pata coja, etc.) y cuando se diga la palabra PAELLA, todos se levantarán y realizarán su figura.

Final

Relajación.

Sesión con predominio de trabajo relacional

En las sesiones de relación se trabaja la toma de conciencia de uno mismo, en el medio y con el otro. Va a cobrar gran importancia el desarrollo de la espacio-temporalidad para dar la imagen corporal y las representaciones mentales de dicha imagen.

Inicio

Recordar la sesión anterior, introducir en la sesión a desarrollar y posibilitar la iniciación de la sesión con alguna dinámica sencilla. Por ejemplo: “Juego de gomas”

Se forman dos filas, una enfrente de la otra y por parejas se sientan en sillas (uno en frente del otro).

Se reparten gomas de colores. Cada usuario tensa la suya con el compañero de enfrente y, cuando la música empiece a sonar, todos los usuarios de la misma fila empiezan a iniciar el movimiento y los compañeros de enfrente se dejan guiar. Después se hará al revés. Primero se realizan los ejercicios en sedestación, y después en bipedestación.

Núcleo de la sesión

En estas sesiones se va a trabajar el propio cuerpo, el entorno y lo simbólico.

Para que la comunicación se produzca es necesario que las informaciones corporales, espaciales y temporales se automaticen. Llegado a ese punto se debe dominar la postura de forma automática para centrarse en la interrelación, así la postura y el gesto forman parte del lenguaje (lenguaje no verbal) el cual debe ser acorde con lo que se expresa y el contexto en el que se de.

Por ejemplo: “La tienda imaginaria”

Los usuarios se sientan en una silla alrededor de la sala y tienen que imaginar que entran en una tienda en la cual no existen cosas materiales ni se puede pagar con dinero. Es una tienda donde se puede comprar algo que la persona cree que le hace mucha falta, y ¿Cómo se puede pagar?. Con algo que la persona crea que tiene que le puede hacer falta a otro.

Ej. A mi me gustaría tener mas fuerza de voluntad para dejar de fumar.

¿Cómo lo pagaría? con un 25% de mi buen humor.

Alguien tiene que hacer de tendero, y es el que negocia si se lo da o no.

Final

Relajación.

8.8. DESARROLLO DE UNA SESIÓN PRÁCTICA

En la siguiente sesión se trabaja la coordinación y el equilibrio. La coordinación psicomotriz es la capacidad para contraer grupos musculares diferentes e inhibir otros, en orden a la ejecución de una acción o movimiento. El equilibrio es el mantenimiento esta-

ble del centro de gravedad del cuerpo en situaciones estáticas o de movimiento. En este caso se va a trabajar el equilibrio y para ello la posición de base es:

- mejor cuanto mayor sea la base de sustentación
- mantener el estómago duro
- estar bien rectos
- fijarse en un punto en el espacio que esté en frente de la persona
- cada uno tiene su punto de equilibrio
- se trabaja mejor descalzo estirando los dedos de los pies
- es más fácil realizar los ejercicios con los brazos extendidos, y se complica más cuando los brazos están a lo largo del cuerpo, más con los brazos elevados y todavía más con los ojos cerrados, que es la peor condición para mantener el equilibrio.

Inicio: Ejercicios de calentamiento

- Movilización de cuello (de forma lenta y suave).
- Movilización de miembros superiores.
- Movilización de tronco.
- Movilización de miembros inferiores.

Núcleo de la sesión

a) Asociación sonido-postura:

El grupo camina en círculo alrededor de la sala.

El terapeuta indicará que deberán asociar un sonido con una postura. Las asociaciones serán:

- Palmada: pierna elevada (hacia delante, atrás o lateralmente)
- Pito: Flexión de cadera y rodilla (elevando la pierna)
- Zapatazo: mantenerse de puntillas.

b) Equilibrio con pelota (juego de reglas):

Los sujetos se colocarán por parejas, uno en frente del otro, distribuidos por toda la sala. Cada pareja tendrá una pelota, que tendrán que lanzarse el uno al otro, sin desplazarse del sitio, manteniendo el equilibrio.

El terapeuta irá indicando hacia dónde tiene que lanzar la pelota para que el otro sujeto la coja:

- Hacia la derecha.
- Hacia la izquierda.
- Hacia arriba.
- Hacia el pecho.
- A la altura de la rodillas.

c) Equilibrio con botellas

Para esta actividad se necesitará una botella de plástico de 1.5 l vacía por cada persona.

Los sujetos se colocarán por parejas uno enfrente del otro, (a un metro de distancia aproximadamente), distribuidos por toda la sala. Con los pies separados y sin moverlos del suelo, uno de ellos indica un lugar con la botella y el compañero tiene que tocarlo con la suya. El que indica las posiciones tendrá que ir variándolas, intentado poner a su compañero en situaciones en las que tenga que mantener el equilibrio.

Cuando el terapeuta crea conveniente les dirá a los sujetos que realicen esta actividad elevando una pierna para equilibrarse (por ejemplo en una inclinación hacia la derecha, elevar hacia la izquierda la pierna izquierda)

El terapeuta indicará cuando deben de hacer el cambio de papeles (el que antes indicaba ahora es indicado)

Final: relajación

Objetivo: Relajación segmentaria de miembros inferiores.

Método: Relajación progresiva de Jacobson

Orden a seguir:

- Nalgas.
- Muslos: Extender las rodillas todo lo que se pueda haciendo presión con los muslos en la silla.
- Pantorrillas parte anterior: llevar la punta del pie hacia la rodilla.
- Pantorrillas parte posterior: llevar la punta del pie lejos de la rodilla.
- Pies: flexionar los dedos hacia las plantas de los pies.

Antes de iniciar la relajación se indicará a los residentes los ejercicios a realizar y el orden a seguir.

Los participantes se dispondrán por la sala cogiendo una silla y se sentaran colocándose en posición de cochero, con los ojos cerrados.

Para comenzar, el terapeuta inducirá a los individuos sensaciones de relajación, comodidad, confortable pesadez de los miembros superiores, respiración tranquila..., imaginando que se encuentran en un sitio tranquilo y relajante (el que ellos quieran).

Los ejercicios de contracción y relajación muscular se realizarán primero en el miembro inferior derecho y luego en el miembro inferior izquierdo. Los tipos de relajación serán tres veces más largos que los de contracción.

Para finalizar cada individuo deberá ir saliendo del estado de relajación, moviéndose poco a poco, abriendo los ojos, cada uno a su ritmo.

8.9. REFLEXIÓN DE UN TRABAJO PSICOMOTRIZ (CONCLUSIONES)

Desde la experiencia del trabajo psicomotriz que se realiza en las Residencias con este tipo de población se puede hablar de la obtención de unos resultados realmente gratificantes.

Al trabajar la expresión corporal-emocional, dentro de una sesión, cuando se generaliza, es tan satisfactorio tanto para la propia persona, para sus compañeros y para los demás profesionales de la Residencia. Por ejemplo, hay un residente, que participa en el grupo de psicomotricidad que tiene una gran inexpresividad en su rostro. Se le refuerza sesión a sesión que tiene una sonrisa preciosa y que debería sonreír más. Tras el trabajo efectuado en psicomotricidad, ahora, cada vez que se le dan los buenos días, o se le saluda por los pasillos, casi siempre regala una “sonrisa”.

En estos grupos de trabajo se establece un conjunto entre el profesional (que realiza la sesión sabiendo graduar la actividad, conoce las capacidades de cada persona, sabe estimularle con algún objeto, música o con la propia actividad), el propio residente, y los demás participantes de la sesión (que en este caso, son compañeros de su misma residencia y va a hacer que mejoren y aumenten sus relaciones sociales). Este conjunto hace que sea un lugar idóneo para poder desarrollar habilidades que la persona nunca haya aprendido o que, a consecuencia de la enfermedad, haya ido perdiendo con el paso del tiempo. Y estas habilidades son necesarias para el desarrollo global de la persona.

A lo largo del desarrollo del programa se detecta cómo van mejorando los residentes, no sólo en la esfera motriz sino en la relacional. Esto se traduce tanto en las actividades de la vida diaria desarrolladas dentro y fuera de la Residencia como en los diversos programas desarrollados, así como en su forma esporádica de compartir momentos con sus compañeros, no siendo dirigidos o mediados por un profesional del dispositivo.

CAPÍTULO 9. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Leonel Dozza

En las Residencias uno de los principales instrumentos empleados en el proceso rehabilitador son las Actividades de la Vida Diaria, entre otros motivos debido a que tales actividades son las que los residentes tendrán que llevar a cabo en sus hogares cuando hayan sido dados de alta de la Residencia. Al tratarse de actividades cotidianas realizadas en un “entorno natural” (tareas domésticas, compras, trámites, etc.), se facilita la generalización por parte de los usuarios, así como la consiguiente ganancia en lo que a la autonomía personal se refiere.

Debido a que la falta de implicación en actividades de la vida diaria tiende a fomentar, incrementar y acelerar el proceso de cronicidad, la realización de tales actividades produce efectos rehabilitadores y preventivos en este sentido.

Las actividades, ya sean en la Residencia o en el entorno habitual de la persona, se realizan con un mayor o menor grado de supervisión y acompañamiento por parte de los profesionales, en función del grado de autonomía y evolución de los residentes.

El objetivo último consiste en que los residentes puedan prescindir gradualmente de la supervisión y acompañamientos llevados a cabo por profesionales. Una etapa intermedia puede y suele consistir en realizar actividades “supervisadas” o con el acompañamiento de otros usuarios más autónomos, lo cual aporta a acompañados y acompañantes una imagen más positiva y autónoma de sí mismos.

En este Capítulo se abordan específicamente aquellas actividades de la vida diaria relacionadas con el manejo de dinero, toma de medicación, realización de compras, trámites y gestiones, tareas domésticas y hábitos alimenticios.

Por lo general, estas áreas del proceso rehabilitador se trabajan a nivel grupal e individual, tanto en formato estructurado (talleres) como “poco estructurado” (situaciones cotidianas).

Las actividades estructuradas suelen emplearse sobre todo con objetivos pedagógicos, cuando se pretende transmitir conocimientos generales acerca de determinado tema o bien “ponerlo en escena” para realizar “ensayos” en un contexto más controlado. Por otra parte, podría decirse que en las Residencias lo que rehabilita es “la vida misma”; es decir, la realización de actividades poco estructuradas que comprenden situaciones prácticas de la vida cotidiana, y que los residentes llevan a cabo con un mayor o menor nivel de apoyo y supervisión.

Sobre todo en este ámbito de las situaciones cotidianas se trabaja la motivación de los residentes, debido a que muchos poseen relativamente intactas sus capacidades cognitivas y conductuales, y que la falta de autonomía se debe, en mayor o menor medida, a déficit en los aspectos motivacionales.

Es importante discriminar entre las intervenciones y apoyos de carácter asistencial y aquellas más directamente relacionadas con objetivos rehabilitadores. Con el trabajo más

estrictamente asistencial se pretende garantizar la realización de una serie de actividades de la vida cotidiana, así como la toma de medicación, el acudir a citas médicas, etc. En este ámbito, los profesionales suelen hacerse cargo en mayor medida, por ejemplo, de la administración del dinero y toma de medicación; las compras, trámites y gestiones, así como el control de citas médicas y psiquiátricas, se llevan a cabo con un alto grado de supervisión, apoyo y acompañamiento, siempre que desde el proceso de acogida se haya detectado la necesidad. Por otra parte, en la labor más estrictamente rehabilitadora resulta fundamental una retirada escalonada, según la evolución de cada persona, de estos apoyos de tipo más asistencial, siempre y cuando se hayan alcanzado unos mínimos de autonomía.

Este “espacio vacío”, generado por la retirada de los apoyos asistenciales, es uno de los factores que fomenta la autonomía de los residentes. La administración de este “espacio vacío” forma parte de una estrategia residencial-rehabilitadora que además tiende a fomentar y potenciar la implicación de los familiares que, en definitiva, son los principales cuidadores de los residentes.

En términos generales es importante tener en cuenta la complementariedad entre lo asistencial y lo rehabilitador, dado que ambos son necesarios para el cuidado y rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Uno de los “peligros” que debe evitarse es que la Residencia se convierta en un recurso excesivamente asistencial, o que lo asistencial esté disociado de los objetivos rehabilitadores.

Para que la autonomía de los residentes sea un proceso viable resulta fundamental que el modo de funcionamiento de la Residencia se desmarque de lo que podría denominarse “Concepción Hostelera” en residencias. En la Concepción Hostelera hay una fuerte tendencia a que los profesionales actúen desde una perspectiva casi exclusivamente asistencial, lo cual puede fomentar la dependencia y no implicación de los residentes y familiares.

En cambio, conviene adoptar el “Modelo de Casa Compartida”. Según este modelo, dentro de sus posibilidades y hasta cierto punto, los residentes son responsables del mantenimiento general de la Residencia, haciéndose cargo por ejemplo de la limpieza de espacios y pertenencias personales y comunes (más allá de que haya personal de limpieza que garantice la limpieza a fondo), planchado de ropa, realización de gestiones, trámites y pequeñas compras (alimentación, productos de limpieza, etc.).

Partiendo del marco general anteriormente expuesto, a continuación se detallan algunas de las actividades volcadas a potenciar la autonomía de los residentes en diversos aspectos de las actividades de la vida diaria.

9.1. CONVIVENCIA

Las dificultades de convivencia son muy comunes en personas con enfermedad mental crónica, lo cual fomenta el deterioro de las relaciones familiares y de amistad, así como una fuerte tendencia al aislamiento. Esto conlleva además la generación de intensas relaciones de dependencia con un grupo muy restringido de personas (por lo general, un familiar). Por lo tanto, ser capaz de convivir con los demás es un factor fundamental para la autonomía del residente.

Actividades

- Reuniones Comunitarias o Asambleas, en las cuales se discuten cuestiones relacionadas con la convivencia en la Residencia y en gran medida relacionadas con actividades y situaciones de la vida diaria.
- Organización de actividades colectivas (fiestas, juegos) que contrarresten la tendencia al aislamiento y fomenten las relaciones interpersonales
- Organización de actividades en la comunidad (paseos, excursiones, centros culturales y deportivos, etc.) que favorezcan las relaciones normalizadas y los efectos rehabilitadores “naturales” que generan. Este punto se comentará de forma más amplia en el capítulo dedicado al ocio y tiempo libre.

Objetivos

- Brindar a los residentes un entorno de convivencia con derechos y deberes, potenciando así su capacidad para convivir con otras personas.
- Ofrecer un contexto de estímulos humanos que contribuyan a aminorar el aislamiento y potenciar las relaciones socio-comunitarias.

9.2. HÁBITOS ALIMENTICIOS

Es bastante frecuente que la cronicidad y deterioro provocado por ella conlleve una considerable pérdida (o no adquisición) de capacidades relacionadas con la alimentación. Tales pérdidas se producen en cierta medida en la esfera cognitiva, pero sobre todo desde factores emocionales y motivacionales. No se trata sólo o tanto de un *no saber*, sino también o más bien de un *no poder* emplear determinadas capacidades debido al derrumbe afectivo, o bien debido a un “no tener ganas” generalizado.

Actividades

- Talleres informativos acerca de hábitos alimenticios y cocina.
- Taller de cocina (compra, preparación y conservación de alimentos).
- Supervisión de la regulación de horarios de comida, cantidades, masticación, seguimiento de dietas, etc.

Objetivos

- Fomentar la autonomía en lo que respecta a la alimentación.
- Fomentar una alimentación equilibrada.
- Brindar información acerca de hábitos saludables de alimentación.

-
- Modificar hábitos de alimentación nocivos para la salud.
 - Conocer los distintos alimentos y distintas formas de preparación.
 - Conocer y manejar instrumental básico de cocina.
 - Aprender estrategias de compra y conservación de alimentos.
 - Motivar el interés por la cocina y por una alimentación sana.

9.3. TAREAS DOMÉSTICAS

Al igual que ocurre con la alimentación, la falta de autonomía en lo que respecta a las tareas domésticas influye directamente en los vínculos de dependencia patológica que el sujeto establece con su entorno. Por lo tanto, intervenir en este campo resulta fundamental.

Actividades

- Implicar a los residentes en la limpieza diaria de sus habitaciones.
- Implicación en tareas comunes (poner y quitar mesa, bajar la basura, etc.).
- Implicación en pequeñas compras necesarias para el mantenimiento de la residencia (alimentación, limpieza, etc.).

Objetivos

- Fomentar la autonomía en lo que respecta a las habilidades domésticas.
- Fomentar el interés por el cuidado, limpieza y organización de su espacio personal.
- Fomentar el interés por el cuidado de sus pertenencias (objetos personales, ropa, etc.).
- Adquirir habilidades domésticas básicas (planchar, lavar, uso de electrodomésticos, etc.).

9.4. MANEJO DE DINERO

Aunque hay personas con enfermedad mental crónica que no tienen ninguna o poca dificultad en esta área, los profesionales de las Residencias se encuentran de manera habitual con dificultades en el manejo de dinero por parte de los residentes debido a varias razones:

- La escasez o a veces inexistencia de recursos económicos.
- Los déficits cognitivos, que dificultan el manejo del dinero.

-
- La falta de habilidades en el manejo de dinero debido a que en muchas ocasiones han sido o son los familiares los que asumen esta responsabilidad.
 - Los límites ético legales que se derivan de que la persona esté tutelada o de la negativa del usuario a que se intervenga en esta área.
 - La escasa previsión de futuro que conlleva a una inadecuada planificación económica a medio-largo plazo.

Todos estos aspectos pueden llevar a un conjunto de situaciones sobre las que es necesario intervenir, gastos excesivos o desajustados, mala planificación, compras no adecuadas a las necesidades, gastos muy por debajo a las necesidades existentes, etc.

Actividades

- Talleres informativos (sobre todo en los últimos años se viene haciendo hincapié en la transición peseta-euro).
- Taller de conocimientos básicos (matemáticas).
- Implicación en las diversas actividades de la vida diaria que implican el manejo de dinero (compras, pagos, bancos).
- Planificación individualizada de gastos.
- Administración del dinero de los residentes (pactada con estos y/o con sus familiares). Disminución escalonada de dicha administración en la medida en que sea capaz de auto-administrarse.

Objetivos

- Fomentar la autonomía en el manejo del dinero.
- Conocer el valor del dinero que se maneja (adaptación al euro).
- Aprender a priorizar gastos y eliminar los superfluos; lograr una buena gestión del dinero.
- Aprender a planificar y realizar compras (relación “qué necesito” – “cuánto dinero tengo”).

9.5. ADMINISTRACIÓN DE CITAS Y MEDICACIÓN. GESTIONES BUROCRÁTICAS

La experiencia apunta a que el implicar a los residentes en sus citas y toma de medicación favorece su compromiso general con su proceso de tratamiento y rehabilitación.

Actividades

- Implicar a los usuarios en todo lo referente a acudir a sus citas médicas, psiquiátricas, a recursos de rehabilitación, etc. Realización de acompañamientos cuando sea necesario (sin perder de vista la importancia de implicar a los familiares)
- Fomentar, dentro de las posibilidades de cada residente, la auto-administración de la medicación
- Implicar a los residentes en la gestión de sus trámites burocráticos.
- Apoyo y supervisión en la elaboración de una agenda personal

Objetivos

- Fomentar la autonomía en la administración de citas y toma de medicación, dentro de las posibilidades de cada residente.
- Fomentar la autonomía en la realización de gestiones burocráticas básicas (bancos, correos, INEM, recetas médicas, etc.).

9.6. CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL ENTORNO Y MEDIOS DE TRANSPORTE PÚBLICOS

Para desarrollar un buen grado de autonomía en el contexto comunitario resulta imprescindible poseer un conocimiento minimamente satisfactorio del entorno y medios de transporte.

Actividades

- Realización de compras que implican acudir a establecimientos y usar medios de transporte.
- Paseos y excursiones.
- Acceder a espacios y recursos comunitarios (cines, clubes, parques, establecimientos comerciales, etc.)
- Empleo de medios de transporte para realizar las actividades anteriormente mencionadas.

Objetivos

- Fomentar la autonomía en estos ámbitos.
- Conocer y utilizar adecuadamente el entorno y medios de transporte.

CAPÍTULO 10. PSICOEDUCACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

María González y Mar Hernández

10.1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el crecimiento sustancial de los recursos de atención social y apoyo a la rehabilitación en la Comunidad de Madrid ha supuesto una indiscutible mejora de la atención integral a las personas con una enfermedad mental crónica, favoreciendo su accesibilidad a los programas de rehabilitación psicosocial que contribuyen a dar respuesta a las múltiples necesidades de la mencionada población.

El aumento notable de los recursos residenciales ha supuesto el desarrollo acumulado de una mayor experiencia práctica que ha sido muy enriquecedora e interesante. Aunque las áreas y los programas de rehabilitación sean comunes en los diferentes recursos (Centros de rehabilitación psicosocial, Centros de rehabilitación laboral, Residencias, Pisos,...), se requieren diseños de intervención adaptados a las particularidades de cada uno que optimicen las ventajas que pudieran derivarse de las mismas.

El presente capítulo, en la primera parte, describe una de las posibles adaptaciones del programa de Psicoeducación y Educación para la Salud a un contexto residencial, con especial interés en desarrollar un diseño eficaz (con los mayores niveles de individualización, normalización, integración y autonomía posibles) en los aspectos referidos a la enfermedad y al tratamiento de la misma. La segunda parte presenta aspectos prácticos relacionados con este tipo de intervenciones, que bien por la frecuencia con la que surgen o por el interés que para lo profesionales pueden tener, se han considerado destacables. Y en un apartado final se reúnen cuestiones relativas a la formación y coordinación de los equipos de trabajo.

10.2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

10.2.1. Características generales

Partiendo del principio de individualización, que considera a la persona como única y por tanto centrando las intervenciones en las características de cada uno, se puede decir que el diseño que se presenta en este capítulo consigue el máximo grado de individualización posible porque los objetivos de intervención se elaboran en base a las demandas que cada usuario plantea y a las necesidades que se van detectando, sin contar con contenidos establecidos previamente.

Las sesiones se llevan a cabo en formato individual, salvo que se plantee ventajoso para que participe algún otro residente en algún momento del mismo, respetándose por completo los ritmos de cada persona y realizándose con el profesional que en cada momento se estime más apropiado y en el momento del día en que se considere más oportuno.

Una de las mayores dificultades con que se encuentran los profesionales en su práctica diaria es la de motivar a la persona residente para que participe en los programas de intervención, ya que con frecuencia presentan grandes resistencias, que suelen ser mayores cuando va a abordarse el tema de la enfermedad y de su tratamiento. Con el presente diseño la totalidad de los residentes participan en el programa, aunque pueda considerarse, al inicio, que la implicación de algunos sea mínima.

Las tareas relativas a los cuidados que requieren la enfermedad y su tratamiento son consideradas como cualquier otra de las relacionadas con el área de los autocuidados personales, y los residentes cuentan para su realización con todo el apoyo de los profesionales que precisen. Dichas tareas configuran el espacio que se destina a ir evaluando, estableciendo objetivos y vertebrando las intervenciones que se precisen oportunas, permitiendo un abordaje indirecto y discreto de los temas relevantes cuando se estime más aconsejable.

Los manuales coinciden en que la eficacia de las intervenciones psicoeducativas depende, en gran medida, de la frecuencia de las sesiones y de la permanencia en el tiempo de las mismas. Este diseño cumple notablemente con el requisito, al llevarse a cabo al menos una vez a la semana y prolongarse durante toda la estancia, sin que por ello para la persona sea una sobrecarga añadida.

Uno de los retos pendientes es conseguir que los avances alcanzados en los entrenamientos puedan trasladarse a las situaciones reales, lo que se denomina generalización, ya que no siempre un incremento de las capacidades en los primeros se traduce en una mejor ejecución. Este diseño interviene con un gran número de situaciones reales, iguales a las que cualquier persona realiza en el contexto de su domicilio, lo que hace que no sea necesario el paso de la situación de entrenamiento a la práctica en un contexto natural. Las tareas que se incluyen son normalizadas y se terminan instaurando como hábito que se puede mantener con facilidad cuando se sale del recurso. El hecho de que los mismos usuarios, de manera espontánea, sean quienes plantean continuar realizando la tarea de la misma manera y utilizando las mismas herramientas es la mejor muestra de la facilidad de la generalización y de la normalización de la intervención.

Los objetivos principales del programa se presentan a continuación de manera simplificada:

- Potenciar la responsabilidad y autonomía personal, ofreciendo una información clara y asequible, favoreciendo la percepción de control sobre la evolución de la propia enfermedad y en concreto sobre la prevención de las recaídas, disminuyendo la frecuencia e intensidad de las mismas.
- Desarrollar habilidades para llevar a cabo una autoadministración adecuada de la medicación, realizar un uso apropiado de los servicios comunitarios de salud y mejorar la interacción con los profesionales de dichos servicios de cara a optimizar los beneficios del tratamiento.

10.2.2. Evaluación

El proceso de recogida de información comienza antes de la llegada del residente al Centro, a través del informe de derivación, las reuniones con el Servicio de Salud Mental

y la coordinación con el resto de los recursos implicados (Unidad hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (antiguas “medias estancias”), Hospital General, Centro de Rehabilitación Psicosocial, etc), lo cual permite obtener una idea global y centrar la atención en aquellas cuestiones más relevantes, aspecto muy importante en un recurso en el que se empieza a intervenir desde el momento en el que se incorpora. Por ello se considera necesario disponer de una información lo más completa y exhaustiva posible, lo que cobra especial importancia en aquellos casos en los que por las características personales y la evolución de la enfermedad (abuso de medicación, episodios autolíticos, consumo de tóxicos,...) resulte necesario poder anticiparse a las dificultades que pudiesen surgir.

Tras su llegada al recurso, se completa la información mediante una entrevista en la que se recogen aspectos prácticos relacionados con el proceso de previsión, solicitud y obtención de recetas, la adherencia a la medicación, el uso de los servicios de salud, etc. lo que permite atender las demandas inmediatas de la situación. Por ello, salvo que la persona de manera espontánea hiciera referencia, se evitará el abordaje de aspectos relativos a la enfermedad, debido a que su implicación afectiva podría dificultar el proceso de adaptación al recurso.

Transcurridas unas semanas, cuando se valora que la persona se ha adaptado a la Residencia, se procede a realizar, dentro de la evaluación psicológica, una entrevista semiestructurada donde se abordan más profundamente los aspectos relacionados con la enfermedad (conciencia de la misma, reconocimiento de pródromos, estrategias de prevención de recaídas, etc.). A esta información se le añaden las observaciones que se realizan semanalmente cuando se rellena el cajetín o pastillero y la observación directa, aspectos que se recogen en una carpeta que es de gran utilidad para reflejar la evolución del usuario y/o cualquier aspecto que esté relacionado con su enfermedad y tratamiento.

Una vez recogida toda la información se establecen unos objetivos individualizados del programa, que se revisan con una frecuencia variable dependiendo del tiempo de estancia del residente y del período previsto de cumplimiento de los mismos. Además, estos objetivos se revisan para configurar más adelante el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR).

10.2.3. Intervención

Las intervenciones del programa de psicoeducación, dadas las características del recurso, se pueden abordar en cualquier momento en que se plantee una demanda por parte del residente (p.e. un comentario acerca de la enfermedad) o una dificultad (p.e. olvido o resistencias ante una toma de medicación). Pero el eje vertebrador del programa se sitúa alrededor de la tarea de rellenado del pastillero individual, es decir, de la preparación de la medicación de cada día y cada toma y colocación de la misma en el cajetín para distribuir las distintas tomas de la semana.

Se realiza con una frecuencia semanal en un espacio tranquilo (p.e. en un despacho), intentando centrar la atención del residente en la tarea y extinguiendo o posponiendo cualquier comentario acerca de otros aspectos de su vida. Transcurrido un tiempo de la realización de esta tarea, se ha podido constatar que incluso residentes con limitaciones cognitivas importantes, que suelen mostrarse muy disgregados o aquellos que presentan un

discurso muy cargado de quejas relacionadas con otros temas, con el apoyo necesario pueden realizar la tarea y llegan a aprender la finalidad de este espacio. Además, también se ha corroborado que es útil para aquellos que suelen mostrarse resistentes a comentar cualquier aspecto relacionado con su enfermedad y que, tras un adecuado enganche con el educador de referencia, y tras repetir la tarea en semanas consecutivas, se ha podido abordar este tema, aportando información muy valiosa para una posterior intervención.

Por otro lado, se suele fijar con el residente el día de la semana que se va a rellenar (potenciando la responsabilización sobre el mismo), pero siendo lo suficientemente flexibles para posponerlo en los momentos en los que se encuentra con un elevado nivel de ansiedad o incluso en períodos de desestabilización. Es importante consensuar también el momento en el que se realizará la tarea, evitando que delegue la responsabilidad sobre el educador. Si un día concreto no se ha podido rellenar es importante que el educador rellene las tomas sólo hasta el día siguiente, momento en el que lo realizará con la persona. Cada educador rellena el pastillero con aquellas personas a quienes tutoriza, con lo cual se asegura un mayor conocimiento de los objetivos y una continuidad en las intervenciones.

La tarea comienza con el rellenado del pastillero, favoreciendo el aprendizaje de la pauta de medicación que tiene prescrita. En este punto pueden precisar distintos tipos de apoyo, desde aquellos usuarios que lo realizan de manera autónoma, con una supervisión mínima, hasta aquellos otros que van introduciendo la medicación según se lo va indicando el educador o utilizando como ayuda una pauta escrita.

A continuación se realiza el recuento de medicación y la previsión de la misma hasta la siguiente semana. Si la revisión psiquiátrica se encuentra cercana en el tiempo se puede preparar con el residente esta entrevista (anotando las dudas que tenga para que no se le olvide preguntarlas, realizando un role-playing como entrenamiento, etc). Se aprovecha la oportunidad para valorar y potenciar el recuerdo de las citas médicas (se puede favorecer el recuerdo mediante la anotación de las fechas en una agenda, en un calendario, etc).

Sería necesario resaltar la importancia de una coordinación fluida con el Servicio de Salud Mental, con el objetivo de ser consistentes en las directrices básicas de intervención. Para ello, en caso de que el usuario precise ayuda para abordar determinados temas, se puede comunicar vía telefónica al psiquiatra o al responsable del programa de continuidad de cuidados aquellos aspectos que se consideran relevantes y que sería oportuno que pudieran tratarse en la cita.

En el caso de necesitar solicitar medicación al psiquiatra o al médico de atención primaria, se realiza una hoja de solicitud de medicación que, o bien rellena el educador o bien el propio usuario, dependiendo del nivel de autonomía del mismo. Además, esta estrategia también resulta útil como método de control externo en aquellos casos en los que existen riesgos de abuso de la medicación, pudiendo ser comprobado por cualquier miembro del equipo que lo atienda, al regreso de la cita, que entrega la totalidad de la medicación solicitada. También es importante la coordinación con los distintos recursos con la finalidad de que no le receten ningún fármaco que no aparezca en la solicitud. En el caso de aquellos usuarios que son lo suficientemente autónomos para prever la medicación que les hace falta y solicitarla, se potencia que lo realicen sin necesidad de la hoja,

con el objetivo de que sea lo más normalizado posible y se facilita la generalización una vez que se encuentre fuera de la Residencia.

Por último, se promueve que compren de manera autónoma la medicación. Para ello se le proporcionan los apoyos que necesiten en cada momento, durante el tiempo que sea necesario, realizando un acompañamiento a la farmacia si la persona presentase dificultades para la utilización de los recursos comunitarios o el manejo del dinero....

Es muy frecuente que surjan en este contexto comentarios acerca de la medicación (dudas, efectos secundarios, etc.) y la enfermedad que pueden trabajarse o bien en el momento o bien derivarse a profesionales, que según se estime más conveniente, dentro o fuera del propio recurso (Servicio de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial,...), puedan abordar dichos aspectos.

10.2.4. Seguimiento de objetivos

Los objetivos planteados con cada residente requieren de un seguimiento continuado, aspecto que se ve favorecido por las características del recurso, facilitando un amplio muestreo de conductas e incluso pudiendo abordar las dificultades que se planteen con la medicación en el mismo momento en que ocurren. De esta manera, la valoración de la adhesión al tratamiento se realiza diariamente (si toma la medicación o se le olvida, si la pide por iniciativa propia cuando sale los fines de semana o hay que recordárselo, si emite alguna queja acerca de los efectos de la misma, etc.).

Por otro lado, se valora de manera semanal la tarea de rellenado del pastillero y por consiguiente la evolución de los objetivos individualizados (p.e. autonomía en la preparación de la medicación, si ha aprendido la pauta, etc.). Los aspectos más destacados de la tarea se anotan en una carpeta para tenerlos en cuenta cuando se realiza el seguimiento. Como mínimo mensualmente se valora el funcionamiento que mantienen en el uso de los recursos comunitarios tales como la asistencia a las correspondientes citas, la adquisición de recetas y la medicación,... Y por último, se realiza una revisión general de objetivos en los que el psicólogo y el educador de referencia se reúnen con una frecuencia variable, dependiendo del tiempo de estancia y de las características del residente, para valorar el grado de cumplimiento de los mismos.

10.3. CUESTIONES PRÁCTICAS

10.3.1. Aspectos relacionados con la enfermedad y la conciencia de la misma

El abordaje de los aspectos relacionados con la enfermedad y su conciencia pretende que la persona reconozca tener un trastorno que se corresponda con el diagnóstico recibido por parte de los profesionales y que sea capaz de identificar los síntomas como propios de la misma.

Cuando la persona se encuentra con dificultades para asumir que padece una enfermedad mental es frecuente que éstas tengan relación con creencias irracionales y el estigma asociado a la misma, aspectos que deberán ser aclarados y discutidos. La persona

puede reconocer estar enferma pero no siempre la enfermedad que dice tener se corresponde con el diagnóstico que le han dado los profesionales. Si esto se debe a la falta de información se resolverá de manera sencilla ajustando los contenidos que se le proporcionan al nivel sociocultural y al estado de sus capacidades cognitivas. En ocasiones, para aumentar el conocimiento de la enfermedad puede resultar útil apoyarse en los informes clínicos de que se disponga. Pero en este punto es importante recalcar la prioridad de llegar a un acercamiento con la persona que le permita sentirse entendida en su modo de comprender su enfermedad y vivenciar las experiencias asociadas a la misma, por encima de la aceptación de etiquetas psiquiátricas y tecnicismos.

En ocasiones la falta de reconocimiento de la misma se debe a la dificultad para identificar las experiencias psicóticas como tales, mientras que en otras la intensidad o el grado de convencimiento sobre la veracidad de delirios y alucinaciones resistentes al tratamiento farmacológico dificulta alcanzar la distancia emocional necesaria para poder hacer crítica de dichas experiencias y poder vivenciarlas como propias de la enfermedad. En estos casos serán apropiadas las intervenciones sobre los síntomas y la puesta en común con personas que han experimentado y/o experimentan experiencias similares, habiendo desarrollado estrategias de afrontamiento.

La confusión entre causas y desencadenantes también es frecuente. Una vez logrado que la persona distinga entre ambas haciendo referencia a otras personas que pasaron por circunstancias similares sin sufrir las mismas consecuencias, es decir, sin padecer la enfermedad, la existencia de hermanos que no padecen el trastorno,... se avanza en el abordaje de la cuestión de la vulnerabilidad. Habrá personas que mantengan que determinados acontecimientos vividos son los responsables directos de su enfermedad y otros alcanzarán a señalar que el hecho de estar pasando por una situación difícil le afectó más que a otros por su mayor sensibilidad o vulnerabilidad. Se tratará de intentar que lleguen a realizar un análisis completo y tomen conciencia de que por sus limitaciones personales (dificultades para relacionarse con los demás o para enfrentarse a cambios o contratiempos) se han visto sobrepasados por determinadas circunstancias o situaciones, lo que les ha llevado a padecer la enfermedad, llegando a estados de pérdida de control y del contacto con la realidad.

Aunque son más frecuentes las intervenciones en el caso de personas que niegan estar enfermas, también es necesario llevarlas a cabo cuando el grado de interferencia en la vida diaria de la persona no se corresponde con su afectación, llegando a considerar que el hecho de padecer una enfermedad mental les incapacita de manera total para la realización de cualquier tarea o actividad, lo que obstaculiza por completo cualquier proceso de rehabilitación, siendo preciso trabajar en la línea de lograr un mayor ajuste. El entrenamiento apoyado en las diferentes técnicas de aprendizaje y estrategias de afrontamiento favorece el incremento de la confianza en sí mismo, posibilitando la modificación a medio-largo plazo del autoconcepto.

10.3.2. Cuestiones relativas al tratamiento farmacológico y su adhesión

Uno de los objetivos más recurrentes en la atención a personas con enfermedad mental crónica es la necesidad de mejorar la adhesión al tratamiento. Las razones por las que las personas abandonan los tratamientos son múltiples y en función de éstas deben ser diseñadas las intervenciones.

En numerosas ocasiones los tratamientos se abandonan, se siguen de manera irregular, se solicitan cambios continuados, etc. por falta de información o por la existencia de ideas equivocadas acerca de sus funciones, los tiempos medios de acción, la tolerancia, los efectos principales y secundarios... La mayoría de las intervenciones que incrementan el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento suelen contribuir a mejorar la adhesión al mismo, así como a incrementar la capacidad para la prevención de las recaídas. Como todas las intervenciones psicoeducativas, la información que se proporciona debe adaptarse al nivel cognitivo y cultural del destinatario, apoyándose en todo aquel material escrito o audiovisual que facilite la comprensión. Ayudar a “descifrar” los prospectos puede ser de utilidad. Pero no siempre que se detecte una falta de información es precisa la intervención al respecto. No todo el mundo desea conocer a fondo la enfermedad y la medicación que toma y no siempre es necesario, e incluso puede llegar a ser contraproducente (en el caso de personas aprensivas) para lograr la adhesión al mismo.

En la práctica diaria los profesionales también se encuentran con personas que aceptan y siguen los tratamientos, mantienen la asistencia a los recursos que necesitan sin objeción alguna, sin conocer las causas o el curso de su enfermedad, ni las funciones de aquellos medicamentos que toman y sin querer aumentar el conocimiento sobre ello, lo que obviamente debe ser respetado, recalando en este punto la necesidad de huir de intervenciones estandarizadas.

En la misma línea que el comentario realizado anteriormente, algunas personas pueden mantener una adecuada adherencia al tratamiento a pesar de atribuir a los fármacos efectos terapéuticos parciales o que no se corresponden con los reales, a pesar de que éstos le hayan sido explicados (personas que dicen tomar medicación neuroléptica porque les anima, la necesitan para dormir, para combatir la ansiedad, regula su sistema hormonal,...), lo que generalmente se encuentra relacionado con la ausencia de una conciencia adecuada del trastorno o con dificultades para aceptar o reconocer el hecho de tener una determinada enfermedad mental, como la esquizofrenia, por el estigma asociado a la misma. En estos casos es necesario actuar con suma prudencia valorando el riesgo de abandono y/o de recaída si se insiste en adecuar la información.

Un número elevado de abandonos son debidos a las molestias generadas por los efectos secundarios. Una de las finalidades de la intervención, como ya se ha mencionado, es mejorar las habilidades para mantener una comunicación efectiva con los diferentes profesionales de la salud. Es importante que la persona pueda hablar de sus dificultades y que los responsables de atenderle sean sensibles a sus comentarios buscando todas las alternativas posibles para la solución de los problemas planteados, que no por frecuentes y casi generalizados, son menos molestos. En este punto son de utilidad las intervenciones encaminadas a preparar los temas a tratar en las visitas a los servicios de salud y los espacios destinados a que personas con circunstancias similares se sirvan de apoyo, desarrollando actividades que favorezcan unos hábitos de vida saludables encaminados a la reducción de los efectos colaterales, cuando es posible aliviarlos.

Un recurso residencial es un entorno idóneo para facilitar la puesta en práctica de este tipo de intervenciones, encaminadas a un adecuado cuidado de la salud o a mitigar los efectos secundarios de la medicación. De esta manera, por ejemplo, se podrá facilitar la realización de ejercicio físico, la elaboración en los programas de cocina de platos lige-

ros, ricos en fibra,...para intentar disminuir el sobrepeso y/o aliviar el estreñimiento, etc. También, de forma añadida, dentro de las tertulias del programa de Educación para la Salud que se realizan en la Residencia se incluyen contenidos relacionados con la enfermedad y su tratamiento que se van eligiendo a demanda de los residentes o dependiendo de las necesidades detectadas. Los grupos son abiertos y aunque puede asistir quien esté interesado, se le propone a aquellos que se considera pueden beneficiarse según sus objetivos específicos. Se han abordado temas tales como el consumo de tóxicos y las interacciones con la toma de la medicación, estrategias para aliviar los efectos secundarios más comunes, técnicas para el control de síntomas...Por último también se ha confeccionado un grupo de higiene del sueño que se desarrolla en horario nocturno con el objetivo de aprender a identificar aquellas dificultades que presentan para la conciliación o el mantenimiento del sueño y facilitar estrategias adecuadas para solventarlas (métodos de relajación,...).

En otros casos la causa de la falta de un seguimiento adecuado se puede deber al deterioro cognitivo frecuentemente asociado, que dificulta el recuerdo de las dosis pautadas, a la falta de destrezas para el afrontamiento de situaciones especiales... La preparación del pastillero semanal y los entrenamientos diarios en todas las tomas que se llevan cabo con las personas que así lo necesitan son un medio excelente para el mantenimiento y mejora de las capacidades o para el desarrollo de estrategias compensatorias eficaces (notas, avisadores,...).

Es frecuente que en los primeros años de evolución de la enfermedad la tasa de recaídas sea alta debido al desconocimiento; pero el aumento de información, aunque indudablemente sea necesario, no siempre resulta suficiente para favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico y los profesionales comprueban, una y otra vez, cómo cada persona, al igual que en otros aspectos de la vida, necesita experimentar por sí mismo. La actitud de quien trata de ayudar resulta crucial, debiéndose dejar de lado las posturas paternalistas que, lejos de informar con objetividad, profetizan, advierten de las consecuencias y posteriormente preguntan cuántas veces tardará el residente en convencerse. Resulta sorprendente cómo la empatía y el respeto por las decisiones de quien padece la enfermedad son herramientas cruciales, alejadas de actuaciones que insisten una y otra vez en las consecuencias que ello tendrá, cuando la persona ya tiene decidido prescindir del tratamiento.

Resulta útil hacer uso de una ficha en que se recoja la información referente a los indicadores de recaídas o pródromos y los síntomas principales que aparecen en las mismas, tratando de buscar conductas objetivas que puedan ser claramente observadas de modo que se pueda establecer un acuerdo, mejor por escrito, fundamentado en el respeto por la autonomía de la persona para tomar sus propias decisiones, acepte el abandono del tratamiento cuando todos los intentos por convencerle para que lo mantenga hayan sido infructuosos. Dicho acuerdo deberá incluir la comunicación con el servicio de salud mental, el incremento de las citas para revisar dichas señales y el modo de actuación de ambas partes en caso de llegar a una situación determinada y predefinida que la persona considera como crítica. Cuando sea posible es mejor que la ficha mencionada se haya elaborado previamente en cualquiera de las sesiones dedicadas a aumentar el conocimiento acerca de la propia enfermedad, sin la intención de abandonar el tratamiento. Es muy importante conseguir una relación de confianza que permita a la persona comunicar abiertamente su intención de abandonar los fármacos y sentirse libre y respetada en su decisión, aunque se dis-

crepe de la conveniencia. Es importante buscar el punto de encuentro en el objetivo que ambos (profesional y residente) comparten: evitar la recaída. Esta actitud de respeto y reconocimiento de los derechos del otro favorece que la persona acepte la ayuda o el apoyo que se le ofrezca para minimizar los riesgos que esto conlleva. Intervenciones de este tipo tienen mayores probabilidades de éxito que la persistencia en posiciones rígidas que prácticamente obligan al otro a ocultar sus intenciones, encubrir sus actuaciones y negar la reaparición de sintomatología relevante hasta que la situación se escapa del propio control.

En ocasiones la persona no realiza comentario alguno sobre su intención de abandonar la medicación, pero los profesionales tienen dudas razonables acerca de la toma real de la misma o la certeza absoluta del abandono encubierto. Es preciso hablar con el residente y hacerle partícipe de dichas dudas. En estos casos puede considerarse la posibilidad de llegar a un acuerdo en el modo de administración (p.e. tomarla machacada) para tener garantías de la ingesta, destacando el hecho imprescindible de hacerlo por consenso. Desde la perspectiva de quien mantiene estar tomándola no es fácil encontrar razones para no hacerlo y en el peor de los casos, cuando no se muestra conforme, suelen aflorar las cuestiones que existen detrás de dicha decisión, hecho imprescindible para su abordaje. Así mismo, llegados a este punto, se le puede plantear, desde el respeto por sus decisiones, el ofrecimiento para llevar a cabo un seguimiento continuado de su evolución y la conveniencia de hacerlo con el apoyo de los profesionales para reducir los riesgos.

10.3.3. Cuestiones relacionadas con los ingresos hospitalarios

A veces las intervenciones no son lo suficientemente eficaces para evitar las recaídas y cuando se requiere la hospitalización de la persona es especialmente importante la continuidad de los apoyos (contactos telefónicos, visitas,...) y del trabajo desarrollado en esta área, siempre que la estabilización del cuadro y la disposición de la persona lo permitan.

En estas cuestiones también es importante realizar valoraciones individualizadas, ya que un ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve puede ser un éxito de la intervención, cuando supone un progreso, en aquellos casos en los que, tras una historia previa de ingresos involuntarios la misma persona detecta el riesgo y solicita una cita con su psiquiatra e incluso acude voluntariamente al servicio de urgencias del hospital.

No se debe olvidar la influencia que para el resto de los residentes tienen las descompensaciones de los compañeros. En unos casos por las tensiones que se generan en la convivencia, aspecto especialmente importante al tratarse de personas vulnerables al estrés, lo que deberá ser tenido en cuenta, interviniendo de manera rápida y coordinada con los servicios sanitarios; y en otros por la repercusión emocional, al revivir acontecimientos personales pasados, debiendo incrementarse entonces los apoyos a aquellos que pudieran necesitarlo.

La percepción por parte del usuario de una adecuada coordinación entre los diferentes recursos de atención es crucial en aquellas ocasiones en las que la persona tenga que ingresar en la Unidad de Hospitalización Breve y sobre todo en aquellas en las que tenga que ser trasladada de manera involuntaria. Resulta necesario que los profesionales de todos los servicios se impliquen y le transmitan un mensaje único ya que puede ponerse en riesgo la continuidad del trabajo realizado.

10.3.4. El papel de la familia

La normalización y eficacia de los procedimientos desarrollados y de las herramientas utilizadas explican que, frecuentemente, sean los propios residentes quienes demanden continuar, en el momento de su salida del recurso, con los hábitos adquiridos y con el uso de las herramientas utilizadas (pastillero semanal, agenda,...). En aquellos casos en los que no se haya logrado una autonomía completa será necesario implicar a la familia en el diseño de las pautas de actuación a seguir para proporcionar a la persona los apoyos concretos que precise, sin perjuicio para la generalización de los logros, sobre todo en lo que se refiere al nivel de autonomía que haya podido alcanzarse.

En otros casos los obstáculos que se encuentran en el momento del regreso al domicilio familiar suelen estar relacionados con el rol de cuidador que han venido desempeñando muchos familiares y/o la tendencia a la sobreprotección, resultando difícil que abandonen las funciones que han venido ejerciendo durante mucho tiempo dificultando el ejercicio de un comportamiento autónomo y responsable.

El pastillero que se utiliza es una herramienta útil para llevar a cabo una supervisión indirecta de la toma de la medicación en aquellos casos en los que debido a las dificultades cognitivas, a la desorganización de la conducta o a la historia pasada, la familia presente dudas sobre la toma de medicación. De este modo, tendrían menos inconvenientes para permitir que sea la propia persona quien se responsabilice de la medicación, evitándose conductas que pueden resultar molestas (recordatorios excesivos, comentarios en presencia de terceras personas,...) y /o dificultar el mantenimiento de la autonomía alcanzada.

10.4. COORDINACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Con el objetivo de optimizar la intervención es preciso que los profesionales de la Residencia estén familiarizados con los contenidos de esta área para que puedan ser sensibles y detectar cuándo la persona realiza manifestaciones al respecto que puedan considerarse relevantes, así como que presenten las habilidades necesarias para explorar estos temas tras surgir un momento propicio.

Teniendo en cuenta que la principal ventaja de un recurso de 24 horas radica en que la relación diaria y casi continua con el residente posibilita la intervención en cualquier momento y permite buscar los más propicios (que pueden no coincidir con aquellos que están establecidos), es indudable que ningún recurso permite llevar a cabo mayor número de intervenciones que aquel en el que la persona vive y toma su tratamiento.

Es importante que se establezcan los mecanismos oportunos para una adecuada coordinación interna entre los diferentes miembros del equipo, asegurando la fluidez de la información de todos aquellos aspectos relacionados con la enfermedad y/o el tratamiento. Es conveniente la existencia de un formato específico, con pautas claras de actuación ante situaciones concretas, al que se pueda tener acceso. También es necesario tratar en las reuniones de equipo aquellos aspectos que por su relevancia deban ser conocidos por los diferentes miembros, para que se intervenga del mismo modo, con el conocimiento preciso de cada objetivo. De una manera práctica, por ejemplo, se pueden colocar etiquetas con un

código de signos en los pastilleros o cajetines que contienen la medicación, con el objetivo de permitir que de cara a promover la autonomía del residente en la toma de la medicación el profesional cuente con la información necesaria para saber el grado de autonomía del usuario, si debe recordarle la toma o esperar a que él mismo la pida, si debe preguntarle por la pauta antes de entregarle la medicación en el caso de necesitar que se fomente el conocimiento de la prescripción, si debe supervisar de un modo especial la toma, etc.

En muchas ocasiones se puede constatar que en el contexto de un despacho no siempre se manifiesta la información o la sintomatología que se puede observar en un entorno más normalizado. Por ello es importante que cualquier profesional con quien el usuario se relacione sea sensible a los comentarios o hechos relevantes de los que pueda tener conocimiento para que, oportunamente transmitido, sea valorado por el equipo y puedan vertebrarse las intervenciones apropiadas en caso de resultar conveniente.

La idea contenida en el párrafo anterior debe tenerse en cuenta tanto en lo que se refiere a la coordinación dentro del propio recurso, como a la externa. Resulta crucial que todos los profesionales implicados en la atención, dentro de la lógica de la continuidad de cuidados, tengan clara la necesidad de compartir la información y de ser receptivos a aquella que desde otros profesionales y/o recursos sea proporcionada. En ocasiones se puede actuar desde posiciones cerradas, considerando que se dispone de la visión más completa y ajustada a la realidad del individuo porque se le conoce desde antes, o porque se tiene una responsabilidad mayor a la hora de tomar decisiones, desestimando aspectos que pueden ser importantes por el simple hecho de que uno no lo ha observado directamente. Es crucial que las intervenciones sean el resultado consensuado de un trabajo conjunto al que contribuyen los diferentes profesionales y no un conjunto de actuaciones realizadas de manera independiente desde las diferentes funciones que se desempeñan en la atención al residente.

10.5. CONCLUSIONES

Ya se hizo referencia, al inicio, a los objetivos principales del programa, que no son otros que la mejora de la autonomía personal en los cuidados que requiere la enfermedad y el aumento de la capacidad de control que la persona pueda tener sobre la evolución de la misma. Si la rehabilitación psicosocial pretende la integración de la persona en su entorno y su mayor capacitación para llevar a cabo una vida normalizada con los mayores niveles de autonomía e independencia posibles, la prevención de las recaídas y la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis son objetivos que subyacen a todas las intervenciones. El diseño presentado a lo largo del capítulo viene a complementar a todas aquellas destinadas a la mejora de la competencia personal y en consecuencia a la disminución de la vulnerabilidad del individuo.

Se considera crucial consensuar las actuaciones, evitando posturas directivas que sean aceptadas por la persona de una manera pasiva mientras se encuentre en el recurso. De esta manera se facilitará la generalización de los logros alcanzados una vez que la persona abandone la Residencia. Por todo ello es esencial el establecimiento con el residente de un vínculo de confianza y una alianza terapéutica basada en una alta sintonía con sus necesidades, evitando en todo momento las intervenciones intrusivas y/o sobreprotectoras, abogando por un rol de apoyo pero siendo él mismo el agente activo en el manejo de la enfermedad.

CAPÍTULO 11. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

M^a de los Ángeles Agudo; Beatriz Sánchez y M^a Francisca Barroso

11.1. FUNDAMENTACIÓN

Varios autores, a la hora de describir las habilidades sociales, coinciden en definir las como conductas o destrezas cognitivo-perceptivas, que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, capacitando a las personas de un proceso de afrontamiento, por el cual se logra la capacidad social; se concretan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, aptitudes y percepción del contexto interpersonal, y posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social.

Parte de estas personas con enfermedad mental, presentan, un escaso contacto ocular, una expresión facial inapropiada, gestos y posturas inadecuados, tiempo de respuesta o sincronía deficiente y muy escasos índices de interacción social espontánea.

La falta de estas habilidades hace que las personas con enfermedades mentales sean percibidas, tanto por sus familias, conocidos y el resto de la sociedad, como “raros” o incluso amenazantes, interfiriendo en el proceso de relación y favoreciendo una estigmatización y aislamiento social, haciendo que no salgan de casa y no expresando sus síntomas a la familia. Todo esto se complica cuando existe en la familia una sobreprotección, no dejando que puedan valerse por sí mismos, creando una coraza con la enfermedad mental. En muchas ocasiones pueden desaparecer la mayoría de sus habilidades sociales, que tenían antes de sus primeras recaídas, haciendo que esto repercuta negativamente en su asertividad.

Varios estudios afirman que esta falta de entendimiento en el ámbito familiar, hace que aumenten la tensión y el estrés, que son unos predictores potentes de las recaídas en la esquizofrenia y depresión. Con el entrenamiento en habilidades sociales, se trata de mejorar las habilidades de comunicación y de resolución de problemas, tanto de las personas como de sus familias, ayudando también a resolver el déficit en áreas de funcionamiento muy importantes para un desenvolvimiento correcto en la comunidad, facilitando la supervivencia en la misma y ayudando a satisfacer sus necesidades emocionales.

Un lugar idóneo para trabajar las habilidades sociales, es sin duda la Residencia, ya que es el lugar de convivencia habitual para estas personas, por un período variable de tiempo. Aquí se tiene la oportunidad de observar directamente a los usuarios en un contexto completamente natural, desde primera hora del día (por ejemplo, interactuando con su compañero para pedir la vez en el baño), en las visitas de sus familiares, a la hora de hacer salidas etc.

11.1.2. Objetivos generales

Los objetivos generales que se han de plantear en un programa de entrenamiento en habilidades sociales dentro de un entorno residencial son:

-
- Dotar de las habilidades necesarias, para incrementar la comunicación en sus relaciones personales, así como mejorar su asertividad, aumentando sus redes sociales.
 - Mejorar las habilidades de resolución de problemas, para así reducir el estrés producido tanto en su contexto familiar, como en la comunidad.

11.1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos se concretan en los siguientes:

- Aprender a reconocer y a interpretar todos los componentes de la comunicación verbal, no verbal y paralingüísticos, para así poder mantener una conversación adecuada.
- Aprender todas las habilidades necesarias para iniciar, mantener y finalizar una conversación en diferentes contextos sociales.
- Aprender las capacidades necesarias para expresar opiniones.
- Mejorar la capacidad empática.
- Aumentar las habilidades necesarias para poder realizar compras, pedir información, trámites burocráticos, etc.
- Aumentar la asertividad, y así disminuir el estrés que produce determinadas situaciones.
- Favorecer la generalización de todas las habilidades aprendidas, en contextos protegidos, para que las pueda desempeñar en ambientes reales

11.2. EVALUACIÓN

Lo bueno de trabajar las Habilidades Sociales en una Residencia es que al vivir ahí la persona, es más fácil de conseguir una evaluación con una alta validez ecológica ya que se huye de hacer valoraciones psicométricas de validez dudosa y se apuesta claramente por la realización de una evaluación observacional por parte de todo el equipo interdisciplinar del centro además de las oportunas entrevistas semiestructuradas con el usuario y su familia o entorno inmediato. Es decir, el trabajo de mejora de las Habilidades Sociales en una Residencia se debe hacer de manera transversal, por lo que su evaluación también se hace de este modo.

11.2.1. ¿Quién evalúa?

Los principales evaluadores son los trabajadores de la Residencia porque obtienen una información muy rica al poder observar a la persona en los diversos momentos del día. Es importante que todos participen en esta tarea. Por un lado los monitores junto con

el terapeuta ocupacional, quienes tienen la posibilidad de observar a la persona en las diferentes actividades que realiza, dentro de la Residencia y en las salidas. El psicólogo se encarga de recopilar la información de las diferentes fuentes y a través de la observación directa, entrevistas y cuestionarios la complementa. Así se establece un programa de intervención durante el cual se continúa evaluando las habilidades de la persona a través de la observación, registros y autorregistros.

Otras fuentes igualmente importantes son: los profesionales del centro de salud mental, las personas cercanas al residente (familiares, amigos, compañeros de la Residencia...).

11.2.2. ¿Cuándo se evalúa?

La evaluación es continua, es decir, se evalúa antes del entrenamiento, durante y después de éste.

11.2.3. ¿Dónde se evalúa?

a) Dentro de la Residencia:

- la información se empieza a recoger desde el momento en que la persona acude por primera vez al recurso y se realiza la entrevista de acogida, la cual permite observar la comunicación verbal y no verbal. No obstante hay que tener en cuenta que es la primera interacción presencial con el usuario, por lo que son importantes los siguientes aspectos:
 - Expectativas del usuario respecto a su estancia en la Residencia
 - Nivel de ansiedad.
 - Quien le acompaña al ingreso. En ocasiones la persona que acompaña suele contestar por el residente. En este caso es muy significativa la información que obtenemos sobre el nivel de asertividad.
- Esta información inicial se complementa en los días siguientes con otras entrevistas e instrumentos de evaluación y observando día a día a la persona cuando realiza sus Actividades de la Vida Diaria, cuando acude a grupos, interactúa con sus compañeros y con los trabajadores, recibe visitas...

b) Fuera del recurso, podemos completar la evaluación recogiendo información sobre las salidas a casa o visitas a amigos, excursiones organizadas por el centro, la realización de trámites burocráticos y compras, las visitas al psiquiatra u otros médicos...

11.2.4. ¿Cómo se evalúa?

Al igual que se recoge información de distintas fuentes y contextos es importante combinar el uso de varios instrumentos de evaluación:

-
- En una Residencia, la principal fuente de información para evaluar las habilidades sociales es la observación “multipersonal”, es decir, no sólo es valiosa la información que procede de los distintos profesionales que trabajan en ella, si no también la de los propios usuarios del centro. En este tipo de recursos es posible observar directamente a la persona en un contexto natural las 24 horas al día, lo cual supone una gran ventaja frente a otro tipo de métodos de evaluación más indirectos como los cuestionarios y escalas.
 - Una prueba de screening. Es un método muy práctico y rápido para discriminar determinados problemas de competencia social. Un ejemplo puede ser el anexo 4.
 - La entrevista resulta también de gran utilidad ya que permite precisar y completar información que no puede obtenerse a través de la observación. Existen varias entrevistas estructuradas para evaluar las habilidades sociales entre las que destaca la *Entrevista dirigida para habilidades sociales de Vicente E. Caballo (1987)* por su integridad y claridad.
 - Las medidas de autoinforme resultan ventajosas porque permiten complementar la información recogida en la entrevista y economizar el tiempo por poderse aplicar grupalmente. Igualmente se cuenta con un amplio abanico resaltando la *Escala de Autoexpresión para Adultos (ASES, Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975)* o el *Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, Rathus, 1973)*
 - Los autorregistros son de interés para evaluar los componentes encubiertos de las conductas, es decir, las cogniciones que acompañan al desempeño de las habilidades y los antecedentes y consecuentes que las siguen. Por tanto permiten acceder a información que de otra manera resultaría imposible. Resultan muy útiles como complemento de la observación. Un ejemplo de ello se incluye en el anexo 5.

11.2.5. ¿Qué se evalúa?

Las principales áreas a evaluar son:

- Las habilidades sociales básicas, es decir, los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos (ver anexo 6).
- Las habilidades de conversación: iniciación, mantenimiento y finalización de las interacciones sociales, la expresión de opiniones, la escucha activa, la empatía, el uso de preguntas y respuestas abiertas vs. cerradas, conversar sobre temas personales vs. impersonales, la habilidad de sintetizar y resumir, los cambios de tema y las autorrevelaciones. Esto se puede evaluar en muchísimos contextos como por ejemplo, a la hora de esperar en cualquier situación (comedor, grupos de trabajos).
- Las habilidades instrumentales: estas son las que se necesitan, por ejemplo, para la realización de trámites burocráticos, petición de información o realización de compras...

-
- La asertividad: la capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos a los demás (manejo de críticas y cumplidos), la defensa de los propios derechos o el manejo de peticiones. En una Residencia este aspecto es muy importante ya es el lugar donde los usuarios viven y conviven, y van a necesitar de estas habilidades para mantener un buen ambiente de convivencia.
 - La competencia en la solución de problemas. A lo largo del día se van a encontrar con multitud de problemas, sobre todo de convivencia que han de resolver. Por ejemplo: demanda de tabaco, *“no me llama la familia”*, *“me falta dinero para terminar el mes y he de solucionarlo”*, etc.
 - El tipo de interacciones: con el mismo sexo, con el sexo opuesto, con familiares, con amigos, con figuras de autoridad, con compañeros de trabajo, con compañeros de la Residencia, en situaciones grupales, en situaciones de hablar en público...
 - Otra sintomatología que podría interferir a la hora de poner en marcha las habilidades sociales tales como creencias delirantes, ansiedad social o incluso creencias erróneas en torno al contacto social, como por ejemplo *“yo no puedo resultar interesante a nadie, mi conversación no les atraerá, luego mejor no me relaciono con nadie”*. Hay algunas personas que sí poseen habilidades sociales adecuadas pero son incapaces de ponerlas en marcha por estas variables y el entrenamiento no debe centrarse en la recuperación de las habilidades sociales sino en eliminar las barreras que impiden que se pongan en marcha.
 - Red social de apoyo

11.3. METODOLOGÍA

Una vez realizada la evaluación de las habilidades sociales se inicia el entrenamiento propiamente dicho, aunque en el contexto real de la Residencia es complicado separar tan claramente la fase de evaluación con la del entrenamiento.

El entrenamiento de las habilidades sociales en una Residencia ha de ser transversal, entendiéndose como tal, que además de trabajarse en un programa específico de Habilidades Sociales, que más tarde se mostrará, se debe intervenir en todos los programas y ámbitos de lo que es el trabajo con la persona con enfermedad mental crónica. Es decir, se puede trabajar tanto desde el programa de ocio y tiempo libre (pedir información al ayuntamiento sobre actividades culturales), en el de cocina (acudir al mercado a comprar los alimentos y salvar cualquier contratiempo), club de lectura, taller de exposiciones y debates (respetar turnos de palabra, respetar opiniones, aceptar críticas.) asambleas (expresar opiniones y peticiones), etc.

Por lo tanto, el entrenamiento ha de llevarse de una manera flexible, y no basarse solamente en un programa estructurado y específico de habilidades sociales. Por ejemplo, ante una mala contestación de un residente a un compañero porque éste le ha quitado un cigarrillo, se le puede llamar al despacho y realizar un análisis de la situación, de sus sentimientos y de cómo le puede expresar a su compañero de una forma más asertiva y menos

agresiva su sentimiento, así como hacer una petición de cambio. Es un tipo de entrenamiento no estructurado pero con una alta eficiencia pues no necesita de la fase de generalización de los programas estructurados de entrenamiento en habilidades sociales.

No obstante, muchos aspectos del entrenamiento en habilidades sociales se benefician de un programa específico y estructurado de formato grupal porque presenta las ventajas de facilitar el modelado, intercambiar información, recibir feedback de los demás componentes del grupo, generar un contexto de apoyo y economizar tiempo. Esto no excluye, como hemos visto antes, el entrenar ciertas habilidades de forma individual.

La duración del programa oscila entre las 40 y 50 horas distribuidas en sesiones semanales de aproximadamente una hora. La composición del grupo es variable y heterogénea. Es decir, en un contexto residencial es difícil trabajar con un ideal de grupo homogéneo en cuanto a nivel de funcionamiento social y cognitivo, ya que el número de residentes en un centro de estas características suele oscilar entre 20 y 30 personas, con diferencias en las estancias temporales y muy diferentes grados de funcionamiento.

El programa se estructura en varios módulos que, estando estrechamente vinculados entre sí, son independientes, por lo que en algunos casos, los usuarios podrán asistir a uno u otros en función de sus características individuales. Las áreas de entrenamiento son las siguientes:

- Habilidades sociales básicas
- Habilidades de conversación
- Habilidades instrumentales
- Asertividad
- Solución de problemas

El esquema básico de una sesión queda organizado de esta manera:

- Saludo
- Repaso de la sesión anterior donde se aclaran posibles dudas y dificultades
- Entrenamiento de un nuevo área:
 - Presentación del tema
 - Importancia y utilidad
 - Puesta en común de experiencias, opiniones, dificultades...
 - Identificación de dificultades mediante role-playing (acompañado de feedback)
- Entrenamiento de la habilidad
- Discusión: comentarios y preguntas
- Despedida

El material empleado a lo largo de las sesiones es la pizarra, lápiz y papel, registros, fotografías de revistas, vídeos, cassettes...

11.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

A continuación vamos a describir unas premisas de las que se pueden partir para diseñar un programa de habilidades sociales. Se pueden utilizar los siguientes componentes:

-
- Ensayo de conducta
 - Modelado
 - Representación de papeles
 - Retroalimentación / moldeado
 - Técnicas cognitivas
 - Generalización

11.4.1. Ensayo de conducta

Se trata de una parte muy importante del EHS. Este se puede dar en cualquier situación de la vida cotidiana dentro de la Residencia, no obstante describiremos una situación de grupo estructurada, en la que la persona representa escenas que simulan situaciones de la vida real. Por ejemplo, se le pide que describa brevemente la situación-problema real que le preocupa y a las personas implicadas (*“Juan me pide constantemente tabaco”*). Si las otras personas están disponibles es mucho mejor para resolver el problema.

En estas sesiones es necesario:

- Descripción de la situación problema: *“Juan me pide tabaco constantemente”*.
- Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del protagonista (*aprender a decirle “no” de manera asertiva*).
- Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo: Se puede hacer una tormenta de ideas entre todos los residentes que participan en el grupo y se elige la más adecuada a la situación valorando, entre todos, las ventajas y desventajas de cada propuesta.
- Demostración de esta respuesta por algún miembro del grupo o por el terapeuta. Normalmente se eligen los tres tipos de respuesta más frecuentes para comentar las posibles consecuencias:
- Pasiva: *“bueno toma un cigarro, pero es el último que te doy”*
- Agresiva: *“¡ya estoy harto de que me pidas tabaco!, como me pidas de nuevo te vas a enterar”*
- Asertiva: *“comprendo que te guste fumar y te quedas rápidamente sin tabaco, pero si sigo dándote estaré en tu misma situación, y seré yo el que te pida; lo siento, pero no te lo doy”*
- Selección de una estas respuestas.
- Ensayo de una respuesta competente por el usuario.
- Evaluación de la efectividad de la respuesta por el residente y por otros miembros del grupo.

-
- Sugerencias de otros miembros del grupo.
 - Reensayo de la misma respuesta y nueva evaluación.

11.4.2. Modelado

Se trata de un aprendizaje por medio de la imitación. En una Residencia es una herramienta muy rica ya que se puede utilizar distintos modelos según la situación a entrenar. No obstante, es más efectivo cuando el *modelo* (la persona a imitar):

- Transmite confianza y seguridad.
- Sea lo más parecido al residente en cuanto al sexo, edad, .
- Sea simpático y amable
- Si recibe recompensas por lo que hace.

Esta *técnica* será más *efectiva* cuando:

- La situación presente las conductas a imitar con claridad y con precisión
- Se realice de forma gradual, de menor a mayor dificultad,
- Que tenga las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios
- Empleando diferentes modelos en lugar de uno sólo.

Además, el *residente* que observa el modelo *debe*:

- Saber que tiene que imitarlo
- Asumir una actitud similar
- Atraerle el modelo a imitar
- Obtener recompensa por realizar las conductas observadas.
- Atender al modelo
- Retener lo que el modelo expone
- Tener capacidad para reproducirlo

11.4.3. Representación de papeles (Role Playing)

Se trata de que el residente desempeñe un papel, para el que se debe dar suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar. En muchas ocasiones, “el actor” se deja llevar por el papel del usuario, por lo que se corre el riesgo de que el ejercicio quede incompleto.

Es una técnica muy divertida y muy utilizada, en la que juega un papel muy importante el sentido del humor, ya que en ocasiones ayuda a relativizar conductas problema.

Un ejemplo de una situación a utilizar en un role play es: “*Tienes un amigo que te pide 1 € todos los días. Aunque él te suplique, debes insistir, y aguantar aunque insista mucho y te de mucha pena. Intenta aguantar su insistencia al menos unas cinco veces*”.

11.4.4. Retroalimentación

Se trata de dar al usuario información sobre cómo ha sido su intervención en la situación problema. Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje. Se ha de destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación. Salvo algunas excepciones, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican los efectos positivos. Un ejemplo de elogio concreto, y por tanto eficaz, que se puede hacer es: *“Antonio has estado fenomenal cuando le has explicado a Juan que no le podías prestar dinero”*.

La retroalimentación es más efectiva si:

- Se especifica por adelantado las conductas clave de modo que durante la representación los observadores puedan concentrarse en los puntos relevantes.
- Se centra en la conducta y no en la persona (lo que hace y no lo que es).
- Es detallada y específica.
- No se retroalimenta más de 3 conductas.
- Se hace directamente a la persona.
- Se centra en lo positivo, sugiriendo la mejora y el cambio.

11.4.5. Técnicas cognitivas

En este caso se utilizarán para ayudar a la persona en todo aquello que está referido al cambio de ideas irracionales, expectativas irreales, baja autoestima, falsos niveles de atribución, distorsiones cognitivas, etc.

11.4.6. Generalización

Lo más importante en cualquier programa no es el rendimiento obtenido en el lugar donde se ha realizado, sino en la vida real del residente.

Los procedimientos vistos no son efectivos por sí solos. Sin la suficiente práctica, las conductas problema tienden a reaparecer. Hay que tener en cuenta que son las conductas correctas las que hay que practicar y que sin un modelo anterior o una situación similar, el rendimiento del residente casi no mejorará en relación al nivel inicial. Una vez realizado el modelamiento y la representación de papeles, las conductas recién aprendidas tienen una gran probabilidad de mantenerse, pero esto no sucederá a menos que los residentes vivan esas conductas como experiencias recompensadas. Por este motivo destacamos la necesidad del refuerzo, sobre todo el auto-refuerzo.

Por eso, el mandar “deberes”, es un buen entrenamiento para fomentar la generalización. Porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en situaciones diferentes. Estas tareas deben elaborarse y acordarse con la persona que debe llevar un registro de las tareas con los éxitos, nivel de ansiedad, dificultades experimentadas, etc. (Ver anexo 5).

CAPÍTULO 12. OCIO Y TIEMPO LIBRE

Deborah Martínez y Cristina Insúa.

12.1. LA IMPORTANCIA DEL OCIO

La defensa del ocio se halla en la categoría *jurídica* más importante: los Derechos Humanos. Las acciones que se ponen en marcha para suprimir obstáculos que impiden a las personas disfrutar de todos sus derechos, aparecen en el Art.49 de la Constitución. Una vida que tenga elementos de ocio se relaciona con la *calidad de vida*. Existen estudios donde aparece la percepción de la propia competencia personal como determinante en las personas con trastornos mentales crónicos. La autodeterminación que hace experimentar el ocio, y el apoyo social que conlleva, son relevantes para ayudar a las personas en sus procesos de afrontamiento y adaptación, lo que a su vez fortalece su capacidad para tener una vida de calidad (Rosenfeld, 1992).

Se produce, por otro lado, una influencia del ocio en el *mantenimiento y recuperación de la salud*. Las actividades “ocupacionales” habitualmente abarcan la mayor parte del tiempo humano, sin tener por ello que ser más importantes que otras áreas del comportamiento. Como actividad de este tipo, las actividades de “esparcimiento” suponen la contraposición a las actividades de cuidado personal y trabajo, responsabilidades familiares y sociales. Están caracterizadas por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. Posibilitan el autoconocimiento y son medio para la expresión de facetas diversas de la persona. Las actividades de ocio y tiempo libre contribuyen a mantener el estado de salud física y a satisfacer necesidades de pertenencia, siendo un medio de relación (Gary Kielhofner, 1980).

El ocio fortalece el bienestar de una sociedad como un todo, ayuda a la *integración en la comunidad*, proporciona sentimientos de competencia e identidad y permite jugar determinados roles. El ocio que las personas llevan a cabo se vincula a la cultura, y dice mucho sobre los valores, ideales y filosofía de vida de una sociedad. Éste es el área donde se renuevan y mantienen vínculos personales. Se puede organizar alrededor de amigos y/o familia y el ocio dependerá en gran medida de la calidad de las relaciones y de la naturaleza de las actividades (Levine, 1984; Morgan y Jongbloed, 1990).

12.2. OCIO EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y PERSISTENTES

Las personas con trastornos mentales crónicos no tienen hábitos de ocio diferentes del resto de población, según estudios recogidos por Gorbeña y cols. (2000) aunque experimentan dificultades fruto de las consecuencias del trastorno y de la respuesta social a éste. Una de las barreras más habituales es el cambio de la situación económica, que puede provocar el que no se puedan desarrollar actividades que anteriormente se hacían.

Sí destaca, la escasa práctica deportiva y las actividades sociales de tipo comunitario, donde, al menos respecto al deporte, se hace necesaria la motivación y dotación de recursos necesarios para iniciarse en este tipo de actividades relacionadas con el mante-

nimiento y mejora de la salud. Además, los problemas de integración social dificultan el desarrollo de actividades de ocio con personas que no pertenezcan a la familia de origen o al ámbito de la salud mental.

Los elementos que con más frecuencia afectan directamente al disfrute del tiempo de ocio que se pueden detectar en los residentes son los derivados de:

- Dificultades para comenzar o dar continuidad a una actividad.
- Desconocimiento de las posibilidades de disfrute de las actividades de ocio.
- Conocimientos, habilidades o destrezas insuficientes para el desarrollo o el acceso a las actividades.
- Expectativas inadecuadas, falta de interés o falta de valoración de lo que se va a realizar.
- Limitación de medios materiales y económicos.
- Dificultades de comunicación y relación.

12.3. EVALUACIÓN Y OBJETIVOS

Para evaluar el ocio son frecuentemente utilizados las *entrevistas* y *cuestionarios*, como por ejemplo el Inventario de intereses ocupacionales de ocio (LOI y LOII de Stein y Cutler, 1997).

Se han de detectar los intereses y gustos del usuario, las actividades realizadas en el pasado, las capacidades y fortalezas que le facilitan el llevar a cabo actividades de ocio, los recursos sociales y económicos, la valoración que éste hace del ocio, así como las demandas y apoyos del entorno.

También se emplean *registros de observación* (Ejemplo: fichas de actividad) durante el desarrollo o seguimiento de la intervención. Deben buscarse índices de impacto que reflejen la repercusión de los objetivos conseguidos en otras áreas y programas, por ejemplo: el aumento de contactos sociales fuera de la Residencia, la mejora de las capacidades físicas o la disminución de demandas de atención innecesaria.

Los *objetivos generales* del ocio en la Residencia podrían ser citados como aquellos destinados a mantener y/o mejorar:

- La confianza y el autoconcepto.
- La autonomía y satisfacción en el uso del tiempo libre.
- La red de apoyo y soporte social y comunitario del residente.

12.4. METODOLOGÍA

La metodología de los programas de intervención sobre los hábitos de ocio podría dividirse en dos dimensiones básicas: ocio dentro o fuera de la residencia y desarrollo individual o grupal.

Las características propias de las Residencias se relacionan con el tipo de intervenciones y actividades de ocio que se puede desarrollar en ellas, como:

-
- Celebraciones festivas de carácter anual (Ejemplo: fiesta de navidad), o esporádicos (Ejemplo: cumpleaños, barbacoas, concursos, fiestas, representaciones...).
 - Actividades grupales organizadas (por ejemplo relacionadas con el ocio creativo: música, teatro, pintura, cerámica...).
 - Realización de actividades deportivas, planteadas también desde la promoción de la salud (Ejemplo: ir a la piscina, a la bolera, hacer yoga, deportes...).
 - Ayuda a los residentes a poner en común intereses y apetencias en la realización de la actividad compartida con otros (Ejemplo: formar un grupo para salir a merendar o ir al cine).
 - Entrenamiento en la búsqueda de información sobre los recursos de animación sociocultural y tiempo libre y en la planificación material, temporal, espacial y social de su tiempo de ocio así como asistencia necesaria para llevarlo a cabo (Ejemplo: poner en su conocimiento la programación de televisión con una guía y que seleccione el contenido de los programas que ve o encargarle ir a buscar un tríptico del centro cultural).
 - Organización o facilitación de actividades de ocio durante el tiempo libre de la persona poniendo a su disposición los materiales y el apoyo necesario para realizarlas (Ejemplo: juegos de mesa, manualidades, coleccionismo, actividades audiovisuales, aficiones, tocar instrumentos, leer o cualquier otro interés de ocio).
 - Facilitación de las relaciones familiares y de amistad, contacto con asociaciones, clubes y relación con otros residentes. También es necesario el aspecto comunitario, involucrando al máximo posible al entorno próximo (Ejemplo: pedir la colaboración del responsable del videoclub al que van con asiduidad).
 - Organización de salidas y excursiones. Estas actividades se utilizan como vía de relación, contacto y disfrute, e implican el uso de un gran número de recursos comunitarios: medios de comunicación y recursos de transporte, culturales, paisajísticos, deportivos, sociales y de ocio del entorno.

12.5. EL GRUPO DE OCIO EN LAS SALIDAS

Si se analiza la actividad, ésta posee aspectos comunitarios, sociales y psicomotores que la caracterizan. La actividad demanda un estado físico adecuado para la marcha y acceso al tren, autobús... habilidades sociales de conversación, capacidad de cálculo, hacer presupuestos, empleo de medios de transporte y recursos comunitarios, orientación a la realidad, control del tiempo y orientación espacial, autocontrol de hábitos saludables, seguridad vial, etc. Asimismo puede relacionarse con la alimentación en público, con lo que ello supone para la integración, así como el aseo, vestido y arreglo personal.

La salida puede suponer el entrenamiento de todos estos componentes transferibles a otras actividades (por ejemplo: se utilizará la autonomía en el transporte y dominio del espacio para hacer alguna gestión o las habilidades de planificación para organizar la visita a un familiar).

A su vez durante la salida se aplican aprendizajes de diferentes programas, como por ejemplo el emplear el conocimiento de una noticia de actualidad para introducir un tema de conversación, ser capaces de pedir el café descafeinado, dar las gracias a quien te vende una entrada, disfrutar del hecho de estirar las piernas o leer la cartelera de cine.

En definitiva, las salidas grupales suponen un medio de intervención (*ocio terapéutico*) y un fin en sí mismas (*ocio recreacional*) al estar realizándose una actividad normalizada de ocio. Contribuye a generar sentimientos de independencia y eficacia personal. Disminuye la sensación de abandono o encierro si existe, aumentando el espacio en que la persona se mueve con autonomía y confianza. También se desarrollan roles sociales. El mero echo de salir del ambiente habitual puede suponer una motivación en sí, respondiendo a las necesidades de expansión del sujeto, posibilitando explorar nuevos ambientes con la protección que da el grupo de ocio. También puede ser motivadora la satisfacción biológica de comer/ beber o el contacto social, las motivaciones sexuales, etc... Las emociones negativas generadas pueden venir dadas por la propia naturaleza de la actividad (grupal y fuera de la Residencia), el establecimiento de responsabilidades y toma de decisiones o sensaciones de ineficacia ante las demandas.

En el desarrollo de las salidas en grupo se pueden encontrar una serie de cuestiones comunes:

- *Déficits físicos:* Incluir en la actividad, por ejemplo, a personas que caminen sensiblemente más despacio que los demás puede hacer necesario que éstas salgan antes de la Residencia (en dirección al metro o al centro comercial) y que por otro lado después, se produzca un refuerzo social percibido por el residente que se está esforzando por ir (felicitaciones y ánimos de aquellos con los que va). La fuerza grupal permite influir positivamente o negativamente en la motivación de estas personas para repetir la experiencia y su iniciativa para decidirse a ir.
- *Metodológicas:* La presión de los residentes en contra del profesional llegado el momento de salir puede ser muy común. Por ejemplo, son muy habituales las situaciones en las que alguno manifiesta una conducta opositora a nivel verbal para realizar la actividad y acto seguido los demás se suman. Esto puede evitarse adquiriendo el compromiso para la actividad de forma individual en todo momento. Se prevé más éxito si la negociación con el residente se produce en privado, intercambiando argumentos y llegando a acuerdos individuales. Discutiendo la pertinencia o no de salir con todos a la vez se impide ubicar a la persona en la realidad de su proceso rehabilitador, puesto que no se deben poner de relieve los déficits de un usuario delante de los demás y será más difícil el razonar con él. Para evitar que el residente emplee la presión de grupo en contra del educador es conveniente ir pactando individualmente, de tal modo que todos se pongan en movimiento sin que, hasta el momento de estar fuera, se configure el grupo de ocio como tal. Esta estrategia inicial debería ir variando para que las propias personas se ocupen de la planificación y de la búsqueda del compromiso de los compañeros, con la menor intervención posible de los profesionales.

El mismo tipo de problema surge en el arreglo (afeitado, peinado, colonia, maquillaje...) y en el vestido, cuando la conducta opositora es imitada por los demás residentes. Puede dar buen resultado comenzar a dar indicaciones respecto a la

imagen y adecuación de la ropa a quienes se sabe que van a colaborar, y emplear estas conductas de imitación a favor de los profesionales, al aceptar los demás las indicaciones con mayor facilidad. También la imitación del educador que modela llevando ropa deportiva en una salida al campo o se arregla con ellos para salir al teatro es una técnica utilizable para estos fines.

- *Estigmatización:* En cualquier caso no se debe olvidar que las creencias de la sociedad y la atribución de roles tienen mucho que ver con la imagen y el aspecto personal. Abordar este problema con la persona significa favorecer el acercamiento del mismo al ocio normalizado a través de recursos comunitarios, a la vez que supone un contexto natural para que esa conducta sea reforzada, puesto que el ambiente residencial no lo hace muchas veces. Durante el desarrollo de la salida el papel del educador también puede contribuir a paliar este problema, adquiriendo unas funciones discretas y abandonando comportamientos segregadores. Una vez en la calle, al funcionar como uno más del grupo, el profesional aumenta la autonomía de la persona. Es importante en este sentido tener cuidado en no sobreproteger más allá de lo estrictamente necesario a los usuarios, graduando la ayuda prestada y valorando a qué residentes se da y quienes no, para evitar el favorecer actitudes dependientes. Hay que tener especial cuidado en este tema en lo referente a horarios, transporte, dinero y habilidades sociales.
- *Planificación:* En la planificación de la salida o excursión, la intervención de quien se encarga del grupo es muy variable. El residente puede estar implicado en diferente medida según la actividad que se vaya a realizar. En muchas ocasiones un residente o grupo de ellos se puede encargar de determinar hora de salida y llegada, modo de transporte, presupuesto, búsqueda de información, etc. Otras veces se hace necesaria la ayuda por parte del profesional para facilitar información o solicitar un descuento de grupo vía fax, por ejemplo. En cualquier caso es fundamental la participación activa de la persona en la generación de alternativas y toma de decisiones relativas al tipo de actividad que se lleva a cabo y su planificación.
- *Cuestiones económicas:* Pueden ser salvadas las dificultades cuando éstas parten de una percepción errónea del gasto por parte de la persona, que se pueden argumentar objetivamente elaborando presupuestos. Sin embargo, en ocasiones se encuentran dificultades para que los usuarios puedan acceder a determinadas ofertas de ocio debido a la falta de medios económicos. En este caso estas dificultades se pueden soslayar facilitando la búsqueda de ofertas culturales o de ocio que puedan cuadrar con sus presupuestos, o que son gratuitas.
- *Conductas problemáticas:* Demandan una respuesta del profesional que acompaña en la salida, que adquiere un papel protagonista cuando surgen problemas. La heteroagresividad con otros usuarios del grupo se puede dar derivada de la pérdida del control ambiental (al encontrarse fuera del contexto físico habitual de la Residencia). En estos casos se debe intentar modificar las condiciones del entorno en la medida de lo posible, o bien puede ser imprescindible sacar al residente de ese contexto (por ejemplo si se está en un parque y hay niños). Sin embargo, que alguien se despiste del grupo puede no ser un problema si lleva encima una tarjeta del centro con el teléfono. Se dan por tanto situaciones con-

flictivas que bien son inesperadas y que requieren rapidez de decisión o que bien pueden preverse y anticipar soluciones.

12.6. APUNTES SOBRE LA MOTIVACIÓN

Doble (1988) identificó cuatro determinantes de la motivación intrínseca del ocio en relación al tipo de actividad:

- a) La facilitación, adaptación u orientación del entorno a la tarea.
- b) La valoración que el sujeto hace de la actividad en función de su significado social o a partir de elaboraciones personales en base a la experiencia previa. Cómo la persona valora en su vida las actividades de ocio es un elemento fundamental que se incorpora en la evaluación e intervención de los programas de ocio.
- c) La oportunidad que proporciona la actividad de adquirir mayor percepción de control personal.
- d) La capacidad de la actividad para generar sentimientos de competencia.

La motivación puede concretarse en el esfuerzo que la persona pone en lo que hace y el tiempo dedicado. Cuando la realización de una actividad satisface necesidades del sujeto (expansión, dominio, logro, pertenencia), se produce el estado de motivación de forma intrínseca. Se produce un aprendizaje en el que la persona ve posibilitada la satisfacción de sus necesidades de forma normalizada a través de la actividad.

12.7. PROPUESTA PARA EDUCAR EN OCIO

A continuación se presenta un ejemplo de cómo trabajar de forma concreta el ocio con personas con enfermedad mental grave y crónica desde una Residencia. La propuesta presentada se basa en un programa de formación ocupacional, con claras influencias teóricas del modelo de habilidad de ocio (Peterson y Gunn, 1984). Este modelo conceptualiza la prestación de servicios de ocio terapéutico. Lo que se persigue con el programa es una mejora en el funcionamiento independiente y satisfactorio en esta área a través de un aumento en las destrezas de ocio y desarrollo de la motivación. La justificación del modelo se deriva de los siguientes conceptos:

- a) La disminución del aprendizaje de indefensión frente a la competencia o autodeterminación.
- b) La ubicación intrínseca de los factores de motivación.
- c) Las atribuciones de control en elementos internos y por tanto autorregulables.
- d) La libertad de elección, implicando ésta que hay algo que elegir, y que el individuo es capaz de hacer una elección.
- e) La valoración de las propias capacidades, habilidades y destrezas frente a las demandas del contexto.

Los objetivos específicos son que la persona:

- Reduzca limitaciones funcionales que dificultaban su participación en ocio adquiriendo destrezas y conocimientos.
- Adquiera, mejore o mantenga destrezas sociales adecuadas para interactuar con otros.
- Sea capaz de elegir en su vida diaria entre diferentes opciones de ocio y tomar decisiones relativas a su participación.
- Sea capaz de identificar y utilizar según sus necesidades, los recursos de ocio.
- Tenga una mayor percepción de la posibilidad de elegir, de su motivación, libertad, responsabilidad, causalidad e independencia en el ámbito de ocio.

El programa está planteado persiguiendo objetivos individuales de ocio dentro y fuera de la Residencia, en relación a los objetivos del Plan individualizado de atención residencial (PIAR). Cada taller tiene una o dos sesiones que implican uso de recursos comunitarios relacionados: tiendas especializadas y recursos culturales y paisajísticos de la zona.

Para crear las condiciones necesarias que prevean el éxito del programa se incluye como objetivo operativo dentro de dicha sesión que el usuario llegue a estar lo suficientemente motivado como para comprar algún material necesario para la actividad, como por ejemplo: cuaderno de dibujo, planta, CD de música, revista, álbum...

Existiría una actividad de juegos de mesa que se desarrolla paralelamente a los talleres y supone la alternativa para los que no se quieran apuntar, con diferentes opciones a elegir. Se llevan a cabo distintos tipos de juegos grupales propuestos por ellos o a su elección dentro de una oferta variada. Para la consecución de determinados objetivos del programa la metodología a seguir sería la completa voluntariedad a la hora de apuntarse a los talleres; sin embargo, eso supone asumir un compromiso de asistencia durante el tiempo que dura.

Se compone de 6 talleres de 5 sesiones de duración cada uno. Las sesiones son de 2-3 horas, en lo que se incluye un descanso de 20 minutos.

Estos talleres son jardinería, pintura, fotografía, lectura, naturaleza y música, los cuales se desarrollan repitiéndose a lo largo del año, y teniendo en cuenta las condiciones estacionales. A modo de ejemplo se presentan dos talleres desarrollados en los anexos 7 y 8 "Objetivos operativos y actividades de formación en ocio".

La elección de actividades responde a varios motivos: a) Los gustos detectados en el grupo de ocio, b) Suponen una representación variada de actividades de ocio: creativo, productivo, cultural, con diferente grado de componente físico-cognitivo, c) Se busca enseñar al residente un nivel de destreza y conocimiento en esa actividad similar al que la mayoría de personas adquieren de su contexto cultural, familiar y educativo, sin embargo pueden aprovecharse las destrezas de ocio personales del equipo.

La evaluación es una parte imprescindible del proceso, ya que es necesario valorar la adherencia, gratificación y motivación que produce al usuario el desarrollo de las actividades de ocio. Esta evaluación se lleva a cabo habitualmente mediante una entrevista

semiestructurada que contiene preguntas sobre las habilidades necesarias para el desempeño de dicha actividad, la experiencia previa, expectativas, grado de apetencia, disposición para invertir dinero en compra de materiales, autovaloración de competencias.

También, durante el desarrollo del taller se rellenan hojas de registro que reflejan el cumplimiento de objetivos operativos de la sesión y otros relativos a objetivos más generales, que dan cuenta del grado de cumplimiento de los objetivos planteados en el PIAR referentes a esta área de intervención.

Al concluir el taller se inicia un proceso de seguimiento durante el tiempo libre del residente, especialmente en el fin de semana, reflejando en un registro observacional: realización de la actividad dentro o fuera de la Residencia, inicio o mantenimiento de conversaciones relacionadas, espontaneidad o grado de ayuda que puede ir desde una mera sugerencia hasta el desempeño de la actividad con la persona, la interacción con otros a través de la actividad y las autovaloraciones que verbaliza acerca de su tiempo libre dedicado a la actividad.

12.8. CONCLUSIONES

No se pueden olvidar en el desarrollo de los programas de ocio y tiempo libre en un recurso como las Residencias, la definición y clasificaciones del ocio (Gunter y Gunter, 1980). En todo momento se busca la máxima participación y elección personal aunque haya que tener en cuenta los límites que suponen el encontrarse en un el recurso residencial, es decir, no se puede considerar la propuesta hecha como la ideal, ya que ésta sería el ocio puro. El problema que se ha intentado abordar con las ideas planteadas es el de la falta de motivación y de destrezas de ocio, aunque hay que expresar que la falta de estas destrezas es un hecho cada vez más frecuente entre la población general que no tiene un trastorno mental crónico.

CAPÍTULO 13. INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Beatriz García; Sara Solera; Susana Cuerva y Eva Caparróz.

13.1. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de integración comunitaria no solo se hace referencia a la permanencia de las personas en un entorno comunitario si no que es el sentido de pertenencia el que, con mayor peso, define la integración del individuo en ésta.

Pero a su vez, cuando se hace referencia a “comunidad” o “entorno comunitario” ¿de qué se está hablando?: la comunidad es entendida como una compleja red de instituciones, personas y relaciones, donde la participación activa y competente del individuo en ella será lo que define la integración social de cada persona. Es decir, se va a definir por tanto la “Integración Comunitaria” como un *proceso dinámico* donde tanto el individuo como la comunidad están implicados en la consecución de un equilibrio.

Para hablar de plena integración del individuo se deben tener en cuenta los aspectos que desde la sociedad son reconocidos como básicos para tal fin: tener una vivienda, un trabajo, relaciones personales significativas y ocio. Pero dentro del colectivo de personas con enfermedad mental crónica existen dificultades graves para garantizar estos derechos básicos y difícilmente se puede hablar de integración comunitaria sin garantizar al menos el derecho a disfrutar y tener un “hogar”. Se parte del hecho de que desde las Residencias se da respuesta a esta condición básica de las personas, y en concreto de la persona con enfermedad mental crónica. Esta alternativa residencial presenta las ventajas de acoger de una forma muy normalizada a estas personas, con una supervisión continuada y con objetivos de rehabilitación y normalización, siendo la filosofía de rehabilitación intrínseca al propio recurso y en consecuencia también el principio de integración social.

Para que la integración comunitaria pudiese considerarse óptima tendría que llevarse a cabo en el espacio comunitario propio e individual de cada persona. Pero como esto no es siempre posible existen recursos rehabilitadores intermedios que posibilitan la interacción comunidad-usuario y entre ellos se encuentran las Residencias. Tampoco se puede hablar de una verdadera integración social exclusivamente desde planteamientos de “reinserción” en recursos comunitarios normalizados ya que se tiene que considerar la propia reinserción como medio, y no como fin, para que la persona pueda satisfacer intereses, motivaciones y necesidades individuales. Es decir, cuando se plantean objetivos de integración comunitaria desde las Residencias no solo se hace referencia a la permanencia del residente en el recurso, al acercamiento a espacios comunitarios próximos a ésta o a la mera utilización de recursos sino que además se tendrá que trabajar hacia la adquisición de capacidades por parte de las personas, sentimientos de competencia social, consolidación de redes de apoyo y, sobre todo, el desarrollo de la necesidad y la motivación suficiente en el individuo para querer pertenecer a esa comunidad.

Es igualmente necesario para que esta integración sea real y efectiva que las demás personas de esa comunidad reconozcan roles sociales valiosos de las personas con enfermedad mental crónica. Es decir, además de la intervención con el residente se requiere un trabajo paralelo con el entorno del individuo de cara a disminuir el estigma social y alcanzar el éxito en el objetivo de la integración comunitaria.

13.2. OBJETIVOS DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA DESDE LA RESIDENCIA

El propio recurso está diseñado para que se constituya en sí mismo como un espacio comunitario insertado al máximo en la vida social siendo por tanto el intermediario entre la persona y el entorno comunitario. Trata de esta manera de cubrir objetivos generales de mantenimiento e integración del usuario en la comunidad y evitación de situaciones de abandono y marginación, además de intervenir hacia la consecución del nivel de autonomía suficiente para el manejo autónomo dentro del entorno vital más inmediato y/o habitual de la persona con enfermedad mental crónica.

El funcionamiento general desde la Residencia se plantea desde el propio proceso y rutina de la convivencia con todas las habilidades y capacidades que esto implica, es por esto que el propio recurso se plantea como facilitador para el aprendizaje y práctica de todas las habilidades necesarias para la mejora de esta autonomía personal y social e integración comunitaria, así como para la evaluación, entrenamiento y supervisión del funcionamiento del residente al respecto. Las acciones que se llevan a cabo se plantean y se ponen en práctica desde el compromiso personal del residente porque de esta forma los profesionales se acercan a las necesidades reales de la persona y no tanto a las suyas propias y/o a las de las familias.

Objetivos de integración según el tiempo de estancia:

El hecho de que en la Residencia se plantee la posibilidad de dar cobertura a diferentes necesidades de alojamiento y atención psicosocial hace que los objetivos de integración comunitaria, entre otros, estén condicionados y adaptados al tiempo de estancia de cada residente. El trabajo hacia una integración comunitaria efectiva y real no va a ser el mismo en una persona que viene con una previsión de estancia corta (p.e. un mes) a otra persona que puede vivir en la residencia varios años (estancia indefinida) o de forma transitoria (más de un mes y menos de un año).

- a) En el caso de estancias cortas donde se da respuesta a una situación de emergencia familiar o social, descanso familiar o separación preventiva del ambiente de convivencia habitual, los objetivos generales de trabajo van a estar enfocados a aliviar puntualmente situaciones de carga familiar, entre otras. Los objetivos de integración comunitaria van a estar centrados en la adaptación y convivencia adecuada dentro del propio entorno de la Residencia, y en muchas ocasiones sin pretensiones de objetivos integradores más allá de un funcionamiento de convivencia mínima dentro del propio recurso.

En el caso de su existencia previa se puede trabajar el mantenimiento de las relaciones y rutinas habituales del usuario dentro su propio entorno comunitario: por ejemplo, en el caso de los residentes, dentro de su propio barrio que utilicen asociaciones, club de ocio, recursos educativos culturales, etc... en el momento de su incorporación a la Residencia, se apoyará y facilitará el mantenimiento de este tipo de recursos y rutinas.

- b) Las estancias transitorias en las que la función del recurso está más enfocado a preparar a los usuarios para su reinserción familiar o su independencia, se plantea

un trabajo hacia la adquisición/recuperación de las habilidades necesarias para que la persona pueda funcionar en su propio entorno comunitario, que en la mayoría de los casos va a continuar siendo el mismo del que salió para entrar en la Residencia. De esta forma se basará la intervención en los objetivos que, desde el Plan Individualizado de Atención Residencial, se plantean con cada usuario de cara a su integración comunitaria real.

- c) Los residentes con estancias indefinidas suelen carecer de red social y se encuentran en situación de marginación: aislamiento social, falta de vivienda, etc. Si bien el entorno de la Residencia pasa a ser el propio del usuario al no existir alternativa residencial, al menos a largo plazo, pasando a ser el mismo recurso su hogar de manera indefinida y el entorno comunitario próximo a ésta, el suyo. De esta manera el entrenamiento de habilidades e intervenciones hacia la integración estarán centradas y dirigidas a la red social que le proporciona la residencia (compañeros y profesionales) así como la utilización y beneficio de los recursos del entorno próximos a ésta. El objetivo principal con este grupo de residentes es asegurar un nivel de vida digno, evitando la hospitalización prolongada o la marginación social a través directamente de su estancia en la Residencia.

En definitiva se está hablando de la importancia de tener en cuenta la individualidad y circunstancias vitales personales a la hora de plantear objetivos de intervención en el área de la integración comunitaria. No es lo mismo el momento vital de una persona que se encuentra en una circunstancia de marginación tal que no cuenta con un techo para vivir, que una persona que tiene todo el apoyo de su familia y entorno más inmediato donde se habla de la necesidad de descarga y descanso.

Teniendo entonces más clara esta circunstancia se puede hablar de objetivos residenciales en el área de la integración comunitaria que, tras el proceso de evaluación, se plantean en el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) y que van a hacer referencia a los siguientes aspectos:

Red de apoyo social

- Aumento de la red social de la persona.
- La mejora de la calidad de la red social.
- Desempeño de roles sociales normalizados y valiosos para el individuo.
- Adquisición de sentimientos de cohesión grupal y pertenencia a grupos sociales.
- Aumento y mejora de habilidades sociales.
- Apoyo y cuidado de la red social de apoyo del residente.
- Recuperación de vínculos sociales mediante la participación de los residentes en las diferentes actividades intra y extra-residenciales.

Recursos comunitarios

- Fomento de la utilización de recursos comunitarios, tanto formales como informales (de ocio, culturales, educativos, sociosanitarios...)

-
- La Residencia debe servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
 - Establecimiento de relaciones significativas con la comunidad, incorporando a los residentes en recursos relevantes para una mejora de su calidad de vida.

Ocio

- Estructuración y manejo del tiempo libre.

Reducción del estigma

- Concienciar a la sociedad, y especialmente al entorno próximo a la Residencia, de la necesidad que tiene la comunidad de equiparse con este tipo de recursos, trabajando para eliminar el estigma y la discriminación que sufre este colectivo.

13.3. INTERVENCIÓN

Los objetivos de mantenimiento e integración en la comunidad van a estar cubiertos desde las Residencias a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son: la vivienda, manutención, determinados cuidados básicos (aseo, vestido, autocuidados físicos, hábitos de vida saludables, etc), relaciones interpersonales significativas, etc, además de la intervención, desde la filosofía de rehabilitación, en la adquisición de las competencias necesarias para que el residente pueda funcionar adecuadamente en dicha comunidad.

Se podría decir, por tanto, que de esta manera todas y cada una de las intervenciones que se plantean y se realizan en la Residencia, tanto individuales como grupales, están encaminadas entre otros objetivos generales, al fin último de integración. Así al hablar de la *integración comunitaria* de la persona con enfermedad mental crónica se tiene que describir un proceso que da comienzo el primer día en que esta persona pasa a ser residente del recurso e inicia su intervención en el momento que es “acogida” en él. Se pone de manifiesto por tanto el sentido de transversalidad en la intervención hacia objetivos de integración dentro de las diferentes actuaciones (individuales y grupales) que se llevan a cabo en el recurso.

Momento de la “acogida”:

La adaptación mutua “persona-entorno” necesaria para hablar de integración comunitaria es un proceso gradual que en cambio desde la Residencia el residente tiene que abordar de una forma mas inmediata y abrupta, al menos en lo que se refiere al paso desde el entorno comunitario habitual de la persona al entorno de la Residencia con todo lo que esto puede suponer (separación de la propia familia, del entorno físico del propio domicilio...etc). Desde el primer contacto de la persona con el recurso se intenta reducir al máximo el impacto de este paso abrupto y estresante a través de una importante labor

de apoyo y acompañamiento por parte de los diferentes profesionales, siendo el acomodo del usuario en su nuevo “hogar” un proceso en el que se acompaña al residente en el conocimiento de su nuevo alojamiento, de los profesionales y de los demás residentes. El objetivo de esta intervención es promover la sensación de acogida y el ofrecimiento de un entorno inicial seguro además de empezar a trabajar la motivación del residente para su máxima implicación en la intervención que se consensúe con él a posteriori. Hay que trabajar la necesidad de integración desde el inicio, el individuo sentirá necesaria esta integración en la medida que encuentre aspectos positivos en ella, de ahí tan importante estas primeras sensaciones de acogimiento, seguridad y apoyo de cara a las expectativas futuras del residente.

Proceso de evaluación:

Durante las dos primeras semanas se lleva a cabo el proceso de evaluación global del residente manteniendo a su vez las actuaciones hacia la adaptación e integración de éste en la propia rutina de funcionamiento de la Residencia (horarios, participación en diferentes tareas domésticas, etc).

La evaluación específica del área de la integración comunitaria se recoge principalmente de la evaluación que los diferentes profesionales del recurso (psicólogo, terapeuta ocupacional y educadores) realizan a través de entrevista semi-estructurada, autoinformes, cuestionarios y la propia observación.

En concreto se evalúa *la red social* del residente en cuanto a: fuentes de apoyo, características de la red y funciones de ésta, clase de apoyo, calidad de apoyo, experiencia subjetiva de apoyo y actividades de apoyo. Por otro lado se recoge información sobre el *uso de recursos*: recursos utilizados en el pasado y en el presente, dificultades y capacidades para su uso, intereses y expectativas al respecto.

Hay que insistir que no se puede acotar, ni la evaluación ni la intervención hacia objetivos de Integración Comunitaria, al área de la red social y uso de recursos ya que para que esta integración sea eficaz hay que trabajar con todos los aspectos y roles que definen a una persona como ser social dentro de su propio entorno comunitario (*p.e no porque una persona cuente con pocos amigos y/o utilice escasos recursos comunitarios no está integrada dentro de su propio entorno*).

Intervenciones posteriores al proceso de evaluación (objetivos de integración desde el PIAR):

Lo que define “la comunidad de la propia residencia” es la suma del entorno de convivencia dentro del recurso con la comunidad externa más inmediata a ella, por tanto la intervención hacia la integración comunitaria del residente va a estar centrada en el funcionamiento competente del individuo en la propia Residencia siendo ésta directa favorecedora de la permanencia y participación activa del usuario en la vida social. Por otro lado este funcionamiento global del usuario en el recurso se tomará como indicador de la probabilidad de éxito en la generalización de lo adquirido, a otros entornos comunitarios.

El trabajo encaminado a objetivos de integración en una Residencia tiene que tener un carácter individualizado y contextualizado, para ello estará organizado teniendo muy en cuenta los siguientes aspectos y que serán los que estructuran a todas las actividades y actuaciones de intervención:

- Las diferencias individuales de las personas que van a convivir en la residencia, según el tiempo de su estancia y los objetivos planteados.
- El lugar donde organizar las intervenciones, individuales y grupales: desde la propia Residencia como fuera de ésta.
- Los diferentes días de la semana, de manera que las intervenciones se organizarán teniendo en cuenta las diferencias entre los días de diario y los fines de semana.

Las grandes áreas donde se interviene desde las Residencias con objetivos de integración comunitaria van a estar referidas a *la red social* del residente y a *la utilización de recursos* del entorno comunitario de la residencia o del entorno de vivienda habitual del residente. Los cambios en estas dos áreas tras la intervención van a ser indicadores de una integración comunitaria efectiva, pero no hay que olvidar que forman parte del funcionamiento global de la persona tanto dentro del entorno comunitario que constituye la propia residencia como fuera de ella y no se pueden considerar como parcelas independientes a la hora de intervenir.

Red social

El entramado de relaciones alrededor de una persona y las características de estos vínculos definen *la red social* la cual va a proporcionar el apoyo social necesario para una integración comunitaria efectiva, así el mantenimiento, ampliación y mejora de esta red social es una de las necesidades básicas a trabajar dentro del plan de intervención residencial. Las residencias constituidas en sí mismas como redes sociales efectivas cumplen una amplia gama de funciones: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda material, etc. En las residencias se establecen tanto relaciones asimétricas (profesionales-usuarios) como simétricas (usuarios entre sí) lo que enriquece la red social del usuario residente, y rompe la fuerte tendencia de lazos sociales asimétricos (siempre van en la misma dirección) de las personas con enfermedad mental crónica. La convivencia diaria y la frecuencia de los contactos las 24 horas del día, ayuda a crear o reforzar los lazos afectivos entre los usuarios ya que incrementa la cohesión de grupo, el apoyo mutuo y la solidaridad. Por otro lado, el contacto con personas que comparten problemas y dificultades semejantes puede llevar a aliviar su aislamiento y su soledad. De esta manera el resto de residentes son otra fuente potencial de apoyo, que en muchos casos pasan a formar parte de la red social del usuario una vez abandonada la residencia.

En relación a *la ampliación de la red social*, los profesionales de la Residencia se convierten en fuente de apoyo para el usuario, dado que se cumplen funciones de apoyo emocional (comprensión, guía cognitiva, valoración) e instrumental (ayuda material, servicios), tanto en el quehacer cotidiano como en situaciones de crisis.

En un medio residencial se dan varios factores que favorecen el intercambio y apoyo social como son: el compartir tareas básicas, compañía diaria, actividades, roce las 24 horas, etc. El hecho de facilitar espacios diarios donde se pueda establecer relaciones a partir de actividades, formales e informales, organizadas por los profesionales o por iniciativa de los residentes van a contribuir a la ampliación de esta red.

En el trabajo que se realiza día a día en el ámbito residencial se trata de involucrar a la persona en un trabajo de carácter grupal y de convivencia con otros. La diversidad de tareas realizadas en este contexto permite el fomento de roles variados: compañero, amigo, usuario, cohabitante de una casa, cuidador, etc.

El *mantenimiento de la red social* es uno de los objetivos prioritarios desde la entrada de la persona en la Residencia y para ello se trata de asegurar desde el recurso el máximo de visitas posibles y el mantenimiento de contactos telefónicos frecuentes. Por otro lado, en el caso de residentes que cuentan con otras fuentes de apoyo (pareja, amigos, compañeros de asociaciones, etc) se potencia y favorece el contacto ajustando las actividades cotidianas a la posibilidad de visitas y contactos con estas personas. Y es que se ha observado que algunos de los apoyos personales que hasta el momento no han sido tan tomados en cuenta en la intervención tienen un gran significado en las vidas de estas personas como lo son algunos amigos, compañeros del contexto laboral y/o educativo, de la iglesia y otros que han podido marcar la historia personal del residente.

También hay que destacar que desde el recurso se asegura el mantenimiento del contacto con la red sanitaria, y es que no hay que olvidar que los servicios de salud realmente son un componente importante dentro de la red de apoyo a las personas con enfermedad mental crónica.

Dentro del trabajo que desde la Residencia se hace con el objetivo de *mejorar la calidad de la red de apoyo* del residente se encuentra la intervención con las familias: previa evaluación de las necesidades del individuo respecto a su entorno familiar así como las necesidades de los familiares respecto a su familiar con enfermedad mental crónica se planean los objetivos de intervención, p.e son frecuentes los casos de conflictividad en el entorno familiar donde el motivo de la derivación al recurso ha sido proporcionar un descanso familiar, en ellos se establece como objetivo de rehabilitación la mejora o recuperación de las relaciones familiares deterioradas.

Es importante en lo que se refiere a las intervenciones con las familias el considerar las necesidades no solo del enfermo sino también las del cuidador. Esto va a favorecer un retorno menos estresante al domicilio familiar en los casos de residentes que vuelven a casa tras el alta de la Residencia.

Utilización de recursos

Desde el primer día de estancia en la Residencia se fomenta que los residentes utilicen los recursos comunitarios de la zona (teniendo siempre muy presentes la individualidad de cada persona en los que se refiere a sintomatología, habilidades, grado de aislamiento, intereses, posibilidades económicas, su tolerancia o no al contacto social, si usa o conoce los medios de transporte, si maneja de forma autónoma su dinero, etc...)

Desde el inicio se fomenta que los residentes utilicen, entre otros:

- Los servicios de Atención Primaria: cuando comienzan a vivir en la Residencia muchos de los residentes tienen que gestionar una tarjeta sanitaria de desplazado, lo que implica llevar a cabo trámites burocráticos en estos servicios. En ocasiones, dependiendo de las dificultades del residente, inicialmente se realizan acompañamientos para este fin. Sin embargo, hay residentes que no presentan dificultades para ello por lo que se fomenta que acudan solos. El uso de los servicios de atención primaria también conlleva tener autonomía para pedir citas, controlar las fechas y la asistencia a las mismas. Desde la Residencia se favorece que los residentes adquieran y mantengan esa autonomía, por lo que en muchos casos se interviene con entrenamientos específicos en uso de teléfono para este fin, uso de agenda para controlar sus citas y se favorece que acudan el día indicado.
- Los Servicios de Salud Mental: igualmente, se favorece que los residentes usen con el mayor nivel de autonomía posible estos servicios, desde los primeros momentos del ingreso en el recurso.
- Las entidades Bancarias: desde la Residencia se apoya para que los residentes utilicen los bancos del entorno más cercano a la residencia y para que lo hagan de la forma más autónoma posible se requiere en mucho de los casos entrenamientos específicos para tal fin: conocer el funcionamiento de los ingresos y reintegros de dinero, utilización de diferentes impresos, utilización de la tarjeta y cartilla, situaciones especiales como la pérdida de la cartilla, etc...
- Recursos socioculturales de uso frecuente (tiendas, farmacia, estanco, prensa, biblioteca, centros culturales, centros cívicos, centros de mayores, etc...): desde el primer día de estancia en la Residencia se fomenta que los residentes usen de forma frecuente e incorporen en sus necesidades de rutina diaria los recursos socioculturales de la zona con el entrenamiento previo que requiere las necesidades individuales de cada persona.
- Teléfono: las Residencias suelen contar con un teléfono público que los residentes pueden utilizar siempre que quieran. Por otro lado, a menudo es la herramienta que utilizan familiares y/u otras personas de la red del usuario para comunicarse con ellos directamente. Esto supone, como ya se viene describiendo en cada uno de los puntos anteriores, el entrenamiento específico según necesidades individuales de cara a la utilización adecuada de éste recurso. En muchos de los casos el teléfono que habitualmente no es utilizado por el residente en su propio domicilio por falta de necesidad se empieza a hacer desde la residencia precisamente porque se crea la necesidad ya solo por el hecho de haberse separado de la red de apoyo habitual debido al ingreso en el recurso. Por otro lado esta herramienta se utiliza para la gestión autónoma de citas psiquiátricas, entre otras.
- Centros del Plan de Atención Social de la Comunidad de Madrid (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Laboral, Centros de Día): la utilización de estos recursos son habituales en los usuarios de la Residencia, muchos de ellos comienzan la utilización de estos Centros durante su estancia en la residencia por lo que se

trabaja desde el recurso el fomento y motivación para la asistencia y enganche a éstos así como entrenamientos específicos en cuanto a: conocimiento de los medios de transporte adecuados para acudir a dichos recursos, orientación espacial de la zona, manejo de abonos, bonos de transporte...).

- Recursos específicos del entorno propio del residente: considerando a estos los diferentes recursos adscritos a los diferentes barrios, distritos donde se ubica el domicilio del residente, si es el caso, y no el propio de la residencia, si bien en algunos de los casos ambos son coincidentes. Entre ellos se puede contar con las Asociaciones de personas con enfermedad mental, centros sociales, centros cívicos o culturales, centros de educación de adultos, centros de mayores-pensionistas, Servicios Sociales, etc. El fomento de la utilización de estos recursos próximos al entorno comunitario del propio residente forma parte del proceso de generalización en cuanto al entrenamiento previo que desde la Mini-residencia se ha llevado a cabo en este sentido. En la medida de lo posible se plantea con los residentes que se encuentran en el último periodo de su estancia, dentro del programa de alta del recurso, y/o en las personas que por su buen funcionamiento autónomo, se plantea desde un principio la utilización preferente de su entorno comunitario.
- Asistencia a asociaciones, clubes y otras agrupaciones que facilitan actividades de ocio estructuradas: cine, visitas culturales, gimnasia, ludoteca, encuentros de socios, etc. Se plantea con el usuario la búsqueda en su entorno de asociaciones y actividades en función de sus intereses.

Otras áreas significativas

Aunque la intervención en el área del *ocio y tiempo libre* se describe con detalle en el capítulo 12 no hay que dejar de señalar que la intervención en éste área tiene un peso importante en la facilitación de la integración social y la mejora de la calidad de vida del residente. Desde la Residencia se va a tratar de crear un marco adecuado para la recuperación, adquisición y puesta en marcha de habilidades que permitan alcanzar una mayor calidad de ocio, facilitando en lo posible el acceso a recursos comunitarios y la utilización placentera del tiempo libre. Para ello se trabaja con los residentes tanto de manera individual como grupal teniendo en cuenta dos componentes: la educación del ocio y la participación en ocio.

Por último, se debe hacer referencia a la *lucha contra el estigma social*. La propia intervención hacia la integración comunitaria tiene el objetivo de reducir el estigma pero para ello hay que trabajar junto a y en colaboración con la propia comunidad. Es fundamental que exista el reconocimiento social de identidades diferentes al rol de enfermo mental por parte de la comunidad más próxima al recurso.

Un primer paso en este sentido es el hecho de que el usuario pasa a ser “vecino” de la propia comunidad donde se encuentra ubicado el recurso, desde el primer día que ingresa en la Residencia. En este caso es especialmente beneficioso que la ubicación del recurso esté lo más integrada posible, físicamente hablando, dentro de la población correspondiente. Una vez que el residente ya es “vecino” se trabajaría hacia la participa-

ción activa en la comunidad dentro de este rol, participación que en un primer momento se puede calificar solamente de “activa” para posteriormente llegar a ser también “útil” tanto para la propia comunidad como para el residente (*p.e, participación en festejos, concursos y celebraciones locales, uso de recursos culturales y educativos específicos de la zona, actividad de voluntariado dentro de la comunidad próxima al recurso, participación en alguna asociación de vecinos, etc*). Hay que añadir todas las acciones que los propios profesionales del recurso pueden realizar con el fin de luchar contra el estigma (*p.e campañas informativas, foros y encuentros de información dentro del entorno próximo a la Residencia, etc*).

Como ya se ha planteado de manera reiterada a lo largo de este Cuaderno Técnico, es necesario trabajar previamente y/o en paralelo todas las capacidades y autonomía del residente de cara a que el trabajo hacia la reducción del estigma y, en definitiva, integración comunitaria, sea lo más exitoso posible.

CAPÍTULO 14. INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

*Alejandro Florit.; Mercedes Muñoz; Marta Mora; M^a Paz García; M^a José Huertas;
Cristina Alonso; Gema Caballero y David Cabezas*

Desde la experiencia se puede observar que la mayoría de las personas que llegan a una Residencia para personas con problemas en salud mental tienen una familia de referencia. Además un alto porcentaje de estas personas volverán a la casa familiar una vez finalizado el proceso de atención desde la Residencia.

Este hecho supone la necesidad de tener en cuenta y trabajar un conjunto de aspectos fundamentales para que la intervención tenga la mayor eficiencia posible:

- Implicar a la familia en el proceso de evaluación del residente.
- Implicar a la familia en el proceso de intervención.
- Implicar a la familia en el proceso de búsqueda de alternativas residenciales en caso de que se planteasen otras opciones al alta del residente.
- Intervenir de forma directa en la mejora y optimización de la relación residente-familia.

Estas necesidades detectadas por los profesionales deben pretender ser cubiertas a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. Sin embargo, también la propia familia planteará una serie de demandas a los profesionales que necesitan ser atendidas de una u otra manera. Estas demandas en general están centradas en dos aspectos:

- Apoyo emocional.
- Apoyo funcional (solución de problemas del día a día).

14.1. FASE DE ACOGIDA

La intervención con las familias se inicia desde el mismo momento de la acogida o entrada en la Residencia del familiar. Se debe citar a la familia cercana al residente, a ser posible el primer día, para que venga con la persona desde ese momento. Si esto no fuera posible, se debe informar al residente de que se pretende citar a su familia para que se implique en una serie de aspectos que son importantes para su propia rehabilitación (y se pueden citar alguno propios del caso que ya se conocerán y que pueden interesar al residente, por ejemplo: apoyar para que se decida dar una ayuda económica desde su familia hasta que se le tramite una pensión...). Es pertinente buscar el consentimiento del residente para ver e implicar a la familia en todo el proceso. En caso contrario podría suponer un abandono de la residencia por parte del individuo, que al verse "traicionado" por los profesionales no quiera continuar con su proceso de rehabilitación. Es por tanto bueno respetar los ritmos de cada residente, pero con el objetivo claro de, antes o después, poder llegar a la familia, ya que el atender a la familia es un objetivo que debe estar presente en todo el proceso rehabilitador (sin olvidarse que el residente es el verdadero protagonista del proceso). Algo que puede ayudar a trabajar estos dos aspectos paralelos es diferenciar los profesionales de referencia para cada atención de modo que, por ejemplo, el psicólogo ve al residente y el terapeuta ocupacional a la familia, de forma que se le hace

entender al residente que son dos procesos que aunque unidos son muy individualizados y que se garantiza en todo momento el derecho a la confidencialidad de la información.

En una primera entrevista es importante cubrir una serie de aspectos que se señalan a continuación:

- Dar a conocer el recurso y lo que eso implica. En este sentido se enseña el espacio físico de la residencia y se presenta a los profesionales. También se deben de explicar una serie características del recurso ya que la familia suele estar acostumbrada a centros médicos, con unas normas y un estilo de funcionamiento muy diferente a lo que es una Residencia. Los siguientes puntos se deben de tratar con la familia:
 - Es un centro de atención psicosocial y apoyo a rehabilitación, no exclusivamente un lugar donde vivir, por lo que se busca alentar en todo momento la máxima autonomía del usuario, ayudando a éste en lo que haga falta, pero nunca se realizarán las actividades o tareas que él de forma autónoma pueda hacer;
 - Es un centro abierto, por lo que el residente puede entrar y salir libremente, así como mantener los contactos con la familia que estimen oportunos ambas partes, aunque se pedirá que se eviten momentos en los que el residente tenga las actividades programadas;
 - Es un centro integrado en una red de atención y no algo aislado de otros dispositivos (con especial atención al papel relevante del Servicio de Salud Mental de referencia), por lo que la coordinación con el resto de recursos implicados será fluida;
 - Es un centro donde se trabaja en equipo y desde una perspectiva biopsicosocial, por lo que se trabajan conjuntamente diversos aspectos de la persona y su entorno...
- Explicar los objetivos con los que entra el residente, cuál será su tipo de estancia (duración estimada) y cuál es el lugar de residencia al que saldrá tras el momento del alta. Estos aspectos son fundamentales pues marcarán el ritmo de trabajo y el grado de implicación que se va a solicitar a la familia.
- Resolver las dudas que pudiesen tener o emplazar a nuevas citas para resolver dudas de mayor peso específico.
- Buscar alianzas de cooperación con la familia, resaltando un papel activo en todo el proceso, evitando en todo momento que pudiera darse una “depositación” del familiar en la Residencia, eliminando las creencias del tipo *“como ya está en el centro ya no tenemos que hacer nada, ellos son los responsables”* y cambiarlas por otras más funcionales del tipo *“ahora voy a tener una ayuda para poder resolver muchos asuntos respecto a mi familiar”*.

Ya en este primer momento se pueden dar de forma repetida peticiones de la familia de no pasar determinada información a su familiar como por ejemplo: *“no le digáis que he llamado”*, *“este fin de semana ha estado insultándonos todo el tiempo, pero no le comentéis que os lo he dicho”*... Ante este tipo de mensajes conviene, como norma general, hacer ver a la familia la necesidad de no estar ocultando continuamente información a su

pariente enfermo ya que esto no suele ayudar a mejorar la comunicación ni permite intervenir en disminuir las conductas inadecuadas o reforzar las correctas.

Por último, y en esta primera fase, hay que enviar un mensaje a la familia de esperanza, haciendo ver que este camino de intervención es novedoso respecto a lo que se ha estado haciendo desde otros dispositivos y que por tanto puede aportar beneficios a la persona con trastorno mental. También hay que adecuar las expectativas desajustadas que puedan aparecer, ya sean estas demasiado bajas o demasiado altas, pero sin perder de vista el mensaje esperanzador.

14.2. FASE DE EVALUACIÓN

Con el residente se realiza una evaluación exhaustiva y que ha quedado reflejada en capítulo 6 del presente Cuaderno Técnico. Sin embargo, hay mucha información que debe ser contrastada desde la perspectiva de la familia. En ocasiones las dos informaciones encajan bastante, aportando una gran fiabilidad de los datos obtenidos; sin embargo, en múltiples casos aparece una divergencia en uno u otro sentido. Es conveniente tener cuantas más fuentes de información y contrastar todas ellas con lo que se puede observar desde el funcionamiento cotidiano del usuario en el recurso residencial.

En cualquier caso, si las informaciones de ambas fuentes (o más si se han recibido varias informaciones independientes de distintos familiares) no coinciden, no hay por qué pensar en que uno miente. Es una fuente de una valiosa información sobre cómo ve cada uno de ellos al familiar, sus capacidades y dificultades, expectativas de mejora, emoción expresada...

Hay dos tipos de información a recoger de la familia:

- Una formal, a través de entrevista, donde se evalúan por un lado aspectos del residente desde el punto de vista del familiar (nivel de autonomía y frecuencias de autocuidados, realización de actividades de la vida diaria con especial atención a las tareas de la casa, valoración de las relaciones sociales, tanto familiares como amistades y uso de recursos comunitarios) y por otro lado aspectos propios de los familiares (emoción expresada, estilos y canales de comunicación, valoración del nivel de mantenimiento de una vida independiente respecto a su familia enfermo, capacidad para resolver conflictos y problemas y recursos económicos)
- Otra informal, a través de la observación directa, que hacen principalmente los educadores, basándose fundamentalmente en los comentarios y actitudes de los familiares cuando hablan con estos profesionales. Muchas veces cuando la persona se encuentra en un despacho se “encorseta” y pretende dar una imagen, cosa que no ocurre cuando se relaciona de una manera más espontánea con los educadores.

Siguiendo las fases típicas de un proceso de rehabilitación, se pasa a plantear y negociar el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR). El sujeto principal en este momento es claramente el residente. Sin embargo, la familia en mayor o menor medida va a jugar un importante papel. En este caso es necesario trasladar el PIAR a la familia y

llegar a acuerdos en aquellas áreas que les compete, así como establecer una buena alianza que permita la posterior colaboración en el momento de la intervención.

14.3. FASE DE INTERVENCIÓN

Negociado el PIAR se pasa a intervenir en las diversas áreas. Los diversos momentos no quedan claramente separados en la Residencia, pues desde que el usuario entra se está interviniendo en múltiples aspectos. Y en algunos de ellos ya es necesario contar con la familia. Seguidamente se describen áreas posibles de intervención junto con la familia de forma muy temprana, por lo que puede ser adecuado tratarlas en el primer momento de la acogida:

- Economía, compras y tabaco: ¿quién aporta el dinero para los gastos diarios, la persona o la familia? En el último caso, hay que consensuar entre profesionales, usuario y familiares la cantidad a recibir, el cómo se hará (si se dan asignaciones o será autónomo) y con qué frecuencia (diaria, semanal, mensual...)
- Apoyo en gestiones y visitas a médicos: ¿lo hará la persona de forma autónoma o le acompañará la familia o se hará desde la residencia?
- Generalización de las conductas aprendidas en el recurso, con especial atención a aquellas relacionadas con las actividades de la vida diaria: que se facilite y refuerce desde casa la ejecución de estas conductas. Es conveniente apoyar estas generalizaciones con visitas domiciliarias de los profesionales de la Residencia, de forma que enseñen al usuario en el contexto real así como a la familia cómo pueden apoyar del mejor modo el desempeño de estas conductas.
- Prevención de abandonos: negociar salidas a casa: ¿se harán salidas de fin de semana o a comer...?: se potenciará todo lo que es el contacto con la familia en el momento oportuno, de este modo también se puede trabajar el punto anterior.

Además de estas áreas que realmente cubren las necesidades del residente, hay otras áreas que hay que cubrir en relación con las necesidades de la propia familia. Estas son fundamentalmente dos:

- Apoyo emocional: debe ser intenso en los momentos en que más se pueden necesitar (fallecimientos de un miembro de la familia, procesos terapéuticos que afectan emocionalmente a la familia como cuando se les pide que comiencen a poner ciertos límites al residente...), pero sabiendo que tampoco puede ser ilimitado. También existen familiares que critican mucho al residente por sentirse sobrecargados y que gracias a este apoyo emocional pueden “descargarse” con los profesionales y por tanto no hacerlo (o al menos con una menor intensidad) con el residente. Existen familiares que pueden demandar un apoyo a cualquier hora y durante un tiempo ilimitado. Esto no es un apoyo emocional efectivo y se debe contemplar como algo sobre lo que hay que intervenir de forma que la familia no necesite este apoyo tan intenso o facilitar la derivación hacia otro recurso que pueda asumir de forma más eficaz este apoyo. El apoyo emocional se centra en:

-
- Escucha activa a la demanda de los familiares: se trata de escuchar haciéndoles ver que se les entiende. En este sentido se puede usar el acuerdo parcial de forma que ante una afirmación del tipo “estoy harto de mi hijo, nunca hace nada, hasta poniendo la mesa tiró un vaso” se puede demostrar comprensión de su estado emocional aunque no se les de la razón en la crítica a su hijo: “entiendo que en esa situación te sientas cansado del esfuerzo que haces, fíjate que después de varios días se ha conseguido que ponga la mesa, tal vez el próximo día le puedas ayudar a que aprenda a hacerlo mejor”; corregir el estilo de comunicación evitando la alta emoción expresada, ya sea por un elevado criticismo o por un excesivo proteccionismo (buscando siempre un equilibrio entre las actividades independientes de la familia y el acompañamiento al residente).
 - Llamadas de teléfono de forma que los profesionales “busquen” a los familiares cuando se sabe que éstos están pasando por un momento emocionalmente inestable.
 - Acompañamientos en determinadas situaciones que les puedan suponer una carga afectiva de modo que, aunque no necesiten ayuda instrumental resulte conveniente hacer un soporte emocional para afrontar la situación (por ejemplo, ingresos involuntarios desde el domicilio).
- Apoyo funcional en aquellas cuestiones que aparecen. Dentro de esta área se pueden destacar varios aspectos:
- Psicoeducación: ofrecer información a los familiares sobre la enfermedad mental, sus síntomas, los efectos de los fármacos, el modelo de vulnerabilidad, los pródromos y el papel del estrés y el consumo de tóxicos... Se suele hacer en un formato individualizado ya que en una Residencia el formato grupal plantearía una serie de problemas, a saber: no suele haber un grupo de familiares suficiente como para hacer un grupo con un número adecuado de participantes, además, al rotar los residentes con bastante frecuencia no se asegura el tiempo suficiente como para dar continuidad a la participación en una escuela de familias. Sin embargo la residencia presenta oportunidades únicas para hacer una intervención directa con las familias desde el contacto frecuente que se suele tener con ellas (por ejemplo, cuando un familiar comenta que modifica las pautas prescritas por el psiquiatra, se aprovecha en ese momento por parte de los profesionales para explicar el por qué no se debe hacer y los efectos de los fármacos...). Además de esta intervención se puede complementar con otra intervención más estructurada pero individualizada desde el psicólogo de la residencia.
 - Estilos de comunicación: se trata de enseñar y modificar determinados estilos de comunicación que no ayudan a mejorar la relación que mantienen con su familiar. Se trata de enseñar que se debe reforzar pequeños cambios positivos del residente y pedir cambios conductuales concretos y alcanzables; evitar el uso de etiquetas, refiriéndose en mayor medida a conductas; escuchar de forma activa lo que tiene que decir el otro; mantener una coherencia entre todos los familiares en el mensaje que se envía a su familiar...
 - Mantener áreas de vida independiente: se trata de enseñar a los familiares que es necesario tener áreas de actividades independientes de la persona, de forma que mantengan un equilibrio entre el prestarle una atención adecuada y no

negarse a sí mismo, y las necesidades del resto de los miembros de la familia (incluidas las suyas propias). Hay que hacerles ver que si una persona rinde a todo gas durante un tiempo indefinido, tarde o temprano se terminará quemando y abandonando esos cuidados, por lo que si de verdad quieren apoyar, es necesario dosificar las fuerzas para mantenerse a largo plazo al lado de aquel a quien quieren. Lo contrario también es a veces cierto, siendo entonces necesario aumentar el tiempo, esfuerzo y cariño que dedican a su familiar.

- Información sobre gestiones: se debe ofrecer ayuda en cómo realizar trámites, gestiones... Esta información puede darse por los profesionales de la Residencia si la conocen o se asesorará para que acudan a la trabajadora social del Servicio de Salud Mental de referencia o al lugar donde compete.
- Tomas de decisiones que afecten a la familia (muy especialmente aquellas relacionadas con alternativas residenciales a la salida del residente tales como compra de una vivienda, búsqueda de pisos supervisados...). En este punto es importante que la familia y el residente se sientan apoyados por los profesionales, pero en general hay que evitar que se produzca un traspaso de la responsabilidad desde la familia y residente al profesional. La decisión tomada es responsabilidad de la familia y el residente, no del profesional, y por ello los profesionales deben dar consejos, persuadir, pero nunca manipular para que se produzca una decisión en un sentido o en otro.

Para finalizar, decir que todos estos comentarios están referidos a la familia entendida en el sentido amplio, es decir a padres, hermanos, hijos, pareja... que conviven con el residente o que mantienen una cierta relación con éste. Es necesario mencionar como algo cualitativamente diferente al tutor, que puede ser o no un familiar. El tutor legal cuando el residente está incapacitado es el responsable del residente y es obligación por parte de los profesionales mantenerle informado y contar con él a lo largo de todo el proceso de atención psicosocial.

CAPÍTULO 15. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL MANEJO DE CRISIS O PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN UNA RESIDENCIA

Alejandro Florit; Raúl González; Rosa Sánchez; Cristina Mieres; Javier Witt; Verónica Hellín y Carlos Moriano

El hecho de trabajar con personas que tienen una enfermedad mental grave de curso crónico supone el tener que actuar ocasionalmente en situaciones de crisis, ya que en un porcentaje significativo de personas estas crisis son consustanciales al proceso o evolución propia de la enfermedad. Una característica de este tipo de situaciones es que suele producir un alto impacto emocional y estrés en el profesional que ha de actuar para resolver dicha crisis. Es muy importante que además de tener habilidades para afrontar la crisis, el profesional pueda poner en marcha una serie de conductas encaminadas a desarrollar un autocontrol en esa situación. Desde hacer relajación, hasta usar autoinstrucciones del tipo *“bueno, he estado en situaciones similares y al final se han resuelto bien, esta no tiene por que ser una excepción”, “es normal que me encuentre nervioso, pero puedo poner en marcha las habilidades que aprendí para manejar esta situación”*... pueden ser útiles para ayudar al profesional a combatir otras cogniciones que le pueden asaltar en ese momento y que no resultan en absoluto útiles.

15.1. PLANTEAMIENTOS PREVIOS

Para poder comenzar a analizar la actuación ante posibles crisis en una Residencia se deben establecer una serie de presupuestos básicos pero necesarios sobre lo que es este tipo de recurso:

- La Residencia no debe ser contemplada como un recurso de contención, sino como un recurso de atención psicosocial residencial y por tanto de carácter abierto. En este sentido no cabe el establecimiento de medidas que coartan la libertad del usuario tales como por ejemplo la sujeción mecánica o la vigilancia intensiva del usuario durante las 24 horas.
- El modelo de vulnerabilidad (modelo de diátesis-estrés) afirma que la evolución de las personas con psicosis evolucionan en fases, presentando momentos de crisis psicopatológicas y otros momentos residuales. Además afirma, y está bien demostrado por la propia experiencia, que los periodos de crisis vienen precedidos por una fase prodrómica.

15.2. TIPOLOGÍA DE LAS CRISIS

Las crisis que se generan en una Residencia pueden ser de varios tipos, y en función de cada tipo, la actuación debe ser diferente. Seguidamente se señalan algunas de las situaciones problema que se pueden dar en estos dispositivos, según la propia experiencia de trabajo en el día a día en estos recursos. Un mito que conviene desenterrar es la asociación entre crisis de la persona enferma mental y violencia física. Aun-

que es cierto que en ocasiones se produce tal asociación, en la mayoría de los casos no se da o la intensidad es baja. De hecho, y a modo de ejemplo, en un ejercicio de recuerdo entre los profesionales de una Residencia se han podido recordar tan solo 10 episodios a lo largo de 14 años de funcionamiento que conllevasen violencia física y en ninguno de los casos se ha llegado a producir lesiones, quedando en bofetadas, patadas o a lo sumo mordiscos.

Obviamente no se pueden recoger en este documento de forma exhaustiva todas las posibles situaciones por los que se ha decidido incluir las más habituales o más problemáticas a las que se pueden enfrentar los profesionales desde una Residencia.

- *Desestabilización psicopatológica.* El residente presenta un aumento de síntomas psicóticos que lleva a una imposibilidad de mantenimiento en la Residencia. El impacto emocional en el propio residente puede ser importante, haciéndole sufrir considerablemente.
- *Heteroagresiones.* Lo primero que hay que hacer es definir bien este término. Se refiere a toda aquella conducta agresiva del individuo ya sea física o verbal dirigida hacia otras personas, ya sean compañeros, profesionales, u objetos y que suponga hacer un daño físico o moral. Las heteroagresiones responden a dos posibles causas en líneas generales:
 - Descompensación psicopatológica, que no es la más frecuente según la experiencia de las Residencias.
 - Ruptura de límites. Se refiere a aquellas personas que se comportan de forma agresiva aunque las normas indiquen lo contrario como respuesta a aquello que les produce frustración o ira.
- *Autoagresiones:* estas pueden ser como un intento autolítico o sencillamente hacerse daño (por ejemplo, apagarse cigarrillos en la mano). A su vez las autoagresiones pueden ser divididas conceptualmente en tres categorías en función de las causas:
 - Psicóticas: las conductas de la persona responden a ideación delirante o actividad alucinatoria (usualmente voces que exigen a la persona hacer determinada conducta autoagresiva). Estas conductas responden por tanto más a una desestabilización psicopatológica
 - Depresivas: el estado de ánimo de la persona corresponde a un estado depresivo y sus autoagresiones son la respuesta a su indefensión. Por tanto, si bien puede ser considerado un estado psicopatológico, responden a un patrón bien distinto a la anterior categoría.
 - Otras: el motivo más frecuente de una conducta autolítica que no corresponda a ninguna de las dos anteriores se debe a cuando el residente busca producir con esa conducta un impacto de algún tipo en el otro. Normalmente es un modo no adaptativo de intentar comunicar algo al resto de personas, del tipo: "*no puedo más, necesito que estéis muy cerca de mi y apoyarme constantemente*".
- Otros problemas *derivados del funcionamiento del día a día.* Aunque estas situaciones no podrían ser consideradas como crisis, al ser situaciones mantenidas en

el tiempo, pueden ser denominadas como situaciones críticas que pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia de crisis con el residente implicado en dicha situación. Por ejemplo:

- La negativa continua a seguir las normas básicas de funcionamiento así como las actividades del centro.
- El consumo de sustancias tóxicas o estar en el recinto de la Residencia con síntomas obvios de haberlo hecho.
- *La negativa a tomar la medicación prescrita por su psiquiatra.*
- La negativa de participar en ninguna actividad psicosocial de la Residencia, usando ésta como mero "hotel".

15.3. INTERVENCIÓN

Obviamente cada tipo de crisis necesita una respuesta diferencial por parte del equipo de profesionales, por lo que se irá analizando cada una de ellas y proponiendo pautas de acción.

15.3.1. Ante las descompensaciones psicopatológicas

El modelo a seguir en este tipo de situaciones es la detección precoz.

Es necesario conocer los pródromos de cada residente para poder prever una recaída, y conocer cuánto tiempo suele durar la fase prodrómica para conocer el tiempo que se dispone para intentar intervenir y detener la futura crisis.

Para este tipo de actuación es fundamental la buena coordinación con el Servicio de Salud Mental de referencia del residente y así poder asegurar una buena adecuación entre el estado psicopatológico del residente y la pauta farmacológica. Durante este periodo también es recomendable disminuir la carga de la persona en las diversas actividades rehabilitadoras, aumentar el apoyo emocional así como el apoyo funcional que le den los profesionales de la Residencia.

Seguidamente se proponen algunas pautas que resultan eficaces en estos momentos:

- Elegir un interlocutor entre los profesionales para dar indicaciones. Normalmente hay una persona con la que puede tener un mejor enganche y acepte mejor las propuestas dadas por ese profesional que esas mismas indicaciones dadas por otros profesionales.
- Facilitar acompañamientos, tanto a la calle, gestiones... como a las posibles revisiones médicas y psiquiátricas que tenga el usuario.
- Realizar sesiones de relajación inducida con el residente.
- Proponer un apoyo en la gestión de sus recursos económicos de forma temporal (principalmente si puede haber consumo de tóxicos), de forma que se asegure llegar a final de mes.

-
- Realizar junto con el residente una programación del tiempo y las actividades. En ocasiones será necesario aumentar temporalmente determinadas actividades (por ejemplo para facilitar la distracción de la sintomatología positiva) y en otras habrá que disminuir las actividades, fundamentalmente aquellas que puedan sobrecargar al individuo.
 - Ofrecer frecuentemente espacios para hablar con los diferentes profesionales de forma que la persona se sienta emocionalmente apoyada.
 - Aumentar la supervisión, directa o indirecta. Se pueden diseñar registros individualizados para poder valorar de forma continua la realización de las diversas actividades que debe realizar el usuario (frecuencias, grado de autonomía, desempeño) para poder tener información válida para ajustar la intervención a cada momento.
 - Flexibilización de normas y exigencias. En la mente de todos los profesionales debe estar que en estos momentos el residente que deja de hacer cosas es porque está pasando “un mal momento” y que no necesita que se le aumente la presión sino el apoyo.

Sin embargo, cuando esto no es posible o suficiente (por dificultades graves en la convivencia con el resto de residentes), o si el riesgo de heteroagresiones o autoagresiones es elevado, es necesario actuar con urgencia. El objetivo fundamental pasa a ser el realizar un ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve donde se pueda contener la crisis y adaptar el tratamiento farmacológico, siempre en coordinación con el Servicio de Salud Mental correspondiente. Desde luego el ideal es conseguir un ingreso voluntario ya que produce menor impacto emocional en el propio residente, en el resto de compañeros y además se consigue un aumento de la conciencia de enfermedad. Desgraciadamente en algunas ocasiones esto no es posible y se hace necesario un ingreso involuntario. En este caso se procurará tener todos los documentos necesarios para asegurar el ingreso (si no se tienen, probablemente sólo se conseguirá crear una situación de mayor tensión que, además, no acabe en un ingreso) tales como la orden de traslado involuntario. Seguidamente se llamará a los servicios de emergencia quienes se encargarán de trasladar al residente al centro hospitalario. Es conveniente que para cuando llegue la ambulancia el resto de residentes se encuentren en otro lugar por varias razones: evitar que vivan una experiencia desagradable, que incluso pueda evocar experiencias propias pasadas, y evitar posibles situaciones de riesgo.

15.3.2. Ante las heteroagresiones

Como ya se ha comentado, las heteroagresiones pueden deberse a dos motivos. Si la causa es una descompensación psicopatológica, la primera pregunta que se han de hacer los profesionales debe ser: “¿se pudo evitar?, ¿era previsible?”.

En caso de que la respuesta fuese afirmativa, se trata de aprender de esa situación y de este modo la próxima ocasión que la persona presente esos síntomas se podrá prevenir la heteroagresión (gracias a la detección de pródromos). La actuación pues debe estar encaminada hacia la prevención, tal y como se explicaba en el apartado anterior.

Sin embargo, si la causa es por una ruptura de límites, la experiencia viene a decir que es una ruptura de límites progresiva, por lo que normalmente las agresiones comienzan desde las verbales, a objetos y por último acaban siendo a personas, siendo de baja intensidad y después aumentándose. Al iniciarse una intensificación de la agresividad en una situación se debe proceder empatizando, usando escucha activa y acuerdo parcial, intentando tranquilizar al residente, disminuyendo el volumen de voz usado, etc... Cuando se ve que la agresión es inminente o que se produce, es necesario proteger al propio residente, al resto de residentes (llevándolos a un lugar seguro si fuera necesario) y por supuesto a los profesionales siendo lógicamente lo último que hay que proteger los objetos. Mientras tanto algún otro profesional debe encargarse de realizar los trámites oportunos para gestionar una valoración psiquiátrica de urgencia.

Lo primero que hay que hacer es descartar la descompensación psicopatológica. Una vez descartado este motivo, se puede afirmar que se está frente a un problema de conducta que hay que manejar con firmeza dada su gravedad. La idea es que desde que aparece una agresión verbal, ésta hay que revestirla de una alta gravedad. Se podría afirmar que *"no es para tanto"*, pero en realidad es una pendiente resbaladiza que puede pronto convertirse en algo más serio. Se trata de implantar alguna medida conductual basada en técnicas de modificación de conducta, que podrá variar en función de cada usuario. El residente también puede afirmar que *"fue el otro el que comenzó"*. Cuando se inicia una charla con usuario sobre las agresiones, el profesional tiene que tener claro tres ideas básicas: las agresiones son siempre graves en sí mismas, que siempre son controlables (cuando no hay descompensación) y que ante los problemas siempre hay soluciones alternativas que aportar. Por tanto al usuario se le podría decir que con independencia de quién empezó, fue él el que ejecutó la agresión y que una solución alternativa podría haber sido pedir ayuda a un profesional para solucionar el conflicto interpersonal. Las consecuencias que podrían manejarse variarían en función de la intensidad de la conducta, pudiendo ir desde una mera instigación verbal por parte de la dirección, poner una serie de tareas extras al usuario (sobrecorrección), pedir disculpas o comprar lo que ha roto por la agresión a un objeto (restitución), una expulsión de unos minutos del recurso (tiempo fuera)...

Por supuesto, si las agresiones supusiesen un riesgo elevado para el resto de las personas habría que proteger primero al resto de usuarios (llevándolos a un lugar seguro) y a los profesionales que trabajan en la Residencia, llamando a las fuerzas del orden público para que sean éstas que las que procedan a actuar. Sin embargo esto último, tal y como se comentaba al inicio del presente punto es muy poco habitual en la experiencia de nuestras Residencias.

15.3.3. Ante las autoagresiones

También en este caso se podrían encontrar diversas causas que explicasen las autoagresiones. Si fuese por descompensación psicopatológica psicótica las medidas a tomar serían las mismas a las anteriores. En caso de que fuese más por ideas depresivas hay que tener en cuenta que existen una serie de mitos que interesa eliminar.

- “El suicida nunca avisa que lo hará”: la mayoría de las personas avisan de que se suicidarán, aunque sea de forma más velada, despidiéndose de la gente más cercana.

-
- “Si el suicida lo intentó y no lo consiguió, ya no lo hará”. Todo lo contrario, aumenta la probabilidad de que lo vuelva a intentar. De hecho cuantas más veces lo haya intentado, más probable es que lo vuelva a intentar.
 - “Hasta que no tenga el método bien definido no cometerá suicidio”. Es cierto que la peligrosidad del acto suicida aumenta cuanto más planificado esté el acto, existiendo un continuo entre la mera ideación, el pensar en el método y aprovisionarse de las cosas que necesita (por ejemplo pastillas suficientes) y escribir una nota de despedida, aunque también se puede intentar llevar a cabo un acto suicida sin tener todos los pasos planificados (por ejemplo en momentos de impulsividad).
 - “Si se le hace hablar del suicidio a una persona que no lo tenía claro, se aumenta la probabilidad de que se suicide”. Esto no es cierto, si una persona no desea suicidarse, no lo hará aunque lo hable, pero si lo ideaba, se da la oportunidad de buscar otras soluciones.

Conociendo todo esto, se puede prevenir el suicidio depresivo. Así mismo hay que conocer que, según la literatura científica, el riesgo de suicidio aumenta aproximadamente a la primera semana de instaurar un tratamiento con antidepresivos en un individuo deprimido al encontrarse éste con mayor energía y capacidad para cometerlo. Siempre se debe acompañar al usuario, hacerle ver que hay otros futuros posibles (eliminar la desesperanza), apoyarle emocionalmente y nunca culparle por sus ideas suicidas (bastante sentimiento de culpa tendrá ya la persona). Por supuesto, si el riesgo es alto nunca debe dejarse solo, y si es muy grave se debe proceder al ingreso hospitalario (ya que en un centro como una Residencia, de carácter abierto, no puede asegurarse una vigilancia durante 24 horas).

Otro aspecto interesante que hay que tener en cuenta es el secreto profesional. Este no es un deber absoluto, por lo que el profesional no está obligado a mantener el secreto bajo cualquier situación y justo una de las excepciones al secreto profesional es cuando existe riesgo vital para el propio usuario o para terceros. Así pues, si un residente pide a cualquier profesional que guarde secreto de su intento de suicidarse, este no debe guardar tal secreto y debe comunicarlo urgentemente al responsable técnico del residente o del recurso así como anotarlo en el parte diario para que todo el equipo pueda estar al corriente de la gravedad de la situación. Para no perder el enganche con el usuario, que es fundamental mantener en esta situación, se le podría decir algo así: *"mira, lo que me has dicho me parece algo muy importante, de hecho ya sabes que tu me importas mucho y por supuesto no me gustaría que acabases suicidándote, pues sinceramente creo que puedes hacer otras cosas y me gustaría poder ayudarte a solucionar este problema de otro modo, pero también es cierto que para eso es necesario que tu psicólogo lo sepa y entre todos podamos ayudarte, ¿que te parece si vamos ahora juntos a tu psicólogo y se lo dices tú?; me encantaría que fueses tú mismo quien se lo dijese, pero sino se lo dices, creo de verdad que el único modo de ayudarte será que yo se lo diga a tu psicólogo"*.

Por último, podría haber otros motivos, básicamente debidos a maneras inadecuadas de comunicar un malestar por parte del propio residente. En estos casos, lo más probable es que la persona no desee realmente morir, pero sí pedir ayuda. Lo ideal es enseñar al residente otros modos de comunicarse que no sea por esa vía, por lo que se debe hacer extinción de la respuesta desadaptada y entrenar conductas alternativas, dando

mucha atención (apoyo emocional) en otros momentos adecuados (refuerzo diferencial de otras conductas). Sin embargo existe un aspecto que nunca se ha de olvidar, y es que aunque el usuario no desee realmente suicidarse, puede no calcular adecuadamente el alcance de su conducta y realmente terminar resultando mortal. Por tanto, el deber de los profesionales es mantener la necesaria vigilancia (de modo discreto) para evitar reforzar la conducta suicida del residente. Es necesario que el profesional competente deje indicaciones por escrito de las actuaciones a seguir ante este tipo de casos de forma que guíen la actuación del resto del equipo.

15.3.4. Otros problemas cotidianos

Negativa a seguir las normas y actividades de la residencia

La negativa a seguir las normas básicas de la Residencia es un indicador de un posible riesgo a medio plazo si no se interviene, pues la experiencia viene a indicar que estas rupturas, en principio sin demasiada importancia, suelen ser la antesala de otras de mayor intensidad, produciéndose una escalada exponencial.

Lo primero que hay que hacer es analizar los objetivos por los que acude la persona. Puede ser que justamente el problema que hay que trabajar en la Residencia sea el que el residente reconozca los límites y los asuma. En este sentido habría que trabajar desde los métodos propios de modificación de conducta haciendo el oportuno análisis conductual que pueda servir de modelo explicativo de mantenimiento de la no aceptación de límites. En estos casos es fundamental la unión del equipo técnico de la Residencia, incluso con profesionales de otros recursos tales como el Servicio de Salud Mental. Es necesario en estos casos reforzar los mínimos avances de la persona en la implicación con las diferentes tareas, implicar al usuario desde el inicio en el diseño de su plan de intervención, explicar de forma continua por qué se hacen las distintas intervenciones, ajustar las exigencias a mínimos para ir aumentándolas progresivamente. Hay que considerar que en ocasiones esta sensación de ruptura de límites y no implicación en actividades puede responder más a síntomas negativos de la enfermedad que padezca la persona.

Sin embargo, esto que parece simple descrito así puede complicarse enormemente, pues este intento de ayudar a un residente (o la familia en el caso de que el objetivo sea un descanso familiar exclusivamente) puede resultar verdaderamente pernicioso para el resto de los residentes. Cada caso habría que analizarlo de forma individual e ir tomando decisiones conjuntas entre el equipo, el Servicio de Salud Mental y la familia.

Consumo de tóxicos

El consumo de tóxicos conlleva un riesgo probado de recaídas psicopatológicas y puede ser un estímulo discriminante para otros residentes con historia de consumo para reiniciar sus conductas poco saludables.

Una de las características de un recurso como la Residencia es la imposibilidad de poder saber si un residente ha consumido o no de forma objetiva y fiable. Por ello nunca se podrá controlar pequeños consumos, pero sí grandes consumos que hagan aparecer

síntomas observables claros. Una de las normas claras que deben quedar reflejadas incluso en el momento de entrada de la persona es que en la residencia no se puede consumir pero tampoco estar con síntomas de haber consumido. En este sentido, si el usuario acude con síntomas claros de consumo se pueden llevar a cabo varias actuaciones: no dejarle entrar en el recinto de la Residencia (o se habilitará una sala para que esté el usuario, una habitación aislada del resto de residentes que resulte poco reforzante, sin televisión, revistas...), que una vez pasados los síntomas un profesional hable con el interesado y ponga las medidas terapéuticas que se acuerden con el usuario para dotar de estrategias de control tanto interno como externo si lo acepta (puede ser limitar las salidas durante unos días para evitar situaciones de riesgo de consumo, poner un control externo del manejo del dinero, etc...).

La detección de los síntomas de haber consumido es algo fundamental pues así también se logra darle feedback al residente de su estado, de que éste es observable desde “fuera” y que ciertamente tiene un problema que hay que resolver. En ocasiones el propio residente es el que comenta que ha consumido. En estos casos hay que tener en cuenta no castigar el hecho de decirlo, ya que esta confianza del residente hacia el profesional es algo muy positivo para la relación terapéutica. Habría que buscar un equilibrio entre el refuerzo por haberlo comentado pero la no aprobación de la conducta de consumo.

Negativa a tomar la medicación prescrita por su psiquiatra

Obviamente esta conducta conlleva un riesgo de recaída elevado si se mantiene en el tiempo. Sin embargo, si de lo que se trata es de una toma puntual, el riesgo es nulo. Por tanto hay que diferenciar si se está ante un residente que se niega a tomar una dosis puntual o si es algo mantenido en el tiempo. En el primer caso, en muchas ocasiones se trata más de una negativa poco razonada y responde más a un aspecto emocional (ira, confrontación con el profesional...). En muchos casos es útil recordar la importancia del seguimiento de la pauta de medicación para su estabilidad y no insistir mucho más o como mucho que otro profesional pasado un rato le vuelva a ofrecer la medicación como un intento de devolverle su propia responsabilidad en la toma de la medicación (el profesional no es el interesado en que tome la medicación, debe ser el propio usuario el interesado). En ocasiones el residente tomará la medicación pautaada y en otras reiniciará la ingesta en la siguiente toma.

Más grave es la negativa continuada a tomar la medicación. Ante este hecho debe haber unidad entre la intervención de la Residencia y del Servicio de Salud Mental correspondiente (se puede estudiar el paso a medicación inyectable depot). Es conveniente que desde ambos recursos se trabaje en la concienciación sobre la necesidad para el residente de tomar la medicación. En estos casos conviene ser más directivos en las indicaciones al respecto y mantener una cierta observación posterior a la toma de la medicación para asegurarse de que el residente no la tira. Sin embargo por cuestiones éticas y razones técnicas, nunca deberá darse una medicación a un residente de forma oculta, sin su consentimiento. Obviamente el límite para este trabajo lo marca la propia aparición de la descompensación psicótica, siendo entonces necesario pasar a actuar tal y como se indicaba al comienzo de este punto.

Negativa a participar en actividades rehabilitadoras

Este problema en realidad representa un problema técnico y otro ético. Técnico pues en ocasiones hay un residente sin conciencia de enfermedad pero con necesidad de un centro residencial, por lo que no desea hacer nada que conduzca a su mejoría (poner lavadoras, poner la mesa, acudir a los talleres, compartir tareas...); es técnico pues el objetivo debe ser enganchar con el usuario y hacerle ver la necesidad de trabajar todos estos aspectos de la vida cotidiana aun con independencia de su conciencia de enfermedad.

Y también puede ser un problema ético pues si bien la Residencia se define como un recurso residencial también lo hace por su carácter de atención psicosocial y apoyo rehabilitador. Así, es habitual encontrarse con un usuario con bastante autonomía en su vida diaria y con el deseo explícito de usar su plaza como un mero techo donde recibe comidas frente a otra persona que necesita esa plaza para también conseguir una mayor autonomía en su vida: ¿tienen los dos el mismo derecho a la plaza? ¿durante cuánto tiempo, todo el que desee el usuario? Hay que tener en cuenta además que la plaza es muy cara para ser meramente residencial, ya que una plaza en una pensión resultaría muchísimo más barata para los contribuyentes, pero ¿y si no hay plazas alternativas? En fin, dos preguntas a las que los profesionales de que trabajan en una residencia tarde o temprano se harán y resultan de muy compleja contestación siendo necesario como principio general la búsqueda de consenso en la respuesta que se de para cada caso.

ÁREA 3: Pisos supervisados

CAPÍTULO 16. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN GENERAL DE UN PISO SUPERVISADO

Begoña Collantes, Laura Díaz, Concepción Martín y María Rosa Gallego

16.1. DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

Los pisos supervisados constituyen un recurso comunitario de alojamiento y soporte social ubicado en pisos o viviendas en los que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica, que cuentan con un nivel aceptable de autonomía y que tienen dificultades para cubrir de un modo independiente sus necesidades residenciales. Ofrecerán según las necesidades de cada caso: alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la rehabilitación e integración, así como una supervisión flexible y continuada.

Una de las características principales de los pisos, cuyo diseño y organización general se va a describir a continuación, es la articulación de su funcionamiento desde otro recurso residencial dependiente de la Comunidad de Madrid: las Residencias. Previo a su estancia en el piso supervisado la persona pasa por la Residencia para valorar la adecuación de su incorporación. Además, una vez establecido en el piso, se podrá beneficiar de los servicios y apoyos que presta la Residencia en la medida que sean oportunos.

La duración de la estancia puede contemplarse de forma temporal o indefinida, pero siempre con carácter flexible y variable de acuerdo a los objetivos y circunstancias específicas de cada usuario.

Los pisos supervisados se configuran tanto como un fin como un medio. Un fin ya que supone ofrecer a personas en situación de riesgo de marginación o con dificultades para atender sus necesidades de alojamiento, por falta de apoyo familiar o por deterioro en su funcionamiento, un recurso residencial, que les posibilita poder residir en una vivienda normalizada. Supone un cambio cualitativo hacia una mejor calidad de vida y hacia la normalización de un colectivo históricamente marginado y estigmatizado. Pero siendo esto importante, lo es aún más su papel como medio para avanzar de un modo coherente en los procesos individualizados de rehabilitación psicosocial y en un contexto para facilitar la reconstrucción de lazos sociales y de la propia autoestima.

16.2. PERFIL DE PERSONAS ATENDIDOS

El perfil general de las personas que pueden acceder a un piso supervisado de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid tendrá en cuenta los siguientes criterios generales:

- Personas con enfermedades mentales severas y persistentes cuyos déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial les impiden integrarse y funcionar en comunidad con total autonomía e independencia.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.

-
- Tener un nivel aceptable de autonomía personal y social que le permita afrontar las demandas que suponen la vida y la convivencia en los pisos. No requerir del apoyo y supervisión de 24 h. que ofrecen las Residencias.
 - Estar atendido y ser derivado desde los Servicios de Salud Mental de los distritos del área de referencia en la sectorización de los pisos supervisados.
 - Tener una situación psicopatológica estabilizada y no estar en situación de crisis psiquiátrica en el momento de su incorporación al Piso.
 - No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás. Ni problemas graves de toxicomanías o alcoholismo.
 - No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada. Ni tener graves problemas de movilidad que imposibiliten su manejo cotidiano en una vivienda.
 - Tener una necesidad de alojamiento y soporte y no disponer de un medio familiar, por ausencia, inadecuación o imposibilidad, que les preste los apoyos necesarios para vivir con un aceptable nivel de calidad de vida.

La situación de dichas personas puede ser variada: muchos están viviendo con sus familias pero en circunstancias de sobrecarga, tensión o desestructuración que hace necesario su salida del entorno familiar para avanzar en su proceso de rehabilitación e integración; otros viven también con sus familias, especialmente padres con edad avanzada e imposibilidad de seguir asumiendo la responsabilidad del cuidado y convivencia con su hijo/a con enfermedad mental. Algunos se encuentran viviendo solos pero en situación de precariedad y riesgo de deterioro y marginación, otros incluso se encuentran hospitalizados a la espera de una alternativa residencial idónea que permita su vuelta a la comunidad. En otros casos hay personas que viven en una Residencia, con niveles adecuados de autonomía, durante largo tiempo por falta de otra alternativa residencial. También personas solas con una situación de desarraigo familiar y social que les ha conducido a la marginación sin hogar y que tras los procesos de rehabilitación y apoyo necesitan un recurso de alojamiento y soporte que les permita avanzar en su itinerario de reinserción.

16.3. OBJETIVOS

Los principales objetivos que guiarán el funcionamiento de los pisos supervisados son los siguientes:

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones y con una adecuada calidad de vida.
- Promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada persona, apoyando el máximo desarrollo de su autonomía personal y social favoreciendo un funcionamiento social a través del desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

-
- Evitar procesos de deterioro, abandono y/o marginalización social.
 - Evitar procesos de cronificación y /o institucionalización de personas sin apoyo familiar o social pero que mantienen buenos niveles de autonomía.

16.4. ORGANIZACIÓN INTERNA DEL PISO SUPERVISADO

La organización y funcionamiento interno de un piso supervisado va a depender directamente de las características de cada persona que reside en el mismo, de la duración de su estancia, así como del tipo de interacción que se genera entre los residentes, asegurando en cualquier caso el apoyo y soporte que faciliten y promuevan la mejora de la autonomía y la integración social de los mismos, un ambiente saludable y un espacio digno para vivir.

Se buscará organizar un estilo de vida y convivencia lo más normalizado posible. Las personas se implicarán y participarán de forma activa en el funcionamiento del piso y con el apoyo y supervisión necesarios se ocuparán tanto de su autocuidado (medicación, higiene, asistencia a citas médicas, compras, alimentación,...) como del cuidado del piso, limpieza, uso adecuado del teléfono, gas, agua, luz, mobiliario, zonas comunes,... Los usuarios se hacen cargo de sus gastos de manutención, personales y de bolsillo.

La organización de la convivencia, normas y funcionamiento interno se establecerán con la participación activa de los residentes del piso, de acuerdo a los siguientes derechos y deberes:

DERECHOS:

- A ser respetado como persona y ciudadano/a de pleno derecho y recibir una atención y un trato respetuoso y lo más normalizado posible
- A aceptar su estancia en el piso de un modo voluntario, de acuerdo al contrato de estancia firmado por el mismo.
- A recibir el apoyo y supervisión oportuno para facilitar su adaptación y funcionamiento en el piso y para avanzar en su proceso individualizado de rehabilitación e integración comunitaria.
- A disponer de un espacio personal propio que asegure su derecho a la intimidad.
- A tener en el piso unas condiciones de habitabilidad y confort dignas y adecuadas.
- A ser respetado en sus derechos e intimidad por sus compañeros y por los profesionales encargados.
- A conocer y recibir información sobre su situación, tanto en lo referente a su estancia como en relación a su proceso de rehabilitación y soporte comunitario.

-
- A conocer y participar activamente en el diseño y desarrollo de su plan individualizado de atención, apoyo y rehabilitación en el piso. A participar en la organización y funcionamiento del piso.
 - A poder tomar decisiones sobre su propia vida, siempre y cuando estas decisiones no afecten negativamente al funcionamiento del piso o del resto de los compañeros que conviven en él. A disponer de la posibilidad de entrar y salir del piso.
 - A la plena y total confidencialidad de los datos respecto a su vida, su estancia en el piso y su plan de atención y rehabilitación.
 - A ser consultado y decidir sobre la oportunidad o no de visitas al piso por parte de otros profesionales o instituciones.

DEBERES:

- A respetar las normas elementales de convivencia en relación con los demás compañeros y con el personal de apoyo y supervisión.
- A mantener en buen estado y ocuparse del orden y limpieza de su espacio personal y preferencias. Así como utilizar adecuadamente el mobiliario, enseres e instalaciones del piso.
- A participar y colaborar en la realización de las tareas domésticas comunes de acuerdo a los turnos y organización que se establezcan. De igual modo deberá colaborar con las asignaciones económicas que se determinen.
- A respetar y cumplir con la organización y funcionamiento interno del piso que se establezca y acuerde por todos los usuarios y por el equipo de apoyo.
- A cumplir las normas básicas de la comunidad de vecinos del inmueble en que se ubique el piso, manteniendo una relación respetuosa con los vecinos.
- A aceptar las decisiones del equipo técnico de apoyo y de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid sobre la duración de su estancia en el piso.
- A respetar las decisiones del equipo respecto a los comportamientos o normas necesarias para facilitar el adecuado funcionamiento del piso y el bienestar de los usuarios que en él convivan.
- A participar en las diversas actividades previstas y acordadas dentro de su plan de atención y apoyo.
- A informar al equipo sobre su voluntad de abandonar el piso de una forma esporádica o permanente.

-
- A informar al equipo en caso de conflicto con algún otro compañero del piso, con vecinos así como cualquier otra circunstancia que pueda afectar negativamente al funcionamiento del piso.

La asistencia a las actividades de otros recursos como centros de enseñanza, asociaciones, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial o laboral o a su puesto de trabajo guiará la rutina de la persona. No se establece una hora fija de levantarse, comer, realizar las tareas domésticas, acostarse,... diferenciándolo así de otros contextos residenciales. Si se detectan dificultades en la distribución del sueño-vigilia, levantarse tarde de forma habitual, dejando de asistir a citas médicas, no respetando horarios de comidas ni tomas de medicación,... de forma conjunta con la persona se buscarán las posibles causas (le cuesta conciliar el sueño, olvida tomar la medicación inductora del sueño, ingesta elevada de excitantes como café, coca-cola, presencia de sintomatología positiva,...), y se comenzará el trabajo para modificar estas conductas.

Respecto a la alimentación del usuario en el Piso Supervisado, puede haber diferentes formas de organización; de nuevo las características y ocupación de la persona, así como el tipo de convivencia que exista entre los residentes, van a mostrar a los profesionales cómo plantear este aspecto. Una de las mayores preocupaciones y un reto a alcanzar es el de que los usuarios se preparasen ellos solos la comida. Si se reflexiona un poco, esta tarea resulta compleja en relación a: la destreza al cocinar, los gustos y hábitos personales, la planificación del menú, las habilidades para hacer la compra, manejo de dinero, almacenamiento y conservación de los alimentos, elaborar la comida, compartir mesa, utilización adecuada de los cubiertos,... se entrenan múltiples habilidades y permite la observación de diferentes conductas.

De este modo se va a adoptar siempre en consenso con la persona, la forma más beneficiosa y útil para él y el resto de las personas del Piso. Hay ocasiones en que todos los residentes coinciden en horarios y gustos, y en este caso el planteamiento de hacerlo de forma conjunta es lo más idóneo: preparan un menú semanal, hacen la compra, deciden quién cocina cada día,... Otras personas necesitan mayor apoyo en la elaboración de los platos, comidas sencillas a la vez que equilibradas, otros comen en restaurantes concertados con algún recurso al que asisten, y en el piso sólo cenan y desayunan, o asisten a comedores sociales, o comen en casa de algún familiar. Los ingresos económicos, también van a condicionar la forma de alimentarse del usuario ya que casi todos perciben una pensión no contributiva, y con este bajo nivel de ingresos resulta necesario planificar adecuadamente el dinero para poder destinar una cantidad adecuada a ocio, alimentación, tabaco, transporte,....

Una de las principales preguntas que hace la persona previa a su incorporación al piso es “¿mi habitación es individual?”. Los pisos disponen de habitaciones individuales y dobles. El criterio para la distribución de las mismas varía dependiendo de las plazas disponibles en el momento de la incorporación, duración de la estancia, de los objetivos a trabajar, de sus hábitos, horarios, de las preferencias del residente, como ya se ha señalado que es un proceso flexible, durante la estancia puede haber cambios de una habitación a otra, informando previamente al usuario del cambio y los motivos del mismo.

Hay personas a las que no les importa compartir habitación pero circunstancias como roncar de forma exagerada, problemas de sueño, trabajar en turno de noche,... hacen

que prefieran una habitación individual. Es importante disponer de un espacio propio en el que sentir protegida su intimidad,...

Personas con tendencia al desorden y/o al acúmulo de ropa, papeles y enseres diversos se beneficiarán de un cambio de habitación con un armario de menor capacidad que les “obliga” a trasladar todas sus cosas, haciéndoles más conscientes del acúmulo y de la utilidad o no de las mismas.

Compartir habitación permite trabajar el respeto al otro, a su intimidad y privacidad, su espacio, así como el despliegue de habilidades sociales necesarias que requiere compartir espacios.

Esto lleva a hablar de algunas normas de convivencia y funcionamiento del piso. Los residentes de cada piso participan en la organización de su propia convivencia, pero hay unas normas básicas comunes que el día a día ha ido dotando de significado y fundamento. Las personas son informadas de estas normas antes de su entrada al piso supervisado:

- El teléfono fijo del piso sólo puede utilizarse en caso de emergencia (urgencia médica), y para contactar con la Residencia y el personal de la misma. Sí que pueden recibir llamadas de aquellas personas a quien ellos faciliten el número, y esta decisión en ocasiones la limitan a unas pocas personas (por ejemplo deciden no dárselo a algún familiar que ejerce en ellos algún tipo de presión).
- En las habitaciones no se puede fumar, fundamentalmente para evitar accidentes graves ocasionados por descuidos. En las zonas comunes sí se puede fumar y se intenta que se respete el baño y la cocina. Tras la entrada en vigor de la ley sobre consumo de tabaco, la decisión de fumar y dónde hacerlo va a depender del consenso alcanzado entre los usuarios del Piso, habilitando los espacios o segmentos horarios que ellos acuerden, o cualquier otra forma de organización que se alcance por consenso. En último caso, y aplicando con rigor la ley, no se podría fumar en el Piso si así lo requiriera alguno de los residentes.
- Los residentes del piso pueden recibir visitas de familiares, amigos,... siempre y cuando sean consensuadas entre ellos y se tenga conocimiento de ellas por parte de los profesionales de la Residencia.
- Es necesario poner en conocimiento de los profesionales las ausencias no habituales del piso, salidas de fin de semana, dormir fuera una noche,... Se intenta que ellos informen a sus compañeros de piso de la ausencia, dando los detalles que ellos consideren, sobre todo para evitar que los demás se preocupen, que en el caso de preparación de comida conjunta sepan que va a ausentarse, etc... Se valorarán en equipo las ausencias prolongadas, vacaciones,...

Este conjunto de normas, pretenden no invadir la intimidad de las personas. De todas formas se debe perseguir que el usuario exprese su opinión frecuentemente, que aumente su capacidad para tomar decisiones, informándole de cuanto le afecte, preguntarle su opinión, pedirle su consentimiento y considerar sus objeciones. Hay que tener siempre en cuenta que, como ocurre en cualquier contexto de convivencia, algunas de estas normas

se podrán modificar cuando haya acuerdo entre los residentes y no se opongan a la ideología del recurso.

De la limpieza diaria del piso se ocupan los residentes y las tareas se distribuyen en reunión entre ellos y educadores. Se distribuyen de forma equitativa (también se contemplan otras posibilidades, por ejemplo un usuario que trabaje, no realiza tareas durante la semana y lo concentra en el fin de semana). Siempre teniendo en cuenta la disposición de los usuarios (respetando citas médicas, horarios, actividades de los diferentes recursos del Plan de Atención Social de la Comunidad de Madrid,...). La planificación se puede encontrar en un lugar visible de la casa (normalmente en el salón), para que todos lo puedan consultar. Es primordial el respeto a la individualidad, atendiendo a cada caso: por ejemplo una persona que trabaja, aquel que muestra especial dificultad, o que por el contrario insiste en hacer la tarea del resto, etc., todas estas son circunstancias individuales que se deben tener en cuenta.

Con una periodicidad determinada se establece un día en el que se realiza la limpieza en profundidad, con la ayuda del personal de limpieza de la Residencia de la que dependa el Piso. La tarea se desarrolla conjuntamente entre ambos.

Los residentes del piso establecen a su vez, sus propias “normas”, costumbres que se establecen en ese piso, y son consensuadas en el grupo.

Cada modificación debe ser consensuada con todos los ocupantes. Lo habitual es que cuando un usuario entra nuevo al piso se adhiera a las “costumbres” del piso, pero en ocasiones sucede que este es el momento de modificar aspectos que no funcionan del todo correctamente (Ej. cambiar actividades domésticas, turnos de lavadora, hábitos de limpieza, frecuencia,...)

Los residentes de un piso supervisado también, lógicamente, deben cumplir con las normas propias de convivencia en la comunidad de vecinos. Es importante informarles a su llegada de las rutinas específicas de esa comunidad, si existieran, por ejemplo si se dispone de portero físico, información que se le debe dar y aquella a la que no se está obligados, así como dotar de habilidades para el afrontamiento de situaciones típicas de la convivencia vecinal (por ejemplo si una vecina, llama a la casa diciendo que le están mojando como consecuencia de rotura en las tuberías,...).

16.5. ATENCIÓN DESDE LA RESIDENCIA

Antes de incorporarse al piso, el usuario debe pasar un tiempo en la Residencia, donde se llevará a cabo el proceso de valoración y preparación. Durante este periodo se desarrollan distintas actuaciones. Se llevan a cabo modificaciones progresivas en las que la persona va adquiriendo mayor autonomía para el uso de la medicación, el manejo del dinero..., etc.

Siempre que sea necesario, una vez efectuada la incorporación del residente, éste podrá continuar manteniendo un estrecho vínculo con la Residencia y todo su personal, ya que muchas intervenciones se implementarán desde dicho recurso. Es cierto que las personas que acceden a un Piso Supervisado poseen un mayor nivel de autonomía pero

en determinados momentos críticos pueden también beneficiarse de muchos de los servicios que la residencia les brinda.

Que las intervenciones puedan llevarse a cabo también desde la Residencia ofrece importantes ventajas a los profesionales al no limitar su actuación al espacio que les proporciona el piso. Esto redundará de una forma positiva en el proceso de rehabilitación del residente.

A continuación se exponen algunas de las intervenciones que tienen lugar desde la Residencia una vez que el usuario se ha incorporado ya al Piso Supervisado.

- Pueden asistir a las actividades y programas que se lleven a cabo desde la Residencia. Esta posibilidad resulta especialmente útil en el caso de las personas que no poseen red social y presentan carencias en el área de ocupación y en el empleo del tiempo libre. La asistencia a los talleres puede programarse de modo provisional con la finalidad de que paulatinamente el usuario incorpore el hábito de asistir a actividades y elija personalmente el lugar al que le gustaría acudir (centro cultural, asociaciones, Centro de rehabilitación Psicosocial, etc.). También se puede proponer un horario de asistencia a la Residencia cuando se pretenden evitar situaciones de riesgo como fugas o consumo de sustancias.
- En diversas ocasiones se ofrece al usuario, temporalmente, la posibilidad de acudir a la Residencia para realizar alguna de las comidas. Esta indicación se pauta en los casos en los que la persona no mantiene un hábito alimenticio adecuado. Para combatir esta situación se concreta con la persona su asistencia a las comidas que tienen lugar en la residencia las veces que se estime necesario. En otros momentos, el residente asiste porque se encuentra limitado por alguna razón para prepararse él mismo la comida. Durante el proceso de incorporación al piso también puede estimarse conveniente que al principio realice las comidas en la Residencia con la finalidad de reducir los niveles de estrés en los primeros momentos e ir incorporando las tareas (realización de la compra, preparación de la comida) de un modo progresivo.
- Con la asistencia a la Residencia también se puede garantizar la toma de la medicación en los casos en los que se encuentran resistencias. Los profesionales de los Pisos Supervisados pueden pautar encuentros diarios con el usuario en la Residencia, más allá de los tiempos de supervisión directa en los Pisos. A lo largo de estos espacios podrán llevar a cabo un seguimiento de las distintas áreas al mismo tiempo que se trabaja la importancia de la toma de la medicación prescrita y la conciencia de enfermedad.
- La Residencia ofrece un espacio adecuado para la realización de tutorías, la celebración de reuniones de los grupos de convivencia, el encuentro de los profesionales con las familias de los residentes y el resto de intervenciones que requieran ser llevadas a cabo en un clima formal que garantice la intimidad y confidencialidad a la persona.
- Pero además de pautar la asistencia periódica en los casos descritos anteriormente también existe la posibilidad de que el residente pueda beneficiarse de permane-

cer en la Residencia más tiempo en otras circunstancias. Por ejemplo, cuando tras un ingreso hospitalario existen dudas de que la persona pueda afrontar con éxito la reincorporación al Piso Supervisado. Caso práctico: El último ingreso fue motivado por reagudización de la sintomatología manifestándose ésta en forma de delirio, que incluía como parte del contenido a los compañeros del Piso Supervisado. Este hecho generó muchas tensiones y problemas de convivencia entre los residentes. Se valora conveniente que al alta del hospital el usuario permanezca unos días en la Residencia con la finalidad de abordar este aspecto individualmente y poder convocar una reunión de grupo de convivencia con el resto de compañeros.

Las intervenciones telefónicas realizadas por los profesionales del Piso Supervisado y por el resto de personal de la Residencia constituyen otra tipología de la atención prestada desde el recurso. Estas intervenciones se dan con alta frecuencia y resultan de gran ayuda cuando se necesita confirmar o recordar las citas, resolver alguna duda de carácter puntual o prestar apoyo emocional al usuario.

16.6. PERSONAL DE APOYO Y SUPERVISIÓN

Los pisos supervisados comparten el equipo profesional de la Residencia: un director/ psicólogo, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un equipo de educadores (que cubren los turnos: mañana, tarde y noche), un auxiliar administrativo y personal de cocina y limpieza. Estos profesionales pueden intervenir o intervienen en diferentes momentos del proceso, en diferentes actividades y en función de sus competencias. Pero fundamentalmente cuentan con un equipo específico de educadores que están presentes durante todo el proceso previo a la incorporación y de estancia de la persona en un piso supervisado. Desde la evaluación en distintas áreas de un candidato a piso, pasando por la coordinación con el resto de educadores para la adaptación del plan individualizado de atención residencial, el apoyo en la incorporación, el entrenamiento en hábitos y habilidades y el seguimiento de la persona durante su estancia en el piso supervisado.

16.7. COORDINACIÓN INTERNA

Para garantizar una atención eficaz se establecen distintas vías de coordinación entre todos los profesionales que forman parte del equipo de atención de los Piso Supervisado y la Residencia.

Como punto de partida se concreta un encuentro semanal entre todos los integrantes del equipo. Dicha reunión tiene por objetivo exponer la evolución de cada uno de los casos comentando cuáles serán los principales abordajes que tendrán lugar. Se distribuyen las tareas de acuerdo con la función que corresponde a cada profesional. Por ejemplo, en relación al estado del usuario se acuerdan las necesidades de coordinación con los profesionales de otros recursos (psiquiatra, enfermera, tutor del Centro de Rehabilitación Psicosocial...) o con los familiares, se valora la conveniencia de que vaya acompañando a alguna de las citas, se plantea la posibilidad de intensificar las supervisiones en el piso durante la semana o de convocarle a una tutoría en la Residencia. Estos encuentros destinados a la coordinación interna entre los profesionales del equipo podrán intensificarse según lo marquen las circunstancias.

Cada día, el equipo de educadores de los pisos supervisados comparte la información más relevante con el resto de profesionales de la Residencia trasladando los datos a los partes de información diaria en los que quedan recogidas las incidencias y los acontecimientos más significativos.

Queda constancia de cada una de las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de los Pisos Supervisados en los registros destinados para tal fin. Existen hojas modelo donde se registra el resultado de las supervisiones que tienen lugar en el piso supervisado (anexo 9), pautas en los casos de urgencia (anexo 10) y las reuniones del grupo de convivencia (anexo 11). Es importante que la información relevante quede recogida y archivada para que pueda estar a disposición de todo el personal de la Residencia. Esto puede ser necesario en el caso en el que haya que llevar a cabo una intervención urgente desde el recurso.

En otras ocasiones el equipo de supervisión de los Pisos Supervisados valora la necesidad de que los profesionales de la Residencia supervisen o intervengan en ciertas áreas. Por ejemplo, con un residente que se encontraba en un periodo de riesgo tras una recaída asociada al consumo de sustancias se acordaron contactos telefónicos diariamente a partir de las diez de la noche. Esta pauta permitía a los profesionales constatar la presencia del residente en el domicilio y detectar los signos de un posible consumo. El acuerdo consistía en que una vez llegaba al piso, el usuario debía hacer la llamada a la Residencia. Si el usuario no llamaba debían ser los profesionales de la Residencia quienes lo hicieran.

Son muchas y muy variadas las actuaciones que deben ponerse en marcha para procurar una atención adecuada a las personas que residen en los pisos supervisados. A este respecto la coordinación y organización interna constituye una de las principales herramientas de los profesionales para afrontar las situaciones con la máxima eficacia.

16.8. ESTILO DE ATENCIÓN

A lo largo del capítulo se ha hecho referencia a los objetivos que persigue el programa residencial de pisos supervisados de la Comunidad de Madrid a través del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Muchas son las acciones que han de desarrollarse para conseguir tal finalidad. A este respecto, es importante destacar que el estilo de atención, o dicho de otro modo, los componentes actitudinales de las intervenciones que lleve a cabo el equipo de profesionales serán lo que realmente definan el tipo de actuación.

El estilo de atención es una cuestión de gran importancia que invita a la reflexión. Constituye la vía de acceso de unas personas, los profesionales, al mundo más íntimo de otra persona, que deposita su confianza para conseguir un estilo de vida más saludable y digno. Es por ello que la actitud de ayuda y respeto deberán presidir todas y cada una de las intervenciones. A continuación se expone una relación de los principios de actuación más relevantes:

- Se trabaja por el proceso de recuperación e integración de una persona que padece una enfermedad mental, y por este motivo el residente debe sentir que

ante todo es atendido en tanto que es persona. Los profesionales deben crear con sus actitudes una atmósfera de cordialidad y cercanía.

- Las actuaciones de los profesionales serán en todo momento acciones facilitadoras de autonomía. Este término hace alusión a que se perseguirá, siempre que sea posible, que los residentes alcancen por sus propios medios la satisfacción de sus necesidades. Por ejemplo, si una persona tiene dificultades para realizar trámites burocráticos o llamadas telefónicas se le ayudará en el proceso pero permitiendo progresivamente que sea él mismo quien se enfrente a esa situación.
- Se debe perseguir siempre la colaboración y el consenso con el residente. Para este propósito los profesionales se apoyarán en las evidencias y en una actitud persuasiva y negociadora. Se deberá reservar para casos excepcionales la actuación por la vía de la imposición (casos en los que sea necesario plantear límites).
- Es conveniente que la flexibilidad se imponga a la rigidez cuando se trate de conseguir determinados objetivos. Es preferible conseguir la motivación y la alianza con el residente aún a costa de que los avances sean más lentos.
- Periódicamente serán evaluados los efectos que tienen las intervenciones de los profesionales con la finalidad de potenciar las estrategias que resultan más beneficiosas (ej.: el empleo del humor) y evitar aquellas que generan malestar o distanciamiento (ej.: intentar convencer).
- Los profesionales deberán actuar siempre con actitud empática. Es necesario ponerse en el lugar de los residentes cuando éstos manifiestan quejas o dificultades a la hora de llevar a cabo algunas actividades. Por ejemplo, el hastío ante la realización de las tareas domésticas suele ser un sentimiento que todas las personas experimentan alguna vez. Muchas veces los residentes deben hacer frente a estas obligaciones luchando por sobrellevar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación (somnolencia, efectos extrapiramidales, etc.).
- Cuando las intervenciones tienen lugar en el propio piso debe respetarse siempre la intimidad de la persona. Aunque los profesionales del Piso Supervisado poseen las llaves que dan acceso al mismo siempre avisarán antes de ir y permitirán que sean los residentes quienes les abran (las llaves únicamente se emplearán en casos excepcionales y ante las urgencias).
- Las actuaciones del equipo deberán garantizar siempre la confidencialidad de la información obtenida. A veces las características del espacio físico del piso no permiten que se pueda hablar con el residente en las condiciones óptimas. Cuando esto es así es preferible aplazar la conversación y convocar al usuario a una cita en la Residencia o esperar a otro momento en el que el resto de los residentes no estén presentes.
- Los profesionales proporcionarán apoyo y en algunos momentos serán un importante soporte emocional para la persona. A veces la realización conjunta con el residente de algunas tareas domésticas facilita poder hablar de temas a los que

de otro modo sería difícil acceder. De la misma manera, los acompañamientos que tienen lugar fuera del piso (para ir al médico, al banco, a comprar algo específico...) permiten establecer otro tipo de vínculo más cercano. Los educadores deberán ser sensibles y detectar en qué momentos la persona precisa más de su apoyo, pudiendo convocar una reunión extraordinaria para tal fin (ej.: se aproxima la fecha del aniversario del fallecimiento de la madre del residente, está a la espera de los resultados de unas complicadas pruebas médicas, etc.)

Por último merece la pena destacar que una cualidad del buen profesional será la capacidad de tolerar la incertidumbre. A diferencia del trabajo en la Residencia, donde es posible contrastar la información, en el piso el indicio y la observación son dos procedimientos imprescindibles. Por otro lado, a pesar de que los residentes confíen en los profesionales, es lógico que deseen conservar determinadas parcelas en total privacidad y no proporcionen alguna información. Esta actitud deberá ser respetada siempre que no sea relevante para la actuación profesional ni interfiera en su proceso de rehabilitación.

16.9. COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS

El trabajo en coordinación es uno de los pilares fundamentales sobre los que se sustenta la filosofía de intervención de los equipos que forman parte del Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. En este apartado se destacará cómo puede realizarse ésta cuando atañe a los usuarios de los pisos supervisados.

La coordinación puede llevarse a cabo de modos telefónicos o presenciales, en reuniones pautadas periódicamente u ocasionales en función de las necesidades que se detecten. Es importante que la comunicación entre los recursos sea bidireccional.

Desde el momento en que se valora y se le hace la propuesta al usuario debe existir una comunicación ágil y fluida entre los profesionales de los diferentes recursos (Servicio de Salud Mental, centros de atención social: Residencias, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral., etc) para poder coordinar todas las actuaciones. Periódicamente se llevan a cabo reuniones de coordinación entre los recursos implicados cuando es necesario revisar el caso y realizar nuevos planteamientos, modificar los objetivos y plantear otros nuevos o evaluar la efectividad de las estrategias de intervención empleadas. También es conveniente que los distintos profesionales se comuniquen telefónicamente siempre que sea necesario y generalmente con proximidad a las citas que el usuario tenga en el Servicio de Salud Mental. La finalidad será informar de cambios significativos, confirmar que sigue el tratamiento de un modo adecuado o ampliar datos relativos a su sintomatología si el usuario no es muy consciente o le cuesta expresarse.

A veces se valora la conveniencia de realizar un cambio en la medicación en los casos en los que la toma deba ser supervisada desde alguno de los recursos. Por ejemplo: Una residente toma adecuadamente la medicación ya que ésta es administrada desde la Residencia. Sin embargo, existen serias dudas de que se la continúe tomando si se encuentra en el piso y se valora un apoyo. En este caso su psiquiatra puede ver conveniente un cambio de la pauta de medicación que permita que los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial puedan supervisar la toma todos los días al comienzo de cada actividad.

Una vez que la persona pasa a residir en el Piso Supervisado deberá transcurrir un periodo de adaptación tras el cual se irán detectando necesidades y áreas en las que es importante intervenir. A continuación se exponen algunos casos prácticos que reflejan las ventajas del trabajo en coordinación:

- Los profesionales que llevan a cabo la supervisión en el Piso detectan que una residente tiene dificultades a la hora de la ocupación del tiempo libre, pues pasa mucho tiempo en la casa sin realizar ninguna actividad. Cuando eso ocurre experimenta un gran malestar que intenta disminuir bajando a la calle y consumiendo alcohol. El equipo de atención valora proponer a la usuaria la asistencia al Centro de Rehabilitación Psicosocial con la finalidad de que pueda desarrollar el hábito de realizar actividades gratificantes bien en compañía o en solitario como estrategia de prevención.
- Un residente tiene dificultades de memoria y le cuesta recordar la fecha de las citas médicas. Se avergüenza de este hecho y en ocasiones cuando se le olvida tiende a ocultárselo a los profesionales del Piso Supervisado. Tras la coordinación se acuerda como estrategia de intervención que los educadores del Piso Supervisado le recordarán la cita con una llamada telefónica. Por su parte, los profesionales del Servicio de Salud Mental confirmarán a los educadores la asistencia del usuario a la cita y les proporcionarán la fecha de las siguientes citas. Se transmite dicha estrategia de actuación al residente desde los diferentes recursos.
- También tiene lugar la coordinación cuando es necesario ajustar horarios y buscar la compatibilidad entre actividades de cara a disminuir los niveles de estrés o facilitar la asistencia a las citas.
- En el caso en el que los residentes del Piso Supervisado frecuenten recursos normalizados como el gimnasio, centro cultural, academias o alguno de ellos se halle trabajando no será adecuado mantener comunicación con dichos centros salvo en el caso de que sea expresamente solicitado por el residente y una vez establecido un consenso sobre cuáles serían los objetivos que llevarían a entablar dicha coordinación. Este es un aspecto sobre el que se debe actuar con mucha prudencia pues en ocasiones en lugar de facilitar la rehabilitación del usuario puede influir negativamente.

Al igual que la incorporación al Piso Supervisado supone un cambio significativo en el estilo de vida de la persona, del mismo modo experimentará ese cambio cuando abandone el Piso Supervisado y pase a otro tipo de alojamiento (normalmente un piso propio). La persona tendrá que afrontar sola muchas situaciones a las que antes hacía frente con más ayuda. Si se prevé con antelación la salida del usuario del piso supervisado los distintos profesionales aunarán sus esfuerzos para que la persona mantenga los apoyos con los que contaba (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centros de rehabilitación Laboral, Servicio de Salud Mental, Centro de Día etc). Cuando el residente regresa a su propio domicilio, tras haber residido en el Piso Supervisado para adquirir algunas destrezas, el equipo de rehabilitación puede estimar conveniente solicitar la ayuda de los Servicios Sociales Municipales para procurar a la persona una ayuda a domicilio, la asistencia a un comedor social para garantizar su adecuada alimentación, etc. Una vez más, la coordinación entre los profesionales permitirá hacer hincapié en aquellas áreas en las que la persona precisa ayuda así como reforzar las áreas en las que demuestra tener más autonomía.

CAPÍTULO 17. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN PISO SUPERVISADO

Begoña Collantes, Laura Díaz, Concepción Martín y María Rosa Gallego

17.1. PROPUESTA, VALORACIÓN Y PREPARACIÓN PARA VIVIR EN UN PISO SUPERVISADO

17.1.1. Propuesta

Desde el Servicio de Salud Mental se informa acerca de las personas con enfermedad mental que por sus características son susceptibles de derivación a un piso supervisado. En las reuniones de coordinación a nivel de Área Sanitaria que tienen lugar una vez al mes se hacen las propuestas de derivación adjuntando el protocolo de continuidad de cuidados correspondiente en el que se facilita información relativa a la historia y evolución de la enfermedad, las áreas objeto de intervención y los datos sociodemográficos.

En ocasiones la persona que pasará al piso supervisado lleva un tiempo ocupando plaza en una Residencia del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid, disfrutando a veces de una plaza de tipo indefinida pues carece de domicilio al que incorporarse a pesar de su recuperación. En estos casos pueden ser los profesionales de la Residencia los que planteen el acceso de determinado residente a un Piso Supervisado.

En general, es importante que las personas que van a vivir en un Piso Supervisado residan en la Residencia una temporada breve ya que esto permitirá hacer una evaluación más exhaustiva de las necesidades de intervención. El paso por la misma posibilita que todo el personal de este dispositivo conozca al residente. Este hecho cobra especial relevancia en el caso de que una vez incorporado al piso deba hacerse alguna intervención desde el recurso. Si existen dudas acerca de cómo evolucionará el usuario al que se propone desde el Servicio de Salud Mental resulta más conveniente que éste pase a la Residencia pero no con la certeza de que será un candidato “seguro” para el piso supervisado pues en el caso contrario podrá experimentar una gran frustración.

Una vez que el equipo del Servicio de Salud Mental y de la Residencia ha valorado que la persona puede comenzar la preparación para ocupar la plaza en el Piso Supervisado deberá transmitir la información al mismo. A este momento en el que a la persona se le proporciona la información debe otorgársele la máxima importancia. Se valorará pormenorizadamente quién debe ser el profesional que comunique la noticia. En ocasiones será conveniente que transmita dicho mensaje la persona de referencia del Servicio de Salud Mental al que la persona lleva vinculado mucho tiempo, otras veces será más adecuado que la propuesta se lleve a cabo desde la Residencia pues tal vez tras un periodo de estancia en el recurso se pueda aportar un completo feedback al usuario acerca de su evolución. También es oportuno que desde otros recursos como el Centro de Rehabilitación Psicosocial se transmita la información si desde allí se ha trabajado el aspecto motivacional de cara al acceso a la preparación del Piso Supervisado. En cualquier caso será necesario que todos los profesionales responsables del proceso de rehabilitación acuer-

den el contenido de dicha información para garantizar el grado de comprensión del mensaje, ayuden a la persona a ajustar sus expectativas y reduzcan la incertidumbre así como el grado de indefensión que pueda producirse.

La incorporación a un piso supervisado constituye sin duda una experiencia novedosa para muchas de las personas que acceden al mismo. Esto tiene que ver con el hecho de que para algunos residentes representa su primera experiencia de vida autónoma fuera del ámbito familiar, para otros supone el gran reto de la convivencia, y en algunos casos este momento recuerda a otros intentos de vida independiente afrontados sin éxito. Por consiguiente se debe tener presente que cada persona reaccionará de un modo muy diferente y este hecho guiará el modo de intervención.

17.1.2. Valoración

Una vez que el usuario se incorpora a la Residencia se comienza el proceso de valoración. Éste tendrá por objetivo conocer en que áreas se deberá intervenir de cara a dotar a la persona de las herramientas necesarias para adaptarse en las mejores condiciones posibles al Piso Supervisado.

La metodología a seguir viene marcada por el Plan individualizado de Atención Residencial cuya secuencia se describe a continuación. En primer lugar se requiere la figura del tutor del residente que viene representada por un educador de la Residencia. Este profesional será la persona de referencia dentro de la misma, y además será el responsable de obtener y recopilar la información relativa al funcionamiento de los autocuidados del usuario. Posteriormente el terapeuta ocupacional y el psicólogo realizarán las respectivas entrevistas con el residente con la finalidad de profundizar en determinadas áreas. Una vez que se dispone de toda la información se convoca una reunión en la que deben estar presentes al menos el tutor del residente, el terapeuta, el psicólogo y los educadores responsables de los pisos supervisados. En dicha reunión se concretan los objetivos en los que es preciso intervenir, se detalla el tipo de metodología a seguir así como los responsables encargados de su implementación. Seguidamente se le ofrece al residente la información de cómo se llevará a cabo el plan de intervención. Este aspecto es fundamental ya que se requiere su participación activa en el proceso y en ese momento tendrá la oportunidad de expresar lo que piensa acerca del plan de trabajo y sus expectativas facilitando el ajuste de las mismas. Esta secuencia se encuentra descrita de forma detallada en el capítulo 6 de este Cuaderno Técnico.

A lo largo de todo este proceso se persigue que la persona conserve en la medida de lo posible sus hábitos y costumbres, debiendo intervenir únicamente en los casos en los que dichos comportamientos sean perjudiciales o representen un importante hándicap para él mismo o para la relación de convivencia. Por ejemplo, una persona que posee autonomía con respecto a la administración de la medicación tiene adquirido el hábito de prepararse todas las noches la medicación del día siguiente. A pesar de que en la Residencia se utilice otra estrategia para perseguir el objetivo de la autonomía en esta área se respetará que la persona continúe realizándolo de ese modo siendo supervisada por las noches por un educador. Si efectivamente se confirma que realiza la tareas sin dificultad (selecciona las pastillas correctamente, está muy pendiente y todas las noches recuerda a los profesionales que debe completar su cajetín de medicación) podrá continuar reali-

zándolo de este modo una vez que resida en el piso supervisado.

Si es probable que dos residentes pasen a vivir en el mismo Piso Supervisado se intenta que éstos compartan habitación en la Residencia para comprobar cómo es su relación de convivencia y la capacidad de adaptación que ambos tienen a la situación. Resulta de gran utilidad poder poner en marcha estas estrategias en un contexto con mayor supervisión como es la Residencia antes de la incorporación al Piso Supervisado.

Ejemplo. Una residente padece un delirio que le induce a creer que existe un complot en el que muchas de las personas que le rodean persiguen su mal. Para combatirlo utiliza diferentes estrategias de protección consistentes en ir a misa varias veces al día, realización de rezos y oraciones en la habitación y práctica de ejercicios de meditación. En los momentos en los que la angustia es mayor siente la necesidad de cerrar todas las ventanas y bajar las persianas del lugar en el que reside. Este tipo de comportamientos podían causar un alto nivel de interferencia en el resto de compañeras del Piso Supervisado. Durante el periodo de valoración en la Residencia se vio conveniente que esta usuaria compartiera habitación con su futura compañera. Este hecho permitió que se buscaran alternativas con respecto a los espacios de tiempo en los que la primera usuaria podría realizar sus ejercicios de meditación y oraciones en intimidad a la vez que evitaba causar molestias a su compañera. Además la intervención en esta dirección influyó positivamente sobre la otra conducta ya que por respeto a su compañera evitaba bajar las persianas para que continuara entrando la luz.

Con una frecuencia semanal los profesionales ofrecen al usuario un feedback exhaustivo de la evolución experimentada y le van proporcionando indicaciones acerca de los aspectos en los que debe poner especial atención. Todo esto se trabaja a lo largo del proceso de preparación como se detalla posteriormente.

17.1.3. Preparación

Durante la preparación se deben analizar las siguientes áreas:

Área de autocuidados

Si es necesario se debe intervenir con el residente para la obtención de un grado mínimo de autonomía que posibilite su estancia en el piso supervisado. Se trabajará en el establecimiento de hábitos y se facilitará la generalización de los mismos al piso supervisado. Es importante también entrenar al usuario para resolver las situaciones del día a día. Por ejemplo, si el usuario tiene que asistir a una cita muy temprano por la mañana, que sea capaz de planificar los tiempos (a qué hora levantarse, si se ducha antes o después, si prepara la ropa o no..., etc.). Cuando existen dificultades en este aspecto es cuando los educadores realizan la tarea de planificación conjunta con el usuario, siempre tendiendo a la autonomía del mismo.

En el piso, cada uno es responsable de su propia ropa y, por tanto, las tareas de lavado, secado y orden pueden ser novedosas. El residente tendrá que prever cuánta

ropa dispone para calcular la frecuencia de lavado. Por ejemplo, una persona que tiene dos pantalones tendrá que contemplar este aspecto para disponer de un pantalón limpio. Para conseguir el secado de la ropa también deberá tener en cuenta distintas variables como la disponibilidad de un espacio limitado para tender o la posible coincidencia con otro compañero. Esto que a priori puede parecer una tarea simple sin embargo requiere poner en marcha mecanismos complejos de ejecución, planificación y coordinación entre usuarios.

Detalles como observar las toallas mojadas, comprobar que se acaban los productos de aseo, etc. son indicios que ayudan a confirmar que la persona se ducha. La supervisión directa de los hábitos de higiene personal no resulta adecuada en el piso (por respeto a la intimidad), por lo que es beneficioso hacerlo en otros contextos siempre que sea posible. Si la supervisión del aseo tuviera que hacerse en el piso, se procurará que el usuario esté solo.

Ejemplo: residente en la que se observa falta de higiene. Se decide que esta supervisión directa se lleve a cabo desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial, aprovechando la actividad de piscina a la que acude, donde el desempeño de la ducha resulta normalizado al término de la actividad.

Área de manejo del dinero

En esta área hay un amplio abanico de posibilidades de administración, desde la persona que se encuentra tutelada por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto, organismo dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, hasta el que maneja de forma autónoma sus propios ingresos. En ocasiones serán los profesionales quienes custodien su dinero con el objetivo de asegurar la cobertura de las necesidades básicas. Incluso en estos casos es primordial tener presente en las intervenciones que la persona sienta que el dinero sigue siendo de su propiedad. Ante la ausencia de autocontrol, la intervención se hace más estrecha y directa, evitando situaciones de gravedad tales como la falta de dinero para la compra de alimentación mensual, el abono transporte..., etc.

En general se intenta partir de una supervisión más alta hasta aquella menor en la que este adquiriera el hábito de administración que él considere, siempre asegurando unos mínimos.

Ejemplo. Residente que comenzó con alto grado de supervisión, haciendo planificación mensual de gasto con educadoras (tabaco, abono transportes, comida, gastos personales). Se le entregaba una cantidad semanal pactada en dicha administración. Tras meses sin ninguna dificultad se acuerda con él que cuando saque el dinero del banco al comienzo del mes distribuya el dinero correspondiente a cada gasto en botecitos que el custodiará e irá cogiendo dinero de ellos cuando corresponda, de acuerdo con la planificación realizada anteriormente. En principio mostró resistencias prefiriendo que fuesen las educadoras quienes guardasen su dinero, pero se insiste en su alto grado de autonomía y se acuerda probar dicho sistema durante un mes. Finalmente decide continuar así viviéndose esta prueba como un éxito y contribuyendo al aumento de su autonomía y mejora de su autoestima.

Área de realización de tareas domésticas, compras y comidas

El entrenamiento siempre va en función de las necesidades que presente el residente y de sus horarios, capacidades, deseo, motivación, sus gustos y preferencias. En cuanto a la realización de tareas domésticas, se acuerda con él una frecuencia y unas tareas concretas. Al comienzo de su vida en el piso se tienden a realizar dichas tareas con el apoyo de los profesionales para retirar poco a poco esa supervisión directa.

Se intenta crear un ambiente favorecedor y distendido, por ejemplo poniendo música, conversando sobre otros temas, tomando algo al final de la tarea, etc. Es recomendable que se exprese que a todas las personas (incluidos los profesionales) estas tareas también les suponen un sobreesfuerzo, normalizando la situación (¿a quién no le pasa esto?...). Al final de la tarea se refuerza con el resultado positivo de la misma, favoreciendo de esta forma la adquisición de este hábito.

En cuanto a las *compras*, ya en la Residencia se observa el desempeño de las mismas. Es frecuente encontrarse con algunos a quienes les resulta complicado saber el valor real de las cosas, que no han comprado ellos solos y no saben si con su dinero mensual podrán “sobrevivir”. Esto suele generar preocupación, pero la planificación mensual alivia este malestar. Durante el tiempo necesario las compras las realizarán acompañados por el profesional.

El área de *alimentación* se ve condicionada de forma directa por los ingresos económicos del individuo. Es importante encontrar coherencia entre los platos que se les enseña a elaborar y el presupuesto que pueden destinar a dicho fin. Por consiguiente conviene dedicar el tiempo de entrenamiento en cocina a la preparación que habitualmente realizará. Por ejemplo, en ocasiones se enseña a hacer un buen cocido, sin tener en cuenta que el coste económico de los ingredientes que se precisan supera con creces el coste de las latas precocinadas que hay en los supermercados. Es necesario entrenar en la elaboración de una dieta equilibrada, haciendo la compra de acuerdo a su presupuesto y sus gustos.

Otras áreas

En lo que se refiere a la adherencia a las citas médicas, el objetivo a alcanzar es que el residente se responsabilice de las mismas. Hasta llegar a este punto existen distintos grados de autonomía. Si tienen dificultades para acordarse de las citas, se pueden facilitar el uso de estrategias, como la utilización de un calendario mensual colgado en su habitación en sitio visible, una agenda, alarma y agenda del móvil,... combinados en ocasiones con el recordatorio por parte de los educadores. Puede que el usuario presente resistencia a acudir a las citas, será necesario entonces una intervención continuada facilitando información sobre su utilidad, sus ventajas a nivel preventivo, etc. Al igual que sucede con otras áreas, al comienzo se hace necesario asegurarnos de la asistencia a las citas, retirando progresivamente esta supervisión y limitándola a que nos informe de cuándo tiene la cita y tras la misma nos cuente como ha ido. Ante la duda la colaboración con otros recursos resulta imprescindible.

La adherencia al tratamiento farmacológico es vital para la estabilización psicopatológica del residente y la adecuada permanencia del mismo en el Piso Supervisado. Depen-

diendo del grado de adherencia al tratamiento la medicación será custodiada por él o por los profesionales. El compromiso que se adquiere con la medicación abarca un continuo que comprende desde el usuario totalmente autónomo (recuerda sus citas, va a la farmacia cuando es necesario, conoce la pauta, toma su medicación en relación a la misma, etc) hasta aquel que olvida las tomas o no recuerda las dosis. En este último se hace necesaria una supervisión diaria que asegure la toma adecuada. Para ello se pueden emplear distintas modalidades y estrategias como supervisión presencial de alguna toma en el piso supervisado, Residencia o Centro de Rehabilitación Psicosocial, entrega de medicación para dos días, preparación con el educador del cajetín semanal de medicación, entrega para quince días..., etc.

Se hace necesario a veces la supervisión indirecta a través de la observación, se intenta recoger información relativa al lugar dónde la guarda, cada cuanto tiempo pide recetas, comentarios que sus compañeros de piso pueden hacer sobre el tema, etc.

Para el empleo del tiempo libre del residente se respetarán sus gustos y preferencias, se intentará que ocupe su tiempo libre de una forma adecuada y saludable, y si es preciso modificar o ajustar los hábitos que vayan en su perjuicio. Vivir en un piso puede proporcionar un bienestar cuyo disfrute será necesario facilitar en aspectos tan concretos como ver la televisión, prepararse un café, recibir llamadas, no madrugar los fines de semana,...etc.

La preparación en el área de convivencia requiere dotar también a la persona de las habilidades suficientes para compartir y expresar las dificultades que genera la vida en común. Estas dificultades, se han de normalizar e integrar en el día a día. Es importante anticipar situaciones conflictivas, para que el usuario sepa cómo reaccionar, por ejemplo alguien coge tu comida, tú compañero pone la lavadora el día que te tocaba a ti, etc. La no aceptación de la supervisión por parte del residente en estas áreas, puede dificultar el proceso de estancia en el piso.

En el proceso de preparación, no sólo habrá que tener en cuenta al nuevo residente, sino también, a las otras personas que ya residen en el piso, dado que estas también necesitan una preparación para el cambio. La incorporación puede ser de una o varias personas, esto condiciona el proceso. Los cambios que se producen en el funcionamiento interno del piso serán mayores si las incorporaciones son de más de una persona. Es importante tener en cuenta las características de cada uno y el estilo de funcionamiento creado de cada piso.

Ejemplo: residente derivada para piso, se observan en ella óptimos niveles de funcionamiento y destrezas ya que tiene experiencias previas de vida autónoma y convivencia (casada, con hijos, actualmente divorciada e hijos independizados). Esto a priori puede resultar positivo, sin embargo no garantiza su adaptación al piso supervisado para el que existe una plaza vacante; en este caso se deberá entrenar a la usuaria para desenvolverse en una convivencia ausente de lazos familiares y demostraciones de ningún tipo de afecto, como ocurre en este piso en concreto.

A pesar de las diferencias que pueda haber entre los compañeros de un mismo piso supervisado es importante hacerles ver que ellos mismos van a ser, por lo general, sus personas más próximas, su apoyo más cercano. Será necesario entrenar sobre cómo actuar ante una situación de emergencia, si se produce un accidente doméstico como una fuga de agua.

Se les instruirá para que intenten mantener la calma, llamar a los profesionales encargados de la supervisión del recurso, llamar al 112. También es necesario tener presente qué hacer si un compañero sufre un empeoramiento de una enfermedad común, si tiene un accidente doméstico, si muestra signos de descompensación destacando la detección de pródromos (en numerosas ocasiones son los propios compañeros de piso quienes primero los detectan).

17.2. PROCESO DE INCORPORACIÓN

Una vez que se ha decidido que el usuario accede al piso, comienza el proceso de incorporación.

A continuación se mostrará la información necesaria a transmitir al usuario en este proceso. El orden en el que se realice dependerá de múltiples variables (la flexibilidad una vez más estará presente en la intervención).

Se le informa de:

- ubicación y características del piso
- ocupantes y distribución del piso
- como será su habitación
- normas básicas de estancia (voluntariedad de la estancia, firma del contrato,)
- aceptación de nuestra supervisión
- gastos de manutención (de cuales se encargará la Comunidad de Madrid y de cuales se responsabiliza el residente)
- recursos del barrio

Se recogen todas las sugerencias, dudas y demandas del usuario y se plantea un calendario de encuentros en la Residencia y en el propio piso supervisado. Se intenta hacerlo de forma paulatina, los tiempos los marca el usuario.

Se puede dividir este proceso en dos fases: acercamientos sucesivos al piso supervisado e incorporación definitiva.

Los acercamientos sucesivos, se producen al comienzo del proceso. Consisten en:

- visitas al piso, para conocer a los compañeros, y acudiendo él solo para que tome contacto con las prestaciones del piso (electrodomésticos, menaje,...)
- llevar al piso sus propios enseres
- preparar su habitación (armario, espacios propios en las zonas comunes,...)
- conocer los recursos del barrio (transportes, servicios, tiendas,..).

La incorporación definitiva al piso se decide de forma conjunta entre la persona y los profesionales, depende de la seguridad y confianza adquirida hasta ese momento. La entrega de las llaves “simboliza” el comienzo de la nueva etapa.

Este proceso de incorporación en su conjunto, resulta de vital importancia a la hora del éxito o fracaso de la permanencia de un residente en el recurso de piso supervisado. Es por esto que es importante no tener prisa, aumentar la comunicación con él, saber

cómo se siente. Es habitual que se produzca en él aumento de ansiedad, o la generación de expectativas no adecuadas a la realidad,...

Es una etapa de consolidación, es importante conseguir un aumento de seguridad y confianza en sí mismo. Los avances tienen que ser lentos para su óptima adquisición. Es necesario que los profesionales estén muy presentes, apoyándoles en cada momento. Los educadores estarán atentos a cada "detalle", mediante visitas presenciales, contactos telefónicos, haciéndole sentir acompañado en esta etapa de cambio. Poco a poco se irán retirando dichos apoyos. Cada vez que se retire un apoyo, se hará que lo sienta como un logro, y se intentará dar la importancia que merece. Aunque el avance sea pequeño, es muy importante reforzarlo y consolidarlo, igualmente se tendrán en cuenta la evaluación continua de necesidades y apoyos. Al comienzo las tareas deben ser sencillas, planificándolas de un día para otro, por ejemplo "recuerda mañana recoger las recetas en la farmacia del barrio".

Además de la información teórica que se ofrece en cuanto a prevención de riesgos domésticos, es en el propio piso donde se entrena el manejo de los electrodomésticos, aparatos electrónicos, ubicación de llaves de gas, agua, los plomos de la luz,...etc.

El proceso de incorporación puede ser de uno o varias personas; esto tiene ventajas e inconvenientes. Incorporarse a la vez permite compartir sentimientos tales como angustia, miedos, dudas, establecimiento de un vínculo personal, etc. Como inconveniente se puede destacar el posible sentimiento de "invasión" que pueden percibir los compañeros que ya viven en el piso. Una doble incorporación requiere un sobreesfuerzo por parte de los profesionales para cuidar la individualización del proceso.

Las personas que ya viven en el piso son informados con la suficiente antelación de las nuevas incorporaciones que se vayan a producir. En ocasiones se les generan dudas sobre cambios en el funcionamiento del piso y utilización de los espacios comunes. Cuando en el piso existe una plaza libre, los espacios reservados para ella no se ocupan por los residentes actuales, se respeta su habitación, su armario, su hueco en el baño,... propiciando que cuando se produzca la nueva entrada no suponga una pérdida de beneficios y su sentimiento de "propiedad" no se vea afectado.

Ejemplo. Una residente ocupando una habitación doble que decide ocupar ambos armarios y todas las estanterías de la habitación; la llegada de una compañera de habitación será vivida como una "invasión en su espacio".

Se tienen que intentar generalizar los hábitos adquiridos en la Residencia, adaptándolos a la vida en el piso, de esta forma el proceso es vivido como una continuidad y prolongación en la adquisición de autonomía. Hacer referencia a los logros ya conseguidos en la residencia aumenta la confianza en sus capacidades.

El orden de los pasos a seguir hasta la incorporación definitiva irá en función de las características del usuario.

La incorporación al piso puede ser definitiva o por etapas.

Ejemplo 1. Mujer cuyo principal delirio está basado en la comida. Durante su estancia en la residencia no ha presentado graves problemas a la hora de comer lo que se le ofrece. Se

incorpora al piso, viniendo a comer a diario a la Residencia. El siguiente paso fue comer en la Residencia y cenar en el piso llevándose la comida preparada en una tartera, para finalmente realizar allí todas las comidas. El período de tiempo entre un paso y otro estuvo en función de su evolución favorable, terminando cocinando ella sola todas las comidas todos los días.

Ejemplo 2. Una residente que en el proceso final de incorporación pasa el día en el piso pero viene a la Residencia a dormir debido al estrés que le generan las relaciones de convivencia (alto nivel de exigencia en la destreza en la realización de tareas por parte de sus compañeras). Percibe la Residencia como un lugar seguro ya que lleva en ella un largo período de tiempo.

17.3. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN

La distribución de la atención y apoyo va a depender en gran medida de las necesidades y ocupación de cada persona, articulándose un sistema de visitas frecuentes y periódicas, y estableciéndose las actividades de entrenamiento, acompañamiento y apoyo personal necesarias que faciliten la adquisición de habilidades para enfrentarse y resolver problemas cotidianos. Se tendrán en cuenta dos tipos de actividades, aquellas que se llevan a cabo con una frecuencia establecida y son de carácter grupal, como puede ser el grupo de convivencia o la supervisión de la organización de las tareas domésticas, y aquellas que requieren una atención o tratamiento individual.

El plan individualizado de atención residencial será una herramienta básica que centrará las intervenciones en función de los objetivos planteados; evitando que se caiga en la dinámica de una rutina establecida que dificulte el avance en el proceso de rehabilitación de cada usuario.

Es necesario crear un espacio entre los distintos profesionales para llevar a cabo una planificación semanal que contemple las posibilidades anteriormente mencionadas, y garantice una adecuada organización del proceso de atención, seguimiento y supervisión de los usuarios que conviven en el piso supervisado. Esta planificación no ha de estar marcada por encuadres estrictos ni rígidos, si no que debe dejar paso a la flexibilidad si es necesaria, justificada esta por la variedad de situaciones que pueden presentarse. También es importante tener presente que, con independencia de la autonomía y otras circunstancias de los usuarios, se llevará a cabo al menos un contacto a la semana de forma presencial y/o varios telefónicos para garantizar el mantenimiento de un seguimiento adecuado.

Será necesario intensificar la intervención, el apoyo y la supervisión en determinadas circunstancias como son la incorporación de personas al recurso, situaciones de crisis o conflictos en la convivencia.

17.4. ORGANIZACIÓN DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

Los *Grupos de Convivencia* constituyen uno de los modos de supervisión e intervención que tienen lugar en el Programa Residencial de Pisos Supervisados del citado Plan

de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid. En dichas reuniones participan todas las personas integrantes del Piso Supervisado. Los educadores junto con el psicólogo y el terapeuta ocupacional son los encargados de su preparación y coordinación. En función de los temas a tratar se requerirá la presencia de determinado profesional. Los encuentros de convivencia se celebran periódicamente y su frecuencia puede aumentarse según las necesidades o los cambios que acontezcan y que afecten a la relación de convivencia. Los cambios anteriormente comentados pueden tener que ver con la próxima entrada de un nuevo compañero en el piso, la necesidad de efectuar una variación entre las habitaciones asignadas a los residentes, la modificación en la estructuración de las tareas domésticas comunes, etc.

La celebración de estas reuniones tiene por objetivo:

- Facilitar a los residentes un espacio coordinado por los profesionales en el que poder expresar aspectos relevantes de la relación de convivencia o del modo de funcionamiento del Piso Supervisado.
- Promueve que los residentes puedan conjuntamente encontrar soluciones a los problemas planteados sintiéndose protagonistas del cambio o de las modificaciones que puedan llevarse a cabo.
- En los momentos en los que un nuevo residente se incorpora al Piso Supervisado permite detectar posibles dificultades y canalizarlas adecuadamente, también posibilita hacer un seguimiento del modo de relación que se establece.
- Así mismo, persigue ayudar a que los residentes generen un ambiente de respeto por el otro y de ayuda mutua.
- Las reuniones de convivencia constituyen también un espacio privilegiado para trabajar de modo grupal sobre algunos aspectos deficitarios. Por ejemplo, si se detecta que existe una pobre comunicación entre los compañeros del Piso Supervisado, si los profesionales valoran que los residentes tienen dificultades para llegar a acuerdos sobre temas importantes, o si algunos tienden a un estilo de vida muy sedentario mientras residen en el Piso Supervisado. Para abordar estos aspectos puede dedicarse un espacio de las reuniones a desarrollar un taller de habilidades sociales y comunicación, un entrenamiento en resolución de conflictos, exponer ciertas pautas para la planificación del ocio y tiempo libre, etc.
- Se motiva a los residentes para que sean ellos mismos los que también expongan aquellos aspectos de los que consideran se debería hablar en la reunión.

El lugar de celebración de la reunión puede variar entre el piso supervisado y la Residencia dependiendo este hecho de diferentes factores:

- Debe tenerse en cuenta la disponibilidad de los residentes. Hay que considerar el tiempo que estos deben emplear para los desplazamientos. En ocasiones el residente está trabajando o asiste a un recurso a lo largo de varias horas y el

coste añadido del transporte a la Residencia puede ser perjudicial. También se deberá aplicar un tratamiento especial en aquellos casos en los que la persona presente una discapacidad física temporal o definitiva que le reste o impida la movilidad.

- Así mismo, el espacio destinado a la reunión vendrá determinado por los objetivos de la misma. Por ejemplo, cuando el objetivo a tratar es que el residente que se incorpora de nuevo al Piso Supervisado y el resto de compañeros se conozcan puede resultar más conveniente celebrar una primera reunión en un espacio neutro como puede ser la Residencia. Si lo que se pretende es generar un clima de bienestar con la finalidad de que el usuario se sienta acogido y respetado en el ambiente donde vivirá, es aconsejable realizar una segunda reunión en el Piso Supervisado de carácter más lúdico.

También pueden existir momentos críticos en los que lo más adecuado es convocar a los residentes en la Residencia. Puede darse el caso de que un residente se muestre hostil y agresivo hacia sus compañeros si estos expresan alguna crítica. Para garantizar el bienestar de todos ellos es importante que la reunión tenga lugar en la Residencia por dos motivos. Por un lado, para facilitar que todos ellos se expresen, y por otro para evitar que una vez finalizada la reunión los residentes se expongan en el propio piso a una situación de riesgo o conflicto entre ellos. Los profesionales podrán intervenir después a solas con el residente que tiende a coaccionar al resto para informarle que se llevará a cabo un seguimiento exhaustivo.

- Puede darse el caso de que algunos residentes se muestren reacios o desmotivados para asistir y participar en las reuniones de convivencia. En estas ocasiones, también puede modificarse progresivamente el lugar de celebración de la reunión. Al principio, éstas pueden celebrarse en propio Piso Supervisado y poco a poco ir desplazando los encuentros a la Residencia. Además para favorecer la motivación es importante que las reuniones se conviertan en un espacio agradable y estimulante para los residentes pudiendo compartir las actividades que se consideren oportunas. Cuando las intervenciones que deban llevarse a cabo sean más estructuradas será conveniente cuidar la metodología para que ésta resulte atractiva (por ej.: incluir proyecciones de películas para trabajar habilidades de comunicación). Del mismo modo, el tiempo de celebración de la reunión tendrá que ajustarse al estado y tolerancia de los residentes cuidando que no resulte excesivo.

Respetar el horario de celebración de la reunión será un aspecto fundamental tanto si ésta se celebra en el Piso Supervisado o en la Residencia. En el primero de los casos, los profesionales comentarán con antelación a los residentes la hora del encuentro para permitir que estos organicen su tiempo y posean una mayor sensación de control. En la medida de lo posible, se intentará que la hora no coincida con las actividades externas de los residentes. También se tendrá en cuenta no elegir horas intempestivas (muy pronto por la mañana, a la hora de la comida...).

Ya se comentó anteriormente que la reunión es preparada por el equipo de profesionales dando prioridad a los temas y necesidades expuestas por los propios residentes. A su finalización, la persona encargada realizará un resumen descriptivo del desarrollo de la

misma anotando las observaciones más significativas y los próximos objetivos a tratar en la siguiente reunión. A continuación se presenta una tabla con un ejemplo de registro de una reunión de grupo de convivencia:

Registro: Detección de necesidades y objetivos de la reunión:

Tras la incorporación de un nuevo residente al Piso Supervisado se plantea la reunión de convivencia con el objetivo de comprobar cómo es la relación establecida entre los residentes. El nuevo residente habla con dificultad el castellano y debido a su enfermedad tiene problemas para pronunciar y mantener conversaciones centrándose en el contenido de las mismas. Otra característica importante es que tiende a minusvalorarse debido a su baja autoestima. En las supervisiones telefónicas todos los integrantes del piso comentan a los profesionales que *“las cosas van bien”*, sin embargo existen serias dudas. Se plantea intervenir en este aspecto para contrastar la información y poder resolver cuanto antes las dificultades que puedan surgir.

Desarrollo de la reunión:

Al comienzo de la reunión los residentes no muestran signos de malestar ni emiten ninguna queja. Sin embargo, se aprecia cierto retraimiento en los comentarios que realizan: *“Todo va bien ...”*, *“nos estamos adaptando todos...”*, *“X tiene que acostumbrarse al cambio y poco a poco se manejará mejor...”*.

Se pregunta al residente recién incorporado cómo se encuentra, cuáles han sido sus impresiones los primeros días y si tiene alguna dificultad. A lo largo de la conversación los profesionales se percatan de que ninguno de sus compañeros es capaz de entenderle (incluso ellos mismos tienen dificultades). Se hace explícito este hecho y es entonces cuando confiesan que en realidad no le entienden y que a penas han podido mantener una conversación durante los anteriores días.

El residente con dificultades para hablar se muestra consciente de su limitación y se preocupa por ello. Plantea que a él no le importa repetir más despacio las cosas cuando no le entiendan. Se llega a un acuerdo de cuáles pueden ser las estrategias de actuación que lleven a cabo:

- Siempre que no comprendan algo se lo harán saber para que pueda comentarlo de nuevo.
- Utilizarán la vía escrita siempre que sea oportuno.
- Cuando se trate de resolver alguna dificultad y ellos no puedan llegar a un acuerdo solicitarán la ayuda de las educadoras.

Objetivos a revisar el próximo día y recomendaciones:

- Durante la semana se intensificarán las supervisiones telefónicas.
- En las supervisiones presenciales en el Piso Supervisado se intentará que coincidan los residentes procurando fomentar las conversaciones entre ellos.
- En los contactos directos con la persona que presenta las dificultades se interviendrá intentando potenciar su autoestima reforzando los esfuerzos realizados para hacerse entender, al mismo tiempo que se focalizará la atención en las habilidades que posee y actividades que realiza con éxito.
- Se convoca otra reunión de grupo de convivencia a la semana siguiente.

17.5. ORGANIZACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DOMÉSTICO

Como ya se ha señalado, el funcionamiento de cada piso supervisado depende de las personas que en él residen y dada la flexibilidad del proceso, puede ir cambiando hasta adoptar la forma más idónea y útil tanto para cada usuario como para el grupo. No se debe olvidar que, salvo casos excepcionales en los que residentes de un mismo piso se conocen anteriormente comparten gustos y aficiones, los usuarios no eligen a sus compañeros de piso. Se pueden imaginar tantas formas de organización como usuarios de piso:

- se comparten los productos de limpieza y los útiles correspondientes
- se comparte el menaje de la cocina (vajilla, cubiertos,...)
- usuarios que ponen juntos la lavadora
- es posible que tengan cada uno sus propios productos de limpieza, su propia fregona y cepillo, menaje de uso personal (platos, cazos...) si uno de ellos tiende a no respetar el cuidado de las zonas y equipamiento comunes (no fregar la sartén después de cocinar para que pueda utilizarla otra persona, dejar el cepillo sin limpiar después de barrer, no realizar la tarea de limpieza cuando le corresponda...), como última opción si han probado otras y no han sido efectivas.

En cuanto a la organización de la alimentación puede ser que las comidas se hagan de forma conjunta o individualmente.

- conjunta: se consensúan unos menús semanales y se distribuyen las tareas de compra, elaboración de la comida y limpieza de la cocina.
- individual: se realiza con el residente un menú semanal y la lista de la compra.

En ambas opciones la presencia de los educadores en cualquiera de los pisos atenderá a la consecución de los objetivos planteados y dependerá de las habilidades del residente, dificultad del plato a elaborar, existencia de algún problema o conflicto de convivencia que haya que tratar...La tarea de cocina posibilita crear el clima de confianza necesario que favorece y propicia poder tratar temas "delicados" y resolver conflictos.

La capacidad de los espacios y mobiliario comunes condiciona la distribución de los enseres de cada residente, la colocación de su comida en la nevera, los armarios de la cocina, el armario del baño, la utilización de los muebles del salón,...

De igual forma, se ha de tratar de normalizar el uso de las zonas comunes (baño, cocina, salón, TV, lavadora,...). La realización de autocuidados (ducha, afeitado,...), prepararse la comida, poner la lavadora y tender la ropa, ver la televisión o escuchar música dependerá de la ocupación y horarios de cada uno. Como en otras áreas, en las reuniones de convivencia se plantean situaciones que pueden darse en el piso. Ej. ¿Qué hacer si dos usuarios tiene que salir de casa a la misma hora y coinciden al usar el baño? Quizá se deba proponer a uno de ellos que pueda ducharse por la noche, o mientras uno desayuna el otro se ducha,...

17.6. PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Como se ha comentado en el capítulo anterior, los pisos proporcionan un recurso que facilita el mantenimiento en la comunidad y promueve el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario.

Cuando una persona se incorpora a la Residencia se lleva a cabo una evaluación de los recursos comunitarios que utiliza, cuál es su conocimiento sobre el funcionamiento de estos, competencia del residente en su uso, los que frecuenta con apoyo y aquellos que dependiendo de sus necesidades podría utilizar. Para esta evaluación se tendrá en cuenta la información facilitada por el Servicio de Salud Mental, otros recursos en los que el usuario está en atención, la información facilitada por la persona y los datos recogidos mediante la observación. En función del resultado de la evaluación se plantearán los objetivos en esta área.

Previo a su incorporación al piso supervisado el residente tendrá la posibilidad de realizar un conocimiento de la zona, localizar los recursos que ya utiliza y que es previsible que con el cambio de alojamiento vaya a frecuentar allí, como el supermercado, el banco o la farmacia. En el caso de que ya esté asistiendo a actividades culturales o deportivas, él valorará si continúa en los centros a los que asiste o se realizan los trámites para buscar centros más próximos al piso. También se tiene en cuenta el conocimiento de los medios o las combinaciones de transporte más “rápidos” para acceder a los lugares más frecuentados por el mismo.

Durante la estancia del usuario en el piso, se potenciara la utilización de los recursos necesarios, facilitando los apoyos pertinentes en cada caso.

Ejemplo: mujer que lleva más de 3 años viviendo en un piso supervisado. En ocasiones refiere sus conocimientos sobre inglés y alemán y su motivación por aprender idiomas, estos comentarios no se materializan en la realización de una actividad concreta. La educadora aprovecha para comentarle donde puede informarse sobre cursos de idiomas, y en ocasiones se le da información específica de cursos, la usuaria recoge lo que se le comenta pero no accede a ellos. Cuando se acerca la fecha para realizar la solicitud en la Escuela Oficial de Idiomas se aprovechan espacios informales para hacer referencia a ello, la usuaria va pidiendo datos concretos, y realiza los trámites para obtener plaza. Cuando

salen las listas la residente está admitida en tercer curso de alemán, iniciando la asistencia cuando comienza el curso académico.

17.7. MANEJO DE PROBLEMAS DE CONVIVENCIA Y FUNCIONAMIENTO EN UN PISO SUPERVISADO

Es conocida la dificultad de convivir en paz y armonía con las personas que nos rodean. Entra dentro de la lógica (del normal funcionamiento), que en el seno de las familias existan momentos de crisis y tensiones a veces difíciles de resolver. Pero los problemas de convivencia trascienden a las relaciones familiares y aparecen también cuando se comparte el mismo espacio durante un tiempo prolongado con amigos y compañeros más o menos íntimos. El compendio de reglas y consejos recopilados en un manual que podría denominarse *“El arte de la convivencia”*, no sería suficiente para preparar a las personas para la ardua tarea que supone convivir respetando las costumbres del otro y aceptando sus dificultades. Habitualmente los grupos de personas que residen juntas establecen sus propias reglas y acuerdos que marcan los límites de la relación. Cuando esto no es así y no existen fronteras ni criterios claros pueden darse graves problemas.

Existen diversos factores, que sumados a las propias características de la enfermedad que padecen los residentes de los Pisos Supervisados, pueden explicar algunas dificultades para la convivencia. Algunos de ellos con frecuencia poseen una historia de alta conflictividad familiar. A veces, el comienzo de la enfermedad junto con la ausencia de modelos adecuados imposibilita o dificulta la adquisición de destrezas y habilidades de comunicación tan necesarias para el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Además se debe tener en cuenta que los residentes no han elegido al resto de compañeros con los que tendrán que convivir. En algunos casos se dará cierto nivel de afinidad entre los residentes pero en otros existirá entre ellos una gran heterogeneidad. Teniendo en cuenta esto último junto con el hecho de que existe cierto nivel de movilidad de plazas en los Pisos Supervisados deviene necesario que existan determinadas normas de convivencia y uso del piso que serán explicitadas desde el primer momento y conocidas por todos los residentes (en el capítulo anterior se hacía mención a dichas normas). Sin embargo, el mero respeto de las normas de estancia en el piso supervisado no garantiza que la convivencia sea adecuada entre los residentes. A este respecto, es difícil señalar cuáles deberían ser las claves o los indicadores de una convivencia ajustada dado que este aspecto no vendrá determinado a partir las características de una persona en concreto sino que el resultado de una convivencia satisfactoria será la suma de las interacciones entre todos los integrantes. Por ejemplo, una persona puede tener un déficit severo a la hora de comunicarse con sus compañeros o de realizar algunas tareas domésticas. Que esto no genere tensiones dependerá de lo exigentes, comprensivos o empáticos que sean sus otros compañeros. Es por ello que antes de que se incorpore un nuevo residente al Piso Supervisado, en que ya conviven otras personas, los profesionales necesitan anticipar posibles dificultades o facilitadores de la relación para prever cuáles serán las estrategias de prevención e intervención más adecuadas.

Como puede suponerse, las principales fuentes de conflicto que tienen lugar entre los compañeros del Piso Supervisado guardan relación con la realización de las tareas domésticas, el respeto de las zonas y los objetos comunes y en general aspectos actitudinales que marcarán la evolución de la relación. A este respecto, una de las actuaciones de los

profesionales radica en fomentar que los residentes sean capaces de poner solución a los problemas de convivencia que se presentan lo antes posible. Y en la mayoría de los casos esto sucede así. Sin embargo, también existen situaciones que requieren ser resueltas bajo supervisión. A continuación se exponen diversos casos prácticos que ilustran algunas de estas estrategias de prevención y actuación ante posibles problemas de convivencia.

Ejemplo: *Una persona con nula conciencia de enfermedad y déficit en habilidades de comunicación (reducida capacidad de escucha e hipercrítica con los demás) no facilita el proceso de autonomía de su compañera. Ambas realizan conjuntamente el menú semanal y la compra correspondiente. La que posee mayor autonomía es un apoyo importante para su compañera en algunas áreas. Sin embargo, en lo que respecta a la realización de la comida interfiere en gran medida en el proceso de rehabilitación de su compañera ya que le invade acaparando ella la realización de la actividad y expresando constantes críticas sobre el modo de ejecución de su compañera.*

Como estrategias de intervención se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- a. Se pautan tutorías individuales en la Residencia con aquella que realiza las críticas. Se enfatiza en la toma de conciencia del problema y se interviene en habilidades de escucha y en la disminución del comportamiento de crítica.*
- b. En las reuniones de los grupos de convivencia se exponen aquellas situaciones que generan tensión entre las compañeras facilitando la expresión de cada una de ellas y la búsqueda de soluciones conjunta.*
- c. Se toma la decisión de que el equipo de educadores apoye a la usuaria que presenta más déficit a la hora de realizar las comidas. Al principio las intervenciones se llevan a cabo en el piso supervisado en los momentos en los que la otra compañera se halla ausente. Se establecen los siguientes pasos para abordar este objetivo: selección de los alimentos y platos a preparar según las preferencias y orden de dificultad, entrenamiento guiado en vivo, modelado, retirada progresiva de la supervisión.*
- d. La terapeuta ocupacional acuerda con la residente la asistencia al taller de cocina que se desarrolla en la Residencia una vez por semana.*

Ejemplo. *Un residente padece un trastorno obsesivo compulsivo relacionado con la limpieza y con el orden. Lleva a cabo rituales de limpieza estereotipados y muy frecuentes a lo largo del día. No tolera que los demás compañeros fumen y no limpien el cenicero de modo inmediato.*

Se plantea tratar este tema en los grupos de convivencia además de en las tutorías individuales. Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- a. Que tome conciencia de que el tiene comportamientos y actuaciones que tal vez también molesten a sus compañeros.*
- b. Que reflexione acerca de que lo que le ocurre tiene que ver con su enfermedad y por consiguiente es conveniente poder intervenir sobre ello y aumentar su grado de tolerancia a esas situaciones.*

-
- c. *Se plantea la búsqueda conjunta de soluciones. Los residentes acuerdan utilizar cada uno un cenicero y responsabilizarse de limpiarlo. Concretan un número máximo de colillas que marcará el hecho de que el cenicero debe ser vaciado.*

Ejemplo: Una residente tiende a permanecer mucho tiempo aislada en la habitación y acumular objetos en la misma (ropa sin límite, periódicos). El trato con las demás compañeras es casi inexistente. Tiende a descuidar la realización de las tareas comunes y reacciona con hostilidad cuando se lo trasmiten.

Como estrategias se valora:

- a. *Proponerle un cambio a la habitación compartida para procurar momentos de mayor contacto entre las compañeras y facilitar así que haga un mejor uso de los espacios comunes no permaneciendo tanto tiempo aislada en su habitación.*
- b. *La distribución del espacio del cuarto utilizable por cada una de ellas para evitar las conductas de acumulación.*
- c. *Citas semanales en el grupo de convivencia para poner en común las dificultades y buscar soluciones.*
- d. *Asistencia a un taller de habilidades sociales y comunicación.*

Ejemplo: Uno de los residentes del Piso Supervisado que tiene una alta dependencia del tabaco presiona al resto de los residentes llegando a amenazarles para que éstos le den cigarrillos. Durante los primeros días los residentes mantienen silencio con respecto a la situación pero conforme se intensifican los comportamientos de hostilidad solicitan la ayuda del equipo de profesionales. Como estrategias de actuación se plantea:

- a. *Convocar de modo urgente a los residentes del Piso a una cita en la Residencia para celebrar una reunión de grupo de convivencia.*
- b. *Facilitar en la reunión que los residentes se manifiesten en contra de las conductas de coacción y amenazas.*
- c. *Recordar las normas de convivencia y explicitar que la reincidencia en actos de falta de respeto y acoso a los demás tendrá una seria consecuencia.*
- d. *Individualmente elaborar con el residente un compromiso de estancia en el que se expliciten aquellos comportamientos que debe evitar. Acordar una medida restitutiva que pueda ser aplicada en el Piso Supervisado (comprar un paquete de tabaco a cada residente).*

17.8. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN UN PISO SUPERVISADO

La “intervención” para la prevención de una crisis es continua y debe estar presente durante todo el proceso de atención, comenzando desde la realización de una evaluación al inicio de la estancia del residente en la Residencia, contemplándolo en su

plan de atención, en la preparación para la incorporación, y durante la estancia del mismo en el piso supervisado. Potenciando y manteniendo los recursos de los que la persona dispone, trabajando por la adquisición de los necesarios y facilitando los apoyos oportunos.

El papel de la psicoeducación es fundamental, que la persona conozca sobre su enfermedad, el modelo de vulnerabilidad, los efectos de los fármacos, las conductas de riesgo, los pródromos, su sintomatología, solicite ayuda o acceda a los recursos adecuados en caso necesario, serán, entre otros, objeto de valoración e intervención. Todos estos aspectos forman parte de un continuo, no son todo o nada, y además puede no ser estable y estar influido por el estado psicopatológico u otras circunstancias del residente. Por ejemplo, persona que mantiene adherencia farmacológica en periodo de estrés laboral, dejar alguna toma.

La intervención puede y debe venir desde los diferentes recursos que atienden al usuario; en sus citas con su psiquiatra o tutor en la coordinación de cuidados del Servicio de Salud Mental, si el usuario acude por ejemplo a un Centro de Rehabilitación Psicosocial, o desde una asociación y también desde el equipo de profesionales del piso supervisado.

Para la prevención de un periodo de descompensación es básica la detección precoz para proporcionar de una manera rápida los “apoyos necesarios”. Puede ser el propio usuario el que se de cuenta que algo le pasa y actúe en consecuencia por ejemplo dejando temporalmente alguna actividad, adelantando su cita con el psiquiatra, etc... En nuestro caso será muy importante mostrar especial atención, aumentar los contactos y si fuera preciso los apoyos con la persona cuando por ejemplo se hayan producido cambios vitales muerte de un familiar, ruptura sentimental, periodos estresantes incorporación laboral, épocas delicadas aniversario muerte de su madre, proceso de inicio de la estancia en el piso supervisado o que en el piso que la persona reside se incorpore un nuevo compañero. Además en los contactos habituales con el residente se puede observar que la persona tiene conductas diferentes como mostrarse más retraído o más desinhibido de lo habitual, que manifiesta una idea delirante, o que el tema delirante que presenta de forma constante lo comenta con más insistencia y emociones de lo habitual, que tiene una expresión facial diferente, que se muestra irritable con los profesionales y/o compañeros, que ha dejado de asistir a alguna actividad, que pasa mucho tiempo encerrado en su habitación, etc. Todo lo anterior representa un conjunto de conductas que nos sirven como señal de alarma y nos indican que algo puede estar ocurriendo.

En este caso son actuaciones a llevar a cabo:

- aumentar la supervisión y los contactos con el residente con el fin de observar si fue un acontecimiento puntual o es algo que se prolonga en el tiempo
- coordinación con recursos que le atienden para que reciban la información, nos comenten si han observado algo en la misma línea...
- valorar la conciencia que tiene sobre la situación, receptividad a recibir feed-back sobre su sintomatología...

-
- Tener presente poder aumentar la supervisión de la toma de medicación, si puede haber indicios de que esté dejando de hacerlo: cuando se descompensa tiende a hacerlo, últimamente hacia comentarios negativos sobre los efectos de algún medicamento, etc...
 - Ver cuando tiene la cita con su psiquiatra y de forma coordinada valorar si se puede esperar a la misma o sería preciso un adelantamiento. Entonces valorar la predisposición, directa o indirectamente, que pueda tener el residente para adelantar la cita y/o facilitar que la cita se lleve a cabo.
 - Facilitar la reducción de la estimulación o la necesidad de tener que afrontar demandas del medio. Por ejemplo puede dejar de asistir de forma temporal a una actividad. También se puede facilitar el paso temporal a la Residencia, centro en el que las demandas del medio son menores. Es importante valorar bien esto porque a veces a un usuario puede resultarle más estresante ya que por ejemplo tiene que convivir con más personas que en el piso supervisado.

Ejemplo: *Residente que en determinadas épocas, como las navidades, tiende a consumir sustancias y descuidar el cuidado de sí mismo abandonando la medicación. Estrategias: se planifica una estancia programada en la Residencia para poder supervisar y apoyar a la persona con más proximidad.*

- Si el residente se mantiene en el piso, será preciso poner especial cuidado en el conocimiento de la situación por parte de todo el equipo de la Residencia. Previsión de pautas concretas de actuación, apoyos por ejemplo llamadas telefónicas...

Si la situación de desestabilización continua o se presenta una crisis, podría ser oportuna la realización de un ingreso programado en el hospital de referencia con el fin de conseguir la estabilización psicopatológica del mismo. En ocasiones es el propio residente el que demanda las atenciones proporcionadas en el hospital.

Hasta aquí se ha detallado la prevención de una recaída, contemplando distintas posibilidades de actuación, de una forma más o menos progresiva. Pero en ocasiones, por diferentes motivos, puede producirse una situación que sea necesario resolver lo antes posible. Se trataría de que aquellas situaciones que puedan suponer un riesgo para el usuario o para los compañeros de piso. Por ejemplo, en la visita al piso el profesional puede encontrarse con un residente que presenta un estado importante de agitación, o pueden llamar dos compañeros de un piso a la Residencia de referencia de la que depende y comentar que su compañero les está amenazando.

En estas ocasiones la actuación de los profesionales debe cumplir los siguientes objetivos:

- Facilitar la valoración psiquiátrica del residente.
- Disminuir los riesgos para el propio sujeto y compañeros.

Quizá con la presentación de algunos ejemplos se puedan mostrar algunas estrategias que se podrían utilizar. Pero será necesario tener presente que cada situación que se

plantee requerirá de un análisis y un ajuste de las intervenciones en función de las características y circunstancias de cada persona.

Ejemplo: Una residente que vive en el piso desde hace dos años, ha pasado una temporada viviendo sola en el mismo. Hace dos meses se produce la incorporación de dos usuarias al recurso, aspecto que ha supuesto un cambio importante y una fuente de estrés para ella. Esto se contempla en las intervenciones de los profesionales.

Se pone en contacto telefónico con una educadora, y presentado un gran estado de excitación (llora, grita, habla muy rápido), le manifiesta que no puede más con sus compañeras mostrándose muy agresiva verbalmente. Es muy difícil su contención se intenta aplazar la conversación para el día siguiente, se le sugiere la toma de medicación pautada en este caso que cierre su habitación y que descansa hasta mañana para poder tratar despacio el tema, pero se niega y continúa en la misma línea. En ese momento, se le indica que pueda acercarse a la Residencia para tratar el tema, facilitándole medios de transporte, a todo se niega, insulta también a los profesionales y termina colgando el teléfono. Por el horario (22:00 horas) y personal disponible no se puede acceder al piso, pero es necesario realizar alguna intervención. Se valora evitar cualquier riesgo de agresión hacia las compañeras y propiciar la tranquilidad de la usuaria. Se vuelve a llamar al piso, coge el teléfono otra compañera se le indica que recojan lo necesario ella y la otra compañera y que bajen que un taxi acudirá a recogerles y les trasladará hasta la Residencia, así lo hacen.

Con la otra persona a partir del día siguiente se realizan los pasos para que sea atendida por su psiquiatra y finalmente en el hospital de referencia.

Ejemplo: A las 7:40 horas llama a la Residencia una de las usuarias comentando que considera que es posible que su compañera se haya tomado algo (refiriéndose a medicación) puesto que es incapaz de despertarle. Se recoge más información y se le dice que en breve se acercarán los servicios de urgencia. El educador llama al 061 informando de la situación. Estos se acercan muy pronto al piso y no consideran que la usuaria esté afectada por ninguna sustancia.

Los educadores se acercan al piso para ver a ambas. Por un lado se refuerza a la persona que aviso a la Residencia y se trata el tema con ella. Cuando las profesionales intentan hablar con la otra residente está presenta dificultad para articular palabra, balbucea y tiene muchas dificultades para mantenerse en pie. Además se encuentra un vaso roto en la habitación y una cuchilla encima de la cama. Los educadores se coordinan con la directora de la Residencia y se valora su traslado al hospital en un taxi. Se acercan al hospital de referencia donde le realizan un chequeo médico y se valora que pase unos días en la planta de psiquiatría.

Ejemplo: Un residente de un piso llama a la Residencia por la tarde para hablar con una educadora del piso supervisado, es difícil entender sus palabras, en ocasiones habla muy bajito comenta cosas que no parecen tener sentido y manifiesta sentirse angustiado por lo que le pueda pasar a una persona cercana a él. Se le intenta dar feed-back de su estado, dice que está bien porque ha dejado de tomarse una medicación, también refiere no haber dormido y haber tomado 19 cafés. Se le trasmite que nos preocupa su estado y que nos gustaría poder verle o que pudiera ser valorado por su psiquiatra. Él acce-

de a acercarse al día siguiente por la mañana. Se acuerda con él que se le llamará a lo largo de la tarde al piso para ver como se encuentra.

A la 1:45 de la madrugada llama él al centro, presenta un lenguaje complemente delirante y difícil de entender. Se le dice que sería oportuno que le viera un médico, tiene dificultades para comprender. Entonces se le informa de que se va a avisar a un médico para que vaya a atenderle al piso y valore su estado. Desde la Residencia una persona realiza las gestiones, mientras otra se mantiene en contacto telefónico con el usuario hasta que llega el médico. Los médicos valoran administrarle un sedante.

Al día siguiente se llama al piso a primera hora de la mañana para hablar con el residente y su compañero. La persona está dormida y su compañero viene a la Residencia. Se contacta con el psiquiatra de referencia para informar de la situación. Éste llama al residente al piso y se muestra más tranquilo pero continua con un discurso incoherente y no accede a acudir a consulta. Se valora la realización de un ingreso psiquiátrico.

Finalmente puede ser necesaria la realización de un ingreso involuntario. Intentando contemplar esta como la última opción, también se podría matizar algo sobre su “forma” y es que, en la medida de lo posible, se pudiera evitar que el traslado se llevara a cabo desde el piso supervisado. En muchas ocasiones, un ingreso involuntario provoca una situación desagradable, ya que por ejemplo la persona ante la falta de conciencia de su estado puede resistirse al traslado. Por ello, no sería conveniente que esto tuviera lugar con la posibilidad de la presencia o conocimiento de las personas del vecindario, y que al usuario pudiera posteriormente afectarle, entre otras muchas cosas, en sentirse en la obligación de justificar comportamientos condicionados por su estado y por las circunstancias.

Una vez ingresado, lo prioritario, evidentemente, es la estabilización psicopatológica de la persona, pero también es muy importante que pueda entender el “por qué” del ingreso involuntario. Para este aspecto es fundamental el establecimiento de una coordinación adecuada con los profesionales que le atienden en el hospital. Estos pueden valorar en función de su estado clínico, los comentarios que facilite en las entrevistas y la propia aprobación del residente, cuándo es oportuno que se puedan tener acercamientos con él bien sean telefónicos o presenciales que permitan, teniendo en cuenta su receptividad, facilitarle una explicación de lo ocurrido. Unas veces, el propio residente al mejorar psicopatológicamente hace una valoración ajustada de las circunstancias, otras las intervenciones realizadas desde el hospital facilitan este aspecto. Pero también entra dentro de las múltiples posibilidades que aspectos como que manifieste una actitud de desconfianza hacia los profesionales, o la poca conciencia de la situación no permita tratar el tema en ese momento. Puede, entonces que la intervención en este sentido se prolongue durante su estancia en el piso, y que esté muy presente para él en una circunstancia similar.

Al alta valorar si fuera preciso que el usuario tuviera una estancia en la Residencia antes de su reincorporación al piso supervisado.

17.9. FINALIZACIÓN DE LA ESTANCIA EN UN PISO SUPERVISADO

Como se ha comentado con anterioridad, la estancia en un piso supervisado no tiene porque considerarse la alternativa residencial definitiva para todos los que acceden a

él. De hecho una posibilidad que se contempla por definición, y se materializa en la práctica, es la finalización de la estancia de un residente del recurso. En ocasiones este aspecto viene ya determinado en el momento de la propuesta, otras veces el carácter indefinido se modifica porque cambian las circunstancias del usuario, en otros casos es necesario interrumpir la estancia de forma temporal o definitiva, etc. Teniendo en cuenta las diferentes variables que pueden propiciar la finalización de la estancia de una persona en el recurso, y con una clasificación meramente aclaratoria se exponen las diferentes posibilidades de salida de un residente de un piso supervisado.

a) Salidas previstas /planificadas

Se trataría de estancias condicionadas o marcadas por un tiempo limitado (en principio, máximo un año), la intervención sobre unos objetivos muy específicos y/o la previsión de incorporación a otra alternativa residencial. Guiándose por el criterio temporal se trataría de las estancias denominadas transitorias.

Ejemplo 1:

El residente que esta en la Residencia con una estancia indefinida, los objetivos que marcan su derivación serían la intervención en diferentes aspectos de su rehabilitación psicosocial que podrían favorecerse por la separación del ambiente familiar, el cual se caracteriza por no ser un apoyo adecuado para el residente. Durante su estancia el servicio de salud mental plantea la derivación del mismo a un piso supervisado para continuar interviniendo en estos aspectos en un recurso que facilite una mayor autonomía. En un principio la incorporación del sujeto no se puede realizar por la no disponibilidad de plazas libres en ese momento en cuestión, pero también hay un aspecto que dificultaría su acceso y son las dudas que el residente plantea sobre su decisión de incorporación marcadas por una inseguridad ante diferentes aspectos entre ellos sus posibilidades de mantenerse en el recurso.

Más adelante surge la posibilidad de disponer de una plaza durante un tiempo limitado, se plantea al residente la posibilidad de incorporación al piso durante un mes para que él pueda valorar y probarse si está cómodo en el recurso, si puede mantenerse en el mismo, y afianzar su seguridad, pero dejando claro que en principio la plaza es por un mes y después volvería al centro.

El residente decide “probar” y se queda en el piso durante un mes, esto facilita a corto plazo el aumento de la confianza del mismo en sus posibilidades de convivencia, de habilidades domésticas, etc., y el que contemple la incorporación más estable en el piso como una alternativa. Y a medio plazo surgió la disponibilidad de una plaza lo que facilitó su incorporación de una forma más estable en el piso supervisado.

Ejemplo 2:

Una persona que tras ser dado de alta de la unidad de hospitalización breve, se propone su incorporación en la Residencia para preparar el regreso a su propia vivienda en la que convivía con su padre. En el tiempo en que esta en el recurso su padre fallece y la situación varía, es necesario vender la vivienda y comprarse una en otro distrito más

cercano a la vivienda habitual de su hermana, tutora legal, y persona que apoyará al residente en diferentes aspectos cuando este esté en su domicilio. Se plantea desde la Residencia la posibilidad de proponer al sujeto su paso por un piso supervisado, para prepararse y afrontar su nueva situación en un contexto en el que las “habilidades” serán más fáciles de generalizar, y hasta que esté resuelta la situación y disponga de esta alternativa residencial.

b) Salidas no previstas/no planificadas

Este tipo de salidas pueden ser debidas a una decisión autónoma del residente, en cuyo caso se categorizar como “alta voluntaria” o “fuga”, pero también puede deberse a una decisión profesional. A continuación se detalla cada tipología.

Decisión del usuario:

Alta voluntaria

Teniendo en cuenta que la estancia en un piso supervisado es una decisión voluntaria del residente, se contempla la opción de que sea el mismo quien decida finalizar su estancia en el piso. Puede ocurrir, por ejemplo, que al residente se le adjudique otra alternativa de alojamiento como un piso del Ivima, que se produzca un cambio en la situación familiar o cualquier otra posibilidad que permita y facilite continuar su proceso de rehabilitación en otro contexto residencial. En algunos de estos casos puede que se haya ido interviniendo y apoyando desde los recursos que le atienden en esa misma línea, con lo que en el momento que surja esa alternativa, si el usuario dispone de la preparación necesaria podría de forma inmediata o en un periodo breve de tiempo finalizar su estancia en el piso supervisado. Pero en otros casos, la idea es que el usuario plantee a los profesionales su decisión de darse de alta del recurso, entonces se valorará junto con el sujeto dicha opción y se consensuarán, si es necesario, plazos temporales en función de objetivos que permitan conseguir los apoyos oportunos previos a su incorporación.

Ejemplo: una residente solicita el alta voluntaria del piso en el que reside desde hace 2 años, su motivo es que le han concedido un piso que había solicitado. Continuando la entrevista refiere que el traslado a su casa no sería inmediato a falta de un amueblado mínimo del piso pero quiere salir ya, estaría mientras tanto en el domicilio familiar. Los profesionales conocían la realización de los trámites por parte de la residente para la obtención de una vivienda propia. Se consideraba adecuada su solicitud y sus posibilidades de vivir de forma autónoma manteniendo los apoyos facilitados por el Servicio de Salud Mental y el Centro de Rehabilitación Laboral al que acudía. Pero, uno de los motivos de la derivación e incorporación de la misma al recurso fue motivado por la conflictividad familiar. Teniendo este aspecto en cuenta y aceptando desde el principio que puede salir de alta del piso supervisado facilitándosele se le propone esperar el tiempo necesario hasta que tenga todo listo para incorporarse. Esta se muestra muy firme en su decisión y en principio sin aceptar posibilidades de cambio. Entonces se le remite a que lo comente con su profesional de referencia del servicio de salud mental con el que la residente ha trabajado estos aspectos. Después de su cita con la trabajadora social se mantiene en su decisión y firma el alta voluntaria del recurso.

Pero la persona puede plantear a los profesionales un alta de forma inminente, de la que no se tenía constancia, sin alternativa residencial prevista o clara, en definitiva con una argumentación que lleve a pensar que puede ser una decisión que sea necesario valorar con mayor detenimiento y si es viable intentar aplazar. Para valorar la adecuación de la decisión es muy importante tener presente la competencia que en ese momento tiene el individuo para poder decidir evaluando su estado psicopatológico, la conciencia que tiene de la situación, teniendo en cuenta si lo que plantea es coherente con sus comentarios y expectativas anteriores, por ejemplo un residente que plantea volver al domicilio familiar cuando siempre ha manifestado y se constata que existe una grave problemática de convivencia y la situación no ha variado, si existe algún cambio vital importante que pueda desestabilizarle como el fallecimiento de su padre, si se han producido conflictos o cambios importantes en el piso que puedan afectarle, etc..... Si tras la valoración todo apunta a que en ese momento no es adecuado que el residente salga del recurso, sería conveniente tener en cuenta algunas consideraciones, estrategias o herramientas con las que poder actuar:

- Aceptar la voluntariedad de la estancia en un piso supervisado, y
- Si es viable realizar junto al residente un análisis de la situación, valorar los pros y contras de la posible nueva circunstancia a la que se enfrentaría. Manejar aspectos como recordarle y/o confrontarle con los motivos de su incorporación, objetivos de intervención, necesidades de apoyos, etc. Y en definitiva utilizar todos los argumentos pertinentes para que el usuario pueda valorar teniendo en cuenta la mayor información imposible.
- Si la toma de la decisión puede estar influida por un empeoramiento en su estado psicopatológico, valorar la conciencia que de ello tiene el sujeto y si está receptivo relativizar la autonomía que tiene en ese momento para decidir, y aplazar la toma de una decisión condicionándola a una mejora de su situación psicopatológica.
- Proponerle y facilitarle un tiempo para propiciar la reflexión, asegurando intervenciones en esta línea.
- Favorecer que comente la decisión con otros profesionales, de los diferentes recursos por los que está atendido, especialmente con aquel profesional con el que tenga una buena alianza. Y en la misma línea también sugerir el que lo comente con un familiar, amigo....
- En ocasiones la persona solicita el alta sin apoyarse en ningún motivo, en ese caso indagar sobre que es lo que motiva su solicitud para poder intervenir sobre ello.

Si aplicando las estrategias anteriores u otras que puedan surgir, no se consigue persuadir a la persona, además los profesionales del servicio de salud mental no valoran que su estado psicopatológico o a la nueva situación a la que puede acceder suponga un riesgo para él o le sitúe en una circunstancia desfavorecedora, y por tanto no precise de un ingreso, entonces habrá que aceptar la salida del residente. Puede ser útil que se le planteen que aunque salga tiene un tiempo en que existiría la opción de volver, y la persona

pueda valorar habiéndose enfrentado temporalmente a la nueva alternativa. En otros casos a lo mejor lo adecuado es no facilitar ese tiempo, para hacer completamente responsable a la persona de sus decisiones y de las consecuencias que conllevan. Todo dependerá de las características del usuario, sus necesidades y de las circunstancias que se planteen.

Cuando un residente finaliza su estancia en un piso supervisado de forma voluntaria, deja constancia de ello con su firma en un modelo de alta voluntaria.

Ejemplo: un residente, informa telefónicamente a una educadora de su salida inmediata del piso y no quiere contarle los motivos. La educadora le propone la posibilidad de verse y poder comentar más tranquilamente la decisión. La persona no acepta esa opción e insiste en su salida ese mismo día. Ella observa que salvo en ese aspecto, su conversación es coherente y no parece presentar sintomatología psicótica. Decide indagar sobre la alternativa residencial que el usuario prevee. Este le cuenta que va a ir a una pensión de forma temporal y luego no sabe que hará. Acuerdan:

- Poder verse a la mañana siguiente en una cafetería puesto que el residente no accede a ir al piso ni a la Residencia.*
- Que si no encontrara una pensión podría incorporarse a la Residencia con independencia de la hora que fuera.*
- Que si tuviera alguna necesidad puede hacer una llamada pérdida al centro, y en este se le devolverá la llamada para atender a su demanda.*
- De todas formas desde la Residencia se le llamará para ver como han ido los trámites con la búsqueda de pensión.*

Por la noche se contacta con él, y comenta que se encuentra bien y que ha pagado una pensión para dos noches.

Al día siguiente se contacta con el servicio de salud mental para que su psiquiatra este informado de la situación, este facilita la consigna de que si es viable la persona vaya a verle.

Dos educadoras quedan con él en una cafetería, allí les comenta que no quiere volver al piso porque acaba de romper su situación sentimental y no quiere que esta le localice bajo ningún concepto, ella le presiona para que vuelvan tocando temas muy delicados. Se le ve muy afectado en cuanto a este aspecto, pero es muy coherente en sus comentarios. Se le ofrece la posibilidad de pasar unos días en la Residencia para valorar con tranquilidad y también poder comentar esto con su psiquiatra, el residente accede a la última opción. Finalmente tras comentar con su doctor estos temas acepta pasar un tiempo en la Residencia.

El residente recibe apoyo emocional y se le facilitan estrategias para afrontar la situación. Tras una semana de estancia en la Residencia decide reincorporarse al piso supervisado.

Fuga: Se plantearía cuando no se tiene constancia del paradero de un residente en un piso, pasado un tiempo prudencial y teniendo presente la rutina diaria y actividades que realiza el mismo. Los aspectos que habría que tener en cuenta, y los pasos a seguir, aunque no necesariamente por este orden, serían los siguientes:

-
- Información a profesionales con los que la persona este o haya estado en atención.
 - Aviso e información a personas con las que pudiera tener contacto o pudiera recurrir: familiares, amigos, etc.
 - Información de la situación a compañeros del piso supervisado.

(En los tres puntos anteriores hay que tener muy presente los matices de la confidencialidad y en los casos necesarios facilitar sólo aquella información que sea imprescindible).

- Tanto en el momento de tener constancia de la desaparición como de forma periódica realizar llamadas a hospitales, albergues, unidades de emergencia social, etc.
- Transcurridas 24 horas notificación por medio de denuncia de la desaparición.
- Reflexión por parte del equipo y profesionales de otros recursos que le atienden sobre la situación en los últimos días del residente y de otras variables. Aunque el objetivo en esta fase es la localización del usuario, también es importante poder hacer hipótesis acerca de los motivos que han propiciado su “fuga” y que pueden guiarnos hacia su localización, y si el usuario aparece propiciar una intervención más adecuada en cuanto a la posible alternativa residencial y a otras variables. Tener presente si ha ocurrido en más ocasiones y que ha hecho, valorar si tenía competencia para poder decidir salir del recurso, tener presente su estabilidad psicopatológica, detalles comentados en su entorno, si se generó alguna situación de conflicto que pudiera desencadenar su salida, cambios vitales recientes, etc...
- Si es posible realizar “rastros” sobre los lugares que el usuario frecuentaba, o en su defecto informar a la policía de este aspecto.

Si pasado un tiempo prudencial establecido en coordinación entre los recursos que le atienden se continúa sin tener noticias de la persona, se pondrá un límite para la reserva de la plaza. Se ha de tener presente que si la persona aparece pasado un tiempo es muy posible, que en un primer momento precise de los servicios de otros recursos como de la Unidad de Hospitalización Breve o de la Residencia.

Decisión de los profesionales:

En ocasiones se producen por parte de los residentes comportamientos, o se generan situaciones que llevan a los profesionales a tener que tomar la decisión de que uno de ellos salga de forma temporal o definitiva del recurso.

Quizá sea uno de los aspectos más complicados y menos gratos para los profesionales, pero es precisa esa actuación para evitar situaciones de mayor gravedad que afecten al propio residente y protejan al resto de compañeros. De todas formas es primordial

un alto grado de reflexión, teniendo muy presentes todas las circunstancias y variables, los criterios de exclusión que ya se apuntaban en el capítulo anterior, además del incumplimiento reiterado de las normas, y principalmente de todas aquellas conductas que alteren de manera constante la convivencia, y pongan en situación de riesgo a los compañeros de piso o al propio residente.

Antes de terminar este apartado, merece la pena comentar de forma breve la necesidad de reflexionar sobre otras “herramientas” a utilizar y si es posible “agotar” antes de valorar la salida del recurso de un residente. Algunas de las cuales pueden ser: indicaciones que inviten a la reflexión sobre la conducta y repercusión de las consecuencias, indicaciones que recuerden las normas de convivencia, aplicación de técnicas restitutivas, aplicación de contingencias, revisión de contrato de estancia y si es preciso personalización del mismo estableciendo compromisos con el sujeto que condicionen su estancia a la asistencia a recursos o aceptación de apoyos que intervengan directamente en su “conducta problema” como por ejemplo iniciar la asistencia a un Centro de Atención a Drogodependientes, participar en un grupo de autocontrol o aceptar tratamiento para el abuso de alcohol. También si se contempla una expulsión temporal, es importante aprovechar el momento de la reincorporación, muy oportuno, para revisar acuerdos y pautas anteriores y probablemente aumentar la supervisión y los apoyos en algunas áreas, estableciendo compromisos con el residente que permitan el mantenimiento del mismo en el recurso.



ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA OCUPACIONAL

FECHA:

NOMBRE:

1. RUTINA

Rutina actual

Describe un día típico tuyo: laboral y fin de semana.

Rutina pasada

¿Era diferente en el pasado?

Historia formativo-laboral

¿Qué has estudiado a lo largo de tu vida?

¿En qué has trabajado? Antes y después de la enfermedad.

¿Cuánto tiempo llevas sin trabajar (o estudiar)?

Valores e intereses formativo-laborales pasados

¿Qué pensabas estudiar o en qué pensabas trabajar antes de la aparición de la enfermedad?

¿Cuáles eran tus expectativas respecto los estudios y al trabajo antes de que apareciera la enfermedad?

¿Qué ha pasado con esos planes?

Intereses y valores actuales. Motivación productiva

¿Han cambiado tus planes?

¿Cuáles son ahora?

Autopercepción

¿Piensas que puedes llevarlos a cabo?

Autopercepción y capacidades físicas, cognitivas y sociales

¿Con qué capacidades y dificultades crees que cuentas para ello?

Satisfacción con la rutina

¿Estas satisfecho con tu rutina actual?

¿La pasada fue más o menos satisfactoria?

¿Por qué?

¿Hay momentos en los que te aburras a lo largo del día?

2. ROLES

Roles actuales

En relación a los papeles con cuál o cuáles de ellos te identificarías: trabajador/a, amigo, miembro de familia, compañero, estudiante, voluntario, cuidador, ama/o de casa, aficionado, participante en organizaciones,...

Cumplimientos de expectativas y responsabilidades

¿Qué consideras que debe hacer un buen De esas cosas, ¿cuáles crees que eres capaz de hacer?

Roles pasados

En relación al pasado, ¿participabas en estos papeles o cuales otros tenías?

¿Existe algún momento en tu vida en el que hayas tenido que abandonar el ser?

¿Cuál fue o es la razón de ello?

¿Te gustaría volver a participar en estos roles en el futuro?.

3. INTERESES, VALORES Y OBJETIVOS

Intereses actuales

¿Qué cosas te gusta hacer?.

Intereses pasados

¿Tuviste otros intereses en el pasado?

Valores actuales

¿Qué cosas te parecen más importantes en la vida?

¿Qué es para ti ...? Comentar los valores en términos objetivos.

Valores pasados

¿Han sido también las más importantes en el pasado?.

Participación en intereses y valores

¿Cuánto tiempo dedicas a ...?

¿Era igual en el pasado?

¿Te gustaría hacer otras cosas en el futuro?

En general, ¿qué quieres hacer en el futuro?.

4. AUTOPERCEPCIÓN

Habilidades

¿Qué cosas crees que haces bien en tu vida?

¿Te sientes capaz de elegir y planificar lo que quieres hacer?

¿Y para llevarlo a cabo?

¿Con qué capacidades crees que cuentas para ello?

Limitaciones

¿Existen actividades diarias que te resultan difíciles de hacer?

¿Cuál es el aspecto personal que te causa más problemas al realizar esas actividades?

¿Cómo las afrontas estas dificultades?

¿Y en el pasado?

5. ENTORNO FÍSICO

Hogar

¿Cómo es tu casa, tu habitación, cuánto tiempo pasas en ella?

¿Crees que tu casa te permite hacer todo aquello que consideras importante o te gusta hacer?

¿Qué dificultades o limitaciones encuentras para llevar a cabo aquello que te gusta?

Barrio

¿Dispones en el lugar dónde vives de sitios que te permitan llevar a cabo tus actividades diarias: (tiendas, supermercados, bancos, centros culturales, bibliotecas,...)?

¿Hay actividades que no realizas por causas económicas, problemas de accesibilidad, transporte u otros?

6. ENTORNO SOCIAL

Personas significativas

¿Cuáles son las personas más importantes en tu vida?.

Apoyo de las mismas

¿Te apoyan y/o valoran las actividades que realizas?.

¿Qué cosas haces con ellos?

¿Con qué frecuencia?

¿Echas de menos hacer otras cosas?

¿Te gustaría conocer gente nueva o hacer cosas con otras personas?

7. EXPECTATIVAS

¿Cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de unos años?

¿Qué te gustaría conseguir?

En base a tu situación actual ¿qué cosas crees que puedes conseguir?

¿Cómo esperas que sea tu vida?

¿Qué expectativas tienes sobre tu estancia en la Residencia?

¿Qué crees que puedes conseguir?

¿Para qué crees que has venido?)

ANEXO 2. EJEMPLO DE PLAN INDIVIDUALIZADO (PIAR)

USUARIO	*****	
MONITOR DE REFERENCIA	*****	FECHA 16.03.05
OBJETIVOS GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructurar sus ritmos biológicos (de alimentación y sueño) y reorganizar sus actividades de la vida diaria, de acuerdo a un horario "normalizado". 2. Incrementar su autonomía personal. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p><i>ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir su "rol de enferma", reforzando un comportamiento y un estilo de relacionarse de manera normalizada. <p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia al Programa de Habilidades Sociales. • Participación en otros talleres. <p>Responsable: Psicóloga</p>	PLAZO 6 meses
	<p><i>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y AUTOCUIDADOS</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mantener y potenciar su autonomía en todas las AVDs. 3. Crear en ella un hábito adecuado en el cumplimiento de horarios. <p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión diaria de AVDs y del cumplimiento del horario. <p>Responsable: monitor de referencia</p>	6 meses
	<p><i>ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y LABORALES</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fomentar la necesidad de adquirir buenos hábitos en los talleres de la Residencia (asistencia, puntualidad, participación y responsabilidad). <p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y seguimiento en talleres. <p>Responsable: terapeuta ocupacional</p>	6 meses
	<p><i>OCIO Y TIEMPO LIBRE</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Detectar otros intereses y facilitar la búsqueda y participación en actividades fuera de la Residencia, promoviendo la ampliación de su red social. <p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutorías con el T.O. y seguimiento de actividades. <p>Responsable: terapeuta ocupacional</p>	6 meses

EJEMPLO DE SEGUIMIENTO DEL PIAR

USUARIO	*****		
OBJETIVO ESPECÍFICO	Fomentar la necesidad de adquirir buenos hábitos en los talleres de la Residencia (asistencia, puntualidad, participación y responsabilidad)		
PROFESIONAL RESPONSABLE	Terapeuta Ocupacional		
METODOLOGÍA	SEGUIMIENTO		GRADO CONSECUCIÓN
— Supervisión y seguimiento en los talleres: <ul style="list-style-type: none"> • Horario de talleres que debe seguir en su rehabilitación. • Limitar sus intervenciones a aspectos que sean relevantes en cada taller. • Favorecer el trabajo en equipo. • Reforzar la puntualidad. 	FECHA	Participa en los talleres que tiene planificados, se le señala la falta de puntualidad y en ocasiones hay que cortar su diálogo por hacer juicios de valor sobre algunos compañeros.	
	1-3-05	Participa en los talleres de forma activa, se relaciona con cercanía y compañerismo, cumple horarios y acepta las normas. Se siente mejor que en casa y mantiene hábitos de funcionamiento más adecuados.	
	25-4-05		

ANEXO 3. CASO PRÁCTICO

DATOS IDENTIFICATIVOS

Sexo de la usuaria: Mujer
Estado Civil: Soltera
Edad: 56 años
Lugar de Nacimiento: Madrid
Profesión: Carece
Ingresos: Pensión de Orfandad
Diagnóstico: Trastorno Bipolar.

Esta persona tiene un hermano y dos hermanas. Al fallecer la madre, vive sola en el domicilio familiar, ocupándose de ella los hermanos, quienes debido al progresivo deterioro de la misma han de intensificar su atención. Este deterioro afecta a los hábitos de vida saludables y autocuidados. En cuanto a su vida social, sus relaciones con los vecinos y con la familia eran conflictivas, lo que supuso la intervención policial en alguna ocasión.

El domicilio no reúne las condiciones óptimas de habitabilidad, lo que influye sobremanera en el deterioro de la usuaria.

En cuanto a sus ingresos económicos, recibe 400 € de una pensión de orfandad. Legalmente, está incapacitada desde 1998 y sin tutor legal, por lo que el juzgado de primera instancia que instruye el caso se compromete a resolverlo en corto plazo.

Desde 1970 está en tratamiento psiquiátrico con múltiples ingresos hospitalarios. A lo largo de estos años, había presentado una grave desorganización del entorno e incapacidad absoluta para manejarlo. Su madre ejerció un papel importante de contención, pero tras su fallecimiento la situación de cronifica.

Desde el centro de salud mental se intenta llevar a cabo varias intervenciones (ayuda a domicilio e incorporación a actividades) sin embargo no se obtienen resultados óptimos, por lo que se le deriva a una unidad de estancia prolongada en un hospital psiquiátrico.

El ingreso se realiza en el 2002 trabajándose con ella los hábitos de vida cotidiana, dando paso así a otros recursos residenciales, en este caso la Mini-residencia.

La usuaria mantiene su plaza en el hospital psiquiátrico hasta valorar la idoneidad de su estancia en la Residencia.

Ingresa en la Residencia el 4 de Mayo de 2005, donde se le hace una primera evaluación, atendiendo al informe de derivación y a la observación directa de los profesionales de la Residencia y las escalas ocupacionales.

A continuación se muestra la escala ocupacional que se paso a la persona a la entrada en la Residencia

ESCALA OCUPACIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Usuario: _____ Fecha: _____

Evaluación:

Inicial De Proceso Final De Impacto

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	NECESITA AYUDA			
		RECUERDO	PROBLEMAS	CUAL	SE NIEGA
HIGIENE					
Lavado de cuerpo (Ducha)	Si	Si	Si	Tiene miedo al caerse, busca apoyo de los educadores. Tiene problemas con el control de la temperatura.	Se niega a ducharse sola.
Lavado de cabello (Ducha)	Si	Si	Si	Las mismas que en el lavado de cuerpo.	Se niega a ducharse sola.
Higiene bucal	No	Si	No lo tiene interiorizado	Desconocimiento de la limpieza de la dentadura postiza	No
Peinado	Si	No	Ninguno		
Higiene menstrual / genital	Si	Si	Durante la ducha mantiene una obsesión con sus genitales.	Excesiva manipulación.	No
Afeitado / Depilación	No	Si	No lo tiene interiorizado.	Hay que llevarla a que se depile	No
Cuidado de uñas	No	Si	Si	No sabe utilizar tijeras ni cortauñas. No se preocupa por quitarse el esmalte y volver a pintarse	No
Uso de desodorante	No				
Uso de colonia	Si	No			
VESTIDO					
Vestirse	Si	No	No		
Cambio de ropa interior	Si	Si	Sin problemas		
Cambio de ropa exterior	Si	Si			A veces

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	NECESITA AYUDA			
		RECUERDO	PROBLEMAS	CUAL	SE NIEGA
VESTIDO					
Elección y combinación de prendas	No	Si	No presentaba		
Adecuación a la estación del año	Si	Si	Solo se la ha podido evaluar en los meses estivales		
Adecuación a la situación	No				
SUEÑO					
Duerme cuando le corresponde	Si	No			
Horas de sueño adecuadas	Si				
Descansa	Si		Si	Somnolencia diurna	
CUIDADOS DE LA SALUD					
Ejercicio físico	No	Si	Si	Sedentarismo	Si
Consumo de sustancias	Si		Consumo de tabaco	Es excesivo	

En base a esta escala se encuentran los siguientes déficits:

- La persona se muestra reacia a ducharse sin supervisión por miedo a caerse
- Excesivo tiempo dedicado al lavado de genitales
- Problemas en el manejo del control de temperatura.
- No sabe cortarse ni pintarse las uñas
- Desconoce los cuidados que requiere la dentadura postiza
- No es independiente a la hora de combinar las prendas de vestir ni de vestirse en función las situaciones
- Sedentarismo excesivo
- Excesivo consumo de tabaco.

En base a estos déficits se plantean los siguientes objetivos:

1. Regular adecuadamente la temperatura del agua.
2. Controlar del tiempo del lavado de genitales y concienciación de lo negativo de este hábito.
3. Disminuir del miedo a las caídas.
4. Ducharse sin supervisión.
5. Arreglarse las uñas.
6. Adquirir habilidades para el cuidado de la dentadura.
7. Combinar y adecuar las prendas de vestir a las situaciones.

-
8. Hacer ejercicio físico.
 9. Disminuir el consumo de tabaco.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN

Intervención individual:

Para los siete primeros objetivos se utilizarán en un primer momento las instrucciones verbales, en tiempo real, es decir, se aprovecharán los momentos de aseo personal para dar las pautas adecuadas a la vez que se irá moldeando las conductas antes especificadas.

Más adelante, será la residente la que se dará sus propias instrucciones, pudiendo valorar el nivel de interiorización de las conductas deseables.

Intervención grupal:

Esos siete primeros objetivos también se trabajarán de forma grupal a través de los talleres programados semanalmente y a los cuales tendrá que asistir. Alguno de estos será el taller de salud, deporte, ocio y tiempo libre, salidas, etc.

A continuación se muestra la evaluación final que se le hace a los dos meses de estancia, basándose en la inicial y teniendo en cuenta que la persona vuelve al hospital psiquiátrico para una evaluación de su estado durante un período de 15 días, tras el cual volverá a la Residencia.

ESCALA OCUPACIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Usuario: _____ Fecha: _____

Evaluación:

Inicial

De Proceso

Final

De Impacto

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	NECESITA AYUDA			
		RECUERDO	PROBLEMAS	CUAL	SE NIEGA
HIGIENE					
Lavado de cuerpo (Ducha)	Si	No	No		
Lavado de cabello (Ducha)	Si	No	No		
Higiene bucal	Si	No			
Peinado	Si	No	Ninguno		
Higiene menstrual / genital	Si	No	Durante la ducha, mantiene una obsesión con sus genitales.	Leve manipulación.	No
Afeitado / Depilación	No	Si	No lo tiene interiorizado	Hay que llevarla a que se depile	No
Cuidado de uñas	Sí	No	Si	Ha aprendido a utilizar el corta uñas y las tijeras	No
Uso de desodorante	Si				
Uso de colonia	Si	Sí			
VESTIDO					
Vestirse	Si	No	No		
Cambio de ropa interior	Si	No	Sin problemas		
Cambio de ropa exterior	Si	Si			
Elección y combinación de prendas	No	No	No presentaba		
Adecuación a la estación del año	Si	Si	Solo se la ha podido evaluar en los meses estivales		
Adecuación a la situación	Sí				

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	NECESITA AYUDA			
		RECUERDO	PROBLEMAS	CUAL	SE NIEGA
SUEÑO					
Duerme cuando le corresponde	Si	No			
Horas de sueño adecuadas	Si				
Descansa	Si		Si	Disminuye la somnolencia diurna	
CUIDADOS DE LA SALUD					
Ejercicio físico	Sí	Si	Si	Disminuye el sedentarismo	Si
Consumo de sustancias	Si		Consumo de tabaco	Disminuye el consumo	

Como se puede observar en la escala, en estos dos meses de estancia los objetivos que se marcaron han sido conseguidos.

ANEXO 4. SCREENNING

Fragmento correspondiente a la evaluación de la Competencia social

			SI	NO	A VECES	DEBE TRABAJARSE
Competencia social	Habilidades sociales	Se adapta a cualquier tipo de conversación				
		Sabe empezar una conversación				
		Normalmente los demás tienen que empezar a hablar				
		Sabe terminar una conversación				
		Normalmente se desvía del tema				
		Le cuesta hacer una crítica				
		Encaja bien las críticas de los demás				
		Suele hacer cumplidos a los demás				
		Le molesta recibir cumplidos				
	Suele llevarse bien con la gente					
	Asertividad	Normalmente se "sale con la suya"				
		Cuando le engañan no hace nada para remediarlo				
		En una discusión le cuesta defender su postura				
		Sabe decir NO				
		Cuando no le dan la razón se enfada mucho				
		Siempre cede				

ANEXO 5. EJEMPLO DE UN REGISTRO DE DEBERES

NOMBRE:

TAREA: Comenzar una conversación

FECHA	Circunstancia en la que me encuentro para empezar la conversación	Quienes están	Qué hago	Qué resultados obtengo	Cómo me siento	Ansiedad (1-10)
d/m/a	Sala de espera en la consulta del psiquiatra	Me encuentro con Juan	Saludo y le pregunto qué tal está	Me contesta animado	Bien, me alegra encontrarle mejor	Al principio 9, después 5

ANEXO 6. COMPONENTES EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS

COMPONENTES NO VERBALES

- *La mirada:* Se trata de entrenar este aspecto para mantener un contacto ocular adecuado. La mirada implica actitudes, expresa emociones, y por supuesto acompaña al habla.
- *La expresión facial:* Para que se de una conducta socialmente habilidosa es necesario una expresión facial en sintonía con el mensaje. Si una persona muestra una expresión facial de miedo o de enfado mientras intenta iniciar una conversación, es probable que no tenga éxito.
- *Los gestos:* Tienen un componente cultural importante. Sirven para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor.
- *La postura:* La posición del cuerpo y de los miembros, refleja actitudes y sentimientos sobre la persona y su relación con los otros. Puede indicar: acercamiento, retirada, expansión y contracción.
- *La orientación espacial:* Denota el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa.
- *La distancia/el contacto físico:* La proximidad expresa la naturaleza de la interacción social.
- *La apariencia personal:* Es muy importante para la impresión que los demás se forman de uno.

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

- *El volumen de la voz:* un volumen alto denota energía, pero también agresividad. Un volumen bajo puede indicarnos, síntomas depresivos, inseguridad, autoestima baja, etc.
- *La entonación:* Para comunicar sentimientos y emociones.
- *La fluidez:* Las vacilaciones y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, cuando se excede pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.
- *La claridad:* vocalización.
- *La velocidad:* el hablar lento puede aburrir al interlocutor, mientras que el hablar demasiado rápido puede confundirle.

-
- *El tiempo de habla:* es el tiempo que se mantiene hablando el individuo. Se considera problemático cuando se polariza, es decir si habla poco o no para. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

COMPONENTES VERBALES

- *El contenido:* Se refiere al argumento del discurso.
- *Humor:* estado de ánimo (depresivo, ansioso, jovial...)
- *Normas de cortesía,* buenas formas a la hora de mantener la conversación
- La alternancia de preguntas y respuestas en el diálogo

Registro para la observación de los componentes de las HHSS

COMPONENTES NO VERBALES	
Expresión facial	
Mirada	
Sonrisa	
Postura	
Orientación	
Distancia	
Gestos	
Reforzamiento	
COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS	
Volumen de Voz	
Entonación	
Timbre	
Fluidez	
Velocidad	
Claridad	
Tiempo de habla	
COMPONENTES VERBALES	
Contenido	
Humor	
Atención personal	
Preguntas	
Respuestas	

ANEXO 7. OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN OCIO

JARDINERÍA

Objetivos:

- Conocer y manipular materiales básicos para jardinería de interior.
- Conocer las técnicas de reciclaje y reutilización para la jardinería.
- Conocer dónde se puede adquirir el material y fuentes de información.
- Compra de un sobre de semillas y una planta.
- Aprender: Concepto de la planta como ser vivo. Técnicas de riego. Tipos de iluminación. Siembra y trasplante. Tipos de maceta. Existencia de familias de plantas.
- Acudir a recursos de ocio comunitario relacionado con el disfrute de la vegetación.
- Despertar curiosidad y motivar para el mantenimiento de la actividad con seguimiento.
- Promover una mejor percepción de vida vegetal en el entorno y del rol de cuidador.

Actividades:

- *Sesión I*
 - Visita a un jardín botánico o itinerario de naturaleza.
- *Sesión II*
 - Preparación de un tiesto para siembra
 - Preparación de semilleros
 - Visita a una floristería
- *Sesión III*
 - Siembra con material comprado y casero.
 - Preparación y plantación de esquejes.
 - Visionado de vídeo
 - Coloquio sobre los cuidados básicos de las plantas.
- *Sesión IV*
 - Visita a un vivero.
- *Sesión V*
 - Lectura de libros de jardinería y artículos de revistas
 - Estudio de las plantas que poseen y establecimiento de un plan de cuidados.

ANEXO 8. OBJETIVOS OPERATIVOS Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN OCIO

PINTURA

Objetivos:

- Conocer y manipular materiales básicos de dibujo.
- Conocer formas de conseguir el material para la actividad. Compra de un cuaderno de dibujo.
- Aprender conceptos y destrezas: Sombreado, difuminado, punteado, rotulado. Aplicación con dedos y pincel. Pintura creativa y modelada. Existencia de tipos de arte.
- Acudir a recursos de ocio comunitario relacionado con la pintura.
- Motivar y despertar curiosidad sobre las posibilidades del dibujo y pintura para el residente en su tiempo libre.
- Aumentar la valoración de la propia obra y de la actividad de pintar.

Actividades

- *Sesión I*
 - Preparación del espacio
 - Prueba sobre papel de ceras gruesas y finas, rotuladores, lápices de mina blanda y dura, colores de madera, acuarelas.
 - Comentario de la experiencia en la prueba (semejanzas y diferencias en los materiales)
 - Dibujo de un círculo cromático
- *Sesión II*
 - Visita a una tienda de artesanía y manualidades.
 - Fabricación de un lienzo con material casero.
- *Sesión III*
 - Dibujo y pintura sobre papel con diferentes materiales y técnicas
- *Sesión IV*
 - Visita a una exposición o museo pictórico o visionado de láminas.
- *Sesión V*
 - Dibujo al óleo sobre lienzo.
 - Exposición de las obras en la residencia.

ANEXO 9. HOJA DE SEGUIMIENTO SUPERVISIÓN PISO

USUARIO	PISO	FECHA	PROFESIONAL	DURACIÓN	LUGAR

OBJETIVOS DEL CONTACTO:

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

INFORMACIÓN RELEVANTE / OBSERVACIONES:

ANEXO 10. HOJA DE PAUTAS EN CASO DE URGENCIA

USUARIO:

PISO:

FECHA	CONTENIDO	FIRMA

ANEXO 11. REGISTRO DE REUNIONES DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

Usuarios: _____

Piso: _____

Fecha Reunión pisos: _____

Lugar de realización: _____

Detección de necesidades y objetivos de la reunión:

--

Desarrollo de la reunión:

Observaciones:
Aspectos a revisar en la próxima reunión o recomendaciones:



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- AEN (2000): *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Cuadernos Técnicos nº 4. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AEN (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos nº 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- American Psychiatric Association Task Force On Community Services (1982): *A Typology of Community Residential Services*. American Psychiatric Association. Washington D.C.
- Anthony. W.A. (1979): *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Human Resource Development Press. Boston.
- Anthony. W.A.: Cohen. M. y Farkas, M. (1990): *Psychiatric Rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University. Boston.
- Arce, A y Vergare. M. (1985): *An Overview of Community Residences as Alternatives Hospitalitation*. Psychiatric Clinic of North America. Vol. 8 (3), 423-436.
- Bara, A. (1975): *La expresión por el cuerpo*. Ed. Búsqueda.
- Berruezo, P.P. (1995): *La pelota en el desarrollo psicomotriz*. Ed. CEPE.
- Blanch, A; Carling, P. y Ridgway. P. (1988): Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 33 (1), 47-55.
- Bottini, P. (comp.) (2000): *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. Ed. Miño y Dávila.
- Budson. R. D. (1978): *The Psychiatric Halfway House: A Handbook for Theory and Practice*. University Pittsburgh Press. Pittsburgh.
- Budson. R. D. (1981): Community Residential Care. En J.A. Talbot: *The Chronic Mentally III*. Human Science Press. New York.
- Caballo, V.E. (1987): *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Calmels, D. (2003): *¿Qué es la psicomotricidad? Los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz*. *Nociones Generales*. Ed. Lumen.
- Cañamares, J; Castejón, M.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A.; y Rodríguez A. (2001): *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Carling P. J. y Ridgway. P. (1985): *Community residential Rehabilitation: an emerging approach to meeting housing needs*. *Community for residential rehabilitation project*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

-
- Carling, P.J. y Ridgway, P. (1989): A Psychiatric Rehabilitation Approach to Housing. En M. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds): *Rehabilitation Programs: Theory In to Practice*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Canton, C.I. (1984): Mental Institutions and the Community: A Historical Perspective. En C.I. Caton (Ed.): *Management of Chronic Schizophrenia*. Oxford University Press. New York
- Collado, S.; Pérez, C.; Carrillo, J. (2004). *Motricidad. Fundamentos y aplicaciones*. Ed. Dykinson.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Integración Social (1988): *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Consejería de Integración Social. Madrid.
- Consejería de Sanidad y Consumo (2003): *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Servicios Sociales (1999): *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Davis, F. (1976): *La comunicación no verbal*. Ed. Alianza.
- De Fontaine, J. (1978): *Manual de reeducación psicomotriz. Terapia y reeducación psicomotriz*. (1º, 2º y 3º tomos). Ed. Médico-Técnica.
- Desviat, M. (1995): *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Fields, S. (1990): The Relationship between Residential Treatment and Supported Housing in a Community System of Services. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Vol. 13 (4), 105-113.
- Frostig, M. (1975): *Educación por el movimiento*. Ed. Paramericana.
- García, J.A.; Fernández, F. (1994): *Juego y psicomotricidad*. Ed. CEPE.
- García, J.A.; Morales, J.M. (1997): *Psicomotricidad y ancianidad*. Ed. CEPE
- García, M.J. (1995): *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez. Un modelo alternativo de educación para la salud*. Ed. Amarú.
- Gay, M.L., Hollandsworth, J.G. y Galassi, J.P. ((1975): An assertive inventory for adults, *Journal of Counseling Psychology*, 22, 340-344.
- Gisbert, C. (coord.) (2003): *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: AEN, Colección Estudios nº 28. Ponencia Congreso AEN, Oviedo Junio 2003.

-
- González, J. y Rodríguez A. (Coord) (2002): *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17.
- Gorbeña, S. (Ed) (2000): *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto: Instituto de estudios de ocio.
- Gorbeña, S. (Ed) (2000): *Ocio y salud mental*. Bilbao: Universidad de Deusto: Instituto de estudios de ocio.
- Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. (2000): *Habilidades Básicas de la Vida Diaria*. Universidad de Granada.
- Katz, M. (1980): *Técnicas corporales para la tercera edad*. Ed. Paidós.
- Lagardera, F. y Lavega, P: (2003): *Introducción a la praxiología motriz*. Barcelona: Paidotribo.
- Lamb. H. R. (Ed.) (1984): *The Homeless Mentally Ill*. American Psychiatric Association. Washington D.C.
- Lara, L y López; M (1998): La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- León, C.; García, B.; Grajales, M.I.; Podbielevich, J.; Ravera, C.; Steineck, C. (2000). *Cuerpo y representación. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz*. Ed. Psicolibros.
- Liberman, R.P. (1988/1993): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- Llorca, M.; Ramos, V.; Sánchez J. y Vega, A. (coords.) (2002). *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Ed. Aljibe.
- López, M.; López, A. y Fernández, G. (1998): La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds): *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Mattos, C.A.; Thompson, R. (2002): *Imagen y esquema corporal*. Editorial Lovise.
- Mendiara, J. y Gil, P. (2003): *Psicomotricidad. Evolución, corrientes y tendencias actuales*. Sevilla: Wanceulen.
- Navarro, V. (2002): *El afán de jugar. Teoría y práctica de los juegos motores*. Ed. INDE.
- Orlic, M.L. (1979): *Método de reeducación psicomotriz. La educación gestual*. Ed. Cincel-Kapelwz, S.A.

-
- Pedro, M.M. (2005): *Ponencia presentada en el Congreso Virtual de psiquiatría.com*.
- Potel, C. (2003): *El cuerpo y el agua. La mediación en psicomotricidad*. Ed. Akal.
- Prieto, L. (1986): *La Reforma Psiquiátrica en Madrid*. Servicio Regional de Salud. Madrid.
- Rathus, S.A. (1973): A 30 item schedule for assessing assertiveness, *Behavior Therapy*, 4, 398-406
- Richard, J. (2004). *Patología psicomotriz*. Madrid: Inversiones Editoriales Dossat 2000.
- Ridgway P. y Zipple. A. (1990): The Paradigm Shift in Residential Services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Vol. 13 (4) II.31.
- Rodríguez, A. (Coord.) (1997): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rodríguez A. (Coord) (2001): *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14.
- Stroul, B. (1988): Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 12 (3) 10-26.
- Test, M.A. (1989): Community Support Programs. En A.S. Bellack (ed): *Schizophrenia*. N.Y. Grune & Statton.
- Turner. J.E.: Tenhoor. W.J. (1978): The NIMH Community Support Program. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 4 (3). 319-344.
- Wolfensberger. W. (1979): The Principle of Normalization and it's Implications for Psychiatric Services. *American Journal of Psychiatry*. 219-297.

Relación de autores por orden alfabético

RELACIÓN DE AUTORES POR ORDEN ALFABÉTICO

Abelardo Rodríguez González, Coordinador técnico del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Alejandro Florit Robles, Coordinador Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de la entidad Hnas. Hospitalarias

Antonia López-Bravo Berrio, Psicóloga, Residencia *San Miguel*

Beatriz García Morais, Directora Técnica, Residencia *Navalcarnero*

Beatriz Sánchez Barredo. Psicóloga, Residencia *Cobeña*

Begoña Collantes Omeda, Psicóloga Directora técnica, Residencia *Carabanchel*, Pisos Supervisados y Plazas de Pensiones

Carlos Moriano, Monitor Ocupacional/Educador Residencia *Retiro*

Carmen Garrido Manzanares, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Aravaca*

Celia Gómez, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Alcobendas*

Concepción Martín, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia y pisos *Carabanchel*

Cristina Alonso, Monitora /Educadora Ocupacional, Residencia *Retiro*

Cristina Insúa Alba, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Río Sil - Alpedrete*

Cristina Mieres, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Retiro*

David Cabezas, Monitor Ocupacional/Educador, Residencia *Retiro*

Deborah Martínez, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Río Sil Alpedrete*

Eva Caparroz Novoa, psicóloga, Residencia *Navalcarnero*

Gema Caballero, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Retiro*

Javier Witt Robledo, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Retiro*

José Luis Arroyo Cifuentes, Psicólogo Director Técnico, Residencia *Aravaca*

José Manuel Cañamares Yelmo, Psicólogo Director técnico, Residencia y CRPS *Getafe*

Laura Díaz, Psicóloga Directora Técnica, Residencia *San Juan Bautista*

Leonel Dozza, Psicólogo Director Técnico, Residencia *Alcalá de Henares*

M^a de los Ángeles Agudo Rodríguez, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Cobeña*

M^a Francisca Barroso Quitantes, Psicóloga Directora Técnica, Residencia *Cobeña*

M^a José Huertas Camacho, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Retiro*

M^a Paz García, Monitora Ocupacional/Educadora Residencia *Retiro*

Mar Hernández Blázquez, Psicóloga Directora técnica, Residencia *Retiro*

Mar Segovia, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Getafe*

María González, Psicóloga, Residencia *Aravaca*

María Rosa Gallego, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia y Pisos *Carabanchel*

Mario Onrubia, Monitor Ocupacional/Educador, Residencia *Alcobendas*

Marta lañez, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Alcobendas*

Marta Mora, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Retiro*

Mercedes Muñoz Aparicio, Psicóloga, Residencia *Retiro*

Miguel Ángel Castejón, Psicólogo, Coordinador técnico de centros de la Fundación Manantial

Miguel Díaz Alejo, Terapeuta Ocupacional, Residencia *San Miguel*

Nadia Rivas, Monitora Ocupacional/Educador, Residencia *Alcobendas*

Raúl González, Monitor Ocupacional/Educador, Residencia *Retiro*

Rosa Sánchez, Monitora Ocupacional/Educadora, Pisos de la Residencia *Retiro*

Sara Solera MENA, Psicóloga, Residencia *Navalcarnero*

Susana Cuerva Farfán, Terapeuta Ocupacional, Residencia *Navalcarnero*

Verónica Hellín, Monitora Ocupacional/Educadora, Residencia *Retiro*

Fundación Independiente Manantial gestiona las Residencias de Alcalá de Henares y Hortaleza

Grupo 5 gestiona las Residencias de Alcobendas y Cobeña

Letin gestiona la Residencia de Río Sil (Alpedrete)

Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias gestiona las Residencias de Aravaca, Carabanchel, Retiro y San Miguel

INTRESS gestiona las Residencias de Getafe y Navalcarnero

Todas estas Residencias y pisos forman parte de la red pública de centros del **Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007**, de la *Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid*.



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid