

Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial

Asociación Madrileña de Rehabilitación
Psicosocial (AMRP)

Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales
(INTRESS)

Asociación Guipuzcoana de Familiares de
Enfermos Psíquicos (AGIFES)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA SOCIAL



Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial

Colección Documentos
Serie Documentos Técnicos

N.º 21016

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales
no comparte necesariamente las opiniones y juicios
expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades
derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2007

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte
Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80
E-mail: publicaciones.imserso@mtas.es
<http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/pubcat>

NIPO: 216-08-025-5

D. L.: M-18711-2008

IMPRIME: ARTEGRAF, S.A.

ÍNDICE

Presentación	7
Capítulo 1. Introducción	9
Capítulo 2. Marco Teórico	13
2.1. Población diana	15
2.2. Concepto de rehabilitación	15
2.3. Principios orientadores	17
2.3.1. Normalización	17
2.3.2. Enfoque comunitario	17
2.3.3. Desinstitucionalización	17
2.3.4. Modelo de competencia	17
2.3.5. Modelo de vulnerabilidad	18
Capítulo 3. Definición del dispositivo	23
Capítulo 4. Objetivos del Centro	27
Capítulo 5. Metodología de intervención	31
5.1. Fases del proceso de atención	33
5.1.1. Derivación	33
5.1.2. Evaluación	34
5.1.3. Plan Individualizado de Rehabilitación	36
5.1.4. Intervención	37
5.1.5. Seguimiento y apoyo comunitario	38
5.2. Programas de intervención	38
1. Programa de Acogida	40
2. Programa de Actividades de la Vida Diaria	40
3. Programa de Rehabilitación Cognitiva	48
4. Programa de Habilidades Sociales	52

5. Programa de Educación para la Salud	62
6. Programa de Autocontrol o de Habilidades de Afrontamiento	69
7. Programa de Intervención con Familias	74
8. Programa de Apoyo Comunitario	78
Capítulo 6. Organización del Centro	101
6.1. Capacidad del Centro	103
6.2. Criterios de derivación	103
6.3. Esquema y horario de trabajo	103
6.4. Servicios complementarios	104
Capítulo 7. Coordinación	107
Capítulo 8. Evaluación	113
Capítulo 9. Recursos necesarios	117
9.1. Recursos humanos	119
9.1.1. Ratios de profesionales / usuarios	120
9.1.2. Funciones y responsabilidades de los profesionales	120
9.2. Recursos materiales	123
Capítulo 10. Gestión de calidad	125
Capítulo 11. Documentación de referencia	129
11.1. Legislación	131
11.2. Bibliografía	131
Anexos	135
A. Perspectiva de género	137
B. Interculturalidad	139

PRESENTACIÓN

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece en sus artículos 1.1.; 4.1.; y 4.2. un nuevo derecho subjetivo en nuestro ordenamiento jurídico. Por primera vez, en el ámbito de los servicios sociales se regula y garantiza, mediante el acceso a un catálogo de servicios y prestaciones, la atención a las personas en situación de dependencia y para ello se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Debemos destacar que las personas en situación de dependencia constituyen un grupo de población heterogéneo, que comprende distintas problemáticas. Bajo esta denominación se engloba a colectivos con diferentes etiologías y necesidades de atención. Como, por ejemplo, las personas mayores con deterioro cognitivo y enfermedades crónicas; con alzheimer y otras demencias; con enfermedad de parkinson; con enfermedades raras; con daño cerebral; o las personas con enfermedad mental grave.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) contempla cinco clases de servicios (prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y atención residencial) y tres prestaciones (prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y prestación económica de asistencia personal). Además, se establecen ayudas económicas para productos de apoyo y accesibilidad que facilitan la autonomía personal y existe un tratamiento específico para los menores de tres años.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales con este documento prosigue la publicación de una serie de informes técnicos dedicados al estudio y difusión de modelos de atención específicos a cada una de las problemáticas que atiende el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). En este caso, las personas con enfermedad mental grave. Anteriormente ya ha sido publicado el documento titulado "Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave". Estas personas tienen alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, que han de ser atendidas con los recursos asistenciales adecuados.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia supera las diferencias existentes en las diversas Comunidades Autónomas referentes a la oferta de servicios, tipología de los mismos, etc. para estas personas, estableciendo un marco general de derechos de las personas con trastorno mental severo y en situación de dependencia.

Este cambio posibilita la creación o utilización de una serie de recursos específicos para personas con trastorno mental grave y persistente que aseguren, además de una adecuada intervención desde el ámbito sanitario, la oferta de un conjunto de prestaciones encaminadas a asegurar al máximo la integración social de este colectivo y la mejora de sus capacidades personales y sociales.

En este sentido, es importante señalar que los Centros de Referencia Estatal se encuadran en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y forman parte de la Red de Centros y Servicios Públicos que dan respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familiares cuidadores.

Su misión general consiste en promover en todos los territorios del Estado la calidad y eficacia de los servicios y prestaciones del Sistema. Esta normalización contribuye a la equidad interterritorial y a la mejora de la cohesión

social, al impulsar que las personas en situación de dependencia y sus familias reciban unos servicios en condiciones de igualdad efectiva en todos los territorios del Estado.

Durante este año está prevista la apertura en la ciudad de Valencia del *Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria a Personas con Trastorno Mental Grave*.

Este Centro tiene la finalidad de promover en todos los territorios del Estado la mejora de la atención socio-sanitaria y de la calidad de vida de las personas con TMG y de sus familias. Este tipo de documentos constituyen un material de indudable valor para desarrollar su misión.

Este informe ha sido redactado, bajo criterios de consenso y participación, por un grupo de trabajo coordinado por la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) y del que formaban parte el Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), la Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES), y representantes del IMSERSO.

Con este informe, creemos, se facilita a la comunidad de profesionales y agentes que intervienen en el diseño de políticas y la prestación de servicios a las personas con enfermedad mental grave un instrumento importante para alcanzar modelos de atención normalizados en el conjunto del Estado.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia incluye, dentro de los colectivos beneficiarios de las prestaciones propuestas en la misma, a las personas con enfermedad mental grave. Esta Ley ha dado un paso decisivo para rescatar a este conjunto de personas, tradicionalmente marginadas o excluidas de actuaciones específicas desde los sistemas sanitarios y sociales del Estado.

Este tipo de actuaciones se basa en la ideología subyacente en la sociedad desde mediados del siglo XX que supone que los "diferentes" deben estar integrados y formar parte activa de la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, y en nuestro contexto corresponde a los poderes públicos el llevar a cabo las actuaciones necesarias para facilitar y asegurar estos procesos de integración, siendo el Estado el garante de la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de estos derechos, tal y como marca el artículo 149 de la Constitución. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal, de esta forma, supera las diferencias existentes en las diversas Comunidades Autónomas referentes a la oferta de servicios, tipología de los mismos, etc., estableciendo un marco general de derechos de las personas con trastorno mental severo y en situación de dependencia.

Este cambio positivo de orientación conlleva la creación o utilización de una serie de recursos específicos para personas con trastorno mental grave y persistente que aseguren, además de una adecuada intervención desde el ámbito sanitario, la oferta de un conjunto de prestaciones encaminadas a asegurar al máximo la integración social de este colectivo y la mejora de sus capacidades personales y sociales.

El conjunto de recursos específicos o dispositivos dirigidos a personas con enfermedad mental grave y persistente deben cubrir las tres facetas básicas que supone la integración: la residencial (un lugar digno de vida), la económica (la inserción por el empleo o una autonomía económica suficiente) y la red social que suponga un ocio compartido y un apoyo instrumental y emocional.

El presente documento se centra en el desarrollo teórico y práctico de una tipología de recursos, los Centros de Rehabilitación Psicosocial, que están específicamente enfocados a trabajar en pro de la consecución de la máxima autonomía personal y social y de la integración de las personas con enfermedad mental grave y que entran dentro del catálogo de servicios previstos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en el artículo 15 de dicha Ley, y en concreto en el artículo 24 en el que se describe el servicio "Centro de Día" y "Centro de Noche".

Estos dispositivos deben entenderse como parte de una red global de atención, coherente y coordinada, que asegure desde los ámbitos sanitario y social la adecuada atención a los múltiples problemas que generan las patologías mentales graves de larga evolución. La propia Ley General de Sanidad, en su artículo 20, explicita que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

El campo de la rehabilitación psicosocial, entendida de modo extenso, es muy amplio, y engloba un conjunto de metodologías derivadas de diferentes modelos teóricos que suponen desarrollos de diferentes formas de actuación, diversidad de objetivos, multitud de recursos y una nomenclatura, debido a todo ello, a veces confusa.

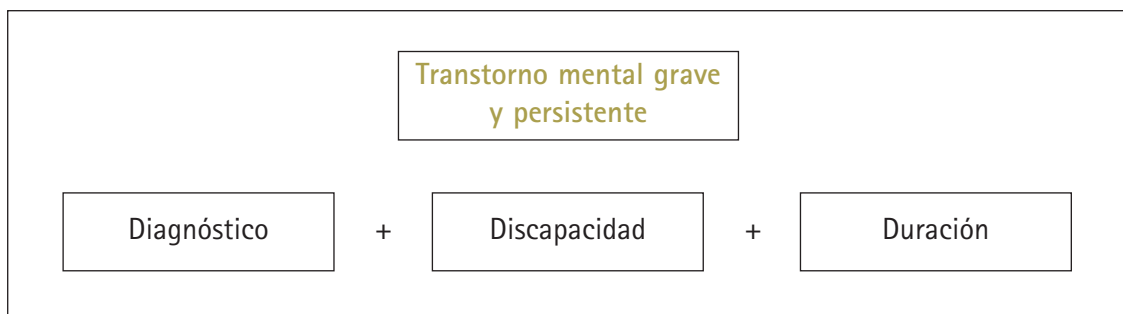
Es decir, la oferta desde el punto de vista teórico y técnico puede ser muy variada, pero si se enfocan las actuaciones hacia las necesidades de las personas con enfermedad mental grave y no hacia los modelos teóricos, el paradigma de la rehabilitación psicosocial se simplifica y aclara de forma extraordinaria. Esto es debido a que si se alinean los objetivos de la rehabilitación con las necesidades de los usuarios y sus familiares cuidadores, ésta tiene que dar cuenta o posibilitar aquellas intervenciones que permitan que estos usuarios tengan una calidad de vida digna y utilicen sus capacidades de la forma más autónoma posible.

A continuación, por tanto, se explicitan y desarrollan los conceptos básicos necesarios para intervenir de forma eficaz desde un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

2.1. POBLACIÓN DIANA

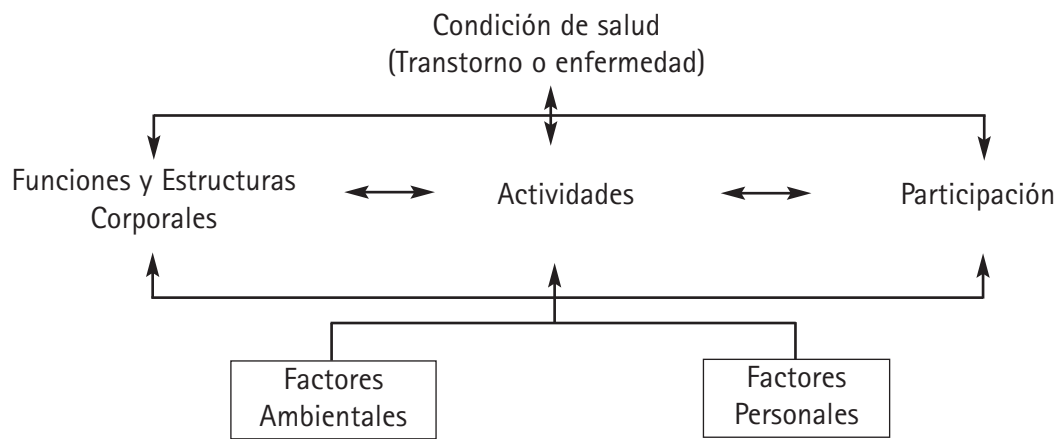
Las personas con enfermedad mental grave pueden llegar en algunos casos, dentro de la evolución de la enfermedad, a situaciones de falta de capacitación para afrontar convenientemente las demandas habituales del entorno en el que viven.

Así, se ha llegado en la literatura internacional al concepto de "trastorno mental grave y persistente", también denominado "trastorno mental severo", "enfermedad mental grave de larga evolución" o "enfermedad mental grave y crónica", aunque éste último está entrando en desuso dado el carácter peyorativo o estigmatizante que puede tener el concepto "crónico" como opuesto a la posibilidad de recuperación o mejora. Este concepto de trastorno mental grave y persistente engloba tres dimensiones que deben estar presentes: un diagnóstico psiquiátrico referido a patologías graves (psicosis, trastornos de personalidad, etc.), una situación de discapacidad o desventaja provocada por la enfermedad y un tiempo, referido éste a que el pronóstico de esta enfermedad y de estas desventajas supone que no van a remitir o solucionarse en un breve período temporal.



Estas personas, diagnosticadas en su mayor parte de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, psicosis paranoides, etc... suelen tener un severo déficit en su desempeño social. Pero este déficit no está provocado únicamente como resultado del proceso psicopatológico, sino que también influyen en él las características personales y las del medio en el que vive la persona, los apoyos externos que pueda tener, etc. Es decir, los déficit en el funcionamiento psicosocial no se deben en exclusiva a la enfermedad mental, por lo que, unido a un tratamiento psicoterapéutico adecuado, la respuesta social y el apoyo profesional pueden solventar o paliar estas dificultades.

Por tanto, el enfoque técnico en rehabilitación debe basarse en minimizar las discapacidades y variar la respuesta social que provoca la minusvalía, bien capacitando al usuario mediante entrenamientos específicos, instauración de hábitos, etc., o bien ofertando directamente el soporte social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable (que supone el tener responsabilidades, el interaccionar con otras personas, el llevar a cabo tareas compartidas, el estructurar el tiempo personal, etc.).



En definitiva, el objetivo es posibilitar la integración social de las personas con enfermedad mental grave, y para ello es necesario contar con el soporte residencial, laboral-económico y relacional que permita hablar de dicha integración como cierta. En dicha triple base, el Centro de Rehabilitación se encamina fundamentalmente a favorecer y posibilitar los contextos relacionales y de utilización del tiempo libre, así como a asesorar y apoyar a las familias cuidadoras.

2.2. CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

El concepto "rehabilitación" que se usa habitualmente ha derivado de la medicina, y al igual que otros conceptos similares en este campo de actuación, como puede ser el de "prevención terciaria", ya no tienen el sentido inicial que pudieran poseer. Rehabilitar es, según el diccionario 'restituir a una persona o cosa a su estado anterior', o bien define la rehabilitación como 'el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un traumatismo o enfermedad'.

Evidentemente, en el campo médico éste es claramente el objetivo a conseguir, pero dentro del campo de la intervención social, el concepto de rehabilitación no hace ya sólo referencia a la mejora de capacidades o habilidades, sino que también se refiere al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento determinado. Así, el rehabilitar incluye tanto el mejorar como el mantener o evitar una situación peor durante el mayor tiempo posible.

Existen multitud de definiciones de rehabilitación, desde las más ideológicas a las más técnicas, pero todas ellas comparten, independientemente del enfoque teórico particular del que provengan, una serie de características:

- La rehabilitación se hace "con" las personas, no "sobre" las personas. El individuo es el artífice de su propio proceso rehabilitador, actuando el profesional como facilitador, asesor, modulador o apoyo del usuario. Es la persona la que se rehabilita, no el profesional quien rehabilita.
- Actividades por objetivos. El planteamiento de las actuaciones o intervenciones que se llevan a cabo en rehabilitación siempre viene determinado por los objetivos que se pretenden alcanzar, y no se puede hablar de rehabilitación si no existen, se determinan o consensúan dichos objetivos. Debido a ello, la rehabilitación no consiste metodológicamente en la aplicación de un tratamiento o intervención estándar, sino que debe adecuarse a cada individuo, entorno familiar y contexto en el que el usuario tenga su lugar de vida.
- Todas las personas son "rehabilitables". En el momento en que exista un solo objetivo de mejora o de apoyo para el mantenimiento de una situación vital concreta y la evitación de un mayor deterioro, ya se puede hablar de rehabilitación. Es decir, la rehabilitación tiene muy en cuenta la diferencia que existe entre "normalización" (ofrecimiento de apoyos y oportunidades para lograr acercarse a un estilo de vida más parecido al que tiene la mayoría de las personas) y la pretensión, absurda, de querer convertir a todos los diferentes en "normales".
- Su objeto de actuación no es sólo el individuo concreto que tiene una enfermedad mental grave de larga evolución, sino que abarca a la persona y su contexto. El trabajo rehabilitador se enfoca por tanto, además de hacia el usuario, hacia la familia, amigos, apoyos, nicho social y cualquier otro elemento relevante para cumplir sus objetivos.

Como definición de rehabilitación, por tanto, y recogiendo aportaciones de Anthony, Cohen, Livneh, Liberman y otros autores, se puede decir que es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales. Los métodos más importantes por medio de los cuales se alcanza esta meta implican enseñar a las personas las habilidades específicas necesarias para funcionar eficazmente o desarrollar los recursos ambientales y comunitarios necesarios para apoyar o reforzar sus niveles actuales de funcionamiento.

2.3. PRINCIPIOS ORIENTADORES

La rehabilitación psicosocial, al ser un modelo global, tiene su sustento en un conjunto de principios orientadores que fundamentan el estilo de atención y la metodología aplicada. Este conjunto de principios orientadores son:

2.3.1. Normalización

Como ya se ha señalado anteriormente, la normalización es la puesta a disposición de una persona de las estructuras, apoyos, actividades u oportunidades necesarias para permitir que pueda tener un estilo de vida similar al del resto de la sociedad.

La evaluación continua del usuario, la determinación de necesidades, capacidades, objetivos y expectativas personales y familiares son los elementos que delimitarán cuál es el techo de "normalidad" y el papel del profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial en la búsqueda de ese estilo de vida óptimo y realista para el usuario.

2.3.2. Enfoque Comunitario

El conocimiento y uso del medio ambiente del usuario y de los recursos comunitarios es fundamental en la rehabilitación. La rehabilitación es un proceso de adecuación al medio natural de la persona, por lo que difícilmente un profesional podrá apoyar este proceso sin conocer las características, posibilidades y dificultades del lugar donde vive el usuario. El enfoque comunitario significa también el uso del ambiente como agente estimulador, la participación de los usuarios en la gestión de su vida cotidiana, la promoción de grupos de autoayuda entre usuarios y familias y el impulso y utilización de voluntarios como redes de apoyo.

2.3.3. Desinstitucionalización

La desinstitucionalización se entiende no como la externalización de recursos, sino como la metodología que busca siempre la "intervención mínima necesaria" para dotar al usuario de posibilidades para satisfacer sus necesidades con éxito dentro de la comunidad. No se trata de evitar la actuación institucional con las personas que tienen una enfermedad mental grave de larga evolución (acción a veces necesaria), sino de que esta actuación sea siempre aquella que implique el máximo desarrollo de las competencias y habilidades del usuario con el menor apoyo posible por parte de los profesionales.

Si la ideología subyacente a la rehabilitación marca que es el usuario el artífice de su propio proceso, la institución debe llegar al establecimiento del equilibrio entre las necesidades del usuario dignas de ser atendidas institucionalmente, y la necesidad y el derecho que le asiste de promover su independencia y autogestión en sus decisiones vitales.

2.3.4. Modelo de Competencia

Modelo metodológico de organización de las tareas que permitan el establecimiento de un equilibrio progresivo entre las necesidades del usuario y sus recursos personales. Dado que el desempeño de cualquier rol social o con-

ducta depende de la voluntad, capacidad y habilidad de llevarlo a cabo, se deberán tener constantemente en cuenta estas variables para adecuar los objetivos a las actitudes y expectativas del usuario por un lado y a las demandas y características del ambiente por otro.

Esta adecuación permitirá estructurar metodológicamente las etapas o fases de actuación con un determinado usuario, estableciendo constantemente las bases de futuras acciones u objetivos mediante la valoración continua de los niveles de funcionamiento alcanzados.

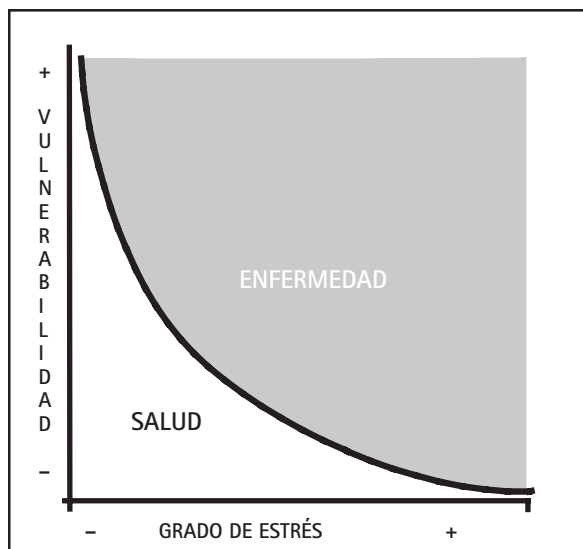
Este modelo forma una parte importante de la intervención en un Centro de Rehabilitación Psicosocial ya que da unas bases, simples pero importantes, de qué tareas deben desarrollarse. Así, y de forma extremadamente sucinta, se puede expresar que este trinomio necesario para llevar a cabo cualquier rol (querer-poder-saber) es la tarea cotidiana a trabajar en el Centro. Es decir, una vez que se hayan determinado los objetivos a alcanzar con un determinado usuario, se deberá enseñar o entrenar aquello que no se sabe, posibilitar su ejecución cuando se presenten dificultades para ello y motivar para que el usuario lo lleve a cabo.

2.3.5. Modelo de Vulnerabilidad

El Modelo de Vulnerabilidad es un modelo de segundo orden que tiende a ver la psicosis (en especial la esquizofrenia) como un estado del individuo en el que lo básico sería el rasgo de vulnerabilidad entendida como diátesis.

El modelo es original de Zubin y Spring (1977) con matizaciones posteriores. Parte del estudio de Grupos de Alto Riesgo (hijos de personas con esquizofrenia) y está fundamentado tanto en los modelos biológicos (que atribuyen la etiología a una disfunción orgánica) como en modelos evolutivos (con una etiología atribuida a un proceso psicológico interno producto del desarrollo) como en modelos ecológicos (que definen la etiología como un proceso determinado por el ambiente). La teoría de la vulnerabilidad surge como un compromiso entre los dos polos propuestos por los modelos biológico-genético y ecológico-psicosocial.

Cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad que bajo determinadas circunstancias se traduce en un episodio esquizofrénico. La vulnerabilidad a éste se define como la predisposición a desarrollarlo cuando las circunstancias vitales (externas o internas) producen un grado de estrés tal que supera el umbral de tolerancia al estrés del individuo, (ver cuadro).



La variable vulnerabilidad se define como un rasgo dimensional, duradero y relativamente estable y permanente, frente al episodio, que constituye un estado que remite y que es, por tanto, temporal. La esquizofrenia es una enfermedad episódica que ocurre en un individuo vulnerable cuando un estrés suficiente lo catapulta a un episodio.

La esquizofrenia se caracteriza esencialmente por un estado de vulnerabilidad al desorden. Esta vulnerabilidad puede o no dar lugar a un episodio de enfermedad dependiendo del desencadenamiento de acontecimientos vita-

les estresantes, de la influencia moderadora de las redes sociales, de factores ecológicos y de la personalidad premórbida.

A diferencia de los modelos puramente biológicos y ecológico-psicosociales que consideran los períodos inter-crisis (salud) como un respiro en un desorden continuo, el modelo de vulnerabilidad considera a la crisis (enfermedad) como una interrupción temporal en una vida esencialmente saludable. El recidivismo no procede de una condición crónica subyacente, sino de una vulnerabilidad subyacente desencadenada por acontecimientos vitales estresantes.

La personalidad vulnerable viene determinada tanto por factores genéticos como por factores adquiridos (diátesis) actuando sobre ella cualquier acontecimiento vital (estrés) que va a determinar el desencadenamiento de una crisis. El estrés puede considerarse de tipo agudo (acontecimiento concreto) o de tipo crónico (situación continuada de tensión). En este sentido todo el mundo participa de un determinado grado de vulnerabilidad y dependerá de éste y de la intensidad del acontecimiento vital el desarrollo de una crisis (por ejemplo, un grado de estrés extremadamente fuerte como el provocado por una catástrofe, guerra, tragedia familiar puede hacer aparecer una crisis en individuos con un grado de vulnerabilidad no demasiado alto y que de otra forma nunca la hubiesen desencadenado). Por el contrario un estrés reducido o inadvertible puede desencadenar una crisis en personas altamente vulnerables.

Es en estos individuos altamente vulnerables en quien deben promoverse conductas de protección que potencien medidas de seguridad específicas para las conductas de riesgo personales.

VARIABLES Y CONDUCTAS DE RIESGO

Se pueden definir las conductas y variables de riesgo como aquellas que pueden desencadenar una crisis en una personalidad altamente vulnerable. Pueden ser:

a) Variables y conductas medioambientales:

- Sucesión de acontecimientos vitales estresantes que configuran un estado continuado de tensión.
- Alta emoción expresada familiar. Se define la Emoción Expresada como la cantidad de hostilidad, sobreimplicación emocional y crítica expresada por la familia de la persona que tiene la enfermedad mental grave y que constituye una variable de recaída, hecho demostrado a través de diversos estudios. Este estilo afectivo de riesgo no está directamente relacionado con la etiología de la enfermedad sino que parece más bien una forma de enfrentarse o adaptarse a ella por parte de la familia. Las familias de alta emoción expresada parecen ser aquellas que menos capacidad tienen para afrontar las crisis y se muestran más preocupadas y angustiadas; pueden tener una relación muy intensa con el usuario o estar resentidas con su comportamiento. Una característica de estas familias es la tendencia a recalcar el impacto del episodio psicótico sobre sí mismas, más bien que el impacto sobre los usuarios. Por el contrario las familias de baja emoción expresada suelen ser más tolerantes y afrontan los incidentes con mayor calma (Vaughn, 1977).

Posteriormente Vaughn y Leff (1981) especifican cuatro características que están presentes en las actitudes de las familias:

- Intromisión con respecto a su familiar enfermo.
- Enfado y ansiedad aguda (sentimiento de que la conducta del usuario está, demasiado a menudo, erróneamente justificada por los profesionales en base a la etiqueta psiquiátrica).
- Manifiesta culpabilización del familiar enfermo.
- Marcada intolerancia a los síntomas y al deterioro a largo plazo.

Resumiendo, parece estar demostrado que las personas afectadas de una enfermedad mental grave y persistente cuyo estilo afectivo familiar es de alta emoción expresada tienden a recaer con más facilidad si el período diario de contacto con la familia es alto. Por otro lado, la toma adecuada de medicación constituye una conducta de pro-

tección para este estrés denominado como "crónico" pero resulta ineficaz cuando se suma un acontecimiento vital estresante (estrés agudo).

Estas conductas y variables de riesgo deben ser abordados mediante el trabajo de rehabilitación a través del establecimiento de conductas de protección específicas, que van desde la promoción de un estilo de vida que atenúe los riesgos de la aparición de acontecimientos vitales excesivos, hasta la disminución de la emoción expresada familiar, o en su defecto, la disminución del tiempo de contacto entre el usuario y su familia. Además se puede disminuir la emoción expresada a través de un adecuado apoyo social a la familia que rompa el aislamiento (característico de estas familias) y se sienta lo suficientemente apoyada de forma institucional.

b) Conductas y variables personales:

- Abandono de la medicación: la continuidad y la perseverancia en la toma de la medicación prescrita así como la discriminación de pródromos, parece una de las conductas más importantes en la prevención de las crisis o recidivas.
- Consumo de tóxicos: junto con el anterior punto están determinando un estilo de vida de riesgo que hacen posible la aparición de crisis continuas que van deteriorando progresivamente tanto la vida del usuario como su capacidad cognitiva.

Por tanto, es necesario promover las conductas de protección: el aumento de su conciencia de enfermedad así como su capacidad de autocontrol para articular un estilo de vida saludable y de protección en función de la existencia y asunción de una vulnerabilidad personal alta.

CONDUCTAS Y VARIABLES MODULADORAS:

Son aquellas conductas y variables que no explican u originan por sí mismas el desencadenamiento de una crisis pero que resultan fundamentales a la hora de su resolución, sobre todo por su influencia para aminorar o agravar las discapacidades producidas por la crisis y por tanto aumentar o disminuir la capacidad de la persona para desarrollar una vida digna y con el mayor número de relaciones significativas posibles. Pueden ser:

- Falta de soporte comunitario: la falta de una red social desempeña un papel importante a la hora de afrontar una crisis acentuando el aislamiento personal y social característico de este tipo de usuarios.
- La falta de interrelaciones dificulta el desempeño social digno y la relación efectiva con la realidad sociocultural del entorno. Se deben articular para ello mecanismos que posibiliten el incremento de la red de apoyo, estimulando los contactos interpersonales y facilitando el acceso a la mayor oferta social de recursos posibles, manteniendo el difícil equilibrio entre las posibilidades de apoyo que ofrece una red social amplia y los peligros que esta ampliación de la red supone en relación al probable aumento de posibilidades de aparición de acontecimientos vitales que puedan suponer un estrés para el individuo. Este peligro debe y puede ser controlado a través de la instauración de otras conductas de protección relacionadas con la capacidad de autocontrol. Se trataría de equilibrar necesidades y recursos de forma que se consigan los apoyos necesarios para que el usuario pueda satisfacer de forma autónoma sus necesidades con sus propios recursos.
- Falta de habilidades de afrontamiento personal y social. Además de la red social externa, una variable que modula la resolución favorable de las crisis es el nivel de habilidades sociales y la capacidad personal para enfrentarse a situaciones que impliquen ansiedad o distimia. Pero, aparte de su relevancia como factor de protección directo, es necesario el trabajo de entrenamiento en estas habilidades para que el usuario sea capaz de afrontar y manejar adecuadamente ese incremento de su actividad diaria y de relaciones personales que su implicación en un proceso de rehabilitación va a producir.

La adecuación de una red social y la mejora en la capacidad de relacionarse y de hacer frente a las demandas del medio no son sólo objetivos a trabajar por ser factores moduladores en la resolución de una crisis psicótica, sino que el principio de normalización y la búsqueda de la mejora de la calidad de vida del usuario hacen que sean elementos básicos de la tarea a desarrollar desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Medioambientales:	Medioambientales:
<ul style="list-style-type: none"> - Alta Emoción Expresada familiar - Aislamiento familiar - Sucesión de acontecimientos vitales estresantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja Emoción Expresada familiar - Incremento del apoyo social a la familia - Incremento en la capacidad de autoprotección
Personales:	Personales:
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de tóxicos - Abandono de medicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la capacidad de autocontrol - Incremento de la conciencia de enfermedad
FACTORES MEDIADORES	
Medioambientales:	Medioambientales:
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de soporte comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la red de apoyo
Personales:	Personales:
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades de afrontamiento personal y social 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de las habilidades sociales - Incremento de la capacidad de autocuidados

Una vez expuesta la filosofía de atención, sus bases teóricas y el objeto y tarea a realizar, se definen a continuación las propuestas organizativas concretas que posibilitarán el cumplimiento en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de los objetivos marcados anteriormente.

Capítulo 3

DEFINICIÓN DEL DISPOSITIVO

El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un dispositivo incluido en la tipología general de "Centro de Día" recogida en el artículo 24 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente.

Se puede ampliar esta definición genérica, detallando una serie de características que deben ser inherentes al Centro de Rehabilitación Psicosocial o como mínimo deseables en un recurso de este tipo:

- El Centro debe estar inserto al máximo en el tejido comunitario. Su función implica facilitar la utilización por los usuarios derivados de todos los recursos socio-comunitarios del entorno, por lo que una localización aislada o lejana de los lugares comunes de convivencia dificulta las tareas a desempeñar.
- Imbricado con el punto anterior, es un dispositivo que no está diseñado "hacia adentro", es decir, cuyo objetivo final no es que los usuarios acudan a sus instalaciones, sino que es una plataforma desde donde trabajar la normalización y la integración, por lo que en la medida de lo posible se deben externalizar al máximo sus actuaciones y actividades.
- El Centro de Rehabilitación cobra sentido al formar parte de una red extensa de atención, sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos o sistemas que intervienen, o sería deseable que intervinieran, sobre los usuarios derivados.
- El Centro de Rehabilitación no es un suministrador de prestaciones a los usuarios (por ejemplo económicas, comidas, etc.) sino que es un activador de aquellos recursos necesarios para su integración.

Capítulo 4

OBJETIVOS DEL CENTRO

El objetivo general en rehabilitación psicosocial es facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, en su Artículo 3 al enunciar sus principios inspiradores en los apartados f) y g), respalda con fuerza de ley la razón de ser de los Centros de rehabilitación, propugnando: "la personalización de la atención teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor grado de oportunidades". Asimismo el apartado g) establece la necesidad de disponer medidas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.

Este objetivo general incluye aspectos, como son el residencial o el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas, que trascienden las posibilidades del Centro de Rehabilitación Psicosocial. Los objetivos específicos del Centro son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales. Es decir:

- Dotar al usuario de las habilidades relacionales necesarias para que éste pueda llevar a cabo el mayor número de roles socialmente valiosos.
- Entrenar las habilidades instrumentales necesarias para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Promover la educación para la salud modificando conductas de riesgo y articulando conductas de protección.
- Asesorar, informar y apoyar a las familias cuidadoras para que tengan una interacción lo más adecuada y positiva posible con su familiar enfermo, a la vez que se habilitan los soportes necesarios para asegurar el apoyo necesario a estas familias cuidadoras (asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, etc.).
- Proporcionar soporte y apoyo comunitario a los usuarios, organizando actividades propias que sirvan para estructurar la rutina diaria y para fomentar intereses personales y también apoyando a los usuarios que lo necesitan en la utilización de recursos comunitarios normalizados.

Los antecedentes de la intervención en rehabilitación son diversos: por un lado la concepción terapéutica de las actividades estructuradas propia de la terapia moral. Por otro lado la necesidad de una capacitación individual mediante la terapia del trabajo propia de la rehabilitación vocacional. Un tercer punto es el enfoque de Salud Mental Comunitaria en el sentido de mantener a las personas con enfermedad mental severa dentro de la comunidad de una forma tan "normal" como sea posible. Un cuarto enfoque es el señalado por los principios del aprendizaje social, que indican la posibilidad de aumentar la eficacia para afrontar los acontecimientos vitales estresantes promoviendo habilidades de solución de problemas, establecimiento de relaciones de amistad con otros, desarrollo de habilidades instrumentales, movilización de redes de apoyo y reincorporación laboral. Por último la aparición de los Centros de Rehabilitación Psicosocial marca el especial énfasis en tres aspectos concretos como son el dotar de estrategias para ayudar a las personas a superar el ambiente más que a sucumbir a él, la inducción a la salud más que la reducción de síntomas y la creencia en la potencial productividad de los usuarios con discapacidades más severas (Beard, Propst y Malamud, 1982).

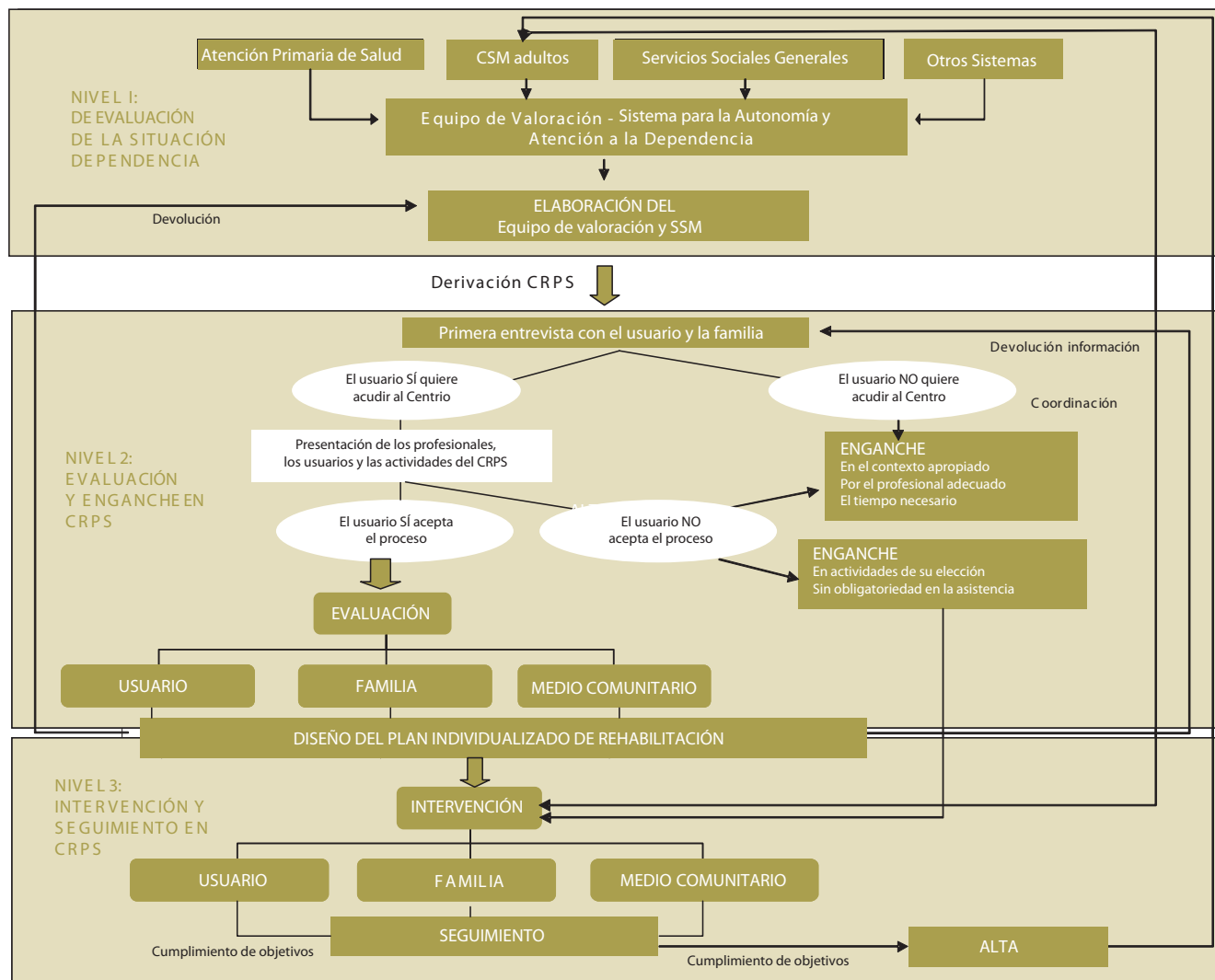
En resumen se puede decir que la rehabilitación de personas con enfermedad mental grave de curso crónico tiene como metas por un lado el ajuste a la vida diaria del usuario y por otro la mejora de la calidad de vida, ayudando a estas personas a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar en la sociedad que le rodea tan activa e independientemente como sea posible.

Capítulo 5

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La atención que presta el Centro de Rehabilitación Psicosocial se estructura en una serie de fases puestas en marcha de forma secuencial y que parten del establecimiento de una serie de metas u objetivos operativos, que se pretenden alcanzar mediante los Programas de Intervención.

Teniendo en cuenta el itinerario global de un usuario que deba ser atendido en un Centro de estas características el circuito total de atención debería tener un diseño parecido al propuesto en el siguiente gráfico.



5.1. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La implicación de los usuarios en procesos de rehabilitación supone, por parte de los profesionales, la delimitación de diferentes momentos que ayuden a estructurar el conjunto de actuaciones y que posibilitan el trabajo enmarcado en "actividades por objetivos". Estos momentos o fases son:

5.1.1. Derivación

Los Servicios de Salud Mental en cualquiera de sus formas según las diferentes Comunidades Autónomas (Centros de Salud Mental, Servicios de Salud Mental, Equipos de Salud Mental, Unidades de Salud Mental) son el eje que articula la atención a las personas con enfermedad mental grave y por tanto los primeros y últimos responsables de los tratamientos y los que deben asegurar la continuidad de cuidados.

Los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental están destinados a facilitar a la persona incluida en los mismos las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuadas a su patología y a su momento vital.

Estos Programas tienen, entre otros, los siguientes objetivos:

- Conocer y censar a la población con trastorno mental grave, detectar sus necesidades, acceder a ella para ofrecerle los apoyos y servicios adecuados y conseguir su adherencia al proceso de rehabilitación.
- Coordinar la atención integral de los pacientes, organizando el conjunto de actuaciones de los diferentes recursos generales (sanitarios y sociales), propios del programa y específicos para dar la cobertura necesaria a la población de personas con trastorno mental grave, garantizando la integración de los servicios de tratamiento, rehabilitación y soporte social.
- Facilitar que el paciente pueda manejar sus síntomas mediante la instauración de medicación y dosificación que minimice los efectos secundarios y enseñando al paciente a sopesar los síntomas, los efectos secundarios y la relación entre el nivel de funcionamiento y la medicación.
- Promover alternativas a la hospitalización, mediante intervenciones en crisis en el domicilio o en ambientes menos restrictivos que el hospitalario.
- Agilizar la tramitación de ingresos cuando éstos sean necesarios.
- Organizar los apoyos necesarios para evitar el deterioro provocado por la enfermedad, proporcionando si fuera necesario, servicios de apoyo de duración ilimitada tales como alternativas de alojamiento, oportunidades laborales y actividades adecuadas al momento evolutivo de cada persona y a su nivel cultural.
- Fomentar el mayor grado posible de autonomía de cada paciente en su entorno, promoviendo su participación en la comunidad y la adquisición de un rol significativo en la sociedad.

* Objetivos extraídos del Programa de Continuidad de Cuidados del Instituto de Psiquiatría y Servicios de Salud Mental José Germain (Área 9 de Salud de la Comunidad de Madrid).

Por tanto, se garantizará que la persona que va a ser usuaria del Centro de Rehabilitación Psicosocial cuente con un profesional de referencia en el Servicio de Salud Mental, que será el que realice la derivación en coordinación con los Equipos de Valoración, una vez que han diseñado el Plan Individual de Atención. Además sería importante que se tuvieran en cuenta los siguientes aspectos:

- La derivación debería ir acompañada de la máxima información posible sobre el usuario, tanto desde la perspectiva clínico-psiquiátrica como desde la del funcionamiento psicosocial y entorno social.
- La atención en el Centro de Rehabilitación debe ser entendida como una intervención especializada y limitada en el tiempo dentro de un proceso personal mucho más prolongado. Es decir, el usuario debería estar siendo atendido de forma continuada en un Centro de Salud Mental de referencia, que sería el responsable de su continuidad de cuidados y con el que se deberían coordinar todas las actuaciones que se llevaran a cabo sobre el usuario del Centro de Rehabilitación.

La introducción al C.R.P.S. se realiza de forma progresiva y lo menos traumática posible. En primer lugar se realiza una recepción llevada a cabo por la persona que se determine (habitualmente suele ser el profesional de referencia para el nuevo usuario, comúnmente denominado "tutor", "referente" o "continuador de cuidados"). Los objetivos de este primer contacto son los de presentar al usuario el equipo de trabajo, el espacio físico y las actividades y programas, conocer las expectativas que el usuario y la familia tienen del Centro y comenzar el trabajo de motivación para la implicación del usuario en un proceso de rehabilitación.

5.1.2. Evaluación

Esta fase es esencial para el desarrollo posterior del programa. Parte de la base de una valoración previa tanto de las discapacidades y necesidades como, sobre todo, de las capacidades y recursos que el usuario posee. Es determinante en el éxito futuro del proceso de rehabilitación.

El tiempo aproximado de duración es de unas 6 a 10 horas, siendo evaluado el usuario y su familia a través de citas sucesivas con el tutor y el trabajador social, con citas en el Centro y visitas domiciliarias. La evaluación se alarga en el tiempo a través de un Grupo de Acogida y de las actividades de apoyo y soporte social en las que el usuario quiera participar mientras dura esta fase, mediante las cuales se pretende observar al usuario en el desempeño real de sus habilidades y capacidades.

La evaluación consta de dos partes diferenciadas en función del sujeto de evaluación: usuario y familia, intentando dar un marco global de valoración del grupo familiar.

La evaluación inicial se realiza atendiendo a cuatro fuentes: el propio usuario, la familia, la observación directa de los profesionales del C.R.P.S. y la información remitida por los Servicios formales implicados en la derivación (Equipo de Valoración, Servicios de Salud Mental, etc.), llevándose a cabo en el Centro de Rehabilitación y en el contexto del usuario.

Se recoge información de las áreas siguientes:

- **Autocuidados:** también denominados como "actividades de la vida diaria básicas", comprende el aseo personal, los hábitos de vida saludables y la organización de y estructuración de su entorno y/o vivienda. Los instrumentos habitualmente utilizados para valorar esta área son la entrevista semi-estructurada y un cuestionario, contrastándose la información recibida del usuario con la que aporta la familia.
- **Autonomía personal:** también se denomina esta área "actividades de la vida diaria avanzadas" y recoge aspectos de autonomía laboral, económica y el manejo del entorno (transportes, comunicaciones, manejo del dinero, etc.). Se suele valorar mediante entrevista al usuario y a la familia y a través de la observación directa del desempeño real.
- **Integración Social:** recoge el uso de recursos comunitarios estructurados y la existencia y extensión de la red natural de apoyo.
- **Aspectos Cognitivos:** recoge información sobre las dificultades o capacidades referidas a orientación, atención y memoria. Habitualmente se suele hacer un filtraje con herramientas básicas del tipo Mini-mental o WAIS u observación del desempeño real, llevando a cabo valoraciones más finas en caso necesario.
- **Autocontrol:** comprende la valoración de las habilidades de afrontamiento personal, manejo de situaciones de tensión y estrés y nivel de autoestima. Los instrumentos de evaluación más habituales son la entrevista, B.D.I., cuestionario de autoestima, S.T.A.I., cuestionario de relaciones familiares y observación directa.
- **Habilidades Sociales:** se deben de valorar en esta área las habilidades de comunicación verbal y no verbal y la capacidad en el manejo de relaciones interpersonales. Aún cuando existen diferentes instrumentos estandarizados referidos a este criterio, habitualmente se suele usar la entrevista y la observación directa para hacer la valoración.
- **Medicación y tratamiento:** incluye la conciencia de enfermedad que tiene el usuario y su nivel de responsabilidad en la toma de medicación y en la asunción de su propio tratamiento. Se evalúa a través de una entrevista semi-estructurada y, caso de ser necesario, mediante cuestionarios de conocimientos.
- **Familia:** valora el clima familiar, el apoyo familiar y su estilo de comunicación. La información se recoge a través de una entrevista en la que se valora la historia biográfica de la familia y se realiza una historia social.
- **Psicopatología:** valora el estado psicopatológico actual en relación al trabajo de rehabilitación. Se evalúa mediante una entrevista, recogiendo, además, datos sobre el número de ingresos y de crisis que ha tenido el usuario y otros datos de interés sobre su historia clínica.
- **Aspectos laborales:** dada la especificidad de ésta área, se ha desarrollado de forma amplia en el punto relativo al programa de apoyo e inserción laboral.

El documento del IMSERSO "Modelo de Atención en Rehabilitación Psicosocial" contiene un capítulo dedicado a la evaluación en rehabilitación, en el que se pueden encontrar de forma detallada los diferentes instrumentos utilizados para la valoración.

FUENTES DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN



5.1.3. Plan Individualizado de Rehabilitación

Quizá es el elemento más importante a la hora de plantearse una intervención en rehabilitación y es el que más se aparta de los diseños tradicionales de atención a la enfermedad. Consiste en un contrato de intervención activo y consensuado en el que están implicados los usuarios, sus familiares y los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Para la consecución de los objetivos señalados se hace necesaria una metodología de trabajo estructurada y con secuencias claras de desarrollo cuyo factor esencial es la confección de dicho Plan Individualizado de Rehabilitación. Éste es el vehículo que posibilita el desarrollo y éxito del trabajo. Dicho Plan debe tener o reflejar las siguientes características:

- Evaluación de déficit y capacidades. A diferencia de la concepción médica, dirigida fundamentalmente al diagnóstico de la enfermedad o trastorno, en rehabilitación interesan tanto las dificultades, carencias o partes "enfermas" del usuario como su parte "sana", capacidades, potencialidades, intereses, etc.
- Delimitación clara de objetivos. Es conveniente que los objetivos sean lo más operativos posible, pero este hecho suele conllevar el perder de vista los objetivos más globales o "macro". Por ello, el método más adecuado de actuar es desglosarlos en los objetivos de rehabilitación, que serían más bien una "declaración de intenciones" de a dónde se quiere llegar con el proceso rehabilitador (por ejemplo, que el usuario viva solo de forma independiente), en objetivos "principales", asociados a cada una de las áreas de evaluación y objetivos urgentes, que serían aquellos encaminados a posibilitar los procesos de rehabilitación (por ejemplo, asegurar que el usuario sabe llegar sólo al Centro).
- Plan estructurado, secuencial e individual. Una vez que se han determinado los objetivos a trabajar hay que estructurarlos y secuenciarlos. Difícilmente se dará el caso de que todos los objetivos se puedan trabajar desde el primer momento ya que seguramente se necesitará alcanzar algunos de ellos para posibilitar los siguientes. Y hay que tener cuidado en esta secuenciación para incorporar las demandas y expectativas del usuario y la familia. Así, si por ejemplo se observa un déficit en el aseo personal, no se suele empezar directamente por este objetivo de mejora, ya que puede ser aversivo para el usuario y debilitar su motivación para acudir al Centro.
- Delimitación en el tiempo. Aún cuando el proceso de rehabilitación no exige su realización en un tiempo determinado ni está prefijado habitualmente un tiempo de estancia en el Centro se deben marcar unos tiempos para favorecer la motivación e implicación de los usuarios e impedir entrar en una dinámica de cronicidad, tanto del usuario como de los profesionales del Centro.

- Adecuación al contexto del usuario. El Plan debe tener en cuenta las características del entorno del usuario, sus apoyos o falta de los mismos, las facilidades o dificultades que proporciona su nicho ecológico y todos aquellos elementos externos que pueden modular, mediatizar o impedir la consecución de los objetivos marcados.
- Adecuación a las expectativas del usuario. Se ha expresado anteriormente que el usuario es el verdadero artífice de su rehabilitación. Un Plan de Rehabilitación debe recoger las expectativas y necesidades del usuario y adecuarlas a las posibilidades reales que evalúe el profesional, pero nunca se deben dejar de tener en cuenta estas expectativas, ya que en este caso la "alianza" entre el usuario y el profesional se vería seriamente afectada al no responder el Centro a lo esperado de éste por el usuario.
- Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del Plan. Se ha definido el Plan Individualizado como un contrato consensuado. Si no se da la participación e implicación del usuario y de su familia dicho Plan no pasaría de ser una "receta" del profesional para solucionar una situación evaluada, y las posibilidades de su desarrollo real serían muy escasas.
- Salida real de reinserción. El Centro de Rehabilitación no es en ningún caso un recurso finalista, por lo que habrá que prever en el Plan de Rehabilitación la salida o salidas probables que pueden ser operativas y adecuadas para un usuario.
- Evaluación continua del desarrollo del Plan y de sus resultados. El Plan de Rehabilitación no deja de ser una hipótesis de trabajo, por lo que de forma continua habrá que realizar una evaluación y adecuación del mismo.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

- Evaluación de déficit y capacidades.
- Delimitación clara de objetivos.
- Plan estructurado, secuencial e individual.
- Delimitación en el tiempo.
- Adecuación al contexto del usuario.
- Adecuación a las expectativas del usuario.
- Implicación del usuario y la familia.
- Salida real de reinserción.
- Evaluación continua.

Se confecciona el Plan Individualizado de Rehabilitación en el momento posterior a la evaluación, con el consenso e implicación más amplio posible tanto del usuario como de la familia y previa coordinación con los demás dispositivos implicados en la atención al usuarios (y especialmente, si es posible, del Centro de Salud Mental correspondiente). A partir de este momento el usuario comienza los programas y actividades acordadas, haciéndose una evaluación pre y post de cada uno de ellos, con el objeto de valorar su eficacia.

5.1.4. Intervención

Consiste en la puesta en marcha de las Actividades necesarias de los Programas pertinentes para cumplir los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Rehabilitación.

Se define la intervención, por tanto, como la puesta en práctica del Plan de Rehabilitación diseñado. La metodología fundamental de intervención se realiza a través de la entrada en los diferentes programas de trabajo del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Aunque se ha elegido por coherencia el modelo de trabajo grupal es evidente que los programas, aunque extensos, no se extienden a todas las posibilidades de las necesidades de trabajo que se cubren en base a intervenciones individuales programadas. A esto se añade el hecho de que dentro de los mismos programas generales se realizan actividades de trabajo individual, siempre que sea pertinente o necesario.

Se debe destacar, sin embargo, la elección consciente del trabajo grupal en base a los objetivos principales del Centro de Rehabilitación Psicosocial, uno de los cuales es la resocialización, el desempeño del mayor número posible de roles socialmente valiosos y el aumento y mejora de sus capacidades relacionales. Así, parece claro que el "grupo" es uno de los principales agentes socializadores en el que funcionan diversos mecanismos específicos:

- Aprendizaje por modelos.
- Reforzamientos naturales.
- Aumento de la identificación y solidaridad con la tarea.
- Incremento en la pertinencia de los contenidos de trabajo.
- Incremento de la implicación en el proceso.
- Incremento de la pertenencia y fomento de las redes naturales de apoyo.
- Aumento de la comunicación y capacidad de interrelación con pares.
- Mejor estructuración del tiempo de intervención con el usuario.
- Mejor aprovechamiento de recursos.
- Distanciamiento del modelo médico-psicoterapéutico.
- Factores inespecíficos de favorecimiento de la capacidad de vinculación afectiva y expresividad emocional.

Es evidente, y conforma una línea básica de trabajo del Centro, la necesidad de controlar y articular de forma estructurada toda la idea de trabajo grupal, ya no solo en la puesta en práctica de las actividades específicas, sino en todo tipo de relaciones que se establecen en el Centro de Rehabilitación Psicosocial en su conjunto. El Centro debe ser por sí mismo y por su contacto un agente rehabilitador, cuidando al máximo todos los aspectos relacionales con inclusión de aquellos no formalizados claramente en las actividades estructuradas.

5.1.5. Seguimiento y apoyo comunitario

El seguimiento es el trabajo final dentro del protocolo de actuación. Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan de rehabilitación y encaminada ésta hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos.

Este seguimiento tiene previsto apoyarse en contactos periódicos con el usuario de alta de la fase de intervención por un tiempo no determinado con anterioridad. Esta fase de seguimiento se lleva a cabo a través de contactos periódicos ya sea mediante citas programadas, visitas domiciliarias o contactos telefónicos.

Se articula además el proceso de separación progresiva del Centro de Rehabilitación Psicosocial e igualmente la asunción del seguimiento posterior a través de los Servicios de Salud Mental de referencia del usuario en los casos en los que esto sea posible.

5.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

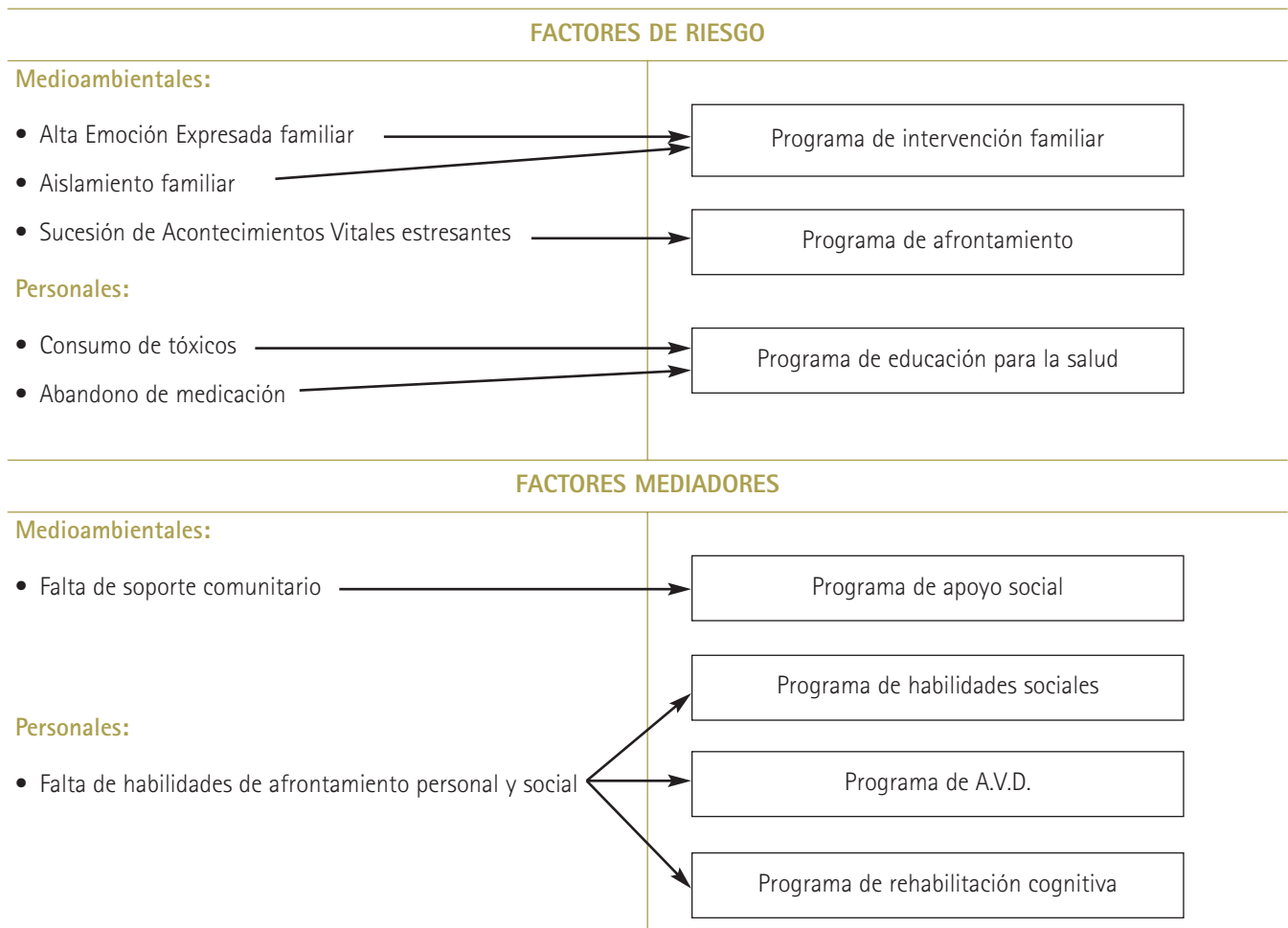
De acuerdo con los presupuestos teóricos anteriormente indicados, el trabajo en rehabilitación psicosocial se realiza a través de programas de intervención, encaminados hacia tres objetivos fundamentales:

- La disminución y el control de las recaídas,
- la mejora de todos los déficit psicosociales que lleva aparejada la enfermedad mental grave de larga evolución y
- el mantenimiento en las mejores condiciones posibles de los usuarios más deteriorados.

Los programas están estructurados en base a módulos con objetivos diferenciados. Dentro de cada uno de ellos existen a su vez submódulos definidos más concretos que se ponen en práctica a través de unidades operativas específicas, que son las llevadas a cabo diariamente. Los submódulos pueden trabajarse en las actividades de forma monográfica, de forma complementaria, o de forma secuencial en actividades cíclicas.

Según el modelo teórico explicado anteriormente, la propuesta metodológica se basa en un conjunto de programas, cada uno de ellos destinado a modificar las diferentes variables de riesgo de recaídas o empeoramiento, o a incrementar los factores protectores o moduladores de mejoría.

En el siguiente gráfico se expone esta correspondencia entre factores y programas:



Dentro de la organización planteada para llevar a cabo la atención prestada en el Centro de Rehabilitación se pueden distinguir dos grandes bloques o actuaciones, que tienen que ver con la posibilidad de ofertar una atención global y completa a las necesidades que tienen los enfermos mentales crónicos en lo referido a la mejora de capacidades e incremento de la red social:

- A) Programas de entrenamiento, recuperación de capacidades y adquisición de hábitos.
- B) Actividades de soporte social, para facilitar el trabajo sobre los objetivos individuales, aportando un contexto lúdico y relacional que posibilite la intervención específica.

No se deben entender estos bloques como aislados, sino como complementarios e integrados, utilizándose según las necesidades concretas de cada usuario y según el momento vital de la intervención en que nos encontremos. Así, por ejemplo, el objetivo de mejorar la red social o disminuir el aislamiento de un usuario puede suponer el utilizar las actividades de Hábitos de ocio y Habilidades sociales de los programas de entrenamiento o las actividades de apoyo social del programa de Apoyo Comunitario. Igualmente pasaría por ejemplo con los autocuidados y la autonomía en lo que respecta al Programa de A.V.D. y las actividades de soporte domiciliario, o con el Programa de Intervención Familiar y las actividades de Apoyo familiar.

Así, se proponen ocho programas diferenciados, divididos en módulos o actividades, uno dirigido a facilitar la entrada en el Centro, seis específicos de entrenamiento o mejora de capacidades y uno encaminado a conseguir una adecuada integración y uso de los recursos comunitarios:

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN AL CENTRO

1. PROGRAMA DE ACOGIDA

Su objetivo es la introducción progresiva en las actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial, tendiendo a suavizar el impacto estresante del cambio. Pretende promover la seguridad y la sensación de acogida así como la motivación para la implicación posterior del usuario en el desarrollo del Plan Individualizado de Rehabilitación.

Dentro de este programa se inscribe la fase de evaluación del usuario, de la familia y del entorno.

La intervención habitual suelen consistir en simultanear tres tipos de actuaciones:

- Entrevistas individuales con el tutor responsable del caso para llevar a cabo el protocolo de evaluación.
- El desarrollo de un "grupo de acogida". Habitualmente, y siempre que sea posible la entrada de varios usuarios al Centro en torno a una misma fecha, se realiza un grupo en el que se explica en qué consiste el Centro de Rehabilitación y cuya función es recoger los intereses y expectativas de los usuarios y facilitar una entrada progresiva al Centro. Suele tener una duración de tres o cuatro sesiones con una frecuencia semanal.
- Desde un primer momento se oferta la entrada en actividades del Centro, evidentemente de soporte social, ya que si el usuario accede éstas se convierten en un lugar privilegiado para observar y valorar el desempeño psicosocial real del usuario.

PROGRAMAS MODULADORES

2. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D.)

DEFINICIÓN

Desde sus orígenes el ser humano ya tendía a utilizar sus propios recursos para lograr la supervivencia. Con su evolución, fueron surgiendo diferentes formas de adaptación del sujeto al medio, potenciando al máximo sus habilidades y recursos para posibilitarle un mejor cuidado de su persona, lo que se traduciría en una mayor competencia personal y social. Esto, que puede parecer complejo, no son más que actividades que se llevan a cabo de manera diaria y que, al no existir ninguna dificultad en su desempeño, apenas se da importancia a su realización.

Se definen las *Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)* como "todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible".

En principio, estas actividades se centraban únicamente en el área de Autocuidado, pero con el paso del tiempo y la inclusión del individuo en la sociedad, se han ido diversificando. En cualquier caso, para la ejecución de cualquiera de ellas el objetivo que se persigue es la AUTONOMÍA. Se hace referencia a la AUTONOMÍA PERSONAL cuando el sujeto es capaz de realizar las actividades de la vida diaria, basadas en sus propias capacidades, habilidades e intereses sin depender de nadie. Aún así, dentro de esto se podría hablar de diferentes grados de autonomía, ya que por ejemplo una persona con discapacidad física puede ser autónoma a pesar de requerir ayuda técnica y una persona con enfermedad mental severa no desempeñar cierta actividad, a pesar de no tener ningún tipo de dificultad física.

CLASIFICACIÓN

Al ser un amplio abanico de actividades (comprendidas entre el inicio y final del día) las clasificaremos *en función de su finalidad*:

A.B.V.D. BÁSICAS O AUTOCUIDADO

Su objetivo primordial es garantizar la supervivencia a través de la satisfacción de las necesidades básicas:

- *Aseo y vestido*. Estas áreas se trabajan conjuntamente, ya que están estrechamente relacionadas entre sí, dado que la intervención en una de ellas repercute en la otra. Contemplan aspectos tales como ducha, aseo diario, lavado y cuidado del cabello, higiene dental, afeitado, depilación, vestido, higiene en la menstruación, elección de ropa adecuada, uso del wc.
- Hábitos de vida.
 - Hábitos de sueño: horarios y calidad del sueño.
 - Hábitos de alimentación: horarios, hábitos en la mesa (velocidad de ingesta, formas...) y dietas.
 - Hábitos de salud: prevención de enfermedades, ejercicio físico, educación sexual, consumo de sustancias, etc.

A.V.D. INSTRUMENTALES

Se refieren a aquellos que proporcionan independencia al usuario. Serían las siguientes:

- Vivienda: limpieza y organización de la casa y cocina, prevención de accidentes domésticos, etc.
- Uso y manejo de los medios de comunicación, etc.
- Uso y manejo de transporte, etc.
- Realización de trámites burocráticos, etc.
- Educación vial.

A.V.D. AVANZADAS

Son aquellas que suponen utilización de recursos externos o la aplicación de las A.V.D. a otras personas. Se podrían incluir en las mismas:

- Actividades de integración en la comunidad.
- Utilización de recursos comunitarios.
- Utilización de recursos formativos y laborales.

A continuación se presenta una tabla con ejemplos de tipos de actividades y requisitos o componentes.

	Actividades Básicas	A.V.D. Instrumentales	A.V.D. Avanzadas
Actividades/tareas	Movilidad Cuidado personal Comunicación Expresión sexual Aseo Alimentación Control esfínteres Arreglo personal	Limpieza y organización del hogar Utilización de teléfono, Internet, TV Manejo de coche, tren, autobús Conocimientos académicos básicos (lectoescritura, entorno sociocultural) Manejo del dinero	Utilización de recursos comunitarios Actividades individuales y sociales de ocio Participación de una red social Actividades productivas (trabajo, voluntariado, cuidado de otros)
Requisitos/componentes	Habilidades psicomotrices Habilidades cognitivas básicas (atención, percepción, memoria, aprendizaje)	Habilidades sociales Habilidades cognitivas (solución de problemas, cálculo)	Habilidades de afrontamiento Habilidades adaptativas

A continuación se despliegan las actividades de autocuidado e instrumentales; las de carácter avanzado se recogen en otro apartado del presente documento técnico referido a *Integración sociocomunitaria*.

A.B.V.D. O AUTOCUIDADO

FUNDAMENTACIÓN

Desde un enfoque holístico, tratando al individuo como algo global, y no fragmentado, las dificultades para la ejecución de cualquier tarea, y en concreto al hablar de A.V.D., no siempre estará relacionada con un solo aspecto.

Tomando como referencia este planteamiento, existen diversos factores que van a condicionar en gran medida el desempeño de las mismas. Y estos son:

- Propios de la enfermedad.
 - Síntomas positivos o productivos: alucinaciones, delirios, trastorno del curso del pensamiento...
 - Síntomas negativos: anhedonia, abulia, aplanamiento afectivo, falta de motivación...
 - Tiempo de evolución de la enfermedad: ejecución de cualquier A.V.D. en una fase inmediata a la crisis, en años de evolución...
- Otros factores:
 - Pérdida de hábitos: a consecuencia de la enfermedad existe una pérdida de hábitos, la persona va abandonando poco a poco la realización de tareas que hacía anteriormente.
 - Aparición de nuevos hábitos: aparecen hábitos que antes no existían y que surgen a raíz de la enfermedad, como es principalmente el consumo exagerado de bebidas excitantes y tabaco.
 - Tipo de personalidad y costumbres: la personalidad condiciona el comportamiento, éste unido a los hábitos adquiridos a lo largo del tiempo, capacita para la ejecución de cualquier tarea. Cuando aparece la enfermedad y durante el transcurso de la misma, las capacidades, hábitos y ejecución de las A.V.D. se ven afectadas en mayor o menor medida. Teniendo en cuenta esto, se puede decir que la existencia de hábitos desajustados para una buena ejecución de A.V.D. previa a la enfermedad, suponen un agravamiento en el desempeño de A.V.D. De la misma manera que unos hábitos ajustados previos a la enfermedad, suponen un mejor pronóstico para la ejecución de A.V.D. Por ejemplo, si una persona antes de la aparición de la enfermedad, daba importancia a su aspecto personal, cuidaba su vestimenta, se aseaba con frecuencia, etc., tendrá más posibilidades de recuperar unos hábitos adecuados que aquella que anteriormente no los tenía.
 - Modelos familiares y psicosociales: diferentes factores relacionados con el estilo de vida van a condicionar y explicar en gran medida la conducta que tenemos. Estos pueden ser: tipo de estimulación con el que se crece, condiciones psicosociales, condiciones económicas, de vivienda y habitabilidad, etc.
 - Desempeño de tareas: con la presencia de la enfermedad mental grave existe una pérdida de las habilidades o destrezas necesarias para realizar una actividad de forma eficaz. Teniendo en cuenta las unidades conductuales que integran una actividad, es posible que no se realicen correctamente, que exista fallo en algunas, que exista desorden en los pasos a seguir, etc.
 - Falta de autonomía: los modelos de sobreprotección familiar con los que uno crece, en la mayor parte de los casos, restan autonomía para la ejecución de tareas mermando la capacidad de aprendizaje e impidiendo el desarrollo de otras actividades.
 - Falta de motivación: si se tiene en cuenta que a raíz de la enfermedad se llega a perder la iniciativa necesaria para disfrutar de actividades lúdicas y gratificantes para uno mismo, se puede suponer que albergará mayor dificultad la existencia de motivación para la realización de aquellas que simplemente cubren necesidades básicas de la misma. Por ejemplo: *"si no tengo interés en practicar bicicleta que era la actividad que más me gratificaba, no me pidas que cuide mi aspecto ya que antes de la enfermedad tampoco lo hacía"*.

Lo referido con anterioridad, puede servir como fundamentación a la hora de argumentar la existencia de un programa específico rehabilitador para la ejecución y desempeño de las A.V.D. No obstante, a continuación se expondrán de forma específica y concreta, las *dificultades más frecuentes* que se suelen encontrar en el área de *Autocuidado* en personas con *enfermedad mental grave y persistente*:

Aseo y Vestido

Cuando aparece la enfermedad, uno de los principales hábitos que se pierden, casi a priori, es el aseo:

- Disminución o ausencia de actividades de aseo: ducha, cabello, lavado de cara y manos, higiene dental, higiene durante la menstruación, depilación, afeitado, etc.

- Desempeño incorrecto en cada unidad conductual de aseo.
- No utilización de productos de aseo.
- Cambio de ropa infrecuente.
- Combinación inadecuada de la ropa dependiendo del clima o la situación.
- Exceso o ausencia de complementos.
- No sincronización de la ducha con el cambio de ropa.

Y en lo referido a hábitos de vida la situación suele ser también similar:

- Sueño: alteración de horarios, calidad del sueño, tiempo destinado a ello (muy frecuentemente dedican muchas horas), etc.
- Alimentación: dietas poco equilibradas, horarios irregulares, hábitos inadecuados en la mesa, nula interacción con el resto de la familia o personas del entorno habitual, transformándose este tiempo en una actividad mecánica cuyo único objetivo es la ingesta de alimentos.
- Hábitos de salud: práctica de vida sedentaria, automedicación, falta de información en la actuación ante afecciones menores, consumo excesivo de bebidas excitantes, consumo exagerado de tabaco, consumo de sustancias estupefacientes, práctica de juego patológico, práctica irresponsable del sexo y/o dificultades para la satisfacción de sus necesidades en este sentido.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Si el objetivo general de rehabilitación es conseguir que las personas con enfermedad mental grave y duradera adquieran, recuperen o mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y autonomía, cualquier intervención que vaya en esta dirección está ya sobradamente justificada.

El grado de independencia para la ejecución de las A.V.D., constituye en sí un destacado predictor del curso y pronóstico de la enfermedad, para conseguir llevar una vida lo más normalizada posible.

Interviniendo en A.V.D. se puede decir que no sólo se mejoran considerablemente aspectos específicos relacionados con ellas, sino que también esta intervención repercute directamente en la autoestima de la persona, así como en el concepto que los demás tienen de ella.

Asimismo, se obtendrá una mayor y mejor competencia personal y social mejorando y/o creando unos hábitos de vida adecuados, es decir, conductas más ajustadas en cuanto al sueño, alimentación, reducción de un estilo de vida sedentario, mejora en educación sexual, etc. En general, el establecimiento de hábitos de vida adecuados aporta, sin lugar a dudas, una mejor calidad de vida.

Paralelamente se contribuirá a la mejora de las relaciones familiares, limándose posibles problemas de convivencia, dando paso a nuevas fórmulas de interacción, se mejoran las relaciones sociales con la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa.

De la misma manera se facilita una organización del tiempo, lo que le da un sentido de utilidad a los días. Es común que la persona con enfermedad mental grave viva todos los días como iguales, sin distinción de ningún tipo, lo que conlleva una pérdida de todo rol.

EVALUACIÓN

Con la evaluación se trata de conseguir una información a partir de la cual se pueda comenzar a intervenir. Se podría decir que desde el mismo momento en que comienza la evaluación ya se está interviniendo. Sería un error pensar que con la evaluación se conoce realmente al usuario; tan sólo se tendrá una idea aproximada acerca del desempeño y autonomía en el área de A.V.D. Es frecuente que la persona acuda al centro con muchos "miedos y resistencias", no estando muy predispuesta a contar aspectos de su vida a un profesional que apenas conoce.

La evaluación se obtendrá por diferentes procedimientos: en el Centro, visitas a domicilio, en el medio, contraste de información con la familia, etc.

En la evaluación se obtendrá información sobre:

- Hábitos y formas de desempeño de las diferentes actividades de la vida diaria. Frecuencia en el desempeño.
- Nivel de autonomía.
- Grado de dificultad.
- Grado de motivación e interés.

Teniendo claro lo referido con anterioridad, existen multitud de cuestionarios que recogen cualitativa y cuantitativamente los datos necesarios. Aún así, se puede diseñar aquel que más se adapte a las características y necesidades de los usuarios.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Aumentar y/o mejorar la calidad de vida en personas con enfermedad mental grave y persistente.
- Llegar a desarrollar el máximo nivel de autonomía, potenciando sus propias habilidades y capacidades.
- Conseguir un mayor y mejor manejo familiar y social con el fin de lograr la máxima normalización posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Partiendo de los objetivos generales, se irán desglosando y desmenuzando en objetivos específicos y estos en operativos, donde se dará comienzo a la intervención.

Es fundamental que los objetivos que se marquen con el sujeto han de ser *consensuados* con el mismo, ya que de lo contrario la modificación o instauración de hábitos que se pretende conseguir resultará muy costosa: es posible que en un primer momento el usuario siga las pautas que se le han indicado, pero raramente adquirirá el hábito y mucho menos su generalización.

Asimismo se establecerán objetivos *secuenciados* en el tiempo teniendo en cuenta el grado de dificultad para su desempeño. Así mismo serán motivantes para no caer en la realización de pautas de A.V.D. de manera mecánica sin interiorización de ningún tipo.

METODOLOGÍA

La fórmula metodológica más habitual es la combinación de sesiones individuales, con la utilización de cuestionarios, registros, observación directa, técnicas de modificación de conducta, modelado, moldeado, refuerzos... y de sesiones grupales, donde se les facilitará información acerca de hábitos de vida adecuados, educación para la salud, educación sexual...

La intervención se podrá realizar en el Centro de Rehabilitación, en el medio, en el lugar de residencia, etc., dependiendo de los objetivos que se hayan planteado persiguiendo una mayor operatividad.

INTERVENCIÓN

Como ya se expuso anteriormente, las personas con enfermedad mental grave y duradera se van a ver afectadas por muchos factores que van actuar en contra de la consecución de los objetivos pretendidos (síntomas propios de la enfermedad, nula conciencia de realidad ajustada, situación premórbida, características psicosociales, características económicas y de vivienda...). Con todo, ello resulta difícil imaginar las estrategias que se pueden utilizar para "enganchar" al usuario.

El reto fundamental supone conseguir la motivación necesaria que les ayude a entender la importancia que tiene una adecuación de sus hábitos desajustados.

Desde esta óptica, una vez detectadas las necesidades y planteados los objetivos, se llegará al consenso con la persona, no con argumentos vacíos y mucho menos con la imposición de pautas, será desde la argumentación con-

vincente y tangible como se llegará a la adquisición o recuperación de hábitos: se le abordará a través de los gustos y roles que desempeñaba antes de la enfermedad y que le gustaría volver a desempeñar.

Partiendo de los objetivos claros, secuenciados y progresivos, se utilizarán todos aquellos elementos que permitan facilitar el aprendizaje: registros, modelado, moldeamiento, reforzadores, feed-back... Asimismo la implicación de la familia o personas más allegadas a él, va a ser decisiva para conseguir los objetivos. Sería deseable que la familia fuera consciente de esta necesidad, ya que con frecuencia se detectan en el núcleo de la misma pautas relacionales que van a influir en el desarrollo de la intervención que se está realizando: sobreprotección, criticismo...

En general, el tiempo de intervención dependerá en exclusiva de las características de la persona, el curso de la enfermedad, etc. Es importante no olvidar que el ritmo de trabajo lo va marcando el sujeto, de tal manera que lo vaya interiorizando como un aprendizaje motivador y no como una imposición (aunque sin llegar a perder la visión del profesional, lógicamente). De la misma forma tampoco existen reglas fijas con relación a la frecuencia de las citas y duración de las mismas.

SEGUIMIENTO

Una vez finalizada la intervención con el usuario, se mantendrá un seguimiento de los objetivos alcanzados verificando que se mantienen en el tiempo, ya que algunos de ellos se pueden ir perdiendo. No solamente el usuario será el primero en percibir este cambio, sino las personas más cercanas a él.

Este seguimiento se puede realizar desde diferentes fuentes: el propio usuario, la familia o la observación directa.

Propio usuario: a través de su asistencia al resto de actividades del Centro se recogerá esta información.

Familia: son los que transmitirán la información sobre la generalización de las pautas aprendidas en actividades de la vida diaria, a la vez que se les seguirá ajustando el tipo de manejo que hacen de situaciones cotidianas, evitando la sobreprotección o la hostilidad hacia el sujeto.

Es posible que el usuario necesite una nueva intervención o bien por el contrario sólo con seguimiento sea suficiente. En cualquier caso, es importante el reforzamiento y feed-back desde diferentes puntos de vista como puede ser la de los profesionales, familia, etc.

CONCLUSIONES

La discapacidad en hábitos de autonomía personal es una consecuencia de la enfermedad mental severa, no es consustancial a ella. Esto significa que se pueden definir y trabajar las discapacidades en vez de considerarlas como algo inevitable.

El trabajo en habilidades y hábitos de autonomía personal, constituye la base del proceso de rehabilitación, una vez instaurados éstos se pueden empezar a rehabilitar otras áreas más complejas.

En el trabajo de creación de hábitos de autonomía personal, la clave es adaptarse a las necesidades del sujeto, facilitando una intervención individualizada que permite una alta flexibilidad en aras de una mayor eficacia y eficiencia.

El trabajo mediante objetivos específicos y secuenciados, permite obtener un beneficio tanto en aspectos concretos de los hábitos entrenados como beneficios generales que inciden en la mejora de la calidad de vida de la persona.

Para mantener los hábitos de autonomía personal es fundamental realizar un seguimiento de los objetivos logrados, seguimiento que facilita igualmente la generalización de los beneficios a otros ámbitos de la vida del sujeto.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. A.I.V.D.

DEFINICIÓN

Las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (A.I.V.D.), son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermedio para su desarrollo, con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social.

Se podría utilizar cualquiera de las múltiples definiciones que existen para intentar definir qué se entiende por Actividades de la Vida Diaria y más concretamente cuando se hace referencia al apartado de Instrumentales A.I.V.D.

En un principio se basaba en aquellas actividades que perseguían un adecuado nivel de supervivencia (A.V.D. Básicas o de Autocuidado), pero debido a la evolución del ser humano en la sociedad, se han ido ampliando en cantidad y en algunos casos en complejidad.

CLASIFICACIÓN

- Habilidades de limpieza y organización doméstica:
 - Limpieza doméstica: utilización de electrodomésticos de limpieza, utilización de utensilios de la casa (bayeta, recogedor, cepillo de barrer...), fregar el suelo, fregar los platos, barrer el suelo...
 - Organización doméstica: elaboración de la comida, realización de la lista de la compra, realizar pequeñas reparaciones, prevención de accidentes...
- Manejo social:
 - Manejo de dinero: monedas en curso, cambio de correspondencia, contabilidad, presupuestos domésticos, administración del dinero...
 - Comunicación y transporte: uso de los transportes públicos (metro, autobús, tren...), utilización de billetes, uso del teléfono...
 - Recursos comunitarios: Utilización de los diferentes recursos comunitarios (bibliotecas, centros culturales, asociaciones, centros educativos...).
- Conocimientos básicos:
 - Lecto-escritura: lectura básica, hábitos de lectura, comprensión, reglas ortográficas básicas, gramática y redacción.
 - Orientación temporal y espacial: utilización de planos, callejeros...
 - Habilidades numéricas: cálculos sencillos y solución de problemas básicos.
 - Orientación socio-cultural: actividades culturales, centros de formación, bibliotecas (préstamo y consulta), programa de radio y televisión.

Las personas que presentan dificultades en las A.I.V.D., pueden repercutir en otras facetas de la vida diaria, áreas como el ocio, laboral, familiar..., cuya consecuencia sería la falta de integración social de la persona con enfermedad mental grave y persistente.

OBJETIVOS GENERALES

- Integración social: facilitar y promover la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente en la sociedad.
- Facilitar la utilización de los diferentes recursos comunitarios, acercando al usuario el conocimiento y el uso de estos recursos.
- Recuperar el hábito: mejorando y/o recuperando éste si se ha perdido; favoreciendo mediante programas adecuados la reeducación del mismo, capacitando al usuario de conocimientos que le permitan poner en práctica lo que ha aprendido. Mantenimiento de los hábitos: revisar que se sigue conservando.
- Conseguir una autonomía en el manejo de las A.I.V.D., que otorguen una calidad de vida adecuada al sujeto.
- Recuperar los roles que se desarrollaban en su momento y que dan un sentido de utilidad a la persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recuperar y/o mantener las habilidades de limpieza y organización doméstica:
 - Limpieza doméstica: utilización de los utensilios de la casa (fregona, recogedor...), uso adecuado de los productos de limpieza (lejía, amoníaco...), etc.

- Organización doméstica: cocina básica, lista de la compra, etc.
- Recuperar y/o mantener el manejo social:
 - Manejo del dinero: conocimiento de las monedas en curso, cambio de correspondencia, administración del dinero: conocer los gastos imprescindibles fijos, ser capaz de establecer prioridades, planificar el ahorro y los gastos futuros, etc.
 - Comunicación y transporte: utilización de los servicios de correos, echar una carta, reconocer los buzones, utilización de los sellos de correos, realizar llamadas telefónicas, utilización de las guías de teléfono, obtener información telefónica, recoger y dar avisos telefónicos, conocimiento de los medios de transporte público (tren, autobús, metro, taxi...), sacar un billete...
 - Recursos comunitarios: utilización de los recursos comunitarios (bibliotecas, centros culturales...), conocimiento de los recursos más cercanos, ubicación y forma de acceso a ellos...
- Recuperar y/o mantener los conocimientos básicos:
 - Lecto-escritura: disponer de conocimientos básicos de lectura y escritura para estar informados de lo que sucede cada día a su alrededor y también para realizar trámites...
 - Orientación temporal y orientación espacial: saber qué actividades se realizan durante la mañana, tarde y noche, fecha en la que estamos, manejo del plano (callejero, mapa de carreteras...), ubicación en un plano...
 - Habilidades numéricas: conocimientos de los números, realización de cálculos sencillos,...
 - Orientación socio-cultural: conocimiento de recursos comunitarios (biblioteca, centros culturales...).

METODOLOGÍA

Al llegar los usuarios al Centro se comienza el proceso de evaluación, donde, además de los datos clínicos y de enfermedad, se recoge el desempeño de todas aquellas actividades de la vida diaria de manera exhaustiva, con el fin de ajustar mucho mejor las necesidades, comprobando las habilidades que tiene deficitarias y las habilidades que tiene conservadas. A partir de aquí, se establecerán los objetivos a trabajar reflejados en su Plan Individualizado de Rehabilitación.

Los objetivos terapéuticos que se plantean sobre las A.I.V.D. deberán seguir una metodología básica, si se quiere conseguir un aprendizaje y una generalización de lo aprendido. Si esto no es así se puede correr el riesgo de que la persona realice alguna *pauta* de la consignada por compromiso, pero no se establecerá el hábito y por consiguiente el rol que se desea implantar y/o recuperar.

Desde este punto de vista se establecerán objetivos consensuados, secuenciados en tiempo y grado de dificultad y fundamentalmente motivantes. Para conseguir de manera óptima el resultado, se deberá tener en cuenta como punto de partida, las condiciones en las que se desarrolla el sujeto. No será lo mismo establecer unos objetivos para el desempeño de tareas domésticas en una persona que viva sola y tenga que vivir de manera autónoma e independiente, que para aquella que vive con su familia y donde los roles no recaen más que en la figura materna de ama de casa.

El programa de A.I.V.D. se podrá abordar en grupo o individualmente. La realización en uno u otro formato dependerá de las características de los usuarios propuestos para el programa, de si son o no homogéneos, es decir, si tiene las mismas características y las mismas necesidades. Si en ese momento en el Centro de Rehabilitación no hay usuarios para iniciar un grupo o el usuario no cumple con el perfil, se iniciará con él una atención individualizada dentro del programa de A.I.V.D. Se da también el caso de que la intervención requiera de sesiones individuales desde el principio debido a las características propias del sujeto y/o de la familia. En cualquier caso, ambos formatos se podrán trabajar tanto en el Centro, como en el medio, el domicilio,... basados en las necesidades de la persona y los objetivos planteados.

En el aspecto que más se debe incidir es en el de la *motivación*, ya que la persona con enfermedad mental grave y persistente, tiene enormes dificultades para mantener las A.V.D. Éstas cursan con una serie de consecuencias en la vida cotidiana tales como las relaciones con los demás, rechazo social, etc. El objetivo será reflejar esta necesidad para poder mejorar estas dificultades con lo que repercutirá a su vez en otras áreas de la vida.

INTERVENCIÓN

Es frecuente que desde que se evalúa el desempeño de A.I.V.D., surja la necesidad de intervención en esta área, momento a partir del cual se plantean los objetivos terapéuticos basados en los déficit.

La motivación será fundamental para conseguir el aprendizaje o recuperación necesaria para el desempeño del rol. Asimismo, no se tiene que olvidar que no sólo las consecuencias de la enfermedad mental grave en sí van a incidir en que no se realicen las A.I.V.D., sino que también un conjunto de factores van a afectar a este desempeño. Por ejemplo: la personalidad previa del individuo, la ejecución de tareas que antes realizaba, las características psicosociales y de la familia, económicas, de vivienda y habitabilidad, situación premórbida, etc.

Partiendo de los objetivos secuenciados, progresivos y motivacionales, comenzará la labor del aprendizaje y/o recuperación de actividades. Buena parte de éstos se basa en la sistematización de tareas y por supuesto del acuerdo con las familias o personas que conviven con el usuario. De nada serviría implantar algún hábito, si éste no se generaliza de manera cotidiana en casa. Las causas de la falta de generalización pueden ser múltiples: falta de oportunidad, suplencia por sobreprotección o por no reforzar en la medida de lo posible los avances, etc. La intervención será la encargada de hacer llegar a las familias la necesidad de implantar otra forma de conducta, de no justificar todo en la enfermedad y que se debe exigir una cooperación en quehaceres para facilitar la convivencia como cualquier otro miembro de la familia.

El tiempo de intervención siempre vendrá dado por el usuario y sus circunstancias, es decir, del ritmo que cada persona tenga aunque evidentemente no hay que perder la perspectiva de lo adecuado por parte del profesional. Si no se respeta esto, que puede parecer obvio, y se conduce al usuario a la ejecución de la tarea de forma rápida sin un aprendizaje interiorizado, llevados por la prisa del profesional y no del usuario, no se conseguirá más que frustrar el trabajo del profesional y frustrar al usuario, al ver que no ha conseguido lo que se le planteaba. Por tanto, habrá usuarios donde por ejemplo tras dos meses de intervención ya se hayan conseguido una parte de los objetivos y otros en donde después de un año, todavía se estén iniciando. Asimismo, la frecuencia entre las sesiones será relativa, existen usuarios donde ésta será mayor y en otros menor.

SEGUIMIENTO

Tras el proceso de intervención y una vez que ya se han conseguido los objetivos terapéuticos en cuanto el desempeño de A.I.V.D., no será el usuario susceptible de que se siga interviniendo del mismo modo. Se pasaría entonces a otro proceso diferente que es el de *seguimiento*, consistente, de acuerdo con el usuario, en crear un tiempo y espacio dedicado a la supervisión de objetivos alcanzados para verificar su cumplimiento, dificultades, grado de satisfacción, etc. Igualmente la frecuencia será planteada con el usuario.

En el caso de que se verifique que puede existir un retroceso en el cumplimiento de los objetivos y el aprendizaje realizado, causados por distintos motivos (modificación de la situación del usuario, aparición de circunstancias nuevas, etc.) se volverá a iniciar el proceso de intervención.

3. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos cognitivos son uno de los síntomas principales de la esquizofrenia, llegando algunos autores a considerar que los déficit en el procesamiento de la información son predictores de una personalidad vulnerable premórbida, estando además en la base de otras alteraciones emocionales y conductuales de la enfermedad. Los más característicos en los sujetos con psicosis son:

- Problemas en la selección de estímulos y el filtrado de estímulos irrelevantes, lo que produce distracción, fatiga y abandono rápido de la tarea (errores de intrusión).
- Dificultades para dirigir y mantener la atención focalizada.

- Dificultades para disponer de la información previamente almacenada y para identificar estímulos; déficit en la utilización de estrategias mnemónicas de organización del material a recordar.
- Déficit en la capacidad de abstracción, de obtener conclusiones deductivas y análogas. En esta misma línea, esta la sobreinclusión que consiste en sobrevalorar relaciones insignificantes o asociaciones de ideas de poca importancia que también suele ser típico del funcionamiento psicótico.
- Mayor tiempo de reacción, es decir menor velocidad de procesamiento de la información.

Aunque existe gran acuerdo en los investigadores y profesionales sobre la existencia de déficit cognitivos, en mayor o menor grado, en las personas con trastornos psicóticos, a la hora de la intervención se plantea una incógnita central : ¿es útil un entrenamiento cognitivo puro sin tener en cuenta otros aspectos y centrado exclusivamente en un nivel nuclear o, por el contrario, sería más beneficioso un entrenamiento centrado en un nivel más integral (psicosocial) en el que de hecho se integran indirectamente algunos elementos de rehabilitación cognitiva? La postura predominante, y que nosotros defendemos, es que el entrenamiento cognitivo debe abordarse a través de ambas vías: un programa específico de rehabilitación cognitiva que aborde los aspectos más nucleares y se debe programar la generalización al nivel más integral a través de tareas en la vida diaria del sujeto que comprometan las funciones cognitivas entrenadas. El programa que a continuación presentamos está basado en el Programa de Terapia Integrada (ITP) que han desarrollado Roder, Brenner, Hodel y Kienzle. Estos autores defienden un modelo jerárquico de las dificultades que presentan los sujetos con esquizofrenia, sosteniendo que el déficit en esferas muy básicas (cognitivas) repercute negativamente sobre otras áreas comportamentales y sociales. El programa original consta de cinco subprogramas (diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas), aunque en este programa de rehabilitación cognitiva no incluimos los dos últimos por considerar que se abordan en otros programas del Centro de Rehabilitación. En cambio, se ha incorporado un módulo de memoria cotidiana que trata de entrenar en estrategias mnésicas que palién en la medida de lo posible las quejas subjetivas de memoria que presentan nuestros usuarios en entornos cotidianos.

OBJETIVOS GENERALES

- Paliar los déficit cognitivos mediante el aprendizaje de estrategias compensatorias.
- Mejorar las capacidades iniciales del procesamiento de información (atención) que están en la base de dificultades en otras áreas del funcionamiento de la persona con psicosis.
- Incrementar la capacidad de los sujetos para planificar y secuenciar acciones de su vida diaria.
- Reducir las repercusiones negativas que sobre el desenvolvimiento cotidiano producen las alteraciones cognitivas.
- Mejorar capacidades cognitivas superiores como el establecimiento de asociaciones adecuadas, pensamiento abstracto, formación de conceptos, formación de una opinión,...
- Reducir el grado de ansiedad con el que se experimentan las interacciones sociales, debido a la presencia de importantes alteraciones en el procesamiento de la información.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

DIFERENCIACIÓN COGNITIVA: mejorar o aumentar las capacidades de:

- Formación de conceptos.
- Abstracción.
- Distinción entre lo esencial y lo irrelevante.
- Clasificación de eventos en clases y categorías.
- Desarrollo de estrategias de búsqueda de conceptos.
- Orientación adecuada de la atención.
- Mantenimiento de la concentración.

PERCEPCIÓN SOCIAL: mejorar o aumentar las capacidades de:

- Comprensión e interpretación adecuada de las situaciones sociales.
- Utilización de experiencias aprendidas previamente en la valoración e interpretación de las nuevas experiencias.

COMUNICACIÓN VERBAL: reducir o paliar los numerosos trastornos del lenguaje que puedan estar dificultando una buena comunicación verbal con los demás, y de manera específica:

- Mejorar la capacidad de atención y concentración necesarias en la comunicación con los demás.
- Aumentar la capacidad de escucha y de respeto de los mensajes del interlocutor.
- Mejorar la comprensión del contenido de la comunicación recibida.
- Responder de forma relevante y pertinente a los comentarios y preguntas del interlocutor.

MEMORIA COTIDIANA: son frecuentes las quejas subjetivas de memoria que se experimentan sobre todo en aspectos de la vida cotidiana: no saber dónde se han dejado objetos cotidianos, olvidarse de citas, tener que comprobar si han ejecutado alguna acción, no recordar lo que tienen que hacer mañana, etc. Es por ello que se hace imprescindible entrenar a los usuarios en estrategias específicas que palien en cierta medida estos olvidos de la vida cotidiana. Además, de esta forma se contribuirá a que los usuarios encuentren mayor sentido a las habilidades que se entrenan, al resultarles de una mayor aplicabilidad en su vida diaria. Los objetivos que se pretenderán abordar en este subprograma serán los siguientes:

- Promover la transferencia de los conocimientos y hábitos adquiridos en los subprogramas anteriores a aspectos de la vida diaria.
- Entrenar en estrategias mnésicas para resolver los fallos de memoria de la vida diaria.

DESCRIPCIÓN DE LOS SUBPROGRAMAS

DIFERENCIACIÓN COGNITIVA

Ejercicios con tarjetas: se presenta tarjetas que presentan distintas características, pidiendo que vayan seleccionando todas las tarjetas que se ajusten a unas categorías dadas. A medida que el programa avanza, se va pidiendo mayor número de categoría.

Sistemas conceptuales verbales: búsqueda de conceptos generales, a través de palabras. Se comienza con palabras o conceptos de escasa carga emocional, para ir aumentándola progresivamente a medida que avanza el mismo.

- Sinónimos: buscar sinónimos de una palabra dada y construir frases.
- Antónimos: buscar antónimos de una palabra dada.
- Definición de palabras: pedir definiciones de ciertos conceptos, dándoles pistas acerca de qué dato es importante incluir en la definición (material, ubicación, tamaño, color, función, forma, etc.).
- Tarjetas con palabras: adivinar una palabra a través de otras relacionadas.
- Palabras con diferente significado, según contexto: traer objetos que sean ejemplos de palabras con diferentes significados. Intentar que de cada objeto saquen diferencias y similitudes.
- Estrategias de búsqueda: seleccionar un objeto de la sala, que el resto del grupo debe adivinar a través de la formulación de preguntas.

PERCEPCIÓN SOCIAL

Se basa en el visionado, análisis, ordenación e interpretación de diversas situaciones sociales que se desarrollan en una serie de diapositivas, tiras cómicas (sin palabras) y otro material gráfico.

Etapas

1. Recogida de información: describir la imagen de la forma más completa y objetiva posible, centrándose sólo en los objetos o detalles que se vean.
2. Interpretación y discusión: dar significado a lo que están viendo. Cada interpretación que se hace tiene que estar basada en la información visual recogida en la fase anterior.
3. Asignación de un título: se pide a cada miembro del grupo encontrar un título breve y conciso en el que esté contenido el mensaje más importante de la situación descrita y analizada en las etapas anteriores.

COMUNICACIÓN VERBAL

Repetición literal de frases indicadas previamente: un usuario lee en voz alta una frase escrita en una tarjeta; otro la debe repetir de forma literal y el resto del grupo da feed-back acerca de la corrección o no de dicha repetición.

Repetición de acuerdo con el sentido de frases autoformuladas: repetición de una frase inventada, de acuerdo al sentido y no de forma literal, pidiendo al resto del grupo la misma tarea que en la etapa anterior.

Preguntas autorformuladas con respuesta: formular una pregunta en relación a un tema propuesto. El grupo tiene que valorar si la pregunta era pertinente en relación con el tema y si la respuesta tiene que ver con la pregunta formulada.

El grupo interroga a uno o dos miembros del grupo sobre un tema determinado: el grupo ha de valorar si las preguntas y las respuestas resultan adecuadas.

Comunicación libre: se propone un tema para discutir. Se evalúan entonces las habilidades de comunicación de todos los integrantes a través de su participación en el debate.

MEMORIA COTIDIANA

Para desarrollar y reforzar la memoria es importante trabajar algunos de los mecanismos subyacentes a la misma.

Estimulación sensorial: la memoria está alimentada por los sentidos; se trata de activar la agudeza sensorial como medio de relación con el entorno, redescubriendo los sentidos y estableciendo referencias sensoriales.

Atención voluntaria: dirigido a orientar la percepción y evitar las interferencias mediante la participación activa del sujeto.

Referencias espaciales: el principal objetivo es desarrollar el sentido de la orientación, reaprendiendo a estructurar el espacio y a recorrerlo en tres dimensiones.

Referencias temporales: se desarrolla así la formación de imágenes mentales, la búsqueda prospectiva y retrospectiva de un elemento en el tiempo, así como el concepto de cronología.

Asociación: se trata de imaginar, visualizar y relacionar diferentes tipos de información para retener y evocar mejor. Además, junto a estas tareas se van a plantear estrategias cotidianas y útiles para memorizar y evocar ese recuerdo, utilizando las tareas para casa con el fin de consolidar los logros.

METODOLOGÍA

El programa tiene un desarrollo jerárquico y secuencial. Los ejercicios de diferenciación cognitiva es aconsejable mantenerlos a los siguientes módulos para lograr un sobreaprendizaje de estrategias cognitivas básicas. Igualmente, los ejercicios y tareas relacionadas con el módulo de memoria cotidiana se empezarán a introducir desde los momentos iniciales del programa.

La duración del programa será de unos 8 meses, con una frecuencia de dos sesiones semanales, repartidos por subprogramas de la siguiente forma:

- Diferenciación cognitiva: 3 meses (25 sesiones).
- Percepción social y Memoria cotidiana: 3 meses (25 sesiones).
- Comunicación verbal: 2 meses (16 sesiones).

El entrenamiento se realiza en grupo, como tamaño óptimo de 6-8 usuarios. Los criterios para ser incluidos en el programa serán los de sospecha objetiva de deterioro cognitivo (puntuación en el WAIS u otras pruebas psicométricas) o quejas subjetivas por parte del usuario o de su familia de problemas cognitivos que estén dificultando un buen desempeño en entornos cotidianos.

La evaluación se llevará a cabo antes de empezar el entrenamiento, aplicando al final del mismo las pruebas que se aplicaron al comienzo.

Algunas pruebas recomendables para evaluar las áreas cognitivas son:

Aplicación grupal

- FORMAS IDÉNTICAS: evalúa capacidades perceptivas, atención sostenida y memoria visual inmediata.
- TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS (Caras): evalúa atención sostenida, capacidades perceptivas y memoria visual inmediata.
- CUESTIONARIO DE MEMORIA DE LA VIDA COTIDIANA (M.F.E.): valora los problemas y olvidos que tienen lugar en ámbitos cotidianos.

Aplicación individual

- STROOP: detecta el grado de interferencia en el proceso atencional.
- HISTORIETAS (WAIS): valora las capacidades de percepción y comprensión de situaciones sociales así como la captación de secuencias causales.

En la evaluación es importante atender a los resultados y además observar el desempeño durante la realización de las pruebas en aspectos como tolerancia al fracaso, fatiga, motivación, preocupación por los resultados, etc., ya que nos van a dar información también sobre las habilidades de afrontamiento del sujeto.

En las sesiones del grupo se recomienda la presencia de dos terapeutas, ya que al ser las tareas muy participativas, algunas de ellas con la necesidad de trabajar con lápiz y papel, y con la probabilidad de que a algunos usuarios les resulte más difícil seguir el ritmo del grupo.

4. PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES

Como plantean Bellack y Mueser (1993) *"el entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento educacional altamente estructurado, cuyo fin es enseñar a ejecutar comportamientos en situaciones sociales, y constituye la estrategia más prometedora para mejorar la competencia social según varios estudios revisados"*; así, *"cuando se hace referencia a la estructuración, no se pretende en ninguna medida que estos procedimientos constituyan algo rígido e igual para todos los usuarios, sino que se refiere al uso de una metodología y a la aplicación estructurada de pasos dentro de la misma"* (Orviz y Fernández, 1997).

Al trabajar con personas con enfermedades mentales graves y persistentes nos encontramos a priori con una serie de aspectos comunes, siendo aspectos relevantes candidatos de ser trabajados los siguientes:

- Comunicación No Verbal.
- Establecimiento de pautas conversacionales.
- Aprender a hacer peticiones.
- Saber expresar lo que piensa o siente.
- Aprender a realizar críticas.
- Saber afrontar la hostilidad.
- Saber llegar a soluciones negociadas.
- Saber manejarse en situaciones cotidianas de la vida diaria (interacciones con personas del sexo opuesto, con personas de estatus diferente, etc.).

Los objetivos a alcanzar son la promoción en el usuario de una serie de habilidades que le permitan desenvolverse de forma adecuada y adaptada a las situaciones eludiendo el aumento del estrés y las conductas de evitación por falta de recursos personales:

OBJETIVOS GENERALES

- Aprender a detectar la comunicación no verbal.
- Desarrollar modos efectivos de comunicarse.

- Aprender a utilizar el lenguaje verbal para conseguir los objetivos.
- Obtener conocimientos teóricos sobre cómo comunicarse, reconocer las situaciones propicias para llevar a cabo diferentes formas de comunicación y ponerlas en práctica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obtener información y poner en práctica una forma adecuada de iniciar, mantener y acabar conversaciones.
- Aprender a hacer peticiones tanto a personas extrañas como a conocidos.
- Ser capaces de decir todo aquello que se piensa y se siente de una forma en la que no se dañe al otro.
- Ser capaces de hacer y recibir críticas.
- Saber afrontar situaciones de hostilidad.
- Aprender a llegar a situaciones negociadas cuando se generan conflictos.
- Aprender a detectar pensamientos automáticos que interfieren en una correcta comunicación.
- Desarrollar interacciones adecuadas con desconocidos, personas de diferente estatus y del sexo opuesto.

EVALUACIÓN

Los usuarios que participan en el grupo de Habilidades Sociales son derivados al programa con unos objetivos concretos a trabajar en función de sus necesidades personales y estos objetivos son marcados en el Plan Individualizado de Rehabilitación de cada uno de ellos.

Aparte de la información concreta que se remite por parte del evaluador, es muy importante sondear con los usuarios cuáles son los problemas que ellos perciben en sus relaciones sociales, con cuáles desea trabajar.

Se utilizarán cuestionarios de autorregistros como el Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura (permite conocer el estilo de afrontamiento que adopta el usuario en distintas situaciones sociales), el Cuestionario de Conocimientos de Habilidades Sociales y el S.E.C.H.S. (Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social).

1. Evaluación previa y definición de objetivos.

Cuestionario de conductas emitidas.

Cuestionario de autopercepción de desempeño social.

Cuestionario de situaciones problema.

Registro de Red social.

2. Registros.

Autorregistro de situaciones.

Autorregistro de autosatisfacción.

INTERVENCIÓN

Los módulos que componen este programa son:

4.1. CÓMO COMUNICARSE MEJOR SIN PALABRAS

Para comunicarnos con otras personas de forma adecuada es importante tener en cuenta una serie de aspectos relacionados con nuestra expresión corporal. A través de nuestro cuerpo estamos continuamente mandandoseñales que nos permiten comunicarnos de forma más completa con nuestros interlocutores, señales que complementan, matizan y amplían nuestra comunicación verbal. Por lo tanto, es importante conocer todo el amplio grupo de posibilidades que ofrece esta comunicación no verbal, con el objetivo de hacer más efectiva nuestra relación con los demás.

Algunas pautas importantes para desarrollar una Comunicación No Verbal son:

- *Distancia*: se refiere a lo cerca o lejos que nos ponemos de los demás cuando interactuamos con ellos. Las situaciones íntimas exigen un mayor acercamiento que aquellas más informales o donde el nivel de confianza con el otro sea bajo.
- *Contacto visual*: es importante mirar a la otra persona a los ojos o a una parte de su cara cercana a estos. Hay que tener en cuenta la frecuencia con la que se mantiene el contacto, no estar con los ojos cerrados, observar si la otra persona retira frecuentemente la mirada, etc.
- *Postura y movimientos*: estar en una postura relajada, con la espalda recta, tener el cuerpo dirigido hacia el interlocutor y acompañarnos de movimientos al hablar.
- *Expresión facial*: la expresión de la cara debe ser agradable, apropiada al lugar y la situación. Sonreír y mover la cabeza de vez en cuando es adecuado.
- *Volumen de voz*: debe ser adecuado, ni muy alto ni muy bajo. Hay que evitar hablar siempre con el mismo tono.
- *Fluidez del discurso*: hay que asegurarse que las frases tienen sentido y que dices lo necesario para explicarte.
- *Nivel de energía general*: a nivel general debemos tener un nivel de activación intermedio, ni parecer dormido ni inquieto, y demostrar interés y entusiasmo cuando sea adecuado.

Es difícil establecer a priori cuál es la manera adecuada de comportarse ante cada situación y/o estado de ánimo; depende del mensaje que queramos transmitir. A continuación se revisarán cuáles son las señales de acercamiento y de alejamiento y cómo se transmiten algunas emociones a través de la comunicación no verbal.

Preocupación	Gestos de las manos y el cuerpo Contacto ocular Postura corporal Orientación corporal Expresión facial Voz	Ninguno Mirada perdida Tensa Girada hacia otra parte Seria Bajo volumen, ritmo lento
Amabilidad	Gestos de las manos y el cuerpo Contacto ocular Postura corporal Orientación corporal Expresión facial Voz	Animado Mirándote Derecha Orientado Sonriendo Volumen moderado, ritmo normal
Enfado	Gestos de las manos y el cuerpo Contacto ocular Postura corporal Orientación corporal Expresión facial Voz	Posiblemente apretando los puños y señalando con el dedo Penetrante Tensa Orientada hacia ti Ceño fruncido Volumen alto, ritmo rápido
Tristeza	Gestos de las manos y el cuerpo Contacto ocular Postura corporal Orientación corporal Expresión facial Voz	La frente en las manos Bajo Hundida Girado hacia otra parte Sin sonrisa Baja, ritmo lento
Aburrimiento	Gestos de las manos y el cuerpo Contacto ocular Postura corporal Orientación corporal Expresión facial Voz	Bostezando Mirando a lo lejos Hundida Girado Turbada Monótona

4.2. CÓMO EXPRESAR DE FORMA ADECUADA LO QUE SE QUIERE DECIR

Además de los componentes de la Comunicación No Verbal, existen aspectos verbales básicos que debemos tener en cuenta antes de profundizar en contenidos concretos. Si nuestro objetivo es favorecer la comunicación con el otro es especialmente importante poner en práctica lo siguiente:

- Elegir el momento y lugar oportuno.
- Procurar que se den estados emocionales que faciliten la comunicación.
- Dar mensajes claros y coherentes con nuestra línea argumental.
- Dar un solo mensaje cada vez, nunca mezclarlos. Si se empieza a hablar de un tema acabar hablando de él.
- Asegurarnos que el otro entiende lo que le estamos diciendo preguntádoselo.
- Asegurarnos que entendemos lo que el otro nos dice haciendo resúmenes de lo que hemos creído entender.
- Intentar no dar muchos detalles o excesiva información.
- No acaparar la conversación.
- Pedir la opinión.
- Escuchar activamente dando muestras al otro de que estamos atentos a lo que dice, haciendo comentarios, asintiendo, etc.
- Declarar deseos, opiniones y sentimientos con "Mensajes Yo".
- Acomodar lo que decimos a las características de la persona con la que hablamos, el momento, la situación, el objetivo...
- *Empatizar*, entender lo que el otro siente, ponerse en su lugar. Consiste en la habilidad para ponernos en el lugar de la otra persona a nivel emocional; comprender los sentimientos del otro y adoptar actitudes verbales y no verbales adecuadas a ese nivel emocional. Se favorece que la otra persona se sienta comprendida y apoyada, estimulando la comunicación, y en todo momento estar atendiendo al mensaje de la persona. La forma de hacerlo sería adoptando un lenguaje verbal y no verbal similar al del interlocutor, interesándonos por sus emociones. El mensaje que transmitimos es el ofrecimiento de ayuda y apoyo en la medida de nuestras posibilidades.
- Si queremos obtener información amplia, hacer *preguntas abiertas*: la contestación requiere dar un poco de información, llevando al interlocutor a describir de una manera más o menos detallada las contestaciones correspondientes, promoviendo respuestas más largas y comentarios sobre lo que el piensa o siente. Suele comenzar por los adverbios ¿qué?, ¿cómo?, ¿por qué?
Sin embargo si queremos respuestas cortas hacer *preguntas cerradas*: aquellas con las que sólo se puede responder con un "sí" o "no" o pocas palabras, son muy concretas.
- Proporcionar información positiva.
- Ser recompensante, hacer comentarios agradables al otro. Consiste en expresar a nivel verbal o no verbal una emoción positiva hacia el interlocutor sobre algo referente a cómo es, cómo se comporta u otro valor que nos agrade. Con ello pretendemos que el otro se sienta bien, y ello redundará en un aumento de la frecuencia o intensidad de aparición del comportamiento que se recompensa.

4.3. CÓMO COMUNICARSE CON PALABRAS

A continuación se revisarán algunas de las áreas en las que habitualmente aparecen problemas en las interacciones con otros. La falta de habilidades es un problema generalizado que afecta a la mayoría de las personas y que favorece los malos entendidos y los conflictos.

4.3.1. Cómo establecer conversaciones

- a) Cómo *iniciar conversaciones*: antes de iniciar una conversación es necesario tener presente una serie de factores:
 - En primer lugar es necesario tener buena presencia, con esto no queremos decir que hay que ser guapo, sino que hay que estar limpio, bien peinado y con una ropa adecuada.

- En segundo lugar hay que elegir bien la situación, el momento y la persona con la que comenzar la interacción. Es más probable que una persona esté abierta a charlar si está sola o no está conversando con nadie, la situación no suscita sospechas sobre los objetivos de quien se acerca y el momento en que se inicia no interrumpe nada importante para el otro.

El inicio de una conversación puede realizarse de dos maneras:

1. Comentando cualquier hecho que esté ocurriendo con la persona con la que interactuamos y después, si queremos intimar algo más, diciendo nuestro nombre.
 2. La segunda manera de iniciar una conversación, esta vez de un modo más formal, es acercarse a alguien, presentarnos y comentar algo que sea acorde con la situación en la que ambos están. Este modo también sería aplicable en el caso de querer interactuar con alguien que llega nuevo a donde nosotros estamos.
- b) *Cómo mantener conversaciones*: el secreto para mantener una conversación es tener temas variados sobre los que hablar y no extendernos demasiado sobre uno sin intercambiar impresiones con el otro, es decir, fomentar el diálogo y no el monólogo. Para ello nos va a ser muy útil conocer algo de la actualidad (fútbol, política, espectáculos, etc.) tanto para comenzar nuevos temas como para hacer comentarios sobre lo que nos dice el interlocutor. Los temas deben aparecer en la conversación siguiendo un orden: de lo más general a lo más particular y de lo que es ajeno a nosotros a lo que pertenece a nuestra experiencia (dependiendo del grado de conocimiento y de la confianza podremos hacer autorrevelaciones o comentarios sobre nosotros que tengan un mayor nivel de intimidad). En general un orden posible de los temas es:
- Experiencias (referentes al trabajo, la situación en la que están...).
 - Hechos (respecto a la actualidad, la política...).
 - Opiniones (siempre manteniendo un respeto por las opiniones del otro).
 - Sentimientos (esta área es la más íntima, aunque también aquí se puede establecer un rango de lo más íntimo a lo más superficial).
- c) *Cómo finalizar conversaciones*: una vez que estamos inmersos en una conversación puede resultar difícil acabarla, sobre todo si es el otro el que está hablando y no queremos dar la impresión de ser desconsiderados. Si este es el caso, es importante dar un margen de tiempo para que la persona acabe lo que está diciendo. Si este momento no llega, conviene ir dando muestras sutiles de que nos tenemos que marchar para finalizar exponiendo de manera empática nuestra imposibilidad de seguir conversando.

4.3.2. Cómo decir lo que pensamos o sentimos

La forma en que nos comunicamos con los demás es nuestra tarjeta de presentación. Podemos dar la impresión de altanería, agresividad o debilidad, o bien podemos transmitir seguridad, honestidad y firmeza. Cuando nos relacionamos con los demás podemos actuar de tres formas:

- Ser callado y esperar a que los otros hablen, aceptando todo lo que nos dicen sin decir nada (a pesar de no estar de acuerdo). No queremos abordar la situación y tampoco sabemos muy bien cómo hacerlo para no empeorar las cosas; uso de tono vacilante, sin capacidad de "ir al grano" (*Estilo Inhibido*).
- Querer imponer siempre la opinión de uno sin contar con los demás, utilizando palabras agresivas, la violencia, o amenazas, postura tensa, movimientos bruscos, y pretendiendo conseguir las cosas de forma inmediata. Puede aparecer un comportamiento "a la defensiva", no reconociendo los errores propios y pasando continuamente al ataque (*Estilo Agresivo*).
- Informar a la persona de nuestras opiniones, o con lo que estamos o no estamos de acuerdo expresándolo con respeto, honestidad, y firmeza, de una manera clara pero respetando el punto de vista de la otra persona; utiliza una comunicación directa. Esto implica tener un volumen de voz normal, un tono firme, una postura relajada, etc. (*Estilo Asertivo*).

Las habilidades necesarias para comunicarse de un modo asertivo son:

- Ser capaces de ejercer el *autocontrol*, esto significa saber poner freno a la irritación y agresividad que se desencadena cuando se dan situaciones de discusión (tensas). Lo más importante sería esperar un rato antes de contestar para que disminuya la alteración que sentimos.
- Utilizar una *Comunicación No Verbal* adecuada, es decir, postura del cuerpo relajada, tono de voz tranquilo, volumen moderado, ritmo normal, expresión facial relajada, etc...
- Utilizar *mensajes "yo"*.
- *Exponer* exactamente qué es lo que nos ha molestado o con qué punto no estamos de acuerdo.

4.3.3. Cómo hacer peticiones

En la vida cotidiana existen multitud de ocasiones en las que es necesario pedir algo a alguien. Desde pasarnos la sal en la mesa hasta prestarnos dinero, constantemente tenemos que recurrir a nuestro alrededor para solicitar ayuda. En realidad, tan importantes son las palabras concretas que utilizamos como la manera en que decimos esas palabras, en todo momento debe subyacer un mensaje de amabilidad, respeto y gratitud.

- a) Peticiones *a personas extrañas*: una forma correcta de dirigirse a una persona extraña contiene los siguientes elementos (siempre tratando de usted):
 - Introducción, compuesta habitualmente por un saludo o una disculpa.
 - A continuación se hace la *petición*, normalmente utilizando el tiempo verbal condicional.
 - Se dan las *gracias* por la ayuda.
- b) Peticiones *a conocidos*: cuando nos dirigimos a un familiar o un amigo, no es necesario ser tan protocolarios, aunque sí es fundamental que lo hagamos con respeto y buenas maneras. En estos casos se utilizarían los siguientes elementos:
 - *Introducción*, compuesta normalmente por un nombre o relación de parentesco y un *"por favor"*.
 - Se formula la *petición* sin utilizar la palabra usted (a no ser que sea el tratamiento habitual) y, si es posible, preguntando.

En este tipo de situaciones es necesario anticipar una respuesta negativa del otro. Una negativa suele provocar ira y hostilidad porque generalmente nos ha supuesto un esfuerzo realizar esta petición y además necesitamos la colaboración del otro. Es necesario aprender a aceptar esta respuesta y mantener la calma, intentando entender su punto de vista, teniendo en cuenta la libertad del otro para darnos su ayuda.

4.3.4. Cómo manejar las críticas

Con frecuencia hemos de afrontar el hacer y recibir críticas de la gente que está a nuestro alrededor. Cuando hacemos críticas han de hacerse sin dañar a la otra persona pero a menudo o fracasamos o no conseguimos nuestros objetivos; también es importante recibir las críticas con calma, saber aceptarlas.

- a) *Realizar críticas*: con relativa frecuencia nos vemos obligados a hacer críticas a gente de nuestro alrededor. Nos sentimos motivados a hacerlas porque estas personas contribuyen a generar situaciones que nos causan incomodidad o malestar, y decidimos hacer la crítica con el objetivo de cambiar esas circunstancias molestas. Hacer una crítica puede suponer una experiencia dolorosa por los efectos y conflictos generados, por lo que se aprende a evitar hacerlas y esto nos pone nerviosos, y se pierde con ello la oportunidad de ayudar a cambiar a otras personas y de hacer valer nuestros derechos a demandar y exigir cambios.

La crítica bien hecha transmite información útil para el cambio. En lugar de hacer acusaciones y poner *a caldo* al otro, la crítica bien hecha pretende incluso mejorar esas relaciones. El método de realización de críticas que se va a trabajar consta de cinco pasos:

1. Parar y pensar. "¿Cuáles son mis objetivos?". Por un lado hay que identificar la situación que deseamos cambiar y por otro no deteriorar las relaciones con la persona o personas que son objeto de esta crítica. Hay que saber que los intentos de cambio provocan resistencias de cambio.

2. Describir la situación y conducta que deseo cambiar. Hemos de informar de forma específica y descriptiva qué es lo que deseamos que cambie. Se ha de evitar poner etiquetas y realizar generalizaciones.
 3. Expresar mis sentimientos con "mensajes yo". Es más fácil conseguir el cambio si le informamos al interlocutor de cómo nos hace sentir la situación.
 4. Sugerir y pedir cambios con "mensajes yo". La petición clara y orientada.
 5. Elogiar y agradecer la aceptación de la crítica. Esto hace más fácil que nuestro interlocutor, en un futuro, muestre una mayor disposición a aceptarla.
 6. Sería efectivo elogiar cuando hayamos visto que el cambio se ha producido.
- b) *Recibir críticas*: si saber hacer críticas es una situación difícil, no lo es menos el saber recibir las. Reaccionar con calma ante una crítica sin tomárnoslo como una catástrofe para nuestra estima personal, dejar terminar a quien hace la crítica sin ponernos nerviosos, saber aprovechar la información útil que lleva la crítica, replicar a ella cuando es injusta o inapropiada, son habilidades que tenemos que tener. Nos pueden hacer numerosas críticas, pero éstas no tienen por qué estar bien formuladas y tampoco tienen por qué ser justas.

Recibir una crítica es una oportunidad para aprender, y por tanto hemos de escucharla y agradecer que nos informen de cómo mejorar nuestras actuaciones. Afrontar la situación de recibir una crítica varía según las situaciones; cuando recibamos una crítica hay dos cosas que debemos hacer: analizar la crítica y responder a la crítica.

Primero, para *analizar la crítica* podemos seguir estos pasos:

1. Preguntarte qué importancia tiene esa crítica.
2. Preguntarte quién hace esa crítica. ¿Está cualificado para juzgarme y darme criterios de cambio?, ¿me conoce lo suficiente?, ¿sabe de qué está hablando?, ¿en qué situación emocional se encuentra?
3. ¿Me hacen a menudo esta crítica y personas diferentes?
4. ¿Cuánto trabajo he de invertir en realizar el cambio que me sugiere la crítica?
5. ¿Es procedente la crítica?

Segundo, para *responder a la crítica* podemos seguir los siguientes pasos:

1. Escuchar a la persona que hace la crítica.
2. Mostrar acuerdo (o desacuerdo) con la crítica.
3. Agradecer la crítica.
4. Comprometerse a rectificar.
5. Expresar sentimientos en relación a cómo nos ha hecho sentir la crítica.
6. Pedir o sugerir cambios.

4.3.5. Cómo afrontar la hostilidad

Se trabaja cómo reaccionar ante comportamientos hostiles. En las relaciones humanas a menudo acontecen reacciones emocionales de ira, enfado, irritación u hostilidad. Hay personas que a veces llegan "fuera de sí" y en ocasiones tienen motivos objetivos para ello, pero otras veces se dejan llevar por mal entendidos. En cualquier caso, tener ese estado emocional dificulta la búsqueda de soluciones, además del estrés que eso supone. Es por eso por lo que es importante aprender a afrontar adecuadamente esos estados emocionales; ello implica conocer las fases de la curva de hostilidad y saber qué hacer y no hacer para afrontarla.

4.3.5.1. Fases de la curva de hostilidad

Generalmente, cuando alguien se enfada, se producen una serie de pasos que es importante conocer para poder identificar el momento adecuado en el que podemos actuar de forma efectiva. Estas fases son:

- 1ª. *Fase racional*: la mayor parte de las personas suelen ser razonables durante bastante tiempo, es decir, mantienen un nivel emocional adecuado para discutir de cualquier problema.

2ª. *Fase de disparo o salida*: cuando las irritaciones o enfados se acumulan o un incidente imprevisto hace su aparición de un modo provocador, la persona se "dispara" y da rienda suelta a sus emociones y sentimientos llegando a ser incluso grosera y hostil. Esta persona abandona el nivel racional para afrontar cualquier problema. Cualquier intento por hacerla entrar en razón suele fracasar. Lo más oportuno es escuchar.

3ª. *Fase de enlentecimiento*: este "estar fuera de sí" no dura siempre. Si no hay provocaciones, la reacción de hostilidad acaba por no tener más energía y comienza a venirse abajo.

4ª. *Fase de afrontamiento*: en este punto, la persona que ha estado escuchando a la que está irritada puede intervenir y decir algo. Lo que diga puede hacer que las cosas cambien de rumbo. Decir algo que exprese comprensión hacia el otro y que reconozca su estado emocional puede contribuir a que éste se extinga y aparezca una fase de calma. No es necesario darle la razón, sino hacerle ver que entendemos sus sentimientos.

5ª. *Fase de enfriamiento*: si se le ha hecho ver que entendemos sus sentimientos, generalmente la persona se enfría y llega a estar más calmada.

6ª. *Fase de solución de problemas*: cuando la persona retorna al nivel racional del que salió es el momento adecuado para afrontar el problema. La persona tiene el ánimo para solucionar el problema.

4.3.5.2. Qué hacer y no hacer para afrontar la hostilidad

La fase de afrontamiento es un punto crítico para afrontar la irritación o la hostilidad de una persona. Lo que se diga y cómo se diga puede facilitar el proceso de calma o, por el contrario, puede irritar aun más a la persona. Cuando se intenta argumentar en la fase de enlentecimiento, lo único que se consigue es activar aun más la curva de hostilidad.

Es importante conocer qué se puede hacer y qué no hacer ante una situación donde una persona se comporta de forma hostil con uno:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer la irritación de la persona y hacer ver que la comprendes. - Escuchar cuidadosamente. Aguardar a que la persona exprese su irritación. - Mantener una actitud abierta sobre lo mal que lo está pasando. - Ayudar a la persona a afrontar la situación cuando se da cuenta de su mal comportamiento. - Si es posible, llevar a la persona a un lugar apartado. - Sentarse con la persona a hablar con calma. - Mantener un tono de voz calmado y con un volumen bajo. - No hacer juicios sobre lo que "debería" o "no debería" hacer. - Una vez que la hostilidad se ha reducido hacerle ver que entendemos cómo se encuentra. - Expresar tus sentimientos después del incidente y pedirle que en otra ocasión actúe de otro modo. - Pedir ayuda a otra persona si ves que no puedes afrontar la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazar la irritación o tratar de calmarle. - Negarse a escuchar. - Defender al otro o a ti mismo antes de saber qué ocurre. - Avergonzar a la persona por su mal comportamiento. - Continuar la confrontación de gritos en un sitio público. - Mantenerse de pie, habiendo lugares de asiento. - Elevar el volumen de voz para hacerte oír. - Ir directamente a decirle al otro lo que "debería" o "no debería" hacer. - Argumentar sobre las ventajas de actuar de otro modo. - Ocultar tus sentimientos después del incidente. - Seguir intentándolo a pesar de que eres poco hábil.

4.3.6. Cómo llegar a una solución negociada

En ocasiones, las posiciones son difícilmente reconciliables, se pueden utilizar todo tipo de habilidades que eviten la tensión en el conflicto, sin embargo el resultado final son dos posturas que no han conseguido llegar a un acuerdo.

La negociación se da en todos los ámbitos de la vida: políticos, sociales, familiares, etc. Como negociación se puede entender conseguir llegar a un punto de acuerdo en el que todas las partes hayan tenido que renunciar a aspectos de su propuesta inicial pero conservando otros, de tal manera que el proyecto final sea la integración de diferentes aportaciones quedando representados de algún modo todos los contendientes. La negociación requiere que las personas que participen en el proceso tengan una actitud negociadora, es decir, que estén dispuestos a ceder en parte de sus deseos en beneficio de una solución compartida y constructiva. El proceso de la negociación consta de una serie de fases que vamos a mencionar a continuación, junto con las habilidades necesarias para llevarlas a cabo de forma exitosa:

1. *Preparar la situación*

- Invitaciones a entrar en el proceso de negociación, esto implica proponer al otro llegar a un acuerdo de una manera pausada.
- Buscar el momento y lugar adecuados. Suele ser un buen momento cuando estamos solos con la otra persona.
- Contribuir a crear un clima positivo y facilitador de la negociación. Se puede intentar hacer reír al otro, intentar ponerse en el lugar del otro.
- Buscar oportunidades para desmentir, con nuestro comportamiento, las expectativas negativas de la otra parte respecto a nosotros.
- Manejar las emociones que surjan, normalmente se tratan temas delicados que incitan a la irritación y al enfado.

2. *Definir el conflicto*

- Dar a los otros la oportunidad de que definan el problema en función de sus intereses y necesidades.
- Ponerse uno en el lugar del otro comprendiendo sus motivos y su punto de vista.
- Definir uno su propia visión del conflicto, de una manera concreta y exponiendo los propios intereses.

3. *Ofrecer alternativas*

- Dar a los otros la oportunidad de que aporten alternativas.
- Escuchar activamente las alternativas sin juzgarlas, aunque tengamos opiniones distintas.
- Aportar alternativas.
- Proponer soluciones que sepamos que son buenas también para el otro.

4. *Evaluar las alternativas y decidir una solución o soluciones negociadas*

- Dar argumentos en favor de nuestras opciones.
- Estar abierto a las opciones de los demás.
- Evitar hacer gestos o comentarios que indiquen que tenemos la sensación de estar haciendo el ridículo o de "haber cedido".
- Puede ser útil dejar el acuerdo escrito para que todas las partes sepan a qué atenerse.

5. *Llevar a la práctica la decisión y comprobar cómo funciona*

- Si alguna de las partes no cumple su parte del acuerdo se evalúa qué es lo que ha fallado, y se proponen soluciones.

Al intentar poner en práctica este tipo de estrategias es fácil que nos encontremos con personas que no están acostumbradas a llevarlas a cabo, porque habitualmente han mantenido una actitud autoritaria e impositiva, incluso pueden aparecer posturas hostiles, críticas, etc. Ante estos y otros problemas es necesario encontrar soluciones pues el objetivo último es que al menos parte de nuestro planeamiento se lleve a cabo sin excesivas complicaciones.

4.3.7. Manejo de situaciones especiales

4.3.7.1. La importancia de los pensamientos

Generalmente nuestras acciones van precedidas de una serie de pensamientos que a su vez generan emociones. La cualidad de éstas va a determinar las características de la conducta.

Si esta cadena la trasladamos al ámbito de las interacciones sociales es fácil predecir lo que puede ocurrir dependiendo de los pensamientos que tengamos. Cuando ante una persona desconocida generamos pensamientos del tipo: “no le voy a gustar”, “me voy a poner nervioso y me va a rechazar”, “soy horrible y un torpe”, es fácil que se provoquen sentimientos de vergüenza, ansiedad, miedo, etc. que dificulten o incluso nos paralicen para comenzar una conversación. Todo esto se acusa mucho más cuando se trata de una persona a la que nos gustaría dar una imagen muy positiva. Parece que nuestro deseo de agradar se convierte en gatillo de una cadena de pensamientos negativos que en otras situaciones controlamos; es por ello que resulta importante reconocerlos, cada uno tenemos los nuestros, para ponerles freno.

Ante estos pensamientos automáticos lo que se puede hacer es:

- Detención, modificación o sustitución (con mensajes positivos) de la cadena de pensamientos que aparecen antes de la interacción.
- Presentación a la persona desconocida.
- Inicio de la conversación.
- Mantenimiento de la conversación.
- Finalización de la misma.

4.3.7.2. Las interacciones con los desconocidos

Una vez salvadas las dificultades para dar el primer paso de acercamiento es necesario tener en cuenta una serie de aspectos para que el inicio sea adecuado:

- a) El trato de usted es una costumbre que se ha ido perdiendo a lo largo del tiempo, no obstante hay muchas personas que desean este trato porque para ellos significa respeto, atención, reconocimiento, etc. Aunque no se tenga la costumbre de usarlo hay ocasiones en las que se convierte en algo casi obligado (en cualquier caso si la persona a la que nos referimos prefiere un trato más coloquial nos lo comunicará):
 - Cuando se trata de una persona que claramente nos supera en edad (sólo en raras ocasiones es necesario utilizar un trato de usted con personas más jóvenes).
 - Cuando es alguien de un estatus superior al nuestro, bien sea económico, social, profesional, etc.
 - Cuando estamos en un trabajo de cara al público, se tratará de usted a todo el que acuda a nosotros.
- b) La *empatía* es un elemento fundamental y consiste en saber ponerse en el lugar del otro, es decir, imaginarse y entender lo que alguien puede sentir o puede esperar en un momento dado teniendo en cuenta su historia y su situación actual. Las personas constantemente transmitimos mensajes a los demás que dan información útil sobre nuestro sentir, pero debemos estar receptivos para captarlos (una persona con su manera de vestir, sus modales, el modo de relacionarse con otros etc. nos da información útil sobre si quiere un trato cercano o distante). En definitiva, se trata de intentar pensar en cómo nos gustaría que se comportaran con nosotros si estuviéramos en su lugar.
- c) El *respeto* tiene que estar presente sea cual sea el trato y la confianza. Por mucho que conozcamos a alguien es necesario tener en cuenta al otro para no dañarle o molestarle deliberadamente, y para ello es necesario tener en cuenta el punto anterior.

4.3.7.3. Interacciones con personas de estatus diferentes

En nuestra sociedad se han establecido desde siempre diferencias de estatus entre unos y otros, que dependen de la clase social, de la edad, del puesto que ocupen en el trabajo, etc. Estas diferencias de estatus exigen un trato distinto porque las normas sociales así lo marcan, y porque es lo que esas personas esperan de nosotros. Las personas con las que interactuamos diariamente esperan de nosotros un determinado trato. Las diferencias de trato dependen de varios factores:

- *Grado en que se conoce a las personas:* lo correcto es dirigirse a las personas desconocidas siempre con el trato de usted. De este modo siempre transmitiremos respeto. En cualquier caso deben ser ellas quienes digan si prefieren que nos dirijamos a ellas de otra manera.
- *La edad:* las personas mayores suelen esperar que las tratemos de usted aunque siempre hay quien, cuando lo hacemos, nos pide que la tratemos de tú porque si no se sienten viejos. Los jóvenes, por el contrario, están más acostumbrados a la educación actual en la que el tratamiento de usted se usa en casos muy precisos.
- *La situación en que nos encontremos:* cuando estamos trabajando y tenemos que tratar con el público siempre se debe utilizar el trato de usted, y normalmente es una exigencia de la empresa.

4.3.7.4 Interacciones con personas del sexo opuesto

Durante la adolescencia, que es la etapa de la vida en que comenzamos a desarrollarnos sexualmente, se nos hace especialmente difícil interactuar con las personas del otro sexo, enseguida nos ruborizamos y generalmente nos sentimos más a gusto con los compañeros del mismo sexo, con ellos hablamos de más cosas y sobre todo de asuntos más íntimos. Según crecemos, y si hemos tenido la oportunidad de tratar con mucha gente del sexo opuesto, esta sensación disminuye hasta que se queda circunscrita al grupo de personas que nos atraen especialmente; en muchos casos ni siquiera esto produce rubor. Esta disminución del nerviosismo se produce porque cada vez que nos relacionamos aprendemos más cosas sobre cuál es la manera más adecuada de actuar, los gestos, la distancia, la postura que más se ajusta a la situación, el tono, volumen y ritmo de la voz que más gustan, y las palabras que deben ser dichas en cada momento.

En realidad es muy fácil resultar agradable a la mayoría de las personas del otro sexo, basta con mostrarse natural, como nos mostraríamos con otra persona del mismo sexo con la que nuestra timidez seguramente no estaría tan presente. Sin embargo hay que cuidar algunos detalles. En las interacciones con personas de otro sexo es importante que no haya malos entendidos, una mirada en una parte del cuerpo comprometida, una palabra o acto ambiguo que pueda dar lugar a malas interpretaciones (el tocar una mejilla puede transmitir al otro un mensaje que quizás no sea el que nosotros queríamos transmitir).

Por último, recordar que todos estos entrenamientos, aunque se hagan en grupo, deben estar orientados en cada usuario a paliar sus déficit individuales y a cumplir los objetivos marcados en esta área en su Plan Individualizado de Rehabilitación, y que la metodología, tal como se ha explicado debe incluir role-playing, exposiciones en vivo y en imaginación y todo el conjunto de técnicas que permitan su entrenamiento primero en el Centro de Rehabilitación si es necesario y posteriormente en un ambiente real.

PROGRAMAS DE ATENUACIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Este programa está encaminado a incrementar la protección del sujeto vulnerable garantizando su calidad de vida. Busca la mejora de la adherencia al tratamiento a través del aumento de la conciencia de enfermedad, y el mejor manejo de ésta. En definitiva, se trata de que, en la medida de lo posible, el usuario asuma la responsabilidad ante su propio tratamiento y tome parte activa en él.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar el conocimiento del usuario sobre su enfermedad.
- Mejorar el manejo de la misma a través del aprendizaje de técnicas al afecto.
- Desarrollar un concepto más constructivo y operativo de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos van dirigidos a que el usuario tenga un conjunto de informaciones, y las utilice sobre:

- Los síntomas de la enfermedad, con el objeto de que tengan una idea adecuada de qué síntomas son propios y se deben a su enfermedad y cuáles a otras razones, así como desmontar los mitos que respecto a ella existen y de este modo desarrollen una idea más ajustada de la misma.
- El curso de la enfermedad, distinguiendo los síntomas persistentes y los síntomas de aviso, de modo que reconozcan las señales antecedentes de las crisis, y ayuden a su prevención y tratamiento de forma rápida y eficaz.
- Los tipos de esquizofrenia, con el fin de mostrar las diferencias individuales en la manifestación de la enfermedad, de lo que se derivan, por ejemplo, distintos efectos en la medicación, en la puesta en práctica de determinadas técnicas psicológicas, etc.
- Las causas de la enfermedad, con el fin de disipar las posibles dudas respecto a ellas y a las ideas erróneas que de ellas circulan.
- La enfermedad encuadrada en el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés, con el objeto de que tengan una idea amplia de los diferentes factores que influyen en su desarrollo y mantenimiento.
- Los factores de riesgo y protección respecto al inicio o empeoramiento de la enfermedad, con el fin de que puedan evitar los primeros y desarrollar los segundos.
- Los distintos tipos de medicación, su funcionamiento y correcta administración, sus efectos secundarios y la forma de aliviarlos.

EVALUACIÓN

La evaluación de este programa se suele realizar habitualmente mediante:

- a) Cuestionario pre-post de conocimientos sobre la enfermedad.
- b) Registros:
 - Registro de pródromos.
 - Registro de medicación.
 - Registro de efectos secundarios.

INTERVENCIÓN

Los módulos de los que se compone el programa son:

5.1. INTRODUCCIÓN: QUÉ ES LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DE LARGA EVOLUCIÓN: ESQUIZOFRENIA COMO PARADIGMA

La esquizofrenia es una enfermedad de larga evolución, es decir, que tiene una duración larga en el tiempo, lo que no significa que sea incontrolable. Esto implica la posibilidad de desarrollar técnicas de autocontrol para evitar recaídas, actividades placenteras que permitan disfrutar más de la vida, relaciones sociales de apoyo, etc. Es importante señalar que pese a que todas las personas que son diagnosticadas de esquizofrenia comparten el mismo diagnóstico, existe una gran variabilidad y amplitud en la experiencia de la enfermedad, de modo que no todas tienen los mismos síntomas, ni viven la enfermedad de la misma manera.

5.1.1. SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

5.1.1.1. *Alteraciones del contenido del pensamiento* son las *ideas delirantes*, ideas que resultan inverosímiles, irracionales y disparatadas para las personas del entorno del enfermo; estas creencias erróneas habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario. Pueden ser de diversos tipos:

- *Persecutorias*: implican creencias de espionaje, difusión de falsos rumores o planes de perjuicio hacia la propia persona.
- *Autorreferenciales*: aquellas en las que los acontecimientos, objetos o personas adquieren un sentido negativo en referencia a la persona.
- *De difusión*: creencia o experiencia de que los pensamientos propios son difundidos hacia el mundo exterior, de tal forma que los demás pueden oírlos.
- *De inserción*: creencia de que los pensamientos no son propios, sino que han sido introducidos en la mente desde el exterior.
- *De robo*: creencia de que los pensamientos han sido robados de la cabeza.
- *De control*: creencia de que los pensamientos, sentimientos o acciones no son los propios, sino que han sido impuestos por alguna fuerza extraña.
- *Menos frecuentes* son las ideas de tipo *somático*, de grandeza, religiosas o *nihilistas*.

5.1.1.2. *Alteraciones del curso del pensamiento*: las distintas alteraciones son: *descarrilamiento* (las ideas cambian de un tema a otro sin relación, o ésta es indirecta, sin que el que habla parezca consciente de dicha desconexión); *circunstancialidad* (patrón de discurso muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final, puesto que la persona da gran cantidad de detalles, en ocasiones marginales, que la desvían del hilo principal del discurso, pero llega finalmente a ella); *tangencialidad* (contestar a una pregunta de forma oblicua o irrelevante, de forma que la respuesta tenga poco o nada que ver con ella); *incoherencia* (patrón de discurso incomprensible en el que unas veces las palabras parecen haber sido escogidas al azar por su falta de relación semántica con el contexto general del mismo, siendo sustituidas en la frase de manera que el significado aparece distorsionado o anulado); *ilogicalidad* (se llega a conclusiones que resultan ilógicas puesto que las premisas utilizadas hasta llegar a ellas son, o bien falsas, o su combinación es errónea); *distraibilidad* (la persona deja de hablar en medio de una frase o idea durante el curso de una conversación, y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano como un objeto sobre el escritorio, la ropa del interlocutor, etc.); *asociaciones fonéticas* (la elección de las palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, de modo que se altera la inteligibilidad del discurso).

5.1.1.3. *Alteraciones de la percepción (alucinaciones)*, que consisten en una percepción sin objeto; las más frecuentes son las de tipo auditivo, que comprenden voces que la persona percibe como si procedieran del exterior; las voces pueden ser familiares o desconocidas, puede haber una o varias a la vez, y en ocasiones son más bien sonidos que voces. Pueden darse también alucinaciones táctiles, normalmente en forma de sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. Con menos frecuencia sin embargo pueden presentarse alucinaciones visuales, olfativas y gustativas que, en ausencia de las auditivas sugieren siempre la posibilidad de trastorno mental orgánico. Otras anomalías perceptivas son las sensaciones de cambio corporal, hipersensibilidad a los sonidos, a las imágenes visuales y a los olores, *ilusiones ópticas* (percepciones alteradas de objetos reales) y *cenestesias* (sensaciones generales de la existencia del propio cuerpo provenientes de los diferentes órganos internos y fundamentalmente de los abdominales y torácicos).

5.1.1.4. *Alteraciones del lenguaje y la comunicación*: se caracteriza por pobreza en el habla o *alogia*, que se manifiesta por réplicas breves, lacónicas y vacías. La persona con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla; esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar, un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes.

5.1.1.5. *Alteraciones del comportamiento general y la psicomotricidad*: comportamiento gravemente desorganizado, lo que puede manifestarse en varias formas que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. La persona puede presentarse exageradamente despeinada, vestir de una forma poco corriente, presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado, una agitación impredecible e inmotivada, etc. En relación a este aspecto puede darse un comportamiento motor catatónico, que puede incluir una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad. En los casos extremos la persona ignora el entorno (como en el *estupor catatónico*), puede mantener posturas rígidas oponiendo resistencia a los movimientos (como en la *rigidez catatónica*), puede hacer movimientos estereotipados,

sin propósito fijo y presentar una excitación motora no influida por estímulos externos (como en la *excitación catatónica*), puede mantener posturas o actitudes inapropiadas o extrañas (como en la *actitud catatónica*), o resistir, o no hacer caso de las instrucciones para cambiar de posición (como en el *negativismo catatónico*). Pueden darse además *flexibilidad cérea*, muecas o manierismos extraños.

5.1.1.6. Alteraciones en el estado de ánimo:

- *Aplanado*: hay una grave reducción en la intensidad de la expresión de los afectos; la voz es monótona y la cara inmóvil. La persona puede quejarse de que ya no responde con la intensidad emocional normal o, en los casos extremos, de que no tiene sentimientos.
- *Inapropiado*: la afectividad es claramente discordante con el contenido del lenguaje y el pensamiento de la persona.
- Pueden asimismo operarse cambios súbitos e impredecibles en la afectividad, que se acompañan de inexplicables ataques de furia, sin ninguna circunstancia que los motive.

5.1.1.7. *Alteraciones en la motivación*: suele darse una alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, denominada también *abulia*; estas personas presentan tal ambivalencia que ante las alternativas de acción que se les presentan les resulta imposible continuar la actividad que habían emprendido hasta la meta propuesta, lo cual deteriora visiblemente la actividad laboral o de cualquier otro tipo.

5.1.1.8. *Disfunción social/laboral*: durante un parte significativa del tiempo desde el inicio de la enfermedad, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están claramente por debajo del nivel previo al inicio de la enfermedad, o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral. En lo que respecta a las relaciones interpersonales, casi siempre existe dificultad en esta área, que a menudo se manifiesta por un retraimiento social y un distanciamiento emocional; en otros casos ésta se manifiesta a través de un excesivo acercamiento, una excesiva intimidad que hace que los demás se sientan incómodos y se produzca un rechazo a estas personas.

5.1.2. CÓMO SUCEDE: FASES

- a) *Fase Prodrómica*: abarca el período anterior a una crisis. En ella se da un deterioro del nivel de actividad. Cada persona manifiesta síntomas diferentes en esta fase y es importante que cada uno aprenda a conocer los suyos, pero de forma general se caracteriza porque hay un retraimiento social, conducta peculiar, deterioro en el vestir e higiene personal, afectividad embotada o inapropiada, alteración en la comunicación, ideas extrañas, experiencias en el modo de percibir poco habituales y falta de iniciativa, interés o energía. El inicio de esta fase puede ser difícil de establecer con exactitud, y su duración es extremadamente variable.
- b) *Fase Activa (crisis)*: en esta fase el comportamiento de la persona está muy deteriorado, se presenta un nivel alto de actividad en los síntomas como: ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa, incoherencia y/o conducta catatónica.
- c) *Fase residual*: se parece a la fase prodrómica, aunque en esta fase son más frecuentes el embotamiento afectivo y el deterioro de la actividad. Existe un predominio mayor de retraimiento social, deterioro en el vestido e higiene personal, falta de iniciativa, interés o energía, afectividad embotada o inapropiada, etc. Durante esta fase pueden persistir algunos síntomas positivos como ideas delirantes o alucinaciones, pero ya no se acompañan de una vivencia afectiva intensa.

5.1.3. CÓMO IDENTIFICAR SÍNTOMAS DE AVISO

Un síntoma de aviso es aquel que aparece antes de una recaída; puede ser un síntoma específico o un empeoramiento de un síntoma persistente. Es importante conocer cuáles son (en el caso de tenerlos, porque no todo el mundo los tiene) y aprender a identificarlos. Una vez que cada uno reconoce sus propios síntomas de aviso (en el caso que los tenga) es importante si uno los detecta comunicárselo al psiquiatra, los familiares o amigos.

5.1.4. CÓMO IDENTIFICAR SÍNTOMAS PERSISTENTES

Los síntomas persistentes son aquellos síntomas que se tienen más o menos casi todo el tiempo y que la medicación no consigue eliminar. No son efectos secundarios de la medicación (estos aparecerían como consecuencia de estar tomando la medicación). Algunos de los síntomas persistentes más comunes son oír voces, pensamientos extraños, depresión o ansiedad. Uno puede tener estos síntomas durante meses o años y pueden desaparecer durante horas o incluso días. Cuando estos síntomas son severos interfieren en la vida diaria.

No todos tienen síntomas de este tipo (1 de cada 4 los tienen). Es muy importante saber que cada vez que se tiene una recaída la probabilidad de tener síntomas persistentes aumenta, por eso es tan importante tener pocas recaídas. Hay que saber que incluso los peores síntomas persistentes se pueden mejorar o desaparecer con el tiempo si se usan técnicas de afrontamiento adecuadas.

5.2. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Cuando se da el diagnóstico de esquizofrenia suele ir acompañado de un calificativo; éste indica de qué tipo de esquizofrenia se trata, que hace referencia al tipo de síntomas que predominan.

- a) *Paranoide*: se caracteriza porque los síntomas que más predominan son los delirios y/o las alucinaciones.
- b) *Desorganizada o Hebefrénica*: predominan el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o desorganizado.
- c) *Catatónica*: predomina una alteración de la psicomotricidad: rigidez, estupor, excitación, flexibilidad cérea.
- d) *Indiferenciada*: no predomina ningún síntoma.
- e) *Residual*: apenas hay síntomas y estos son muy ligeros.

5.3. CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA

5.3.1. ¿CÓMO FUNCIONA EL CEREBRO?

Nuestro cerebro es una máquina muy compleja que se compone de unas células llamadas neuronas. Para realizar una función como pensar o mover un brazo las neuronas deben comunicarse unas con otras; dependiendo de la función que tenga cada parte del cerebro las neuronas se comunicarán con unas sustancias u otras; una de esas sustancias es la dopamina. El proceso se produce de la siguiente manera: una neurona manda un mensaje a la siguiente enviándole dopamina, las neuronas tienen receptores que son como agujeros en donde "encaja" o se "engancha" la dopamina, la neurona recibe el mensaje y transmite otro a la siguiente de la misma manera.

5.3.2. PERO... ¿POR QUÉ?

Hasta el momento las causas de la esquizofrenia permanecen desconocidas. A continuación se presentan diferentes hipótesis sobre elementos que tienen relación con la aparición de un trastorno esquizofrénico. Estas hipótesis no tienen por qué ser incompatibles entre sí.

- a) *Hipótesis psicosociales*: postulan que determinados factores psicosociales son los detonantes de que una persona vulnerable a la esquizofrenia la manifieste. Las diferentes manifestaciones del trastorno en las diferentes culturas y en diversos momentos de la historia apoyan esta hipótesis. Factores de esta índole serían el estrés, acontecimientos vitales, reacciones negativas de la familia, problemas de reintegración en la sociedad, institucionalización, carencia de apoyo social.
- b) *Hipótesis genéticas*: postulan la existencia de factores genéticos en la génesis de la esquizofrenia. Los resultados que siguen esta línea avalan que la probabilidad de padecer esquizofrenia entre los familiares con esta enfermedad es mayor que entre los que no la padecen, y esta probabilidad depende del grado de cosanguinidad.
- c) *Hipótesis estructurales*: se basan en determinados estudios que han encontrado diferencias en la estructura cerebral de un grupo de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Lo que no se ha podido aclarar es qué significan estas alteraciones ni el papel etiológico (causal) que juegan. Se cree que estas alteraciones de la estructu-

ra del cerebro podrían ser heredadas o consecuencia de un trauma en el embarazo o período perinatal, que harían a la persona vulnerable a padecer esquizofrenia.

d) *Hipótesis neuroinmunológicas*: postulan que la esquizofrenia podría estar relacionada con una disfunción del sistema inmunológico, que podría estar relacionado con una determinación genética. Esta disfunción inmunológica podría favorecer la aparición de infecciones virales que desencadenarían el trastorno.

e) *Hipótesis neurovirales*: postulan que el causante de la esquizofrenia es un virus.

f) *Hipótesis neuroquímicas*: postulan la influencia de ciertos mecanismos neuroquímicos en el desarrollo de la esquizofrenia. Las principales son:

Hipótesis dopaminérgica: considera que en las personas con diagnóstico de esquizofrenia hay un exceso de dopamina; se basa en el efecto que tienen los antipsicóticos. Esta hipótesis no explicaría la aparición del trastorno, solo la existencia de algunos síntomas (alucinaciones y delirios).

Hipótesis noradrenérgica: considera que hay una alteración en la vía noradrenérgica que produciría una hiperactividad de la dopamina.

5.3.3. MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS

A falta de una teoría puntual y clara, se ha acuñado el término de vulnerabilidad, definido como una predisposición a desarrollar síntomas psicóticos, y que hace referencia al nivel de capacidad que una persona tiene para soportar diferentes niveles de estrés. Este modelo postula que las alteraciones genéticas y los factores adquiridos (aprendidos) generan un terreno premórbido vulnerable que puede ser descompensado por ciertos estresores psicosociales. De este modo los episodios psicóticos surgen como reacciones ante situaciones de sobreexigencia en aquellas personas predispuestas. De aquí se deriva que a mayor nivel de vulnerabilidad se necesita un menor nivel de estrés para desarrollar una crisis psicótica.

El concepto de esquizofrenia de este modelo no implica un desorden crónico, sino una permanente vulnerabilidad para el desarrollo de dicho trastorno. De este modo, la esquizofrenia se concibe como una enfermedad episódica, al estilo de la depresión o la epilepsia.

5.3.3.1. Factores de riesgo

Todo aquello que contribuye a aumentar el nivel de vulnerabilidad, es decir, a hacer más vulnerable a la persona para desarrollar una crisis:

a) Alcohol y drogas: señalar la posibilidad de desencadenamiento de Trastornos Psicóticos Inducidos por Sustancias (TPIS); éstos pueden presentarse en asociación con la *intoxicación* de determinadas sustancias (alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos...) o su *abstinencia* (alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos...). El inicio del trastorno varía dependiendo de la sustancia (fumar cocaína puede producir episodios psicóticos al cabo de pocos minutos y consumir alcohol o sedantes a dosis elevadas puede hacerlo al cabo de varios días o semanas).

b) Otros factores de riesgo:

- El abandono de la medicación.
- La existencia de estrés agudo o crónico.
- El aislamiento social, la falta de apoyo tanto familiar como social.
- Una capacidad de autocontrol disminuida.
- Una falta de habilidades de afrontamiento personal y social.
- Elevado contacto con personas del entorno con altos niveles de *Emoción Expresada*.

5.3.3.2. Factores de protección

a) *Medicación*: los medicamentos utilizados en el tratamiento de los trastornos mentales reciben el nombre de *psicofármacos*, y por extensión el tipo de tratamiento que se establece con ellos es el de *tratamiento psicofarma-*

cológico. Es importante señalar que los psicofármacos "no curan", es decir, el cerebro siempre tenderá a producir un aumento de la dopamina, pero sí ayudan a controlar esta deficiencia del cerebro reduciendo los efectos de la enfermedad, primer paso e imprescindible para el inicio con éxito de cualquier otro tipo de tratamiento. Distintos tipos son:

- Antipsicóticos o neurolépticos: se utilizan para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones y delirios).
- Ansiolíticos: se utilizan para el tratamiento de los efectos *somáticos* y *psicológicos* del estrés (síntomas orgánicos y sensaciones de tensión y ansiedad).
- Antidepresivos: se utilizan para el tratamiento de los estados depresivos, síntomas secundarios de la esquizofrenia.
- Hipnóticos: se utilizan como sedantes y su mecanismo de acción induce al sueño.
- Correctores (Antiparkinsonianos, Anticolinérgicos): se utilizan para corregir los efectos extrapiramidales producidos por los antipsicóticos.

A continuación se presentan seis pasos a seguir para la correcta automedicación:

Pasos a seguir	Comentarios
1.º Leer cuidadosamente la etiqueta del bote de medicinas.	Esto previene errores o sobredosis (si no entiendes la etiqueta pídele al farmacéutico que te la explique).
2.º Abre el bote y vierte el número de píldoras recetadas, una vez hecho ponlas en la tapa del bote.	Coge las píldoras en tus dedos durante poco tiempo para evitar posibles irritaciones en la piel.
3.º. Con cuidado pon las píldoras de la tapa en un platillo o servilleta.	Esto previene la caída o la pérdida de la píldora.
4.º. Cierra el bote fuertemente.	Esto conserva la medicina fresca y evita que los niños la tomen de manera incidental.
5. Leer la etiqueta del bote de nuevo, o la receta.	Para evitar posibles equivocaciones, y asegurarte de que has cogido la cantidad correcta.
6.º. Toma la medicina con un poco de agua o zumo.	Esto te ayudará a tragarla y facilitará la absorción.

En ocasiones, el seguimiento del tratamiento farmacológico conlleva la aparición de **efectos secundarios**; la ocurrencia de éstos no son necesariamente un signo para reducir, interrumpir o cambiar la medicación, sino que el tratamiento debe dirigirse fundamentalmente a encontrar la dosis adecuada para controlar los síntomas, reduciendo al máximo los efectos nocivos de la medicación. Existen diferencias individuales en los patrones de absorción del fármaco, distribución y metabolismo, con lo cual es importante tener en cuenta que una dosis adecuada para una persona puede resultar escasa o excesiva para otra (cada tratamiento debe ser individualizado). Es importante la consulta con el profesional de referencia ante la aparición de cualquiera de estos síntomas, así como el seguimiento de las indicaciones terapéuticas.

Destacar también la importancia de fomentar la **independencia en la toma de la medicación**.

b) *Comunicación con el psiquiatra*: el contacto con el psiquiatra es uno de los factores de protección más importantes para el control de la esquizofrenia; mantener una adecuada y periódica relación con él puede ayudar a anticipar y controlar crisis y recaídas. La confianza recíproca entre psiquiatra y paciente posibilita que se establezca un cauce de información fiable que permite que la medicación esté en su medida óptima, es decir, proporcione el máximo de mejoría en el pensamiento, los sentimientos, las relaciones sociales, el trabajo y el ocio y el autocuidado de la persona, produciendo los menores efectos secundarios posibles, siendo aumentada sólo cuando es necesario en base a ese canal de información y evitando que sea excesiva siempre como medida de precaución.

c) Otros factores de protección son:

El control del estrés tanto agudo, como crónico.

- La ausencia de consumo de tóxicos (drogas o alcohol).
- Una red de apoyo adecuada (familiar y social).
- Una adecuada capacidad de autocontrol.
- Habilidades de afrontamiento personal y social.
- Poco contacto con personas del entorno con altos niveles de *Emoción Expresada*.

6. PROGRAMA DE AUTOCONTROL O DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

El desarrollo histórico de los modelos de intervención en personas con enfermedad mental grave y persistente viene marcado por el modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977) donde se plantea la importancia de un manejo eficaz de la tensión como un factor de protección en la prevención de recaídas para enfermos mentales graves.

Un paso adelante supuso la reformulación por parte de Liberman (1988) quien señala que la vulnerabilidad psicobiológica puede derivar en sintomatología psicótica cuando los acontecimientos vitales sobrepasan las competencias personales para el manejo de dificultades de la vida cotidiana; el desarrollo de recursos de afrontamiento y de la competencia percibida por el sujeto disminuirían y/o compensarían dicha vulnerabilidad.

Tradicionalmente la intervención en el ámbito de la salud mental ha encasillado a la persona con enfermedad mental grave en una actitud pasiva ante las dificultades de la vida diaria, siendo el profesional el encargado de facilitarle estrategias para solucionar sus problemas. Ante usuarios con una baja implicación personal en el diseño de su plan de intervención (característica generalizada entre las personas con enfermedad mental grave y persistente), se manifiesta una clara atribución externa a cualquier cambio o modificación de su medio.

Es fundamental desarrollar una actitud participativa en la intervención por parte del usuario, siendo el objetivo final "*que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta... que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario*" (Díaz y otros, 1993, pág. 577). El autocontrol se ve como una habilidad entrenable.

El peso de las intervenciones en el área del autocontrol y el manejo del estrés dentro de los planes de rehabilitación psicosocial con personas con enfermedad mental grave se ha visto ampliado de forma progresiva a lo largo de las últimas décadas. Hoy en día puede plantearse que las estrategias cognitivas y comportamentales son las más utilizadas en el afrontamiento de los síntomas de la enfermedad, siendo un objetivo de cualquier programa de Habilidades de Autocontrol "*procurar, a través del entrenamiento en estrategias de afrontamiento del estrés, fomentar en los usuarios una sensación de competencia personal que redunde en una motivación para el afrontamiento del estrés producido por situaciones de la vida diaria*" (Alonso y otros, 1997, página 212).

Las técnicas que se van a describir en este apartado se engloban dentro del concepto amplio de *autocontrol*, que se define como una habilidad que puede aprenderse y que englobaría cualquier conducta autogenerada por la persona (sin instigación del exterior) que trate de modificar la probabilidad de aparición de otra conducta cuyas consecuencias podrían resultar negativas para la persona.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

1. Objetivos generales:

- Desarrollar la capacidad para afrontar adecuadamente situaciones causantes de malestar.
- Fomentar en los participantes una sensación de competencia personal que les permita el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida cotidiana.

2. Objetivos específicos:

- Desarrollar en los participantes habilidades de autoobservación de los elementos que les producen alguna tensión y/o malestar en su vida cotidiana.

- Dotarles de las estrategias que les permitan afrontar las situaciones que producen los siguientes síntomas, así como sus efectos molestos consiguientes: ansiedad, depresión, ideas obsesivas/conductas compulsivas, agresividad, síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones, miedos, etc.
- Desarrollar en ellos habilidades de evaluación de las propias actuaciones de afrontamiento y de corrección de aquellas que resulten inadecuadas, dirigiéndolas hacia otras más ajustadas a los fines que se pretenden.

EVALUACIÓN

La evaluación se lleva a cabo mediante:

- a) Cuestionarios pre-post, entre los que se suele incluir habitualmente el STAI y el BDI.
- b) Registros, siendo los más comunes los siguientes:
 - Registro diario de tensión.
 - Registro de emociones.
 - Registro de situaciones-emociones.
 - Registro de pensamientos automáticos.
 - Registro de pensamientos alternativos.
 - Registro de ansiedad y depresión.

INTERVENCIÓN

Los módulos de los que se compone el programa son:

6.1. AUTOCONTROL GENERAL

Existen multitud de estrategias que se pueden utilizar para controlar el malestar producido bien sea por la enfermedad, y en concreto por su sintomatología, bien por pensamientos o situaciones que producen ansiedad, depresión, miedo, etc. y en algunos casos suscitan agresividad y pueden desencadenar altercados que acarreen consecuencias negativas para quienes se comportan de forma agresiva. Los pasos a seguir para conseguir una capacidad de autocontrol general adecuada, es decir, como método para afrontar situaciones en general son los siguientes:

- Autoobservación: el primer paso para el afrontamiento de cualquier situación problemática lo constituye siempre la identificación de la situación. Se trata de responder a las preguntas: "*¿qué me está pasando?, ¿cuál es el problema?*"
- Elección y aplicación de una estrategia adecuada a la situación. Hay que responder a las preguntas: "*¿qué puedo hacer? y ¿cómo lo voy a hacer?*", para posteriormente poner en práctica una estrategia concreta. En este punto es donde se inscriben las diferentes técnicas que se van a ir exponiendo a continuación, y que están divididas según los síntomas a que hagan frente.
- Autoevaluación: consiste en comparar los resultados de la aplicación de la estrategia aplicada, con los resultados propuestos. En este caso la pregunta a responder es: "*¿cuáles han sido los resultados?*".
- Autocorrección: se trata de evaluar en qué se ha fallado y cómo se puede corregir la actuación para próximas ocasiones. Aquí la pregunta es: "*¿qué puedo hacer para mejorar mi actuación? y ¿cómo lo voy a hacer?*".

6.2. AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal, cuya función es activadora, y por tanto facilita la capacidad para responder al ambiente. Cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, produciendo alteraciones en el funcionamiento de la persona, se considera un problema. Constituye una emoción compleja, difusa y desagradable, que se caracteriza por sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación, en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Fisiológicos: inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, sudoración, aumento del ritmo cardíaco, sensación de ahogo, etc.

- Cognitivos: pensamientos del tipo: "*No puedo aguantar esta situación*", "*Lo que me pasa es horrible*", "*No puedo soportar lo que me pasa*", etc.
- Motores: escape o evitación de la situación molesta o desagradable.

La ansiedad se considera sinónimo de angustia en el lenguaje coloquial; sin embargo, técnicamente existen entre las dos una serie de diferencias: en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos (sensación de catástrofe, de peligro inminente), el sobresalto que conduce a movilizarse para buscar una solución y una nitidez máxima en la percepción de lo que está sucediendo. En la angustia, sin embargo, predominan los síntomas físicos (presión en el corazón, región precordial y garganta), la paralización que impide movilizarse para buscar una solución y una percepción de lo que sucede poco clara. Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que se destacan por su facilidad de aplicación y efectividad las siguientes:

6.2.1. Respiración

La respiración es esencial para la vida y puede ser un antídoto contra el estrés. Una respiración adecuada hace posible una mejor oxigenación de la sangre, lo que por un lado favorece un mejor funcionamiento de los tejidos y órganos corporales y por otro un menor gasto energético y en especial un menor trabajo cardíaco.

Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración permiten aprender a controlar ésta y en consecuencia favorecen el control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc. y en general ayudan a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar (Labrador y otros, 1993).

6.2.2. Imaginación

La imaginación es otra de las armas poderosas con las que afrontar la ansiedad y probablemente la que, junto con la respiración, más asequible resulta; la imaginación consiste en la evocación de un pensamiento o una imagen mentalmente. El poder de la imaginación se basa, entre otras cosas, en la idea de que el estado en que uno se encuentra está relacionado con los pensamientos que desarrolla, además de otros factores, es decir, que es posible evocar o suscitar determinados estados de ánimo dependiendo de los pensamientos que se evoquen o, asimismo, de las imágenes, escenas, etc. que se representen mentalmente.

Resulta un buen complemento de la técnica de respiración, que se puede llevar a cabo evocando una imagen, escena, pensamiento, etc. tras cerrar los ojos y antes de comenzar los ejercicios de respiración propiamente dichos, con el objetivo de suscitar una sensación agradable que predisponga y ayude al desarrollo del estado de relajación. Las imágenes a evocar pueden ser desde colores hasta paseos por parajes conocidos o desconocidos, situaciones placenteras vividas o imaginarias, etc.

Esta técnica puede utilizarse asimismo sola, en situaciones que provoquen ansiedad, con el objeto de disminuir el estado de activación, o bien en situaciones que requieran concentración, con el objeto de prepararse positivamente para la acción. Un buen complemento de esta técnica puede ser escuchar una música relajante que ayude a evocar una determinada escena, imagen, etc.

6.2.3. Ejercicio

El ejercicio es una de las formas más sencillas y efectivas de reducir el estrés, constituyendo una descarga natural para el organismo cuando éste se encuentra en un estado de excitación. Representa también una excelente forma de liberar la tensión muscular y los espasmos asociados, tics y temblores. Siempre que se combine con una dieta adecuada, el ejercicio puede ayudar a perder peso, quemando las calorías de más y disminuyendo el apetito. Determinados ejercicios mejoran el funcionamiento cardiovascular y el metabolismo, pudiendo combatir el cansancio físico y el insomnio.

Cualquier ejercicio puede ser adecuado para una persona, siempre que se tenga en cuenta el estado físico general del que se parte y la edad (caminar, deporte de competición o de equipo no competitivos, gimnasia, baile, etc.).

6.2.4. Relajación muscular progresiva

El objetivo es que los usuarios aprendan a diferenciar entre un estado de relajación y tensión, para que sepa cómo reducir su estado de tensión en un momento puntual. Un método a seguir puede ser el entrenamiento en relajación progresiva (Bernestein y Borkovec, 1983): tensando y relajando sistemáticamente varios músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

Se trabajan varios grupos musculares, dependiendo el número de músculos entrenados del tipo de usuarios que accedan al grupo (de sus dificultades psicomotrices), focalizando la atención en la diferencia entre tensión y relajación.

6.3. AUTOCONTROL DE LA DEPRESIÓN

La depresión consiste en un síndrome (conjunto de síntomas) que se caracteriza fundamentalmente por una tristeza profunda y en el que están presentes síntomas cognitivos, motores y fisiológicos. Los objetivos de este módulo son la identificación y manejo de las ideas irracionales y el aumento del refuerzo positivo.

6.3.1. Afrontamiento de ideas irracionales

En cualquier episodio depresivo y en toda emoción dolorosa, siempre se halla presente un pensamiento negativo que supone la verdadera causa de dichos sentimientos negativos. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen su creencia de validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de evidencia contraria (Beck y otros, 1983). Los pensamientos automáticos a menudo son relámpagos rápidos y difíciles de percibir, que transmiten una especie de mensaje breve y tienen las siguientes características: espontáneos, concretos, telegráficos, creíbles, a menudo tienen la forma "*tendría que*", "*debería*", etc., sesgados y aprendidos.

Esta técnica consiste básicamente en analizar la forma en que el usuario piensa, hacerle conscientes de los pensamientos que tiene y el efecto que éstos producen en su estado de ánimo, para hacerlos lo más adaptativos posible y que de este modo le ayuden a enfrentarse con mayor confianza y seguridad a su vida diaria.

Para detectar dichos pensamientos y afrontarlos con éxito es útil seguir los siguientes pasos:

- Cuando detecte los primeros signos de tristeza o depresión, pararse a pensar qué es lo que se estaba diciendo a sí mismo, cuál es el pensamiento que precede a ese sentimiento. Para ello, se responderá a la pregunta "*¿qué estoy pensando justo antes de comenzar a sentirme mal?*". En este punto es importante observar la situación como si fuera una película a cámara lenta que se proyectase hacia atrás, en la cual va viendo cuáles son los pensamientos o imágenes fugaces que ha ido teniendo antes de sentirse mal.
- Una vez que haya detectado el pensamiento de base, responder a las siguientes preguntas: "*¿qué pruebas existen de que ese pensamiento sea cierto?, ¿qué pruebas existen de que sea falso?, ¿qué es lo peor que podría ocurrirme si ese pensamiento fuera cierto?, ¿qué cosas buenas podrían ocurrirme si fuera cierto?*".
- Sustituir el pensamiento negativo o doloroso por otro constructivo y más realista, que se ajuste mejor a la realidad, en base a las evidencias antes encontradas.

6.3.2. Planificación de actividades

Uno de los aspectos más negativos de la depresión es la manera en que paraliza la voluntad: al principio se comienza postergando la realización de alguna actividad desagradable o fastidiosa, y a medida que uno va dejando de hacer cosas aumenta la pereza y la desgana, y con ellas la falta de motivación. Prácticamente toda actividad parece tan difícil o apetece tan poco, que se deja de hacer más cosas, incluidas las que producen placer. La persona se va apartando de sus fuentes cotidianas de estímulo y placer, lo que hace que aumenten los pensamientos negativos y sentimientos de tristeza.

Se piensa que cuando alguien está deprimido no puede o no debe hacer actividades, sino esperar a estar bien; lo cierto es que una parte del proceso de mejoría del estado de ánimo consiste en comenzar a realizar actividades que

proporcionen a la persona el sentido de autoeficacia y placer necesarios para continuar y ampliar el repertorio de conductas que conforman una vida sana.

Para la planificación de actividades es importante el seguimiento de una serie de pasos:

- Comenzar planificando las actividades que a uno le resulten placenteras; comenzar realizando estas actividades agradables, evitando de momento las que resultan desagradables.
- Configurar un horario donde se anote cada día lo que se va a hacer y la hora.
- Una vez adquirido el hábito en la realización de actividades y cuando la persona comience a sentir el efecto positivo de su realización, comenzar a introducir gradualmente actividades menos placenteras: comenzar por una actividad agradable, se continúa con otra menos agradable y por último se lleva a cabo una que resulte muy agradable, de modo que se refuerce con ésta última la realización de actividades poco placenteras.

6.4. AUTOCONTROL DE LOS MIEDOS

El miedo se define como "*perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario*" o como "*recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea*"; es una sensación desagradable de ansiedad ante un objeto, actividad o situación determinados, ante los que uno piensa que va a recibir un daño o que peligran su integridad física.

En ocasiones el miedo es excesivo o irracional en relación al estímulo que lo provoca, cosa que es reconocida por quien lo padece, a pesar de lo cual se siente incapaz de enfrentarse a dicho estímulo. Como consecuencia de la experiencia del miedo, la persona comienza a anticipar la sensación desagradable cuando piensa que es posible que aparezca el estímulo que le provoca miedo, y le lleva en ocasiones a conductas de evitación; en otras ocasiones la persona soporta el estímulo temido, aunque con un nivel de ansiedad y malestar intenso. Las conductas de anticipación, evitación y el malestar provocado por soportar la situación desagradable pueden acabar influyendo en la actividad cotidiana, la autoestima, las relaciones sociales, etc.

El enfrentamiento graduado consiste en exponerse progresivamente al estímulo que evoca el miedo, acompañando la exposición con estrategias que reduzcan el nivel de activación (respiración, relajación muscular progresiva, etc.). El proceso se basa en la habituación (proceso de familiarización con un objeto, actividad o situación) y la exposición repetida. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Concretar cuál es el objeto, actividad o situación que provoca el miedo.
- Hacer un listado de diez situaciones relacionadas con ellos, ordenadas gradualmente desde la que provoca menos miedo a la que provoca más.
- Enfrentarse a cada una de las situaciones escogidas progresivamente, de forma que no se pase a la siguiente si la anterior sigue produciendo malestar.
- Para el enfrentamiento a cada situación es esencial tener en cuenta: durante el enfrentamiento utilizar alguna técnica de control de la activación (respiración, relajación progresiva, etc.), permanecer en la situación hasta que la ansiedad sea más baja que al inicio o haya disminuido por completo y repetir el enfrentamiento con cada situación hasta que la ansiedad ante ella desaparezca.

6.5. AUTOCONTROL DE LAS IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES

Los delirios y las alucinaciones son pensamientos y percepciones cuyas características más importantes son que se producen de forma involuntaria y persistente, y con una gran apariencia de realidad. El objetivo es suavizar el malestar y/o la creencia de realidad de las mismas (Jackson y Chadwick, 1997).

6.5.1. Técnicas basadas en la distracción: actividad distractora incompatible con los síntomas

El objetivo es cambiar de forma persistente y voluntaria el foco de atención de los pensamientos y percepciones molestas a otros campos más constructivos. Consiste en realizar una actividad que dificulte el desarrollo de los sín-

tomas (escuchar música con cascos, pensar en lo contrario de lo que sugieren las ideas delirantes desarrollando el máximo de detalles, hacer operaciones aritméticas mentalmente).

6.5.2. Técnicas basadas en la atención

El objetivo es ampliar la perspectiva de análisis de la realidad de forma que se tengan en cuenta más elementos y se puedan realizar explicaciones alternativas más adaptativas y adecuadas tanto de los pensamientos como de las percepciones.

6.5.2.1. Técnica de Sherlock Holmes: Interpretación alternativa.

Esta técnica se basa en la idea de que no existe una realidad absolutamente objetiva para multitud de situaciones, sino que existen las interpretaciones que hacemos a ellas a través de nuestros pensamientos. Consiste en aprender a hacer interpretaciones alternativas más adaptativas, con un estilo de no confrontación, realizando un análisis exhaustivo de los datos: consiste en analizar las pruebas que se tienen que apoyen o rechacen la aparición de las alucinaciones y las ideas delirantes como si fuésemos detectives o científicos. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Buscar pruebas que apoyen las creencias de voces y/o de ideas delirantes.
- Buscar pruebas que contradigan dichas creencias.
- Modificar las creencias en función de los datos recogidos.

6.5.2.2. Prueba realidad

Se busca contrastar tanto los pensamientos como las percepciones a través de datos empíricos que los apoyen y los refuten. Consiste en diseñar un experimento siguiendo las siguientes fases:

- Pensar qué situación sería necesaria que sucediera para que disminuyera la creencia en voces controladoras o ideas delirantes. Es importante pensarla con todos los detalles que hicieran posible que las creencias disminuyeran.
- Programar dicha situación de la forma más concreta posible y teniendo en cuenta todos los detalles anteriores.
- Llevarla a cabo.

6.5.3. Técnicas basadas en el control de la activación

Es una técnica para controlar la sintomatología, ya que se basan en la idea de que los síntomas surgen en personas predispuestas ante situaciones de estrés. Entre ellas destaca la técnica ya comentada de la respiración.

Por último señalar que este programa, que para personas con un buen nivel cognitivo tiene una eficacia significativa, debe incluir un posterior seguimiento, bien grupal, bien en las entrevistas individuales con el profesional referente del usuario, para asegurar que se siguen utilizando las técnicas aprendidas, que se han generalizado y que han aprendido a utilizarlas ante situaciones nuevas.

7. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

La mayoría de las personas con trastorno mental severo conviven con sus familiares, siendo éstos un elemento clave como recurso de cuidado y soporte. Cualquier abordaje integral de los trastornos mentales severos contempla la intervención no sólo con el usuario, sino también con la familia por un doble motivo:

Los problemas y dificultades que esta convivencia y cuidados generan en los propios familiares, que en la literatura especializada se recogen bajo el epígrafe "carga familiar", es decir, el efecto que tienen sobre la vida familiar los problemas derivados del cuidado y la convivencia con un familiar que padece un trastorno mental severo.

La influencia del clima familiar en la evolución del usuario. Este clima familiar puede ser un variable que atenúe el impacto de la enfermedad y del estrés sobre el propio usuario.

Con la intervención familiar pretendemos mejorar la calidad de vida familiar, disminuir el nivel de estrés y conseguir que la familia sea un recurso para la rehabilitación y mejora de la persona con enfermedad mental grave y persistente.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir el nivel de estrés familiar (carga subjetiva).
- Favorecer actitudes de aceptación y expectativas adecuadas hacia el usuario.
- Generar un clima familiar de apoyo hacia el usuario.
- Aumentar la competencia y capacidad de los familiares para atender los problemas que se puedan presentar en la vida cotidiana.
- Mejorar la calidad de vida familiar, atendiendo a las necesidades de sus miembros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar conocimientos acerca de diversos aspectos relacionados con la enfermedad mental grave y su abordaje, para eliminar atribuciones y creencias erróneas.
- Mejorar la comunicación dentro de la familia.
- Disminuir las actitudes críticas y hostiles hacia el usuario.
- Disminuir la sobreprotección y el excesivo control, fomentando la autonomía e independencia del usuario y de todos sus miembros.
- Implementar estrategias de resolución de problemas, que les permitan enfrentarse y solucionar los diversos problemas personales y familiares.
- Facilitar a las familias el conocimiento y el uso de los diferentes recursos sociales, sanitarios y económicos de los que pueden beneficiarse.
- Promover el asociacionismo y apoyo mutuo entre los familiares, así como la participación activa en su comunidad de origen.

EVALUACIÓN

Para hablar de la evaluación en el programa de familias, vamos a diferenciar entre la evaluación familiar inicial que se realiza cuando el usuario se incorpora al Centro de Rehabilitación, y la evaluación pre/post del grupo de familiares.

La evaluación familiar inicial se realiza con ambos padres o personas cercanas; la realizamos también aunque el usuario no conviva con la familia. Se realiza mediante:

- Una o dos entrevistas semiestructuradas, de acuerdo con el protocolo de evaluación.
- Una visita a domicilio, para conocer el entorno en el que viven y observar la interacción en su medio natural.

En cuanto al contenido del protocolo de evaluación familiar, se debe incluir:

- Datos de identificación.
- Composición del grupo familiar. Genograma de tres generaciones.
- Historia familiar. Acontecimientos críticos.
- Relaciones intrafamiliares. Clima familiar.
- Entorno y relaciones sociales. Apoyos de la familia.
- Evaluación del núcleo familiar: situación socio-sanitaria, prestaciones económicas, vivienda, etc.
- Necesidades familiares.
- Historia vital del usuario.
- Historia del trastorno. Atribuciones y creencias en relación con la enfermedad.
- Soluciones intentadas anteriormente.
- Situación actual del usuario. Nivel de desempeño por áreas.
- Necesidades y problemas en relación con el usuario.
- Expectativas en relación con el usuario.

Con la información recogida en la evaluación familiar inicial, se establecen los objetivos a trabajar con esa familia, así como la estrategia para abordarlos. La evaluación inicial responde a un doble objetivo: por un lado, conseguir información que nos ayude a una mejor comprensión de las dificultades del usuario y a la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación y por otro, establecer un clima de cooperación y conseguir que la familia se convierta en un recurso para favorecer la rehabilitación del usuario.

En cuanto a la evaluación realizada como pre/post del grupo de familiares, creemos adecuado aplicar alguna escala que evalúe conocimientos acerca de la enfermedad así como actitudes o clima familiar. Podemos construir nuestra propia escala adaptada a la población con la que trabajamos (nivel cultural, complejidad en las respuestas, etc.). Si queremos recurrir a alguna de las ya existentes, las más utilizadas son:

- Entrevista de conocimiento sobre la esquizofrenia (Knowledge about Schizophrenia Interview, traducción realizada por Carlos Álvarez García a partir del original realizado por Christine Barrowclough y cols. Salford Community Mental health Project. Manchester, 1989).
- Escala de clima familiar (Family environment scale, F.E.S.) (Moos, R.H., 1986). Esta escala está traducida y adaptada.

INTERVENCIÓN

La intervención psicosocial con las familias se realiza a través de dos formatos:

- Intervención uni-familiar: intervención realizada con cada familia. En las entrevistas suele estar presente el usuario.
- Intervención multifamiliar: grupos de familiares. No suelen incluirse los usuarios.

Ambas intervenciones son necesarias y se complementan. La intervención individual con cada familia es especialmente relevante cuando:

- El clima familiar es de alta Emoción Expresada.
- Existen dificultades para que el usuario se vincule al recurso.
- En la familia se dan comportamientos que influyen negativamente en el usuario.
- La familia y el usuario tienen expectativas confusas.
- La familia demanda mucha atención por parte de los profesionales.
- En el caso de usuarios con un inicio reciente del trastorno, en los que la familia necesita una orientación muy personalizada.
- En la familia existen otros problemas socio-sanitarios.

Generalmente, es recomendable iniciar la intervención familiar con el grupo de familiares, ya que el espacio grupal es un primer paso para reducir la sensación de aislamiento y el estigma; permite el intercambio de experiencias e inquietudes comunes entre los familiares, en un espacio de tolerancia y no amenazante para la familia; favorece la participación activa e incrementa el compromiso y la colaboración familiar con los profesionales para el proceso de rehabilitación.

Intervenciones uni-familiares. Principios orientadores y Metodología

Metodológicamente, las entrevistas con cada familia serán en el Centro, salvo dificultades graves para desplazarse o porque queramos observar a la familia en su entorno habitual. Es recomendable que participen dos profesionales, preferiblemente psicólogo y trabajador social y que realicemos un encuadre previo que incluya los familiares que tienen que asistir y la frecuencia de las entrevistas, adaptándonos a la disponibilidad de la familia y teniendo en cuenta que los cambios son lentos. Se suele incluir al usuario, salvo en ocasiones especiales. Las intervenciones se centrarán en las necesidades expresadas por la familia y el usuario.

A modo de guía, señalamos los principios que deben orientar la intervención individual con cada familia, desde la rehabilitación:

1. Reforzar los límites intrafamiliares: favorecer la autonomía, independencia y la diferenciación como individuos de los distintos miembros de la familia, especialmente del usuario.

2. Disminuir el tiempo de contacto entre los miembros de la familia, especialmente con los padres.
3. Mejora de la comunicación dentro de la familia, utilizando las entrevistas como una oportunidad para mejorar la comunicación entre sus miembros.
4. Plantear al usuario exigencias progresivas en su desempeño cotidiano.
5. Favorecer la flexibilidad y adaptabilidad de la familia, en función de las necesidades de cada momento, evitando la rigidez en los cuidados prestados y en el desempeño de roles.
6. Abordar el futuro y prepararse para él. Aclarar expectativas y temores.
7. Atender al proyecto vital y a necesidades específicas de otros miembros de la familia, especialmente en el caso de padres mayores u otras personas dependientes.

Intervenciones multifamiliares. Metodología

La participación en el grupo de familias se propone al comienzo de la intervención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial. Esta dirigido a familiares con un contacto cercano con el usuario (padres, hermanos, esposo/a...). Se procura una cierta homogeneidad dentro del grupo en lo referente a años de evolución, grado de deterioro y diagnóstico del usuario.

Es recomendable hacer grupos específicos con familiares de usuarios jóvenes y con poco tiempo de evolución; suelen ser familias que necesitan más información y orientación y en las que es muy importante cuidar las expectativas hacia su familiar enfermo. En estas familias suele estar presente un alto grado de ansiedad, ya que están todavía en la fase de duelo y elaboración de la enfermedad.

El número medio de sesiones es de 15, con una frecuencia de una sesión semanal, de hora y media de duración durante unos cuatro meses. Las sesiones están impartidas por el psicólogo y el trabajador social.

La estructura de cada sesión suele ser la siguiente: resumen de la sesión anterior, exposición del tema del día, estimulando la participación de los asistentes y conclusiones.

En cuanto al contenido, las sesiones se dividen en tres módulos:

- Módulo informativo.
- Módulo de habilidades de comunicación y solución de problemas.
- Módulo de necesidades y recursos de los familiares.

Módulo 1. MÓDULO INFORMATIVO

Información sobre el trastorno mental severo:

- Papel activo en el cuidado de la salud.
- Qué son las enfermedades mentales. Esquizofrenia y Trastornos de personalidad.
- Ideas erróneas con respecto a la enfermedad mental.
- Síntomas y Etiología.
- Modelo de vulnerabilidad.
- Evolución. Curso y fases.

Abordaje de la enfermedad:

- Fármacos: tipos, cómo actúan y efectos secundarios.
- Intervenciones psicoterapéuticas y de continuidad de cuidados.
- Rehabilitación psicosocial.

Vivencias:

- Vivencias y creencias de la familia ante la enfermedad mental grave.

- Vivencias que experimenta el usuario en el curso de la enfermedad.
- Comportamientos ante la enfermedad.

Cómo afrontar la enfermedad:

- Prevención de recaídas: factores de riesgo y protección.
- Clima familiar. Emoción expresada.
- Expectativas.

MÓDULO 2: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Habilidades de comunicación en la convivencia familiar:

- Comunicación clara y congruente. No ocultar información.
- Escucha activa: empatía.
- Evitar la hostilidad.
- Reconocimiento de las acciones positivas.
- Realizar peticiones de modo positivo y claro.
- Acuerdo en los mensajes entre los distintos miembros de la familia.

Estrategias para una buena convivencia:

- Necesidad de establecer normas para mejorar la convivencia.
- Necesidad de plantear exigencias y responsabilidades adecuadas a su nivel. Evitar la sobreprotección.
- Plantear cambios y exigencias de forma progresiva.
- Pautas para modificar comportamientos conflictivos.
- Estrategias de solución de problemas.

MÓDULO 3: NECESIDADES Y RECURSOS DE LOS FAMILIARES

- El rol de cuidador: cómo deben "cuidarse" los cuidadores.
- Necesidades de los familiares.
- Recursos sociales y sanitarios. Apoyos.
- Aspectos legales que afectan a las personas con enfermedad mental grave y persistente y sus familiares.
- Asociacionismo y grupos de autoayuda.

Una de las sesiones finales del grupo de familias puede realizarse en la sede de la Asociación de Familiares de la zona, con el objetivo de que conozcan sus fines y actividades y favorecer la vinculación.

PROGRAMA DE VINCULACIÓN CON EL ENTORNO

8. PROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO

Cumple con la doble función de incrementar la red de apoyo así como de establecer los hábitos de comportamientos normalizados en la comunidad (estudio, trabajo, ocio) que faciliten la reinserción.

Su objetivo es la integración social del usuario en su entorno comunitario de la forma más adaptada y normalizada posible, y más específicamente:

- Reinscribir al individuo en aquellos circuitos sociales normalizados abandonados.
- Favorecer la reinserción en su entorno natural.

- Fomentar el uso de recursos normalizados.
- Acercar el uso y disfrute de las posibilidades de ocio y cultura.
- Aumento de la red de interacción social.
- Aumento del número de roles desempeñados.
- Fomento de las redes de solidaridad y autoayuda.
- Aumento de las relaciones interpersonales.
- Modificación de la autopercepción del usuario como ciudadano socialmente pasivo, así como por parte de su entorno.
- Fomentar en el entorno actitudes de aceptación e independencia.
- Fomento de círculos de amistad.

La metodología de intervención supone dos vertientes:

- a) Actividades de grupo desde el Centro, con el objetivo de fomentar el uso lúdico y recreativo de los recursos comunitarios.
- b) Actividades individuales fuera del Centro. Destinadas a facilitar la integración del usuario de forma individualizada en los diferentes recursos de su ámbito (centros culturales, asociaciones, etc.).

La evaluación de este programa se lleva a cabo mediante:

- Registro pre y post del número de recursos utilizados.
- Evaluación pre y post de la red de apoyo existente.
- Evaluación de los logros alcanzados en esos recursos utilizados.

Los módulos de los que se compone este programa son:

8.1. EDUCACIÓN DE ADULTOS

8.1.1. TÉCNICAS DE ESTUDIO

- Antes del estudio (preparación, concentración).
- Durante el estudio (lectura, subrayado, síntesis, revisión y memorización).
- Después del estudio (repasos y evaluación).

8.1.2. APOYO ESCOLAR

- Apoyo individual a los usuarios que están integrados en los diferentes circuitos educativos de la comunidad.

8.2. PROGRAMACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Teniendo en cuenta que la necesidad de estructurar el tiempo libre de los usuarios y de dar contenido a estos espacios ya se cubre desde los programas de entrenamiento o de soporte social, en este bloque de apoyo social se incluyen una serie de actividades que son menos ambiciosas en cuanto a su diseño y metodología, por cuanto están destinadas a usuarios con un aceptable manejo social y de recursos y que sólo necesitan un cierto apoyo para desarrollar estas actividades de forma normalizada.

Estas actividades de programación del tiempo libre las hemos dividido en:

8.2.1. PRÁCTICA DEPORTIVA

Este epígrafe tiene que ver con la formación de equipos deportivos desde el C.R.P.S. que funcionen de forma semi-autónoma, facilitando el Centro el apoyo necesario por parte de los profesionales, tanto para el propio funcionamiento de estos grupos como para facilitar la búsqueda de los espacios necesarios para esta práctica deportiva.

8.2.2. ACTIVIDADES DE OCIO

Son actividades destinadas a satisfacer demandas o aficiones de los usuarios y que se pueden apoyar desde el Centro de Rehabilitación. Dado que se trata de apoyar actuaciones o intereses de los usuarios no es pertinente definir cuáles pueden ser estas actividades, pero, a modo de ejemplo, podrían ir desde una peña gastronómica a un club de filatelia o coleccionismo.

8.2.3. ACTIVIDADES CULTURALES

Son actividades estructuradas en grupos pequeños de visitas a recursos comunitarios que pueden ir desde un museo a una cafetería o unos billares. Se trataría de apoyar durante un tiempo la utilización de recursos para un posterior desenvolvimiento autónomo de los usuarios.

8.3. ORIENTACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

Este programa puede ser de tal entidad que en algunas Comunidades Autónomas han optado por la creación de dispositivos específicos de rehabilitación laboral y apoyo a la inserción por el empleo. De todas formas, dentro de la oferta de servicios de un Centro de Rehabilitación debe contemplarse esta posibilidad de inserción social, por lo que en el presente documento se hará un desarrollo extenso de este programa.

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos graves y persistentes.

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de un trabajo así como la obtención de unos beneficios económicos son dos de los indicadores que más altamente correlacionan con los niveles de satisfacción tanto subjetiva como objetiva del enfermo mental (Lehman, 1982), resulta evidente que conseguir esos objetivos se convierte en algo prioritario de los programas de rehabilitación y reinserción.

La necesidad de utilizar un paso previo a la inserción en el mercado laboral mediante la rehabilitación específica lo justifica el hecho de que, en la mayoría de los casos, al igual que ocurre con otras necesidades que tiene esta población, la simple disposición de recursos no asegura un adecuado aprovechamiento de éstos por los usuarios.

Una vez seleccionadas las personas que van a participar en los programas de rehabilitación laboral se deben evaluar todos los aspectos relacionados con el ámbito laboral para posteriormente realizar las intervenciones necesarias que aumenten la probabilidad de éxito en los intentos de integración laboral y, por último, realizar un seguimiento y apoyo de los usuarios para asegurar el mantenimiento en el puesto de trabajo.

La evaluación es la fase inicial del proceso de rehabilitación laboral y un elemento clave que se articula en un continuo a lo largo de todas las fases, sirviendo como guía para ir reajustando las estrategias de intervención y apoyo.

El procedimiento más fiable para saber por dónde debe caminar el proceso de rehabilitación laboral y la futura inserción en un medio productivo es realizar la evaluación en el propio lugar donde se vaya a desempeñar el puesto de trabajo, ya que cada puesto tiene demandas y apoyos diferentes y una persona puede no tener capacidades para un puesto determinado pero sí para otro.

La evaluación se articula en torno a cuatro grandes áreas: historia formativa y laboral, orientación vocacional, habilidades de ajuste laboral y habilidades de búsqueda de empleo.

– Historia formativa y laboral:

Se trata de conocer tanto la formación reglada como la no reglada. En la primera, los datos que van a ser más útiles para poder esbozar el plan de rehabilitación son la titulación o titulaciones que posee, los motivos por los que eligió esa formación, en caso de haber finalizado los estudios si lo hizo una vez que la enfermedad había cursado, si abandonó, cuales fueron las causas, si tiene interés en retomar los estudios y, por fin, si le gustaría desempeñar un trabajo relacionado con su profesión.

En cuanto a la formación no reglada, es importante conocer, mediante la información aportada por el usuario y la familia, las razones que le llevaron a la elección de los cursos, si en ellos adquirió conocimientos que puedan

ser de aplicación a un trabajo y, como un aspecto de especial relevancia, la constancia (puntualidad, asistencia, realización de las tareas, finalización, etc.), las habilidades sociales (relación con compañeros y profesor) y, por último, la actitud ante futuros cursos de formación.

Con respecto a la historia laboral, hay que analizar con el usuario pormenorizadamente cada uno de sus empleos, cómo lo consiguió, cuáles eran sus funciones, qué tipo de contrato tenía, cuál era el salario y la jornada, en qué tareas tenía dificultades, el nivel de satisfacción con el trabajo y las relaciones sociales, las exigencias laborales que supusieron problemas y el motivo de finalización en ese empleo.

– Evaluación en orientación vocacional.

El objetivo en este área es conocer cuáles son los intereses vocacionales del sujeto, sus expectativas laborales, así como su relación con el mundo laboral y su disposición y motivación para el trabajo.

Un aspecto de especial relevancia es el grado de motivación laboral real existente. Para realizar la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Si expresa deseos de trabajar y sabe valorar las ventajas e inconvenientes del trabajo.
- Si realiza acercamientos formativos adecuados.
- Si toma iniciativas en la búsqueda de empleo.
- Si recibe ayudas económicas o pensiones.
- La situación económica familiar y la previsión económica de futuro que ha hecho la familia.
- El apoyo familiar: las iniciativas de la familia respecto a la rehabilitación del usuario.
- La red social (relaciones, frecuencia de éstas, tipo de amigos, si conocen la enfermedad, si apoyan, si están parados o activos).
- Las atribuciones sobre despidos, abandonos o problemas habidos en el trabajo, las habilidades laborales expresadas y las habilidades laborales percibidas por quien realiza la evaluación así como las limitaciones expresadas y percibidas.

– Habilidades de búsqueda de empleo.

La evaluación en técnicas de búsqueda de empleo debe proporcionar información sobre los siguientes aspectos:

- *Identificación y selección de ofertas de empleo:* Jones y Azrin (1973) llevaron a cabo una encuesta sobre cómo se llenaban las vacantes de trabajo. Más de la mitad de los empleos que se ocupan ni se anuncian ni se dan a conocer; dos tercios de los trabajos se ocupan a través de una red informal. Esto supone una dificultad para muchos pacientes con trastornos psiquiátricos que carecen de esa red informal. Debemos conocer dónde solicita empleo, si toma la iniciativa de esos acercamientos laborales o lo hace por la presión familiar o profesional, con qué frecuencia lo hace, qué sistema usa. Hay que comprobar si sabe seleccionar las ofertas que más se ajustan a su situación y si sabe discriminar las que son engañosas.
- *Elaboración de un currículum vitae:* se ofrece al usuario una breve descripción de cómo elaborar un CV y se le pide que lo haga.
- *Cumplimentación de instancias, solicitudes e impresos:* se ofrecen al usuario diferentes modelos de impresos y cuestionarios, observando las dificultades y habilidades que posee.
- *Uso del teléfono para concertar entrevistas laborales:* el evaluador, junto con el usuario, eligen una oferta laboral a la cual debe telefonar el sujeto, a fin de obtener información y, si es posible, una entrevista de trabajo.
- *Manejo de la entrevista laboral:* Sears y cols. (1971) encontraron que una conducta inadecuada como puede ser dar la impresión de que carecen de vitalidad física, dificultad en hacerse comprender o no parecer capaces de asumir responsabilidades, impide obtener un empleo.
- Para evaluar este aspecto, se puede proceder de la siguiente manera: usuario y profesional establecen una oferta idónea y, usando el role-playing, se evalúan saludo, tono y volumen de voz, aseo y cuidado personal, contacto visual, postura corporal, comentarios sobre la experiencia laboral pasada o sobre su falta de experiencia, sobre su persona, sobre el puesto, solicitud de aclaraciones, formulación de preguntas que denoten interés, respuestas a preguntas relativas a su salud, a lagunas en su CV, etc.

El epígrafe habitualmente referido a la evaluación de habilidades de ajuste laboral no se ha contemplado en el presente documento, ya que para esta valoración se haría necesario que el Centro dispusiera de talleres pre-laborales donde llevarla a cabo. Por tanto, esta información deberá provenir de fuentes externas (recursos formativos, trabajos anteriores efectuados, etc.).

Fase de intervención:

La intervención óptima en rehabilitación laboral sería aquella en que el puesto de trabajo concreto está disponible. Cuando esto no es posible, las siguientes áreas de intervención son especialmente relevantes en los procesos de rehabilitación e inserción laboral:

Orientación vocacional:

La orientación vocacional es un proceso que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustar esos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo. El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral. (Anthony y cols., 1984).

Los componentes de un programa de orientación vocacional son:

– *Adquisición de información sobre las características del mercado laboral:*

A pesar de que gran parte de los usuarios que están motivados para insertarse en el mercado laboral poseen experiencia, desconocen conceptos básicos laborales como convenio colectivo, salario mínimo, derechos laborales, tipos de contrato, etc. Por tanto, antes de analizar sus destrezas y limitaciones es preciso dotarles de la información necesaria que les sitúe en el marco en el que se va a desarrollar su futuro a partir de este momento.

El orientador laboral debe ofrecer un abanico de posibilidades para la búsqueda de esa información y dotarles de los recursos necesarios para acceder a la misma (ensayos conductuales en torno a cómo conseguir la información tanto personalmente como por teléfono).

– *Reconocimiento de las propias capacidades y limitaciones:*

Una vez conocido el mercado laboral, el entrenador debe ayudar al usuario a recabar datos sobre su experiencia laboral y formativa y a analizar éstos para que llegue a tener una idea exacta de los conocimientos que adquirió, las tareas que realizó y las destrezas que utilizó. El objetivo no es sólo la elaboración de un itinerario formativo y laboral sino que valore sus características personales, centre sus atribuciones y modifique sus actitudes negativas ante determinadas áreas laborales, así como que reconozca sus limitaciones hacia algunos trabajos.

– *Definición de intereses profesionales:*

Se trata en este momento de realizar la elección de una o varias áreas laborales ajustadas a las posibilidades reales y a las demandas del mercado laboral.

Es importante que la elección gire en torno a campos o áreas laborales y no en torno a una actividad concreta. De esta manera se aumentan las posibilidades de incorporación al mercado de trabajo.

También se deben respetar las decisiones no laborales del usuario por temor a perder pensiones, por la carencia de apoyo familiar y social, miedo, ausencia de experiencia laboral. A veces será necesario reconducir el proceso hacia objetivos ocupacionales o de ocio.

– *Apoyo a la formación profesional:*

Una vez que existe un interés vocacional medianamente definido, puede ser necesario, antes de plantearse la inserción laboral, conseguir una capacitación profesional inicial o aumentar la existente o reconvertir el currículum formativo aprovechando de él una mínima parte.

Las acciones formativas deben realizarse, en la medida de lo posible, en los circuitos formativos previstos para la población general (INEM, organismos de capacitación profesional, etc.). Sólo en aquellos casos que lo requieran se diseñarían estrategias de capacitación laboral específicas o se adaptarían las existentes.

La coordinación de los profesionales de la rehabilitación con estos recursos, así como el seguimiento y apoyo individualizado a los usuarios inmersos en procesos de capacitación profesional, se hacen en muchos casos imprescindibles para maximizar el éxito en dicha formación.

El seguimiento en la formación es, en muchas ocasiones, sobre todo si se trata del primer curso realizado o si existe una historia de fracasos, imprescindible, porque da seguridad al usuario y proporciona al profesional información sobre si debe continuar esa formación.

Este seguimiento debe realizarse respetando el anonimato de la persona si ella así lo desea. En este caso se concreta en entrevistas con el usuario en las que se analizan los aspectos directamente relacionados con el curso (interés teórico/práctico, tareas, rendimiento, asistencia, etc.), los que tienen que ver con las relaciones sociales (compañeros, formador), la distribución del tiempo (ocio, comida, transporte, asistencia al taller en su caso), aparición de síntomas psicóticos o síntomas de aviso, la opinión de la familia y la satisfacción.

Si el recurso formativo ha sido contactado por el profesional que está llevando a cabo el programa de rehabilitación y conocen el problema del usuario, se puede realizar el seguimiento en el propio lugar, contando, lógicamente con la aprobación del usuario.

Contar con la información de la familia proporciona más elementos de evaluación del proceso formativo.

En algunos casos puede verse la necesidad de realizar *entrenamientos en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral* en el centro de rehabilitación, dotándolo de talleres prelaborales.

Son muchos los estudios cuyas conclusiones avalan una relación significativa entre habilidades de ajuste laboral y desempeño de un trabajo en el futuro.

El lugar más adecuado para desarrollar todos estos hábitos y habilidades es aquel que mejor simule un trabajo real, los talleres rehabilitadores, cuyo carácter rehabilitador se fundamenta en que no son específicamente formativos, no se enseña un oficio, ni productivos por lo cual no dependen de la obtención de un rendimiento económico, sino que las tareas se supeditan a las necesidades individuales de cada persona.

Estas tareas las determina el maestro de taller, el cual debe establecer con el usuario una relación similar a la de cualquier trabajador con su supervisor.

Debe conocer, asimismo, las peculiaridades del colectivo con el que trabaja y tener una mínima formación en cuanto a los principios del aprendizaje y las técnicas más comúnmente utilizadas para implementar conductas en el área laboral, como son instrucción verbal, modelado, reforzamiento, moldeamiento, encadenamiento, etc.

Las tareas son asignadas según los hábitos y habilidades que se quieran entrenar o potenciar, por lo cual deben tener las siguientes características:

- Ser lo suficientemente interesantes como para despertar el interés y no tanto como para convertirse en un factor de estrés.
- Ajustadas a las necesidades del usuario, permitiendo paliar sus déficits y potenciar sus capacidades.
- Ajustadas a las expectativas vocacionales del usuario, pero dentro de sus capacidades, evitando que puedan ser un motivo de frustración.
- Que permitan un aumento del grado de complejidad, abarcando el progreso laboral del usuario.
- Tienen que despertar intereses vocacionales o modificar los intereses desajustados que el usuario pueda tener.
- Susceptibles de desarrollarse individualmente o en equipo, dependiendo de los objetivos marcados con cada persona.

Los déficit más comunes en la población con enfermedad mental crónica que suponen una dificultad para conservar el empleo y que, por tanto, son objeto de entrenamiento, son:

- La asistencia y la puntualidad: en la primera influyen muchos factores como son unos hábitos de sueño desajustados y arraigados desde tiempo atrás y fundamentalmente la motivación para iniciar el proceso de rehabilitación laboral. Una buena evaluación de estos aspectos ofrecerá un punto de partida para iniciar el cambio. Un problema más frecuente aún es la impuntualidad que puede denotar también falta de motivación o un problema de organización y planificación del tiempo. Un recurso útil para eliminar este problema puede ser que el usuario asuma la responsabilidad de tener a punto el material para el inicio de la jornada o que participe en una tarea de equipo en la que es imprescindible su presencia desde el primer momento.

- La falta de iniciativa. Sobre este punto, Anthony (1988) señala la incapacidad del sujeto para dar directrices. Estas dificultades se resumen en una carencia de iniciativa en tareas que ya conoce y en dificultades para planificar y organizar. El maestro de taller debe reforzar las iniciativas aunque no conduzcan a la realización perfecta de la tarea y fomentar la independencia, con los pasos sucesivos que cada persona requiera.
- La baja tolerancia al trabajo prolongado, al trabajo repetitivo y a los cambios de tarea. El usuario suele desconfiar de su resistencia y relacionar el cansancio con el desequilibrio psíquico. Una buena información al respecto y el acuerdo de un aumento progresivo del horario son estrategias que suelen resultar eficaces. También desconfía de su capacidad de aprendizaje y su memoria, por lo cual el acercamiento a trabajos que requieran cambios de tarea o encadenamientos debe realizarse de forma paulatina y con el conocimiento previo del usuario.
- Desconoce las habilidades sociales en ambiente laboral. No reconoce lo que ha hecho mal, o bien culpa a los compañeros o al supervisor o bien se atribuye toda la culpa. Se aísla, no se relaciona o lo hace de forma exagerada interfiriendo en el trabajo de sus compañeros.

El entrenamiento en habilidades sociales en el taller rehabilitador está implícito en la propia actividad laboral y en las relaciones naturales que se establecen entre los compañeros de trabajo. El entrenador debe fomentar esas relaciones programando actividades de equipo que disminuyan el aislamiento, dando instrucciones verbales para disminuir el exceso de relación e interferencia y potenciando que se creen relaciones personales por afinidades.

Otro aspecto que requiere una especial atención es la capacidad para ofrecer y solicitar ayuda. Solicitar ayuda es un signo de la buena capacidad de afrontamiento y resolución de problemas y ofrecerla indica un buen repertorio conductual y un talante solidario. Ambas habilidades deben ser fomentadas, y el usuario que las posee bien porque ya existía en su repertorio conductual o porque las ha adquirido a lo largo del proceso rehabilitador debe convertirse en modelo para el resto de los usuarios.

Habilidades de ajuste laboral	
<p>1. Hábitos Básicos de Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia. • Puntualidad. • Hábitos de higiene. • Manejo de equipo y herramientas. • Cuidado del material. • Continuidad en la tarea. • Resistencia a la fatiga. • Resistencia a la monotonía. • Reacción a los cambios de trabajo. • Cumplimiento del horario laboral. • Higiene y seguridad en el trabajo. • Utilización de ropa de trabajo. 	<p>2. Habilidades sociales en ambiente laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción con compañeros. • Capacidad para iniciar y mantener conversaciones. • Capacidad para ofrecer o solicitar ayuda. • Capacidad para expresar críticas o valoraciones. • Administración del tiempo de ocio. • Independencia de la supervisión/ autonomía en el trabajo. • Capacidad de dirigir el trabajo de los compañeros. • Capacidad para tolerar críticas. • Aceptación de la autoridad.
<p>3. Habilidades centradas en la tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velocidad de producción. • Calidad de producción. • Habilidades para cambiar de tarea. • Iniciativa y creatividad. • Habilidades para trabajar en equipo. • Capacidad de adaptación a diferentes tareas. 	<p>4. Habilidades Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención y concentración. • Comprensión y seguimiento de instrucciones. • Memoria para las instrucciones. • Habilidades de resolución de problemas. • Capacidad de aprendizaje.

Estos son algunos de los aspectos a trabajar en los talleres rehabilitadores, pero no son ni los más importantes ni los únicos. Un proceso continuo de evaluación irá dando las pautas de actuación con cada usuario en cada momento concreto. El siguiente cuadro resume los componentes básicos de las habilidades de ajuste laboral:

La tipología de talleres tendrá en cuenta todos estos aspectos y el entorno geográfico donde esté ubicado el centro (rural, urbano, metropolitano) y las oportunidades laborales que ofrece (empresas en expansión, sectores de producción, acuerdos institucionales para contrataciones laborales, etc).

Poder contar con más de un taller posibilita el entrenamiento en diferentes contextos, que requieren capacidades diferentes.

Es recomendable incluir al menos dos áreas laborales y una tercera complementaria, para ajustarse a los perfiles de los diferentes usuarios y poder entrenar diferentes capacidades

Estas áreas son:

ÁREA ADMINISTRATIVA

Comprende todo tipo de actividades laborales que se relacionan con la preparación y planificación de trabajos administrativos, técnicas de comunicación escritas: tareas administrativas y operadores de máquinas de oficina, para lo cual se necesita contacto con todos los programas informáticos y ofimáticos que hoy en día están en uso, así como el conocimiento de aspectos del almacenamiento de datos, archivado, telefonía y su manejo, internet y diferentes técnicas de clasificación y encuadernación de documentos.

Perfil del usuario:

- Preferencia por trabajos sedentarios.
- Gusto por el orden.
- Resistencia a la monotonía.
- Rapidez perceptiva.
- Memoria retentiva.
- Razonamiento y fluidez verbal.
- Aptitud numérica y espacial.
- Creatividad.
- Temperamento abierto y dinámico.

ÁREA DE OFICIOS

Engloba todas las ocupaciones relacionadas con el diseño, fabricación, mantenimiento y reparación. Incluye, por tanto, una extensa gama de actividades en su mayoría de carácter práctico y manipulativo dentro de los sectores de Carpintería, Electricidad, Electrónica y Fontanería.

Perfil del usuario

- Preferencia por actividades manipulativas.
- Habilidad y destreza manual.
- Buena percepción espacial.
- Capacidad para el razonamiento mecánico.

ÁREA ARTESANAL

Área profesional relacionada con la artesanía y orientada al conocimiento de técnicas decorativas aplicables a diferentes soportes (tejidos, madera, papel, etc.), así como al campo de la encuadernación artesanal y la restauración de muebles.

Perfil del usuario

- Tenacidad y meticulosidad.
- Creatividad.

- Sentido de la observación.
- Destreza manipulativa.
- Percepción espacial.

Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo

Con este entrenamiento se pretende que el usuario adquiera las habilidades y conocimientos necesarios para encontrar y acceder a un empleo.

Usando técnicas de modelado, moldeamiento, instrucciones, ensayo conductual, registros y autorregistros, se intenta que adquiera las siguientes habilidades en búsqueda de empleo:

1. Aprender a manejar las fuentes de información laboral: se le dotará de información sobre dónde solicitar empleo y se le entrenará para que sea constante y regular en el manejo de esas fuentes, llevando a cabo registros de los contactos laborales.
2. Aprender a discriminar las ofertas adecuadas de las engañosas.
3. Aprender a realizar un currículum, elaborándolo de la forma más beneficiosa para él.
4. Cumplimentar instancias, solicitudes e impresos. En caso de problemas de lecto-escritura, se abordará en primer lugar este problema.
5. Uso adecuado del teléfono para concertar entrevistas laborales: saludo, solicitar información, no realizar comentarios negativos, averiguar datos sobre la empresa, concertar la entrevista, etc.
6. Manejo de entrevistas laborales. Se enseñarán al sujeto todas las habilidades necesarias para el desarrollo de una entrevista.

Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo

Cuando la persona ha tomado la decisión de empezar a trabajar y simultáneamente al proceso de entrenamiento previo, los profesionales deben informarle y debatir con él aspectos importantes que van a influir en el tipo de opción laboral más adecuada o en la elección de opciones no laborales. Básicamente el usuario tiene que tener la siguiente información:

- El INEM gestiona el programa de "RENTA ACTIVA DE INSERCIÓN" (regulado en el RD-L 5/2002) para colectivos especialmente desfavorecidos o en riesgo de exclusión tales como parados de larga duración mayores de 45 años o personas con discapacidad que no puedan acceder al sistema de protección por desempleo y sus rentas sean inferiores al 75% del salario mínimo interprofesional.

La cuantía de la renta es del 80% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) mensual vigente en cada momento. Para el año 2006: 479,2 €/mes.

Esta renta consiste en la percepción durante 11 meses como máximo, de una renta del 80% del IPREM excluida la parte proporcional de las pagas extras. Esta renta es compatible con el trabajo por cuenta ajena a tiempo parcial y completo y con el trabajo autónomo. A cambio, el desempleado debe suscribir un "compromiso de actividad" en virtud del cual debe acatar lo que decida el INEM o las entidades colaboradoras en cuanto a programas de empleo.

El pago de la renta se realiza por mensualidades de treinta días dentro del mes inmediato siguiente al que corresponde el devengo. En el primer pago se descuenta el importe de los diez primeros días, que se regularizarán cuando se cause baja en el programa o cuando se agote la duración de la renta.

La renta activa de inserción se percibe transcurrido un período de un mes desde la fecha de incorporación al programa, plazo destinado a iniciar la aplicación de las acciones de inserción laboral, salvo en el caso de las víctimas de violencia de género que hayan obtenido del juez una orden de protección, que iniciarán el devengo de la cuantía de la renta a partir del día siguiente a la fecha de solicitud de admisión al programa.

La renta activa de inserción es compatible:

- Con las becas y ayudas, de cualquier naturaleza, que se pudieran obtener por la asistencia a acciones de formación profesional vinculadas al Plan nacional de formación e inserción profesional.
- Con el trabajo por cuenta ajena a tiempo parcial, en cuyo caso la cuantía de la renta activa de inserción que se abone al trabajador se reduce a la mitad, y el período de la renta pendiente por percibir mientras se compatibiliza con ese trabajo, se amplía al doble.

La realización del trabajo por cuenta ajena a tiempo parcial no supone la baja en el programa durante el tiempo en que el trabajo se compatibilice con la percepción de la renta activa de inserción; no obstante, durante ese tiempo no se exige el cumplimiento de las obligaciones como demandante de empleo, salvo renovar la demanda de empleo, ni la participación en acciones de inserción laboral. La no renovación de la demanda de empleo en la forma y fechas que se determinen en el documento de renovación de la demanda, durante el período que se compatibilice la renta activa de inserción con el contrato a tiempo parcial supone la baja definitiva en el programa.

La renta activa de inserción es incompatible:

- Con la obtención de rentas de cualquier naturaleza que hagan superar los límites establecidos para la renta de inserción, no computándose a esos efectos las rentas que provengan de acciones o trabajos compatibles con la percepción de la renta.
- Con la percepción de prestaciones o subsidios por desempleo, o de la Renta Agraria.
- Con las pensiones o prestaciones de carácter económico de la Seguridad Social que sean incompatibles con el trabajo o que, sin serlo, excedan en su cuantía de los límites establecidos para la renta de inserción.
- Con la realización simultánea de trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena a tiempo completo.
- Con las ayudas sociales que se pudieran reconocer a las víctimas de violencia de género que no puedan participar en programas de empleo.

Además, pueden percibirse otras ayudas económicas en los casos siguientes:

- Ayudas para cambio de residencia de víctimas de violencia de género.
Las víctimas de la violencia de género que se hayan visto obligadas y acrediten cambio de su residencia en los 12 meses anteriores a la solicitud de admisión al Programa, o durante su permanencia en éste, pueden percibir en un pago único una ayuda suplementaria de tres meses de renta activa de inserción sin que ello minore la duración de dicha renta.
- Ayudas para incentivar el trabajo.
Los trabajadores admitidos al Programa que realicen un trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena a tiempo completo, percibe una ayuda equivalente al 25% de la cuantía de la renta durante un máximo de 180 días, con independencia del número de contratos de trabajo o actividades por cuenta propia realizadas. La percepción de la ayuda no minorará la duración de la renta activa de inserción.

MEDIDAS PARA EL FOMENTO DEL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El RD-L 5/2002, de 24 de mayo, incorporó algunas medidas para el fomento de empleo de las personas con discapacidad y que se han conservado en la Ley 45/2002, de 12 de diciembre:

- Se ha modificado (Disposición adicional quinta de la Ley 45/2002), tal como había propuesto el CERMI, el régimen de exclusiones para la obtención de ayudas y bonificaciones: la Disposición Adicional Tercera del Estatuto de los Trabajadores, que se refiere a los programas de fomento de empleo excluía de ellos "las contrataciones llevadas a cabo por el cónyuge o familiares por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive del empresario o de quienes ostenten cargos de dirección o sean miembros de los órganos de administración de las empresas que revistan la forma jurídica de sociedad". Esta exclusión afectaba a personas con discapacidad que no tienen otra posibilidad de obtener un empleo si no es en empresas familiares.

La Ley 45/2002 incorpora modificaciones a propuesta del CERMI y por enmiendas formuladas por CIU, que se han plasmado también en el Acuerdo de 3 de diciembre de 2002 suscrito por el MTAS y el CERMI:

- Apoyo al empleo de minusválidos mediante el establecimiento del "coste cero" de Seguridad Social de los contratos para sustituir aquellos que causan baja por incapacidad temporal (Disposición Adicional Novena de la Ley 45/2002). Se ha introducido además una bonificación del 100% de todas las cuotas empresariales a la Seguridad Social derivadas de los contratos de interinidad suscritos con trabajadores minusválidos desempleados que sustituyan a un trabajador minusválido durante la situación de incapacidad temporal y mientras dure ésta.
- Adaptación de la formación teórica en el contrato de formación celebrado con una persona con discapacidad con necesidades especiales (Disposición Adicional Décima de la Ley 45/2002).

La obligación que establecía el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores en cuanto a que la formación teórica de los contratos de aprendizaje no pueda ser inferior a un 15% de la jornada se redacta en los siguientes términos en el caso de las personas con discapacidad: "cuando el trabajador contratado para la formación sea una persona con discapacidad psíquica, la formación teórica podrá sustituirse, total o parcialmente, previo informe de los equipos multiprofesionales de valoración correspondientes, por la realización de procedimientos de rehabilitación o de ajuste personal y social en un centro psicosocial o de rehabilitación sociolaboral".

LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO (CEE):

Están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de abril), en su título VII como "aquellos (centros) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado". Estos centros están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre y por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, que regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los CEE.

Lo que el trabajador debe saber

- Se permite cualquier modalidad contractual, pero en todo caso se formalizará por escrito.
- La duración del contrato será indefinida, temporal o por duración determinada en los supuestos previstos en el Art. 15 del ET.
- Para contratos de trabajo a domicilio (ajustado al Art.13 del ET) se caracteriza por:
 - No se pueden realizar con personas con minusvalía psíquica.
 - El equipo Multiprofesional deberá informar previamente a la realización del contrato y realizará su seguimiento.
 - El contrato deberá recoger las necesidades técnicas del puesto y las medidas de ajuste personal y social.
- En cuanto al tiempo de trabajo, se estará a lo dispuesto en la sección quinta del capítulo segundo del Título I del ET, con las siguientes peculiaridades:
 - Están prohibidas las horas extraordinarias, salvo las necesarias para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios.
 - Las ausencias del trabajador para tratamientos de rehabilitación médico-profesional, formación, orientación y readaptación profesional serán retribuidas, siempre que no excedan de diez días al semestre.

COMPATIBILIDAD ENTRE LAS PENSIONES Y EL EMPLEO

Las PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS son compatibles con los ingresos del trabajo, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, hasta el límite del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM). A partir de dicho límite, la prestación se reduce en una cantidad igual al 50% de la renta percibida por encima de tal cuantía. (Ley 8/2005, de 6 de junio)

"En el caso de personas que con anterioridad al inicio de una actividad lucrativa vinieran percibiendo pensión de invalidez en su modalidad no contributiva, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, la suma de la cuantía de la pensión de invalidez y de los ingresos obtenidos por la actividad desarrollada no podrán ser superiores, en cómputo anual, al importe, también en cómputo anual, del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) vigente en cada momento. En caso de exceder de dicha cuantía, se minorará el importe de la pensión en el 50% del exceso sin que, en ningún caso, la suma de la pensión y de los ingresos pueda superar 1,5 veces el IPREM. Esta reducción no afectará al complemento previsto en el apartado 6 del artículo 145 de esta Ley."

Esto significa que el importe íntegro de la PNC (301,55 €/mes) es plenamente compatible con ingresos que no superen los 177,85 €/mes (alcanzando la suma de ingresos y pensión la cuantía de 479,2 €/mes, equivalente al IPREM vigente en 2006).

En caso de exceder de dicha cuantía, también es compatible el trabajo y la percepción de la pensión, pero se minorará el importe de la pensión en el 50% del exceso, sin que, en ningún caso, la suma de la pensión y de los ingresos pueda superar 1,5 veces el IPREM. Es decir el cálculo de la diferencia entre la pensión y el IPREM incrementado en un 50% (718,8 €) parte no de la totalidad de aquella, sino de la pensión ya reducida con el 50% del exceso.

Por último, la Ley prevé que, en todo caso, la reducción que la pensión pueda experimentar (por superar la suma de su importe más los ingresos por la actividad la cuantía del IPREM) no afecta al complemento por ayuda de tercera persona, por lo que aquellos beneficiarios que lo tengan reconocido, conservarán íntegro el derecho a percibir su importe total (452,33 €/mes).

La PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO es compatible con los ingresos obtenidos por una actividad laboral remunerada por cuenta ajena o propia siempre que el trabajador continúe conviviendo con el beneficiario de la prestación y que los ingresos anuales en concepto de rendimientos del trabajo no superen el 75% del salario mínimo interprofesional, también en cómputo anual. Esto se mantiene aunque la afiliación del trabajador suponga su inclusión en un régimen de Seguridad Social distinto al que esté afiliado el beneficiario de la prestación. (Ley. 52/2003).

Una vez realizadas estas consideraciones es el momento de plantearse la opción de inserción laboral más válida. Las diferentes alternativas de inserción laboral se resumen a continuación:

- *Inserción en el mercado laboral ordinario:*

El método más usado por las personas con trastornos mentales para acceder a un empleo es ocultar su situación. Esto incrementa sus posibilidades de encontrar empleo.

Hay pruebas (Farina y cols., 1971) de que los pacientes se desenvuelven mejor en una entrevista si creen que los entrevistadores desconocen sus antecedentes psiquiátricos. Cuando la persona persiste en manifestar su condición de enfermo mental, o sus dificultades para afrontar una entrevista son muy grandes, la inserción se realiza mediante intermediación laboral, contactando con empleadores concienciados o con buena experiencia con otros pacientes psiquiátricos.

En el empleo ordinario, el sujeto localiza el puesto de trabajo y accede a él sin la intermediación visible de ningún agente. Pero el equipo rehabilitador interviene en unos casos facilitando el empleo, en otros, realizando entrenamientos exhaustivos en todos los pasos para conseguir empleo (seleccionar ofertas de empleo, concertar citas, preparar las entrevistas y analizar después cada una de ellas, etc.).

En este contexto una opción que está resultando interesante a pesar de todas las críticas que se le puedan hacer son las **Empresas de Trabajo Temporal** (ETT). Desde su regulación en 1994, este tipo de empresas proliferaron e incrementaron notablemente su actividad, a la vez que los derechos laborales y la protección social de los trabajadores fueron disminuyendo. Los trabajadores contratados para ser cedidos a las empresas usuarias no sólo sufrieron la precariedad laboral derivada del carácter temporal de este tipo de contratación sino que sus salarios eran también inferiores a los de los trabajadores de la empresa usuaria, la cual, además aprovechaba, en muchas ocasiones esta fórmula por ser más flexible y barata para tener trabajadores por períodos largos de tiempo, a veces años, sin ningún compromiso y con una reducción importante en sus derechos (vacaciones, días libres, etc.).

Esta situación lleva a promulgar una Ley (Ley 29/1999, de 16 de julio) que modifica la anterior introduciendo cambios en diferentes artículos. En especial, hay que destacar el que se refiere al artículo 11 de la Ley 14/1994 que asegura al trabajador una retribución al menos igual que la del trabajador de la empresa usuaria, excepto que por convenio de la ETT se establezcan retribuciones más altas, en cuyo caso se aplicarían éstas.

Estas empresas tienen grandes ventajas para nuestra población, para momentos y situaciones puntuales. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Menor competitividad en los procesos selectivos. Son poco exigentes tanto en la entrevista de selección como en la cualificación exigida o en la experiencia laboral previa.
- Disponen de un abanico amplio de ofertas laborales en trabajos poco cualificados y en diferentes jornadas.
- Vuelven a ofertar puestos, aunque haya habido despido.
- Ofertan contratos de poca duración que son de enorme utilidad para personas que no tienen experiencia laboral o para las que tienen un pasado laboral caracterizado por los abandonos.

La inserción en el empleo ordinario es la fórmula ideal y la más utilizada por ser la que más puestos ofrece. Otra alternativa a tener en cuenta para la integración laboral de las personas con enfermedad mental grave es la del Empleo Protegido, que en España se articula a través de las fórmulas de los *Centros Especiales de Empleo* (CEE) y las *Empresas de Inserción*.

Los CEE están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de abril), en su título VII como "aquellos (centros) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado". Estos centros están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre y por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, que regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los CEE.

Se constituyen como empresas que operan en el mercado pero con unas características específicas que le dan el carácter de empleo protegido y que se resumen en el siguiente cuadro:

CARACTERÍSTICAS	INCENTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Es requisito previo contar con la autorización administrativa e inscripción en un Registro Oficial del INEM o de la CA con competencias en la materia. • Se permite cualquier modalidad contractual, pero en todo caso se formalizará por escrito. • La duración del contrato será indefinida, temporal o por duración determinada en los supuestos previstos en el Art. 15 del ET. • Para contratos de trabajo a domicilio (ajustado al Art.13 del ET) se caracteriza por: <ul style="list-style-type: none"> – No se pueden realizar con personas con minusvalía psíquica. – El equipo Multiprofesional deberá informar previamente a la realización del contrato y realizará su seguimiento. – El contrato deberá recoger las necesidades técnicas del puesto y las medidas de ajuste personal y social. • El porcentaje mínimo de trabajadores discapacitados es el 70%, no computándose a estos efectos el personal no minusválido dedicado a tareas de ajuste personal y social. • En cuanto al tiempo de trabajo, se estará a lo dispuesto en la sección quinta del capítulo segundo del Título I del ET, con las siguientes peculiaridades: <ul style="list-style-type: none"> – Están prohibidas las horas extraordinarias, salvo las necesarias para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios. – Las ausencias del trabajador para tratamientos de rehabilitación médico-profesional, formación, orientación y readaptación profesional serán retribuidas, si no exceden de diez días al semestre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas a la contratación: <ul style="list-style-type: none"> – Subvención para inversión de 12.020,24 € por cada puesto creado para un trabajador minusválido, si estos representan más del 90% de la plantilla. – Subvención para inversión de 9.015,18 € por cada puesto creado para un trabajador minusválido, si estos representan entre el 70 y el 90% de la plantilla. • Ayudas al mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> – Bonificación del 100% de la cuota empresarial total a la Seguridad Social. – Subvención mensual, por cada trabajador minusválido de hasta el 50% del SMI. • Subvención para adaptación de puesto de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas por una cuantía no superior a 1.803,04 €. • Subvención por una sola vez para equilibrar o sanear financieramente los centros. • Subvención para equilibrar el presupuesto de los centros sin ánimo de lucro. • Subvenciones para asistencia técnica de hasta el 50 o el 100%. • Los Centros Especiales de Empleo están exentos del pago del IVA en las subvenciones públicas (regla de prorata).

Los CEE como fórmula de integración laboral pueden resultar interesantes para las personas con enfermedad mental grave, aunque a la luz de la experiencia de estos años conviene indicar algunas de sus dificultades o limitaciones:

- La práctica totalidad de estos centros surgió del movimiento asociativo que incorporó entre sus reivindicaciones los conceptos de normalización e integración. Pero estas reivindicaciones resultaron ser parciales no llegando a trasladarse al ámbito laboral. Muchas personas formaban parte de las plantillas de estos centros sin aportar un rendimiento y por tanto un beneficio económico, sino que se mantenían en ellos con un carácter humanitario y por el beneficio social asociado al trabajo y no por el trabajo en sí.

- Por otra parte, el propio sistema no tiene los mecanismos adecuados para que los recursos cumplan la función para la que fueron diseñados, no habiéndose establecido un control para que se dé la transición desde los Centros Ocupacionales a los CEE y de éstos a la empresa ordinaria, tal como prevé la LISMI, con lo cual estos centros, en muchos casos se han convertido en guetos segregados.

Conscientes de esta dificultad, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el CERMI en el acuerdo firmado entre ambas partes (II PLAN DE EMPLEO MTAS-CERMI 2002-2004) se han comprometido a regular durante el 2003 los Enclaves Laborales¹ para facilitar el tránsito al empleo ordinario en el marco de las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2%. El Acuerdo sólo marca unos mínimos en relación a:

- Favorecer el tránsito desde los CEE al empleo ordinario.
- Mantener las garantías laborales que tiene el trabajador en el CEE.
- Permitir la actividad laboral y la práctica profesional en un entorno real de trabajo.
- Facilitar a la empresa un mejor conocimiento de las aptitudes reales de los trabajadores con discapacidad de los CEE.
- Posibilitar el cumplimiento temporal por la empresa ordinaria de la obligación de reserva de empleo para trabajadores con discapacidad.
- Crear más empleo en los CEE.

Pero este Acuerdo² no puede cumplir los objetivos que persigue si no se llevan a cabo las mejoras propuestas por CC.OO. entre las que destacan las siguientes:

- Se debe contemplar que los trabajadores del enclave trabajen en el entorno físico de la Empresa Colaboradora, dependiendo funcionalmente del empresario receptor, aunque sea el CEE el que proporcione un preparador laboral de apoyo e intermediación.
- El contrato deberá ser temporal, no por obra o servicio, por la duración del convenio de colaboración, el cual no debería superar los tres años.
- La Empresa Colaboradora debería asumir el compromiso de contratación indefinida de, al menos, un 25% de los trabajadores del enclave, o en su defecto devolver las subvenciones.
- El CEE deberá reingresar en su plantilla a los trabajadores no contratados por la Empresa Colaboradora, en las mismas condiciones que al inicio del Convenio.

Otra fórmula prevista por dicho acuerdo para favorecer el tránsito a la empresa ordinaria es la creación de Unidades de Apoyo en los Centros Especiales de Empleo³.

¹ Tienen como misión implantarse en el tejido productivo normalizado y plenamente competitivo, en unidades de producción dependientes directamente de un CEE. En dichas unidades prestan servicios trabajadores con discapacidad pertenecientes a un CEE. Se han regulado mediante el real Decreto 290/2004 de 20 de febrero (B.O.E. 21 de febrero de 2004).

² Texto original del Acuerdo en cuanto a los enclaves: "Los enclaves laborales pueden suponer una medida de utilidad para facilitar la transición desde el empleo "protegido" al ordinario, y su regulación deberá dar una respuesta adecuada a los siguientes objetivos:

- 1º. Favorecer el tránsito del empleo "protegido" al ordinario, con asunción de compromisos de contratación, en su caso, de trabajadores pertenecientes al CEE, por la empresa que los recibe. Este objetivo se adecuará a la duración del enclave y al grado de discapacidad que concurra en cada caso.
- 2º. Permitir a los trabajadores con discapacidad de un CEE que desarrollen su actividad laboral en un entorno real de mercado de trabajo plenamente competitivo, pero con el mantenimiento de determinadas garantías, completando, en todo caso, su práctica profesional.
- 3º. Conseguir que la empresa en la que se realiza el enclave tenga un mejor conocimiento de las aptitudes reales de los trabajadores con discapacidad, como paso previo a su eventual incorporación a la plantilla de la empresa, y, en su caso, facilitar con ello el cumplimiento de la obligación de la cuota de reserva del 2% con la contratación de trabajadores. Entre tanto, si la empresa no tuviera el número de trabajadores discapacitados necesarios para cumplir dicha cuota, el enclave se podrá tener en cuenta temporalmente para dar por cumplida excepcionalmente dicha obligación.
- 4º. Posibilitar el crecimiento de la actividad productiva desarrollada por los Centros Especiales de Empleo y, por tanto la contratación por éstos de nuevos trabajadores con discapacidad, que normalmente provienen de la inactividad, para suplir a los trabajadores desplazados al enclave".

³ Texto original del Acuerdo en cuanto a las Unidades de Apoyo: "El empleo con apoyo consiste en la orientación y el acompañamiento individualizado a aquellos minusválidos con especial dificultad de inserción en el mercado de laboral. Deberá servir como mecanismo que facilite el tránsito al empleo ordinario de trabajadores discapacitados de Centros Especiales de Empleo que requieran, bien por las características específicas de su discapacidad y/o bien por su situación psicosocial, un apoyo de personal especializado.

El empleo con apoyo implica la utilización de personal especializado para facilitar la inserción individualizada o en muy reducidos grupos de personas con un grado de discapacidad física igual o superior al 65%, con retraso o enfermedad mental o parálisis cerebral. Estos tutores laborales procederán del servicio de ajuste personal y social de los centros especiales de empleo. Su función será la orientación y el acompañamiento individualizado de las personas con discapacidad con especial dificultad de inserción.

La financiación de los costes del acompañamiento de este programa se cubrirá con cargo a la dotación anual del programa de integración laboral de minusválidos".

Otra medida de este acuerdo es modernizar los Servicios de ajuste personal y social de los CEE, impulsando durante 2003 las modificaciones normativas necesarias para apoyar la financiación de los costes laborales y de Seguridad Social de los trabajadores de ajuste personal y social en los CEE en los que trabajen personas con un grado de discapacidad física igual o superior al 65%, con retraso mental, enfermedad mental o parálisis cerebral.

Este personal de ajuste realizará un trabajo de intervención y orientación para hacer frente y superar las dificultades que aparecen en el proceso de incorporación plena a un puesto de trabajo y de permanencia y constancia en el mismo. Se mencionan explícitamente las funciones de este personal, algo que, a nuestro juicio, es de una gran importancia⁴.

Las *Empresas de Inserción* (EI) se definen como "estructuras de aprendizaje que reproducen las condiciones de trabajo y las relaciones laborales de una empresa, cuyos promotores, mediante una iniciativa empresarial y estando sensibilizados con el problema de la integración laboral de personas en exclusión social, proporcionan un trabajo real en condiciones reales de empresa".

Teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de estas personas, realizan un itinerario personal donde se adquieran las habilidades y experiencias necesarias para desenvolverse con garantías en el mundo laboral.

Actualmente la presencia de enfermos mentales en este tipo de empresas es prácticamente inexistente, pero por su filosofía puede ser de enorme interés para nuestro colectivo, aunque cuentan aún con grandes dificultades, que se resumen a continuación:

- No existe un marco legislativo estatal de apoyo a las EI, lo que supone una enorme carencia y dificultad añadida al trabajo que realizan. Los diferentes tipos de estructuras y de empresas son a efectos jurídicos inexistentes. Sólo están reguladas en algunas Comunidades Autónomas, sólo en una, la Catalana, con rango de Ley.
- Su escasez de recursos económicos imposibilita la contratación de personal cualificado.
- Es difícil mantener el equilibrio entre la actividad económica que desarrollan y el fin social que las promueve (una EEII tiene que ser productiva y no debe de estar sujeta a subvenciones, pero no puede dejar que la necesidad de obtener recursos interfiera en la labor de inserción y formación que pretende llevar a cabo).
- Es difícil ofrecer bienes y servicios que superen la calidad que exige la empresa privada (al ser colectivos socialmente marginados existe el riesgo de conformarse con unos niveles de calidad que no son suficientes en un medio competitivo).
- Habría que buscar nuevos mercados, diversificando sus productos o servicios dentro de una misma empresa y del sector de EEII en general, puesto que el abanico de actividades donde se mueven es reducido.
- Cuentan con una falta de apoyo y recursos para desarrollar una formación específica adaptada.
- Las EEII tienen un carácter temporal para los trabajadores. Sin embargo la falta de una ley de apoyo las está convirtiendo en empresas de permanencia (se ven obligadas a mantener a los mismos trabajadores sin poder dar paso a otras personas).

El siguiente cuadro resume las diferentes legislaciones de las empresas de inserción:

⁴ Texto original del Acuerdo: "Las funciones de este personal serán, además de las establecidas con carácter general en la Orden Ministerial de 16 de octubre de 1998, las siguientes:

- Detectar y trabajar sobre todas aquellas necesidades de apoyo que surjan en los trabajadores en el desarrollo de la actividad productiva.
- Desarrollar los entornos adecuados para que el trabajador desarrolle su actividad profesional según parámetros de calidad.
- Desarrollar e implantar los procesos en los que el trabajador sea más competente y más competitivo.
- Desarrollar cuantos programas de formación sean necesarios para adecuar al trabajador a nuevas tecnologías o a nuevos procesos productivos.
- Establecer los criterios que definan un puesto de trabajo de calidad.
- Favorecer la incorporación de nuevos trabajadores a los centros especiales de empleo mediante el establecimiento de los apoyos adecuados a tal fin.
- Establecer apoyos individualizados para cada puesto de trabajo y para cada trabajador.
- Desarrollar e implantar procesos de promoción al ámbito de la empresa ordinaria a todos aquellos trabajadores que muestren aptitudes y actitudes para ello.
- Orientación y el acompañamiento individualizado a aquellos minusválidos con especial dificultad de inserción en el mercado de laboral en su proceso de incorporación a una empresa ordinaria (empleo con apoyo).
- Detectar e intervenir en los posibles procesos de deterioro evolutivo.
- Favorecer y potenciar la autonomía e independencia de los trabajadores en su puesto de trabajo.
- Establecer las relaciones con el entorno más cercano al trabajador para que éste sea un apoyo en la incorporación al puesto de trabajo y en la estabilidad del mismo".

	CATALUÑA	CANARIAS	MADRID
Normativa reguladora	Ley 27/2002, de 20 de diciembre, de Medidas Legislativas para regular las empresas de inserción.	Decreto 32/2003, de 10 de marzo, por el que se regula la inserción sociolaboral en empresas de inserción.	Decreto 327/2003, de 13 de marzo, por el que se regula la colaboración de las empresas de promoción e inserción laboral de Madrid en situación de exclusión social con la Comunidad de Madrid y se establecen medidas de fomento de su actividad.
¿Quiénes son estas personas?	Se incluyen los colectivos recogidos en el programa de fomento de empleo estatal (art. 471 de la Ley 53/2002) y además: <ul style="list-style-type: none"> - Personas con discapacidad. - Parados de larga duración mayores de 45 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas desempleadas más de dos años. - Personas con más de un año de desempleo con alguno de los siguientes supuestos: <ul style="list-style-type: none"> - Tener más de 35 años, tener entre 18 y 25 años y no haber completado la escolaridad obligatoria o proceder de la red de protección de menores, estar a cargo de una familia monoparental, ser inmigrante o emigrante retornado. - Penados y ex-penados. - Haber superado el proceso de desintoxicación y deshabituación de toxicomanías. - Proceder de un proyecto de Escuelas Taller, Casas de Oficios o proyecto de Integración promovido por las Administraciones Públicas. 	Se incluyen los colectivos recogidos en el programa de fomento de empleo estatal y además: <ul style="list-style-type: none"> - Personas con discapacidad. - Inmigrantes o emigrantes retornados. - Estar a cargo de una familia monoparental. - Mujeres víctimas de malos tratos. - Miembros de minorías étnicas. - Personas con enfermedad mental. - Procedentes del Instituto de Realojamiento. - Personas sin hogar. - Cualquiera que considere Servicios Sociales o empleo.
Actividades y empresas que pueden ser calificadas como EI	Empresas que proporcionen a los sujetos de inserción procesos personalizados y asistidos de trabajo remunerado, formación en el puesto, habituación social y laboral y acompañamiento social para su incorporación al mercado ordinario de trabajo. Pueden ser sociedad mercantil, cooperativa o sociedad laboral, pero promovidas por una persona de derecho público o por una entidad sin ánimo de lucro que han de participar al menos en un 51% del capital. Tiene que ocupar un mínimo de un 30% y un máximo de 70% de trabajadores de inserción. Deben aplicar al menos el 80% de los excedentes a mejorar o ampliar las estructuras productivas y de inserción. No pueden estar vinculadas en sus balances a otras empresas con objeto social diferente. Pueden dedicarse a cualquier actividad.	Empresas que proporcionen a los sujetos de inserción procesos personalizados y asistidos de trabajo remunerado, formación en el puesto, habituación social y laboral y acompañamiento social para su incorporación al mercado ordinario de trabajo. Pueden ser sociedad mercantil, cooperativa o sociedad laboral, Fundación o asociación. En estos dos últimos casos se les da una calificación provisional de 3 años. La entidad promotora puede ser una entidad pública o privada sin ánimo de lucro que ha de participar al menos en un 33% del capital. Deben aplicar el 100% de los excedentes a mejorar o ampliar las estructuras productivas y de inserción. No pueden estar vinculadas en sus balances a otras empresas con objeto social diferente. Pueden dedicarse a cualquier actividad. Realizar una auditoría anual. No haber amortizado ningún puesto de trabajo en el año anterior a la calificación. Deben estar inscritas en un Registro.	Empresas que proporcionen a los sujetos de inserción procesos personalizados y asistidos de trabajo remunerado, formación en el puesto, habituación social y laboral y acompañamiento social para su incorporación al mercado ordinario de trabajo. Pueden ser sociedad mercantil, cooperativa o sociedad laboral, Fundación o asociación. En estos dos últimos casos se les da una calificación provisional de 1 año. La entidad promotora puede ser una entidad pública o privada sin ánimo de lucro que ha de participar al menos en un 51% del capital. Deben aplicar el 100% de los excedentes a mejorar o ampliar las estructuras productivas y de inserción. Mantener un 30% al menos de trabajadores en proceso de inserción laboral anualmente y por centro de trabajo. No haber amortizado ningún puesto de trabajo en el año anterior a la calificación. Deben estar inscritas en un Registro.

5 a) Perceptores de rentas mínimas de inserción o cualquier otra prestación similar.

b) Personas que no pueden acceder a estas rentas por no tener el período exigido de residencia o empadronamiento o para la constitución de la unidad preceptora o por haber agotado el período máximo de percepción establecido.

c) Jóvenes de entre 18 y 30 años, procedentes de instituciones de protección de menores.

d) Personas con problemas de drogadicción o alcoholismo que estén en procesos de rehabilitación.

e) Internos de centros penitenciarios que puedan acceder a un empleo, liberados condicionales y ex-reclusos.

f) Menores internos cuya situación les permita acceder a un empleo, así como los que están en libertad vigilada y los ex-internos.

	CATALUÑA	CANARIAS	MADRID
Relación con los servicios sociales y con el servicio público de empleo		El acceso a una El se realiza desde los Servicios Sociales de los Ayuntamientos. El trabajador debe firmar un "convenio de inserción".	El acceso a una El se realiza desde los Servicios Sociales de los Ayuntamientos., que realizan todo el seguimiento. El trabajador debe firmar un "Acuerdo de Incorporación sociolaboral".
Régimen laboral	La regulación del llamado "contrato para la adaptación sociolaboral" se remite a la legislación laboral y de contratación común.		La relación laboral puede adoptar cualquier modalidad, pero siempre será temporal. Se fija un límite del 15% de la jornada de trabajo para medidas de formación o acompañamiento.
Ayudas	Se remiten a las establecidas para estos colectivos en la legislación estatal. Se pueden dar ayudas específicas para formación de cuadros directivos, para difusión, para estudios de puestos a cubrir y adecuación de candidatos, para medidas de acompañamiento y para procesos de creación de empresa.	Se remiten a las establecidas para estos colectivos en la legislación estatal. Se pueden dar ayudas específicas para mantenimiento de las plazas de inserción, para asistencia técnica y para incorporación definitiva del trabajador al empleo ordinario o al autoempleo.	Se remiten a las establecidas para estos colectivos en la legislación estatal. Se pueden dar ayudas específicas para compensación del sobre coste laboral, para asistencia técnica, para incorporación definitiva del trabajador al empleo ordinario o al autoempleo...
Contratación pública	Se remite a la disposición adicional octava del texto refundido de la ley de Contratos de las administraciones Públicas. Asimismo se pueden establecer preferencias en la adjudicación de contratos públicos cuando los contratistas en la fase de ejecución contraten con empresas de inserción.	No hay normas favorables	No hay normas favorables.
Trato fiscal	Trato fiscal preferente en los términos que se establezcan reglamentariamente.	No hay previsiones de mejor trato.	No hay previsiones de mejor trato.

Una derivación de la inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula conocida como *Empleo Con Apoyo*, que surge para dar respuesta a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.

En muchas ocasiones, los problemas de las personas con una enfermedad mental grave no son tanto encontrar un trabajo como adaptarse y mantenerse en el mismo. Las tensiones, las exigencias de rendimiento, las relaciones con compañeros y supervisores, son factores estresantes que pueden hacer fracasar en el desempeño de un trabajo y adaptación al puesto y, por tanto, ser motivo de abandono o despido.

Por ello, un elemento clave será ofrecer el apoyo y seguimiento que ayuden y faciliten que el sujeto se adapte y se mantenga en el trabajo.

El "Empleo con Apoyo" surge para dar respuesta precisamente a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.

En Estados Unidos, país donde nació el empleo con apoyo, se ha llegado a definir este concepto y a operativizar lo que debe ser un programa de estas características (Danley, 1993):

- Un trabajo competitivo y real en un contexto laboral ordinario e integrado.
- Un trabajo a tiempo completo o al menos 20 horas semanales a tiempo parcial.
- Con salarios equiparables al resto de los trabajadores no discapacitados.
- El lugar de trabajo ha de ser integrado, esto es, la mayoría de los compañeros de trabajo no presentan discapacidades y los individuos con discapacidades no constituyen un grupo aparte.
- Se debe organizar un conjunto de apoyos flexibles, individualizados y continuados tanto con la persona discapacitada como con el entorno laboral.

El Empleo con Apoyo supone un cambio decisivo frente a concepciones tradicionales utilizadas en los procesos de inserción laboral de personas con discapacidad. Es un cambio filosófico cuyas principales premisas se sintetizan a continuación:

1. Integración:

En los programas de Empleo con apoyo las personas con discapacidad están plenamente integradas con el resto de los trabajadores, tanto durante las horas productivas como en los tiempos de descanso.

2. Salarios y beneficios:

El salario es el mismo que el de cualquier otro trabajador con la misma categoría profesional y el mismo tipo de jornada. Esto es así también en cuanto a los beneficios sociales.

3. Emplazamiento en un puesto de trabajo como paso previo al entrenamiento:

En los programas de empleo tradicionales, primero se forma y después se emplea. El "Empleo con Apoyo" invierte el orden, colocando en primer lugar y formando, entrenando y apoyando en el propio puesto de trabajo, mediante la figura del Preparador Laboral.

4. "Rechazo cero":

Esta premisa supone quizás el cambio más radical respecto a concepciones tradicionales, en cuanto se apuesta por la integración de las personas con mayor grado de discapacidad, aquéllas que no se pueden beneficiar de programas formativos y laborales ni tan siquiera "protegidos".

5. Apoyo flexible:

Se ofrece a los usuarios de este tipo de programas un apoyo individualizado y flexible para que puedan mantenerse en el mercado laboral ordinario con el mayor grado de integración posible. Este apoyo lo realiza no sólo el

Preparador Laboral, figura clave en el programa, sino todo un equipo que coordinadamente actúa en todas las fases del proceso de inserción y mantenimiento del puesto.

6. Apoyo continuado:

El apoyo se realiza durante todo el tiempo necesario y sin una retirada prefijada, de tal manera que si cambian las circunstancias del lugar del trabajo o las del trabajador, aunque se esté dando un apoyo limitado, se vuelve a un apoyo extenso todo el tiempo que sea necesario.

El Empleo con Apoyo "constituye un proceso de inserción laboral que pasa por diferentes fases, durante las cuales se realizan actuaciones sociales, se aplican procedimientos de enseñanza y tecnología del análisis conductual aplicado, se utilizan instrumentos de registro apropiados, etc., de tal manera que el equipo técnico pueda apoyar acertadamente a cada sujeto según sus necesidades, y garantizar así el éxito en su integración laboral y social" (Bellver, 1993).

Las fases del proceso son:

1. Búsqueda de empleo.
2. Análisis del puesto de trabajo.
3. Estudio y valoración de candidatos.
4. Selección y colocación del individuo.
5. Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo.
6. Seguimiento y valoración global del proceso.

Aunque éstas son las fases tradicionales, no necesariamente deben realizarse en este orden, puesto que para realizar la búsqueda de empleo es necesario saber con qué tipo de usuarios se va a contar (cuál es su formación y su orientación vocacional, sus capacidades y su necesidad de apoyo).

De la misma manera, no es conveniente realizar contactos con empresarios y posteriormente dejar un margen de tiempo excesivamente largo entre esta fase y las de Evaluación y Selección de candidatos, ya que el mercado laboral es dinámico y puede haber puestos de trabajo susceptibles de ser ocupados por nuestros usuarios en un momento determinado y no en otro y la motivación del empresario para participar en un proyecto de estas características también puede fluctuar.

Se describen, pues, las fases del proyecto en el orden que se han de llevar a cabo, si bien debe entenderse que estas fases no son consideradas siempre consecutivas, sino paralelas y complementarias.

1ª FASE: Estudio y Valoración de Candidatos

Un elemento esencial es que la persona receptora de apoyos es la principal protagonista, por lo tanto se implicará desde el principio, "dirigiendo" la planificación, que partirá de sus intereses, deseos y capacidades. Ella será la que tomará las decisiones, con el apoyo necesario, fijará las metas y evaluará los resultados y la calidad de los servicios que recibe.

En esta fase, es muy importante conocer cuáles son los resultados que se esperan obtener a través del empleo, ya que no todas las personas trabajan por las mismas razones. Posibles metas de obtener y mantener un empleo pueden ser: desarrollar relaciones, ganar dinero o incrementar la autoestima.

Como dicen Menchetti y Rusch (1988), el proceso de valoración de los candidatos debe orientarse hacia la medida de aquellas variables que aporten información sobre las necesidades específicas de entrenamiento de las personas con discapacidad, de tal manera que se pueda elaborar un plan individual de preparación para el empleo, en el que figurarán todas aquellas habilidades que el individuo debe mejorar y aprender, para poder adaptarse con éxito al mundo laboral.

En esta fase, por tanto, estarán evaluados todos los aspectos psicosociales que pueden potenciar o dificultar la integración laboral (conciencia de enfermedad y síntomas, estrategias de afrontamiento, autonomía personal, red social, apoyo familiar, etc.), así como las habilidades de ajuste laboral.

En este primer momento se informará a la familia de las características del Proyecto y se realizará la evaluación de las expectativas familiares respecto al empleo y de la percepción que los miembros más significativos de la familia tienen sobre las capacidades y dificultades del usuario, así como de la actitud ante el modelo de Empleo con Apoyo.

La información que aporte la familia respecto al apoyo que está dispuesta a ofrecer al usuario a lo largo de todo el proceso, se completará con la percepción que el usuario tiene al respecto

Esta evaluación se completará, si fuera necesario, con el CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN LABORAL DEL CANDIDATO, del Centro de Investigación de la Universidad de Virginia Commonwealth, que será debidamente modificada para adaptarla a las características de las personas con enfermedad mental grave y de nuestro contexto cultural.

En líneas generales, el candidato al programa de empleo con apoyo, responderá al siguiente perfil:

- A. Que quiera ir a trabajar a una empresa del mercado ordinario y que acepte este modelo de integración laboral. Puede darse el caso de que el usuario no desee tener a una persona permanentemente a su lado en el trabajo.
- B. Psicopatológicamente compensado y sin problemas de conducta.
- C. Con un grado de autonomía personal aceptable.
- D. Con una familia, si la hay, que haya demostrado una actitud colaboradora, que esté interesada en la integración laboral de su familiar y que acepte este modelo.
- E. En aquellos casos en los que el usuario es un candidato idóneo para el programa, pero la familia no apoya lo suficiente, se trabajará la motivación familiar a través de sesiones individuales y de charlas informativas grupales.
- F. Personas con una historia laboral de fracasos por problemas de habilidades sociales en ambiente laboral.
- G. Personas que han fracasado en cursos de formación no reglada bien por dificultades cognitivas o bien por aislamiento social.
- H. Usuarios sin historia laboral previa y que, por sus múltiples dificultades, no es previsible su inserción en la empresa laboral ordinaria.

Otro aspecto importante será garantizar que el S.S.M. de referencia del usuario responde eficazmente ante la posible aparición de descompensaciones.

2.ª FASE: Contacto con el mercado laboral y captación de puestos de trabajo:

Para la prospección del mercado laboral local y regional, se combinarán diferentes estrategias:

- Análisis de ofertas y demandas de empleo.
- Contactos con organismos e instituciones de carácter socioeconómico: Oficinas de INEM, Cámaras de Comercio, sindicatos, asociaciones empresariales, responsables de centros de formación, etc.
- Búsqueda de sectores productivos de interés en las Páginas amarillas.
- Lectura de prensa especializada.
- Acceso a soportes de información: anuarios, catálogos, bases de datos de empresas y empleos, estudios prospectivos, etc.
- Recurrir a la red de relaciones personales.
- Aprovechar la accesibilidad de pequeños comercios y negocios.
- Intercambio de información con otros servicios o equipos que trabajen en la misma dirección.

Simultáneamente se confeccionará un inventario de puestos o familias de puestos y sectores en los que se pueden encontrar y se determinarán las empresas concretas que pueden ofrecer los puestos definidos.

Se reunirá información sobre las empresas que se han de visitar, procurando elegir aquéllas que se encuentren en un buen momento productivo, que tengan en su plantilla trabajadores con minusvalía y que hayan demostrado tener un talante integrador.

En una primera entrevista con el empresario se le ofrecen los siguientes servicios que:

- Selección adecuada del trabajador según los requisitos del puesto.
- Instrucción sistemática y entrenamiento del trabajador en el mismo puesto de trabajo, mediante la figura de un nuevo profesional, el preparador laboral.
- Consecución de los estándares de producción de la empresa.
- Técnicas de supervisión.
- Entrenamiento y técnicas para la modificación de la conducta, cuando sea necesario.
- Pautas de interacción social para los compañeros de trabajo y supervisores.
- Seguimiento a largo plazo.

Dependiendo de la receptividad de la empresa, se negocian compromisos de colaboración, por escrito, entre la empresa y el CRPS, que asegure y formalice las responsabilidades de ambas partes.

La negociación inicial se realiza sobre un compromiso formal de contratación laboral, en jornada completa o a media jornada, dependiendo de las posibilidades de la empresa, de las características del puesto y del perfil de los posibles candidatos.

Se intentará asegurar, asimismo, ese puesto de trabajo, de tal forma que si un trabajador no desempeña bien sus funciones o no resulta adecuado por diferentes razones, puede ser sustituido por otro usuario en las mismas condiciones que éste.

Cuando el empresario muestre reticencias, pero no un rechazo abierto, se le ofrecerá la posibilidad de firmar un convenio de prácticas no laborales o de prácticas laborales con un compromiso de contratación posterior.

3ª FASE: Análisis del puesto de trabajo:

Una vez que existe un puesto vacante y que puede ser ocupado por un usuario, se realiza el análisis inicial del entorno de trabajo, mediante una visita general del área de trabajo. Este primer acercamiento sirve también para presentar a la persona que va a realizar observaciones posteriores y el entrenamiento específico en el puesto.

El análisis posterior se realiza con detenimiento y abarca todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con el trabajo: las tareas y habilidades que implica este puesto concreto, y también del ritmo de producción que exige. Hay que observar la ubicación del puesto dentro de la empresa, su encuadre y las condiciones de la producción.

Es muy importante que el puesto ofrezca oportunidades del intercambio social, que no sea un puesto aislado. Habrá que comprobar siempre las habilidades de comunicación y relación personal que requiere el nuevo empleo.

El análisis de las tareas lo realiza el preparador laboral, ya que este profesional será el encargado de instruir, estimular y apoyar dentro de la empresa, en definitiva, quien tendrá la misión de guiar todo el proceso de inserción laboral del trabajador.

Lo ideal es tener valorados bastantes usuarios, antes de que aparezca un puesto nuevo. Es conveniente, pues, formar una lista de espera de candidatos.

4ª FASE: Selección y colocación del individuo:

Cuando un empresario oferte un puesto de trabajo, se procede a seleccionar un/una usuario/a de entre los previamente valorados en una lista de espera.

Se compararán los perfiles de al menos tres candidatos con el perfil del puesto ofertado, fijándose fundamentalmente en las características que desde el punto de vista del empresario son requisitos imprescindibles para acceder y mantenerse en ese empleo.

Después de cotejar ambos perfiles, se elige a la persona que reúne más requisitos exigidos por el puesto, es decir, el que, aún con sus limitaciones, presenta mejores aptitudes para adaptarse con éxito a ese puesto de trabajo.

Esta selección la llevará a cabo el preparador laboral.

5ª FASE: Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo:

El preparador laboral es el profesional que analiza y controla todas aquellas variables que contribuyen a la adaptación del sujeto al puesto de trabajo, así como al mantenimiento del mismo, asegurando en todo momento un rendimiento y una calidad óptimos.

El preparador laboral es un profesional polifacético que se pone al servicio de los trabajadores que guía, que son los que dirigen y determinan sus actuaciones. Ambos (trabajador y preparador) deben trabajar en equipo para conseguir la inclusión social a través del empleo.

Debe tener, por tanto, unas características que, aunque parezcan obvias, apuntamos a continuación:

- Estar convencido/a de la necesidad de trabajar por la igualdad de oportunidades.
- Saber ponerse en el lugar del otro, ser positivo e imaginativo en la búsqueda de soluciones.
- Capaz de observar y analizar situaciones y ambientes con procedimientos e instrumentos técnicos.
- Capaz de detectar los apoyos naturales.
- Con formación para diseñar programas de aprendizaje, evaluar los procesos y emitir informes técnicos.
- Con información actualizada de todo lo relativo a la normativa laboral.
- Buen comunicador y capaz de orientar y asesorar a los empresarios y trabajadores con los que tiene contacto.
- Con actitudes para el trabajo en equipo y con capacidad para actuar preventivamente, antes de que se declare un problema.

De estas características se pueden deducir las funciones que básicamente son:

- a) Desarrollo de estrategias de aprendizaje: aprendizaje por imitación, técnicas de autoinstrucción, etc.
- b) Un entrenamiento "in situ" de las habilidades complementarias, sobre todo de índole social, que contribuirán al mantenimiento del puesto de trabajo.
- c) Potenciar la interacción social del trabajador integrado en la empresa con los otros trabajadores de la misma. Ello abarca las horas de trabajo y de descanso, y hace referencia, principalmente, a la adquisición de habilidades que producirán un mejor aprovechamiento de su tiempo libre, y una multiplicación de sus oportunidades de experiencia social.
- d) Identificar los apoyos naturales tanto en el ámbito laboral (compañeros, encargados) como entre los miembros de la familia, amigos u otros agentes sociales.

6ª FASE: Apoyo y seguimiento individualizado:

El preparador laboral realizará los pasos adecuados para que el proceso de integración en el sistema regular de trabajo siga adelante, pasos que pueden concretarse en los siguientes:

- a) Evaluación del rendimiento y calidad del trabajo: hace referencia explícitamente a la tasa de producción, a la regularidad en el trabajo, y a los informes de progreso.
- b) Reducción progresiva de la cantidad e intensidad del apoyo. Esta disminución del apoyo quedará reflejada en la "hoja de registro del tiempo de intervención del preparador laboral".

- c) Implicar a la familia: información sobre el proceso de integración de su familiar, su evolución, y sobre otros aspectos puntuales, como contratos, incidentes, etc.
- d) Establecer un seguimiento a largo plazo: corregir posibles desajustes, mantener el contacto semanal con la empresa –cuando menos telefónico–, enseñar nuevas habilidades, cada vez que la empresa o la situación sugieren que es conveniente que el trabajador aprenda nuevas tareas, etc.

El preparador laboral se va retirando gradualmente del escenario del puesto de trabajo. Esta retirada progresiva es muy importante y deberá hacerse de manera programada, sustituyéndola por los apoyos naturales.

Si el "Empleo con Apoyo" ha probado su eficacia con las personas con trastorno mental severo, ha sido por haber asumido a la persona como un todo y en consecuencia haber dado servicios de apoyo dentro y fuera de la empresa ("apoyo extenso").

Bond y McDonald (1991) encontraron que el contacto mantenido con una persona de apoyo es el mejor predictor de éxito en el empleo para los trabajadores con enfermedad mental grave. Por ello, cuando la figura del preparador laboral ya no sea necesaria, se continuará realizando un seguimiento periódico, si el supervisor lo considera adecuado.

Capítulo 6

ORGANIZACIÓN DEL CENTRO

6.1. CAPACIDAD DEL CENTRO

El trabajo en rehabilitación es aplicable para un solo usuario o por parte de un único profesional, pero el diseño de un Centro de Rehabilitación exige una capacidad mínima. Esto es así debido al planteamiento que se ha realizado con anterioridad de elección del formato de entrenamiento grupal y también debido a que es deseable que exista un número suficiente de usuarios para que se pueda dar una interacción no formal, que facilite y prepare al usuario para la posterior interacción social en su entorno, al tiempo que puede provocar la aparición de pequeñas redes de soporte socio-afectivo entre algunos usuarios atendidos.

La capacidad propuesta es de un mínimo de 50 plazas y un máximo de 90, lo que posibilita la creación de los diferentes grupos de entrenamiento y soporte que se deben desarrollar pero no masifica la atención.

No se debe entender esta capacidad en el sentido estricto o habitual de "plaza", sino del número de usuarios que pueden ser atendidos por el Centro. Es decir, no significa que los 50-90 usuarios asistan de forma continuada durante todo el horario y durante todos los días (concepto tradicional de "plaza"), sino que cada persona acudirá un determinado número de días a la semana que se haya pactado con anterioridad, y a las actividades consensuadas en su Plan Individualizado de Rehabilitación. La capacidad, por tanto, se refiere al máximo de usuarios que pueden ser atendidos desde el Centro, estimando a modo de ejemplo que, para un Centro con una capacidad de 90 plazas la asistencia diaria puede oscilar entre 40 y 60 usuarios.

6.2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Las condiciones de acceso al recurso son:

1. Presentar un trastorno mental grave y persistente.
2. Ser derivado desde alguno de los equipos de valoración del IMSERSO o a través de los mecanismos que se habiliten al efecto.
3. No presentar conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
4. No presentar procesos orgánico-cerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.
5. No padecer toxicomanías o alcoholismo que impidan el trabajo de rehabilitación.
6. Tener entre 18 y 65 años.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un dispositivo con unos objetivos encaminados a la normalización e integración social de las personas en él atendidas. Por ello, está destinado a personas con niveles medios de "cronicidad", es decir, a personas que tras una intervención específica pueden desenvolverse de forma autónoma en su medio. Es cierto que cualquier usuario puede beneficiarse de un proceso de rehabilitación, pero este tipo de dispositivo está ideado para el segmento anteriormente apuntado, existiendo otros recursos diferentes para personas con trastorno mental severo que presentan un mayor grado de deterioro o necesitan una mayor contención (Centros de Día de Soporte Social, Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación, etc.).

6.3. ESQUEMA Y HORARIO DE TRABAJO

El Centro de Rehabilitación, como cualquier servicio de atención a personas sería deseable que tuviera un horario de apertura lo más amplio posible. Lo habitual es que éste se prolongue desde las 9 hasta las 18 o 19 horas con la flexibilidad necesaria en función del lugar y entorno en el que sitúe el Centro.

El esquema de trabajo se estructura habilitándose la atención en franjas horarias que posibiliten un mejor acceso al servicio por parte de los usuarios. Dentro de este tiempo los horarios de actividades para los usuarios se suelen situar desde las 10 hasta las 14 horas y desde las 16 hasta las 18 horas.

Las actividades de los programas de entrenamiento se suelen repetir en días alternos de la semana y a diferentes horas de forma que sea fácil encuadrar los horarios individualizados de los usuarios de acuerdo a sus necesidades.

En estos horarios se encajan los días y las horas que debe estar en el Centro un usuario, de acuerdo a su plan individual de rehabilitación.

El período de 9 a 10 horas se utiliza habitualmente para realizar reuniones de equipo con diferentes contenidos y que están encaminadas a diseñar la atención y facilitar la operatividad del trabajo rehabilitador.

Una propuesta de contenidos de estas reuniones sería la siguiente:

1. Reuniones de casos y juntas de evaluación: tienen un doble objetivo. Por un lado establecer y evaluar los objetivos propuestos para un usuario en concreto y poner en común las posibles soluciones a los problemas planteados y por otro lado el comenzar a valorar los posibles indicadores de éxito o fracaso en la intervención con los usuarios que están dados de alta o baja ya en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.
2. Reuniones de actividades: con el objetivo de valorar la marcha de cada grupo de actividad que se realiza, evaluando la implicación, motivación y resultados de cada usuario que participa de dicho grupo, así como las dificultades que se plantean.
3. Docencia interna: destinada a seguir progresando en el campo de la rehabilitación. Cada profesional se ocupa de preparar y presentar al resto del equipo temas de interés para el trabajo que se desempeña en el Centro de Rehabilitación.
4. Reuniones de programas: espacio dedicado a evaluar cada programa y establecer las modificaciones necesarias para su mejor implementación. También es el lugar donde se sientan las bases para diseñar nuevas actividades.
5. Reunión de seguimiento de usuarios: en ellas se valora el día a día del trabajo rehabilitador sobre cada usuario, viendo las dificultades y progresos alcanzados.
6. Reunión de contenido interno: para comunicar, evaluar, etc... todos aquellos aspectos necesarios para el buen funcionamiento del equipo.

La frecuencia de las reuniones de equipo dependerá del grado de desarrollo y madurez como equipo que tenga el conjunto de profesionales que conforman el grupo profesional del Centro. También dependerá de las características particulares de cada equipo. En ningún caso deberá ser menor de una reunión semanal, siendo lo más habitual el mantener entre tres y cuatro reuniones semanales. Hay que tener en cuenta que también hay que habilitar espacios de coordinación interprofesional entre los diferentes trabajadores.

En resumen, el esquema horario de un día habitual debe tener una estructura aproximada a la siguiente:

- De 9 a 10 horas: reuniones de equipo o coordinaciones internas entre profesionales.
- De 10 a 10,30: acogida de los usuarios. Se utiliza este espacio para recoger información y motivar a los usuarios para el desarrollo de las actividades diarias.
- De 10,30 a 14 horas: desarrollo de actividades de entrenamiento y de soporte social e intervenciones individuales.
- De 14 a 16 horas: organización interna.
- De 16 a 18-19 horas: desarrollo de actividades de entrenamiento y soporte e intervenciones individuales con usuarios o familiares.

6.4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

El Centro de Rehabilitación tiene unos objetivos dirigidos al fomento de la autonomía y la normalización de los usuarios atendidos. Así, este dispositivo no es un proveedor de recursos, sino que es un facilitador para que las personas utilicen aquellos recursos que el entorno social pone a su disposición.

Aún así, los diferentes grados de autonomía o de motivación que presenten los usuarios pueden hacer necesario el disponer de unos servicios complementarios que apoyen los procesos personales de rehabilitación psicosocial. Los principales servicios a tener en cuenta a este respecto son el transporte al Centro y el comedor.

6.4.1. Transporte

La norma que debe regir el Centro de Rehabilitación Psicosocial es que el acceso al mismo se produzca de la forma más normalizada posible. Así el ideal consiste en que cada usuario utilice el medio de transporte que considere más adecuado para la llegada al mismo y el regreso a su domicilio habitual.

Cuando esto no sea posible, bien por la complicación del itinerario, bien por la desorientación espacial que pueda presentar el usuario, bien por su falta de motivación o bien por las interferencias que puedan provocar las ideas delirantes o alucinaciones, el primer mecanismo a activar es que el personal del Centro lleve a cabo los acompañamientos necesarios para lograr que el usuario aprenda el camino o esté más motivado para implicarse en su proceso rehabilitador o pueda afrontar los miedos provocados por su psicopatología. Así, los educadores o los psicólogos, dependiendo del aspecto a trabajar, serán los encargados de realizar estos acompañamientos, que deben plantearse siempre como limitados en el tiempo.

Sólo si las características del nicho ecológico en el que esté enclavado el Centro de Rehabilitación Psicosocial lo requirieran se implantaría un transporte propio del Centro, que pudiera recoger a los usuarios de sus domicilios y llevarlos de vuelta al finalizar las actividades. Estas características se refieren a Centros que den cobertura a un entorno rural, o con difícil accesibilidad en transporte público.

6.4.2. Comedor

Al igual que ocurre con el transporte, la situación ideal es aquella en la que el Centro de Rehabilitación no oferta este servicio, y los usuarios utilizan los mismos recursos que cualquier otro ciudadano para cubrir sus necesidades de alimentación.

La organización del Centro contempla el desarrollo de actividades durante el horario de mañana y también por la tarde, por lo que no será infrecuente que usuarios del Centro deban asistir a actividades en ambas franjas horarias. Dependiendo de la autonomía y motivación de estos usuarios se deberán habilitar aquellos recursos para asegurar una correcta alimentación, pero no se debería ofertar de forma general un servicio de comedor en el Centro, ya que ello iría en detrimento del trabajo encaminado a la mejora de la autonomía.

Así, de forma individualizada en cada caso, los profesionales del Centro valorarán si es adecuado que el usuario se traiga la comida de su domicilio, utilizando las instalaciones del Centro para comer, o le ayudarán a buscar un restaurante cercano (cuyo coste asumirá el Centro si así se considera necesario) o se contratará un servicio de catering para ofrecer al usuario la comida en el propio Centro de Rehabilitación.

Para un Centro de tamaño similar al sugerido en el presente documento se puede valorar que no debería haber más de 8 -10 usuarios a los que habría que apoyar, bien económicamente, bien ofertándoles directamente el servicio de comedor mediante un servicio de catering.

6.4.3. Otros servicios complementarios

Hay un conjunto de actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial que, desde un concepto clásico de Centro Social podrían entenderse como ofertas que el dispositivo debe asegurar. En estas actividades estarían incluidas, por ejemplo, las salidas programadas de carácter cultural, las actividades deportivas, etc. En todos estos casos el criterio a utilizar sería el mismo que el apuntado en los dos anteriores epígrafes:

- Si el usuario es autónomo, está motivado y tiene recursos económicos, todas estas actividades deberían ser sufragadas por él mismo.
- Si el usuario no tiene recursos económicos suficientes, o la motivación para su realización es baja, los profesionales del Centro deben valorar si el acudir a estas actividades es necesario para el desarrollo de su plan individualizado de rehabilitación, en cuyo caso los gastos los asumiría el Centro.

Es decir, en todos estos servicios complementarios se reitera el mismo principio: el Centro de Rehabilitación Psicosocial no debe ser un mero proveedor de recursos, sino un facilitador para que los usuarios atendidos utilicen los recursos socio-comunitarios disponibles, poniendo en marcha los apoyos necesarios en cada caso para su utilización pero con el objetivo continuo de retirar estos apoyos en cuanto el usuario sea capaz de utilizarlos por sí mismo.

Capítulo 7

COORDINACIÓN

La tarea y el logro de los objetivos, apoyados en los recursos necesarios, son la consecuencia de la dimensión técnica y de las conductas de los miembros de los equipos. Para ello es necesario tener en cuenta dos ámbitos de actuación: la coordinación interna (más vinculada a los aspectos intrínsecos del grupo y a su dinámica) y la coordinación externa que se convierte en la carta de presentación de un servicio en la red de recursos y que constituye un elemento facilitador para la consecución de los objetivos marcados para el Centro de Rehabilitación.

Para que ambas sean realmente efectivas deben existir canales de comunicación, tanto horizontales como verticales –ascendentes y descendentes– bien definidos y por los que la información fluya sin interferencias. De la comunicación interna ya se ha dado cuenta en el epígrafe referido a recursos humanos, por lo que en este punto se centrará la atención en la coordinación externa.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial están diseñados como dispositivos especializados dentro de una red y un continuo asistencial. Así, se suele convertir en imprescindible para su función la coordinación con otros dispositivos.

Se tendrá que llevar a cabo en acciones multidireccionales para conseguir el objetivo planteado. Este hecho es importante, dado que la coordinación, por desgracia, a menudo suele implicar procesos contrarios a la calidad y que suelen estar encaminados a la defensa del recurso propio, a hacer valer las opiniones o hipótesis de los profesionales de los diferentes recursos o al simple hecho de reunirse sin el afán de buscar soluciones o actuaciones comunes entre varios dispositivos, perdiendo así el enfoque de la atención sobre los usuarios y dirigiéndolo hacia los recursos implicados. Las coordinaciones suelen convertirse en estos casos en reuniones donde el contenido básico es la gestión de las relaciones entre los dispositivos, la delimitación de los territorios de actuación de cada uno, la definición de las funciones propias en relación a las de los demás, etc., y de esta forma se olvida o se obvia la orientación de la misma hacia los usuarios atendidos. La coordinación debe entenderse como la búsqueda o aseguramiento de objetivos comunes y compartidos, a partir de los cuales se realiza el "reparto de tareas" según las características, objetivos y especializaciones de cada recurso que interviene en la coordinación.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá coordinarse con:

- Servicios o Centros de Salud Mental.

En la práctica totalidad de los casos se dará el hecho de que los usuarios del Centro de Rehabilitación también estarán siendo atendidos en su Servicio de Salud Mental correspondiente. El diferente desarrollo en las Comunidades Autónomas de estos Servicios conllevará el que existan o no Programas de rehabilitación, seguimiento o continuidad de cuidados, pero en cualquier caso los objetivos marcados desde el Servicio de Salud Mental o el hecho de conocer el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico son elementos básicos de información para el Centro de Rehabilitación, y dado que el Centro es un recurso temporal, también es importante asegurar la salida del usuario al alta en las mejores condiciones de atención, que suelen incluir el seguimiento de la atención desde el Servicio de Salud Mental.

Lo deseable es llevar a cabo reuniones mensuales de seguimiento del proceso rehabilitador de las que participarán profesionales del Servicios de Salud Mental y del Centro de Rehabilitación (Director, Tutor del caso y Trabajador Social). Asimismo ante cualquier incidencia que se produzca fuera de estos plazos deberá ser conocida por ambos dispositivos.

- Servicios Sociales generales o de base.

Un porcentaje significativo de los usuarios en proceso de intervención en los Centros de Rehabilitación Psicosocial están siendo atendidos también desde Servicios Sociales Generales, bien desde los programas de familia y convivencia, bien por disponer de un Servicio de Ayuda a Domicilio, etc... por lo que habrá que adecuar y complementar las intervenciones desarrolladas desde ambos recursos. Por ello, sería deseable el establecimiento de reuniones, mensuales o según lo establezcan las necesidades, de seguimiento con aquellas personas que tienen historia abierta en los Centros de Servicios Sociales municipales. Estas coordinaciones estarán a cargo del Trabajador social.

- Hospitales.

Los contactos (tanto presenciales o telefónicos) se llevarán a cabo durante los ingresos hospitalarios. Sus contenidos estarán vinculados al seguimiento y evolución del proceso, apoyo al usuario que está ingresado y a su

familia y labores de aproximación con el medio tendentes a normalizar la salida. Estará a cargo del Trabajador social y de aquellos profesionales que estén vinculados al proceso rehabilitador (psicólogo, educadores, etc.). Elemento básico de esta coordinación es el conocimiento de las circunstancias antecedentes y pródromos de las crisis, de cara a su trabajo posterior en el Centro, tanto con el usuario como con la familia.

- Atención primaria.

La enfermedad mental no es óbice para padecer otras patologías orgánicas. A este hecho se añade el que en un porcentaje significativo de usuarios los malestares físicos habituales interfieren con su patología mental, lo que suele llevar a que sean grandes consumidores de recursos sanitarios o a que adquieran unos hábitos incorrectos de cuidados de la salud. Por ello, si fuera necesario, se deberá llevar a cabo esta coordinación, que habitualmente será realizada por el profesional del Centro que esté más vinculado al proceso rehabilitador del usuario con los profesionales de atención primaria (médico o enfermero).

- Recursos específicos de rehabilitación.

El hecho de que un usuario esté siendo atendido en un Centro de Rehabilitación Psicosocial no es excluyente con que también se intervenga desde otros dispositivos específicos de la red, en especial desde los recursos residenciales o, caso de existir, desde equipos de proximidad. En estos casos se llevarán a cabo coordinaciones para aquilatar los objetivos comunes y determinar las actuaciones que se llevarán a cabo desde cada dispositivo. También, y dependiendo del itinerario que siga el usuario en la red se coordinarán profesionales del Centro con aquellos que puedan ser tanto puerta de entrada al mismo (Residencias, Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación, Hospitales de Día, etc.) como de salida (Centros de Rehabilitación Laboral, etc.), para asegurar la continuidad de cuidados a lo largo de la red de atención.

- IMSERSO.

Se formalizarán canales de coordinación con aquellos dispositivos que se creen o que ya existan para el seguimiento de aquellas personas que sean beneficiarias.

- Otros recursos que estén vinculados a la situación del usuario.

También será imprescindible establecer fórmulas de coordinación en el caso de aquellas personas que por problemáticas ajenas a la salud mental, estén participando en dispositivos que coadyuven a su recuperación. Por ejemplo, Centros de atención a mujeres, Centros para menores en situación de riesgo, Centros de atención a mayores, Centros de atención a inmigrantes, etc.

- Asociaciones de familiares y usuarios.

En este caso la coordinación se centraría más en lo institucional y en establecer canales de cooperación, desarrollando algunas acciones que redundarán en la consecución de mejoras y en la lucha contra el estigma, más allá que el centramiento en el seguimiento de problemáticas específicas.

El profesional encargado de la coordinación es el Trabajador social, interviniendo otros profesionales del equipo en caso de ser necesario.

- Recursos normalizados.

El objetivo primordial del Centro de Rehabilitación Psicosocial es la integración normalizada en el medio de los usuarios atendidos y, por ende, la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental grave. Por ello es necesario abrir ámbitos de participación como para el resto de la población. Para ello hay que llevar a cabo acciones de sensibilización e información para conseguir la participación en actividades que van desde lo cultural, formativo a lo lúdico. Para ello se desarrollará una labor sistemática por parte del equipo de rehabilitación: en tareas de información y en un futuro de seguimiento del proceso de integración. Es necesario contar específicamente con la participación del Trabajador social y de los educadores, sin olvidar que es necesaria una labor interdisciplinar para conseguir los objetivos planteados.

El desempeño de roles sociales comunes al resto de la población obligan a establecer coordinación y un contacto fluido con: Centros culturales (municipales y autonómicos), entidades deportivas (clubes, escuelas, poli-deportivos), asociaciones de vecinos/as, sindicatos, entidades vinculadas a la inserción laboral, instituciones educativas (centros para educación de adultos, institutos, facultades), empresas (para futura inserción laboral o para el seguimiento de usuarios/as que están siguiendo un itinerario de empleo con apoyo), y asociaciones en general.

De lo expuesto anteriormente se infiere que la Coordinación externa es un elemento primordial y de cohesión para el proceso, ya que hay que tener claro que la Rehabilitación Psicosocial no puede llevarse a cabo de forma aislada dirigida por expertos en un ámbito desvinculado del contexto comunitario. Es en este aspecto en el que también legisla la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en su Artículo 11.

Capítulo 8

EVALUACIÓN

Al trabajar con objetivos delimitados y operativizados se abre la posibilidad de valorar la eficacia de la intervención. Esta evaluación comprende tres aspectos diferenciados:

A. Valoración de la eficacia del recurso en el ámbito de la red asistencial

Tiene que ver con la capacidad operativa que tiene el Centro de Rehabilitación Psicosocial para dar respuesta a las necesidades de los Servicios derivantes, y con datos de eficacia en la consecución de unos objetivos mínimos de "enganche" y normalización. Los indicadores utilizados para valorar este punto son:

- Número de accesos anuales.
- Porcentaje de ocupación.
- Número de abandonos de los usuarios asumidos.
- Número de usuarios en seguimiento con una utilización normalizada de recursos comunitarios.

Los estándares de estos indicadores se establecerán una vez comenzada la intervención y tras un análisis de realidad de las posibilidades de atención y del entorno del Centro.

B. Valoración de la eficacia global de la intervención

Para evaluar la eficacia se suelen utilizar fundamentalmente cuatro indicadores:

1. Mejora del funcionamiento psicosocial.
2. Utilización de recursos comunitarios normalizados.
3. Mejora de la calidad de vida.
4. Satisfacción con el recurso.

C. Valoración de la eficacia de cada programa de intervención

Se valora el impacto que cada programa tiene sobre la mejora en el funcionamiento psicosocial de los usuarios. Tiene el objetivo de incrementar el número de intervenciones basadas en la evidencia e introducir los programas de intervención en los mecanismos de mejora continua.

Capítulo 9

RECURSOS NECESARIOS

Cualquier *organización* está formada por un conjunto de personas que, utilizando medios y recursos de muy distinto tipo, van a realizar una serie de actividades dirigidas a conseguir un objetivo común (Pereda y Berrocal, 2001).

En rehabilitación psicosocial el principal recurso son las personas, los profesionales, ya que ellos son los encargados de activar los recursos necesarios para cumplir los objetivos de normalización, integración y mejora de la calidad de vida. Pero además, para aumentar la eficiencia de la intervención, es necesario un conjunto de recursos materiales que posibiliten actuaciones potentes y faciliten la tarea a desarrollar.

9.1. RECURSOS HUMANOS

Un proyecto solvente en lo técnico debe estar acompañado de un equipo profesional con experiencia, motivado, con metas claras, con valores, creencias y normas que regulen su conducta, con buen nivel de comunicación interpersonal, con presencia institucional, con clara diferencia de roles pero sin perder el objetivo común que los une y con un liderazgo claro por quien ejerce la dirección.

Para ello es necesario apostar por el trabajo en equipo y la formación continua, sabiendo que es un modelo imprescindible para este tipo actividad asumiendo algunos criterios del ámbito de la empresa moderna.

Los equipos son grupos *formales, de referencia, heterogéneos, artificiales, con estructura piramidal y que persiguen la eficacia*. Esto obliga a las figuras que ejercen el liderazgo formal a tener conocimientos específicos acerca de la gestión de equipos que complementará los aspectos técnicos que son el eje vertebrador de los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

El trabajo en equipo sumado a la Gestión por procesos que nos define el Modelo de Excelencia exige según Muñoz Adanes (1990) poner en práctica acciones vinculadas a la Dirección de equipos como por ejemplo:

- Organizar y administrar el tiempo.
- Generar expresiones de equipos.
- Evaluar el funcionamiento del equipo.
- Controlar periódicamente el cumplimiento de objetivos.
- Crear un ambiente cálido y positivo.
- Guiar de manera continua.
- Intervenir cuando sea necesario.
- Dejar la mayor libertad posible de actuación.
- Organizar reuniones.
- Mantener expectativas positivas.

Para poder ejecutar un proyecto técnico, se debe contar con la cualificación adecuada de los miembros del equipo pero teniendo en cuenta la formación continua.

Al inicio de la puesta en marcha se considera necesario (ya que el equipo profesional contará con formación y experiencia adecuada) un Plan de formación inicial que deberá hacer un recorrido por los contenidos básicos acerca de la Rehabilitación con un mínimo de 30 horas. Es conveniente desarrollar un Plan de formación interna donde se tendrán en cuenta las propuestas hechas por los profesionales, no solo en aspectos vinculados a la Rehabilitación Psicosocial o a la Psicopatología sino también en cuanto a temas de gestión y crecimiento de los equipos.

Asimismo es imprescindible facilitar la participación en foros para mantener la actualización de contenidos técnicos, mantener la motivación intrínseca (la más difícil de conseguir y mantener) y potenciar la investigación, en síntesis, seguir aprendiendo para realizar una buena práctica profesional.

9.1.1. Ratios de profesionales / usuarios

No existe literatura que explicita cuáles son los límites o capacidad, en relación al número de usuarios, de cada profesional que actúa en un Centro de Rehabilitación. Aún así, la experiencia desarrollada a lo largo de los años en este tipo de dispositivos aconseja que los márgenes de actuación sean los siguientes:

- Un psicólogo para un óptimo de 20 usuarios y un máximo de 30. La experiencia demuestra que por encima de treinta usuarios el psicólogo pierde la capacidad de estar informado y atento a todos los hechos que ocurren en la vida cotidiana de los usuarios y que son importantes para el desarrollo de cada Plan Individualizado de Rehabilitación. Además, superando este número de treinta usuarios se dificulta en gran medida el trabajo en los entornos habituales de cada uno de ellos.
- Un trabajador social para un óptimo de 60 usuarios y un máximo de 90.
- Un terapeuta ocupacional para un óptimo de 60 usuarios y un máximo de 90. Hay que tener en cuenta que no todos los usuarios del Centro necesitarán de la intervención de este profesional, desde el programa de Actividades de la Vida Diaria.
- Un educador para un óptimo de 30 usuarios y un máximo de 45.
- Un preparador laboral para un óptimo de 20 usuarios y un máximo de 30. Tampoco en este caso todos los usuarios participarán de un objetivo de inserción por el empleo, por lo que estas ratios se refieren a los usuarios con objetivos de integración laboral. Es decir, un preparador laboral sería suficiente para un Centro con una capacidad de 60-90 plazas.

Así, un Centro de Rehabilitación tipo para sesenta usuarios debería contar, además de con un director y un administrativo, con dos psicólogos, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, dos educadores y un preparador laboral si éste último se requiere para las tareas afines a su capacitación profesional. En el caso de una capacidad para noventa usuarios, la plantilla anterior debería incrementarse en un psicólogo y un educador más.

9.1.2. Funciones y responsabilidades de los profesionales

La asignación de responsabilidades y tareas de los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial son las siguientes:

1. Director: Es el responsable de las actividades que se realizan en el Centro. Sus tareas son:
 - Diseño y organización de la atención prestada.
 - Supervisión del trabajo del resto de los profesionales.
 - Organización administrativa y laboral del Centro.
 - Coordinación de las reuniones internas para lograr una comunicación fluida y un trabajo en equipo.
 - Coordinación institucional con los diferentes recursos necesarios para el funcionamiento del Centro.
 - Participación en las Comisiones de Salud Mental de su zona de referencia
 - Participación en los grupos de trabajo que sobre aspectos relacionados con la rehabilitación se organicen en el área de referencia.
 - Implementación y supervisión de las propuestas de formación en las que esté implicado el Centro de Rehabilitación.
 - Desarrollo y apoyo a las propuestas de investigación que realicen los profesionales del Centro.
 - Mantenimiento de la filosofía de atención que caracteriza al Centro.
 - Evaluación del funcionamiento y atención, elaborando los informes y memorias necesarios.
2. Psicólogo: Es su tarea el desarrollo de la actividad rehabilitadora, con las siguientes responsabilidades:
 - Tutorizar a los usuarios derivados.

- Evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación y llevar a cabo la intervención, tanto en el Centro como en el ambiente natural del usuario.
 - Supervisar el seguimiento una vez alcanzados los objetivos propuestos y establecer el momento del alta.
 - Realizar las coordinaciones necesarias con los diferentes recursos socio-sanitarios para asegurar una correcta continuidad de cuidados.
 - Asistir a las reuniones de coordinación con los Servicios de Salud Mental.
 - Es el responsable de los diferentes programas de entrenamiento: Rehabilitación Cognitiva, Habilidades Sociales, Educación para la Salud, Autocontrol, Acogida y Psicoeducación de Familias, siendo el encargado de su diseño y desarrollo.
 - Llevar a cabo las actividades relacionadas con dichos programas.
 - Informar, orientar y apoyar a las familias de los usuarios derivados.
 - Elaboración de los seguimientos e informes necesarios para comunicar nuestras actuaciones, expectativas y objetivos.
 - Evaluar los diferentes Programas de Intervención, colaborando en la programación y organización del Centro.
 - Asumir la docencia de los diferentes profesionales que acuden a formarse al Centro de Rehabilitación.
 - Desarrollar proyectos de investigación y docencia sobre aspectos relacionados con la Rehabilitación Psicosocial.
3. Trabajador Social:
- Llevar a cabo tareas de valoración e intervención social con los usuarios derivados y sus familias.
 - Realizar las coordinaciones con los diferentes recursos de la red socio-sanitaria (Servicios Sociales Generales, dispositivos formativos, laborales, etc.).
 - Asistir y formar parte de las Comisiones de Rehabilitación de la zona de referencia si éstas existen.
 - Participar en los grupos de trabajo del área de referencia del C.R.P.S.
 - Realizar la evaluación de las familias, dentro del protocolo de evaluación del Centro.
 - Llevar a cabo los seguimientos de los usuarios asignados.
 - Realizar las actividades encomendadas dentro de los Programas de Intervención.
 - Informar y orientar a los usuarios sobre recursos, especialmente los que supongan una mayor normalización e integración: formativos, laborales, educativos, de ocio...
 - Detectar nuevos recursos y encargarse de la recopilación de los ya existentes.
 - Desarrollar trabajos de investigación y comunicar a través de medios profesionales la labor llevada a cabo.
 - Asumir a los alumnos (en prácticas) de la Escuela de Trabajo Social cuando existan los convenios correspondientes.
 - Coordinarse con las Asociaciones de Familiares y Usuarios de las Áreas de referencia del Centro de Rehabilitación, así como con otro tipo de asociaciones de participación ciudadana.
4. Terapeuta ocupacional:
- Es el responsable del Programa de Actividades de la Vida Diaria y de la actividad de Psicomotricidad.
 - Es el encargado de llevar a cabo las actividades relacionadas con dicho programa y de supervisar las que realicen otros profesionales.
 - Debe evaluar e intervenir en las áreas relacionadas con la autonomía básica y autocuidados de los usuarios derivados.
 - Organiza las actividades de ocio.
 - Debe coordinarse con los tutores para la planificación de la intervención en las áreas mencionadas como responsabilidad suya.
 - Evalúa la eficacia de los Programas de los que es responsable, colaborando en la programación y organización del Centro.

- Es el encargado de organizar el trabajo con los voluntarios que pudieran incorporarse.
- Asume las tareas docentes relacionadas con su profesión, participando en los grupos de trabajo para los que sea relevante su presencia.
- Es el responsable de la tutorización o seguimiento de los usuarios asignados.
- Debe coordinarse con los recursos institucionales relevantes en su campo.

5. Educador:

- Es el encargado de llevar a cabo las actividades de parte de los Programas de Acogida, Actividades de la Vida Diaria, Rehabilitación Cognitiva y Apoyo Comunitario y participa activamente en el resto de Programas de entrenamiento.
- Es su tarea reforzar, motivar y apoyar a los usuarios.
- Es el responsable de la tutorización y seguimiento de los usuarios asignados.
- Realiza los acompañamientos necesarios para asegurar una adherencia adecuada al Centro, un entrenamiento en orientación o la realización de gestiones por parte de los usuarios.
- Lleva a cabo la organización y desarrollo de las salidas programadas desde el Centro en relación a actividades de ocio, tiempo libre o utilización de recursos comunitarios.
- Se coordina con los profesionales de otros dispositivos de rehabilitación para el desarrollo de actividades comunes.
- Se coordina con recursos socio-comunitarios que sean relevantes para la integración normalizada de los usuarios atendidos.
- Asume las tareas docentes con aquellos colectivos para los que sea interesante el trabajo desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

6. Administrativo:

- Es el encargado de la provisión de los diferentes documentos, fichas y registros necesarios para la actividad del Centro.
- Es el responsable del seguimiento y control del perfecto estado de funcionamiento del Centro (contacto con proveedores, personal de mantenimiento, pedido de material fungible) y de la gestión de la contabilidad.
- Asume el procesamiento informático de todos los datos de la actividad asistencial.
- Es el encargado de la recepción telefónica y presencial del Centro.
- Lleva el registro de salidas y entradas de documentación.
- Es el encargado de mecanografiar o transcribir informáticamente los documentos que se le proporcionen para dicho fin.

Además de estos profesionales, los Centros, según sus características concretas, pueden disponer de trabajadores de otras tipologías profesionales, que pueden aportar un saber complementario a los anteriormente apuntados. Así, si existe una necesidad de apoyar procesos de inserción por el empleo porque las características de los usuarios derivados así lo requieren podría ser interesante contar con un especialista en este terreno, con las siguientes funciones:

7. Técnico de empleo / Preparador laboral.

- Prospección del mercado laboral.
- Creación y actualización de una base de datos con las ofertas laborales disponibles.
- Búsqueda y negociación concreta con empresarios que puedan facilitar puestos de trabajo.
- Análisis de los puestos de trabajo disponibles.
- Enseñanza de las tareas en el propio puesto de trabajo.
- Apoyar la progresiva integración en el puesto.

- Asesorar a los compañeros y supervisores para facilitar la inserción laboral del usuario.
- Favorecer la integración total en la empresa.
- Apoyar el mantenimiento en el puesto de trabajo.
- Apoyar al usuario en el mantenimiento de su tratamiento psiquiátrico y en la continuidad en el cumplimiento de sus citas en Salud Mental.
- Apoyar a la familia en la resolución de conflictos derivados de la inserción laboral.
- Apoyar al usuario en el establecimiento de redes sociales significativas en el contexto laboral.

9.2. RECURSOS MATERIALES

La Rehabilitación psicosocial debe responder a un proyecto técnicamente bien dotado, con un equipo profesional cualificado y motivado y con unos recursos materiales que propicien el desarrollo del programa rehabilitador.

Las instalaciones deben cumplir las óptimas condiciones de habitabilidad, equipadas de manera funcional y respetando la normativa de Riesgos laborales vigente (Ley de prevención de Riesgos laborales 31/1995 y Ley 54/2004 que reforma el marco normativo).

Se requieren como mínimo, para un equipo de 9 personas y con 60 plazas, **7 despachos y un área de recepción**, donde cumplirá sus funciones el/la administrativo, que guarde la suficiente privacidad dada la información confidencial que maneja. Todos los profesionales deberán contar, por tanto, con un despacho, excepción hecha de los educadores, quienes por sus tareas y requerimientos en el funcionamiento del Centro pueden compartir uno. Sería deseable que la ubicación de estos despachos estuviera alejada de las aulas, para evitar en la medida de lo posible interferencias. Los despachos deberán tener al menos 9 m², para posibilitar que, además de la mesa de despacho, mesa auxiliar del ordenador y librería (elementos básicos), haya espacio para al menos cuatro sillas, ya que un estándar habitual es una entrevista con el usuario y sus padres, es decir, cuatro personas contando al profesional.

Las zonas comunes deberán ser luminosas, espaciosas, propiciando la participación grupal y manteniendo espacios *más reservados* para aquellos usuarios que en algún espacio corto de tiempo busquen aislarse del contexto general. Estas zonas deben estar correctamente ventiladas y deben contar con una buena climatización, de cara a asegurar que haya los menos elementos aversivos posibles que dificulten la motivación de los usuarios para su permanencia en el Centro.

La decoración (mobiliario, pintura) debe ser funcional, neutra y de fácil limpieza, distribuida de tal manera que posibilite la participación de usuarios. En cuanto a los despachos deberán guardar las condiciones de privacidad y adecuación al desarrollo del encuadre de la entrevista.

Se considera como mínimo 4 salas polivalentes de 30 m² c/u., pudiendo dos de ellas convertirse en una de mayores dimensiones para la realización de actividades lúdicas, fiestas, asambleas de usuarios, etc. De las cuatro salas, tres se utilizarán de forma habitual para el desarrollo de las actividades grupales, mientras que la cuarta será el espacio de acogida, de convivencia y relación de los usuarios y de estancia entre actividades. Suele ser el espacio donde se lee la prensa diaria, se escucha la radio, y donde se exponen las informaciones que se quiere que lleguen a los usuarios. Es importante que, en la medida de posible, esta sala esté dinamizada por un educador.

También es necesaria la instalación de una cocina, similar a la de cualquier hogar (con nevera, horno, placa vitrocerámica, microondas, etc), pero que tenga capacidad suficiente para desarrollar grupos de entrenamiento. Es decir, lo óptimo sería un espacio lo más cuadrado posible y de al menos 16 m². Anejo a la cocina debería habilitarse un comedor, que permita la posibilidad de que los usuarios que deban llevar a cabo actividades por la mañana y por la tarde puedan comer, bien trayéndose su propia comida bien a través de un servicio de catering, tal y como se explica en el punto 6.4.2.

El equipo deberá contar con el equipamiento necesario y el soporte informático que permita desarrollar la tarea dando respuesta a las necesidades y expectativas de usuarios.

Todo el Centro deberá tener una decoración neutra, que no sobreestime a los usuarios, dejando que sean los miembros del equipo profesional los que vayan valorando en cada momento la posibilidad de introducir elementos estimulantes en función de las características de los usuarios atendidos.

En lo referente al cuidado del medio ambiente se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se apostará desde el equipo profesional y se motivará a los usuarios en el cuidado y preservación del medio ambiente. Para ello se instalarán recipientes para la recogida de papel, pilas, vidrio y envases (perfectamente diferenciados).
- Será necesario concienciar a los usuarios en cuanto al uso y ahorro de agua, energía eléctrica o gas, a través de charlas informativas y talleres en los que recibirán la información y el entrenamiento oportuno.
- Al ser el Centro un espacio sin humos se pautarán los tiempos para fumar fuera de las instalaciones cuidando de no generar residuos ni entorpecer la libre circulación de los espacios públicos.

Capítulo 10

GESTIÓN DE CALIDAD

La calidad de la "atención" de los Servicios Sociales pone de relieve la capacidad disponible para dar respuestas a las necesidades sociales de referencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de los conocimientos científicos y técnicos aplicables y a la utilización de los recursos disponibles humanos, financieros, materiales, técnicos. El concepto de calidad subraya principalmente tres componentes: **el técnico científico, los contenidos de la relación interpersonal y las condiciones físicas de los equipamientos.** (Domínguez Pachón, 2000).

La implantación de Sistemas de gestión de calidad que en los Servicios Sociales se va haciendo de manera progresiva (y más lentamente que en otros ámbitos tanto públicos como privados) requiere la implicación de todas las partes interesadas (las administraciones, los profesionales, usuarios y la sociedad en general), un liderazgo fuerte y los recursos necesarios.

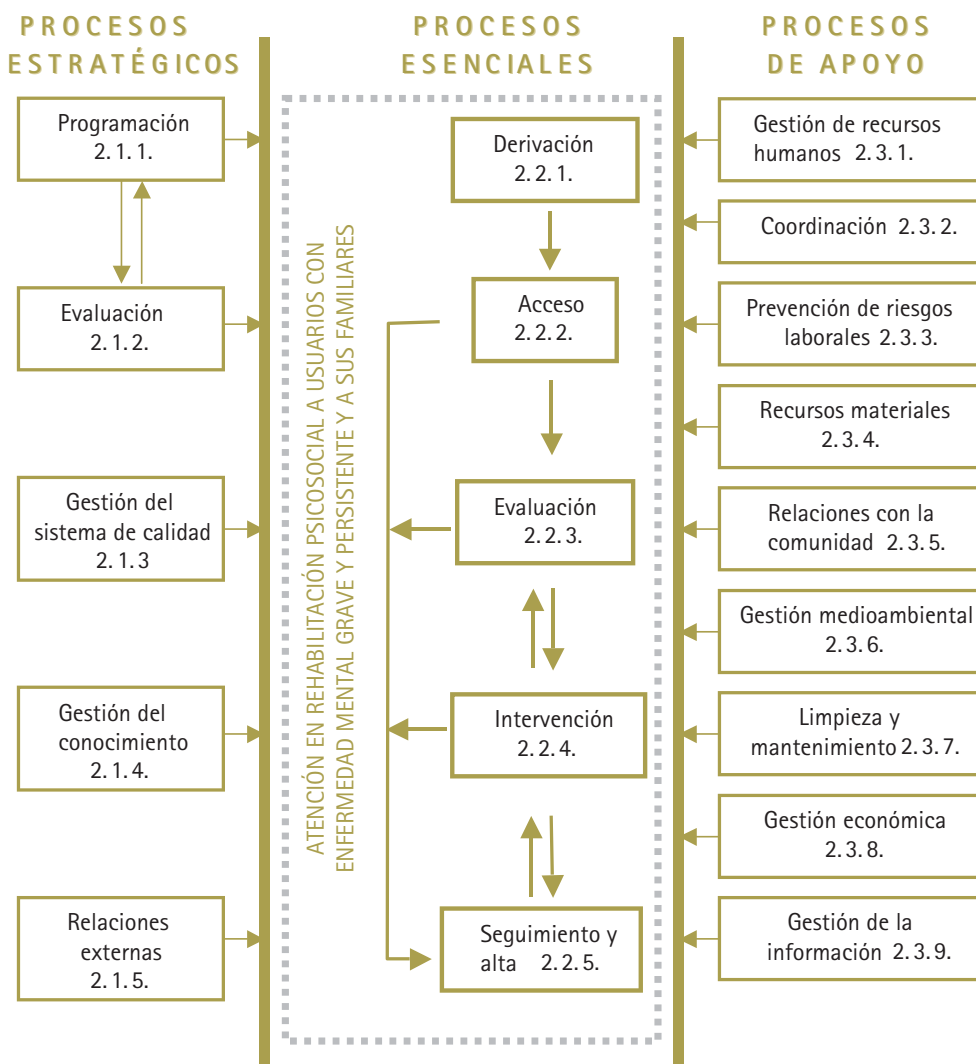
El Modelo EFQM es una herramienta para la gestión de calidad orientada al cliente, que persigue la excelencia, amplio y completo, no normativo y su utilización tras un proceso de Autoevaluación inicial permite el diseño de un Plan de Mejoras. Fue creado por la Fundación Europea para la gestión de la calidad y en 1992 se creó el Premio Europeo a la Calidad.

Este Sistema de gestión exige:

- **Identificación de los Procesos clave**

- Estratégicos.
- Esenciales.
- De soporte.

De manera orientativa se hace una propuesta de los Proceso clave, aunque es competencia del Dto. de Calidad y consensuado con el equipo profesional.



- **Definir indicadores.**

De manera orientativa se proponen ejemplos de Indicadores, ya que los definitivos se vincularán a la política de Calidad y al Sistema de gestión del IMSERSO.

- Número de incorporaciones/ Número de plazas.
Frecuencia de medición semestral.
- Número de abandonos en la fase de evaluación/ Número de incorporaciones.
Frecuencia de medición semestral.
- Número de días transcurridos entre la fecha de derivación/ Fecha de primera entrevista de acogida.
Frecuencia de medición trimestral.
- Revisiones del Sistema de Calidad.
Frecuencia de medición anual.
- Número de quejas planteadas/ Número de quejas resueltas.
Frecuencia de medición semestral.
- Número de sugerencias planteadas/ Número de sugerencias implantadas.
Frecuencia de medición semestral.
- Número de horas de formación del personal/ Número de horas laborables.
Frecuencia de medición anual.
- Grado de satisfacción de usuarios/ Grado de satisfacción de clientes internos.
Frecuencia de medición anual.
- Cumplimiento de objetivos de la programación.
Frecuencia de medición anual.

- **Conocer y satisfacer las necesidades y expectativas de usuarios y clientes (tanto externos como internos).**
- **Implicación de todos los/as profesionales y de las figuras de liderazgo en el proceso de mejora continua.**
- **Planificar- actuar- evaluar- mejorar.**

Es significativo el resumen que hace Ruiz-Olalla M.C. (1998) en el que destaca distintos aspectos que las personas valoran de los servicios recibidos:

- La fiabilidad: prestar bien el servicio y de manera cuidadosa.
- La empatía y la comprensión: esforzarse por conocer y acercarse a las necesidades que se plantean.
- La capacidad de respuesta: hacer de modo adecuado, puntualmente y con rapidez.
- La competencia y experiencia: garantizar el desempeño de tareas con mayor profesionalidad, seguridad y eficacia.
- La cortesía: atender con consideración, amabilidad y respeto.
- Accesibilidad: resultar fácilmente localizables, horarios eficaces y accesibles, próximos.
- Buena comunicación: informar con lenguaje claro y comprensible y saber escuchar.
- Credibilidad: interesarse por los problemas que se plantean, abarca conceptos como la veracidad, la honestidad con el servicios que se presta.
- Soporte físico: adecuadas instalaciones, equipos, personal y materiales de comunicación.

Si bien estos aspectos son homologables a todo tipo de servicios, responde a unos mínimos que deben ser superados en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios a través de mejora continua de los servicios.

Capítulo 11

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

11.1. LEGISLACIÓN

- Constitución Española de 1978. Artículos 49 y 149.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- Ley 29/1999, de 16 de julio, de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal.
- Ley 12/2001, de 9 de Julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.
- Ley 45/2002, de 12 de Diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad.
- Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social.
- Ley 8/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado.
- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos generales del Estado para el año 2006.

11.2. BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps) (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid. Siglo XXI.
- Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997): Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación psicosocial de personal con trastornos mentales crónicos*. Ed. Pirámide S.A., pp. 210-228.
- American Psychiatric Association (1994): *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid. Masson.
- Amérigo, M. (1990): *Satisfacción residencial. Una aproximación psicosocial a los estudios de calidad de vida*, tesis doctoral, Universidad Complutense, Madrid.
- Ander-Egg, E. (1995): "Los grupos de apoyo mutuo, en medio de las muchedumbres solitarias de fines del siglo XX", *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 2, 21-29.
- Anderson, C.; Reiss, D., y Hogarty, G. (1988): *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psico-educación)*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Andreasen, N., y Carpenter, N. (1993): "Diagnosis and classification of Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 19 (2).
- Angers, M.E. (1992): "Created" communities and the "Natural" community", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (2), 117-123.
- Anthony, W.A. (1979): *The principles of Psychiatric Rehabilitation*. Boston. Human Resource Development Press.
- Anthony, W.A. Nemeck P. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed): *Schizophrenia: treatment and care*. New York: Grunne & Stratton.

- Anthony, W.A.; Cohen, M.R.; y Cohen, B.F. (1984): "Psychiatric rehabilitation", En J.A. Talboltt (ed.), *The Chronic mental Patient. Five Years Later*, 137-157, Orlando. Grune & Stratton, Inc.
- Anthony, W.A.; Cohen, M., y Farkas, M. (1990): *Psychiatric Rehabilitation*. Boston. Ed. Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986): "The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Anthony, W.A. (1984): Vocational Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled. En Mirabi, R (Ed): *The Chronically Mentally Ill*. Research and Services. Nueva York. Sage.
- Asociación Madrileña de salud mental (1995): "Informe sobre el programa de rehabilitación en Madrid," Boletín, primavera, 5-11.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Ed. Descleé De Brouwer.
- Bellack, A., y Mueser, K. (1993): "Psychosocial treatment for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 19 (2), 317-337.
- Bellver, F; Moll, B.; Roselló, R. y Serra, F. (1993): "El empleo con Apoyo: un recurso eficaz para la inserción socio-laboral de personas con minusvalía". *Siglo Cero*, Vol 24 (3) nº 147, Mayo-junio, 15-24.
- Bernstein, D. Y Borkovec, T. (1983): *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Ed. Descleé De Brouwer.
- Berrios, G.E. (2003): *Trastornos de la memoria en la práctica psiquiátrica*. Ed. Masson.
- Blanch, A.; Carling, P., y Ridgway, P. (1988): "Normal housing with special supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community", *Rehabilitation Psychology*, 33 (1), 47-55.
- Cañamares, J.M. et. al. (2001): *Esquizofrenia*. Ed. Síntesis.
- Cáritas (2000): *Las Empresas de Inserción a Debate. Documentación social*, Nº 117-118. Madrid: Cáritas
- Caton, C.I. (1984): "Mental institutions and the community: A historical perspective", en C.I. Caton, *Management of Chronic Schizophrenia*. Nueva York. Oxford University Press.
- Ciompi, L. (1984): "Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias", *Scw. Archiv. N. Sysh.*, 135, 101-160.
- Cochrane, R. (1991): *La creación social de la enfermedad mental*. Ed. Nueva visión.
- Consejería de Sanidad (2003): *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Comunidad de Madrid.
- Comunidad de Madrid (2001): Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, nº 14.
- Consejería de Servicios Sociales (1999): *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Cook, J.A. y Razzano, L. (2000): Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Reserach and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 87-103.
- Costa, M., y López, E. (1986): *Salud Comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1991): *Manual para el educador social. Habilidades de comunicación en la relación de ayuda (Vol. 1) y Afrontando situaciones (Vol. 2)*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Defensor del Pueblo (1991): *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo: Informes, Estudios, Documentos.
- Desviat, M. (1995): *La reforma psiquiátrica*. Madrid. Dor.

- Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (1993): Técnicas de autocontrol. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide S.A., pp. 577-593.
- Escribá, P. y Huertas, M. (1984): *Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral*. Valencia. Nau llibres.
- Emerson, E. (1992): "What is normalisation?" en H. Brown y H. Smith (eds.), *Normalisation*. Londres. Routledge.
- Falloon, I.R.; Boyd, J. Y McGill, C. (1984): *Family Care of Schizophrenics*. Nueva York. The Guilford Press.
- Farkas, M., y Anthony, W. (1989): *Rehabilitation Program: Theory into Practice*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- Fields, S. (1990): "The relationship between residential treatment and supported housing in a community system of services", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4). 105-113.
- Generalitat de Cataluña: *Plan director de salud mental y adicciones 2005-2007*.
- Gil Rodríguez, F. Y García, M. (1993): "Entrenamiento en habilidades sociales", en Labrador, F.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M.: *Manual de Modificación y Terapia de conducta*. Madrid. Ed. Pirámide.
- González Duro, E. (1980): "Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España", en M. González de Chávez (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid. Mayoría, A.E.N.
- 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.
- Granado, M. y Hernández, M. (1997): "Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas. En Rodríguez, A. (coordinador): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ed. Pirámide. Madrid.
- Hatfield, A., y Lefley, h. (1987): *Families of the Mentally Ill. Coping and Adaptation*. Nueva York. Guilford Press.
- Hwang, M.Y. (2003): *Esquizofrenia y patologías comórbidas, diagnóstico y tratamiento*. Ed. Masson.
- Jackson, C. y Chadwick, P. (1997): Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid: Ed. Siglo XXI, 663-684.
- Consejería de Sanidad del Gobierno Andaluz: *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007*.
- Labrador, F.J., De la Puente, M^a.L. y Crespo, M^a (1993): Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Coords.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide, pp. 367-395.
- Lamb, H. R. (1984): *The Homeless mentally Ill*. Nueva York. The Guilford Press.
- Lehman, A. F; Ward, N.C. y Linn, L.S. (1982): Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- Liberman, R.P. (1988/1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman. R.P. (1989): *Social skills training for psychiatric patients*. New York. Pergamon Press.
- Lineham, M.M.: *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad*. Ed. Paidós Ibérica.
- Millon, T. (1998): *Trastornos de personalidad: más allá del DSM-IV*. Ed. Masson.
- Mínguez, L.; Sanguino, R.M.; González, E. Y Guitiérrez, M.T. (1996): *Descubriendo la esquizofrenia*. Complejo Hospitalario San Luis.
- Organización Mundial de la Salud (1978): *Conferencia Mundial de ALMA-ATA*.

- Orviz García, S. y Fernández y Fernández, J.A. (1997): "Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos". En Rodríguez, A. (coordinador): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Problemas Mentales Crónicos*. Madrid. Ed. Pirámide.
- Perona, S. (2003): *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía clínica*. Ed. Minerva ediciones.
- Perris y McGorry (2004): *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Ed. DDB.
- Instituto Psiquiátrico Servicios de salud mental José Germain (1992): *Programa de Rehabilitación y de Apoyo comunitario*, Madrid: Comunidad de Madrid.
- Real Decreto 2273/ 1.985, de 4 de Diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.
- Real Decreto 290/2004, de 20 de Febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento de empleo de las personas con discapacidad.
- Resnik, S. (1997): *La experiencia psicótica*. Ed. Tecnipublicaciones España.
- Rodríguez, A. (1997): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ed. Pirámide, Madrid.
- Santostéfano, S. (1990): *Terapia de control cognitivo con niños y adolescentes*. Ed. Pirámide.
- Satir, V. (2002): *Ejercicios para la comunicación humana*. Pax México.
- Shepherd, G. (1989): "Care of the chronic mentaly ill", *Current Opinion in Psychiatry*, 2, 291-295.
- Sobrino, T. (2003): "Centros de rehabilitación laboral", en Verdugo M. A., López D, Gómez A. y Rodríguez, M. (coords), *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo*. Salamanca. Amaru.
- Stroul, B.A. (1989): "Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3). 10-26.
- Turner, J.E. y Tenhor, W.J. (1978): "The NIMH Community Support Program", *Schizophrenia Bulletin*, 4 (3), 319-344.
- Valiente, C. (2002): *Alucinaciones y delirios*. Ed. Síntesis.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1993). "El empleo con Apoyo: una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad". *Siglo Cero*, Vol 24 (3) nº 147, Mayo-junio, 5-12.
- Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1983/1990): *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica*. México. Limusa.
- Wolfensberger, W. (1979): "The principle of normalitation and it's implications for psychiatric services", *American Journal of Psychiatry*, 219-297.
- Yalom, I.D. (2002): *Guía breve de psicoterapia de grupos*. Ed. Paidós.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Anormal Psychology*, 86, pp. 103-126.

Anexos

ANEXO A: PERSPECTIVA DE GÉNERO

La Plataforma de Acciones adoptadas por la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Pekín en el año 1995 resalta que la igualdad entre los géneros es un objetivo primordial en las áreas del desarrollo social, definiendo de esta manera las transversalidad de la perspectiva de género.

"Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros."

La Psicología clínica y la Psiquiatría han demostrado en los últimos años interés sobre la variable **género** en diversos patologías y en especial en aquéllas como la esquizofrenia, lo que ha llevado al desarrollo de varias líneas de investigación.

Para no caer en falsos tópicos es necesario tener como referente no sólo aspectos psicopatológicos sino aspectos sociales, culturales y conceptos que incorpora y trata la Psicología feminista. Posiblemente gran parte de las investigaciones se han quedado en aspectos demasiado biologicistas sin contar con variables antropológicas y sociológicas.

El estudio realizado recientemente por Rosa Jiménez García Bóveda y Antonio J. Vázquez Morejón (Servicio Andaluz de Salud): Esquizofrenia y género, revisa las aportaciones más relevantes de investigaciones realizadas y llega a las siguientes conclusiones:

- Edad de inicio más tardía en las mujeres.
- Mejor ajuste premórbido en mujeres.
- Más complicaciones derivadas del parto en madres de hombres.
- Evolución inicial más favorable en las mujeres.
- Mejor funcionamiento social en las mujeres.
- Sintomatología negativa más frecuente en hombres.
- Síntomas afectivos más frecuentes en mujeres.
- Mayor riesgo familiar en mujeres.
- Edad de inicio posterior a 45 años más frecuente en mujeres.
- Necesidad de dosis más bajas de antipsicóticos en mujeres.
- Mayor frecuencia de discinesia en mujeres.
- Mayor protección en la mujer por efecto modulador de los estrógenos con la dopamina.
- Mayor frecuencia de conducta antisocial y de abusos de tóxicos en hombres.
- Mayor respuesta y adherencia a tratamientos farmacológicos y psicológicos en mujeres.

Además de todo esto, cabe resaltar que hasta la actualidad se ha producido una discriminación en los recursos de rehabilitación, ya que la utilización de los mismos ha sido mayoritariamente masculina.

Esto se debe a que se deriva con mucha mayor frecuencia a hombres que a mujeres, y este hecho tiene que ver con la percepción social, que valora como "insoportable" el que un hombre esté aislado y sin actividad y hay que intervenir para lograr su adecuado funcionamiento personal y social, mientras que en el caso de mujeres no se suele percibir con la misma intensidad tal necesidad, no derivándolas a los recursos específicos en la misma medida.

Es decir, todavía hay que hacer un esfuerzo importante para reconocer que el rol de la mujer con enfermedad mental también se juega fuera de casa y tiene derecho a los mismos tratamientos y la utilización de los mismos recursos que los hombres.

Por todo lo expuesto se desprende la necesidad de incorporar la perspectiva de género con el fin de adecuar los contenidos de la Rehabilitación Psicosocial a los actuales momentos y a la demanda que está presente en la sociedad, sin olvidar que la violencia de género (en todas sus formas: física, psicológica, social, sexual y económica) también es un factor relevante en la evolución de los trastornos mentales crónicos, por lo que sería necesario incluir acciones y programas específicos.

ANEXO B: INTERCULTURALIDAD

Las culturas no existen por sí solas, sino que son creadas, vividas y transformadas por los pueblos respectivos. Son los grupos humanos los que se relacionan mediante sus culturas (Schermerhorn, 1978).

Según la información suministrada por el Instituto Nacional de Estadística, a finales del mes de julio del 2006 estaban empadronadas en España 3.884.573 personas extranjeras, cifra que es sensiblemente mayor si tenemos en cuenta a inmigrantes que no están empadronados por hallarse en situación irregular y temen a la apertura de expedientes de expulsión.

La mayoría de los recursos sociosanitarios y la Administración en general no está preparada para atender a este tipo de población salvo cuando se crean dispositivos específicos.

El proyecto migratorio varía sustancialmente si lo inicia una mujer o un hombre y depende la cultura de la que provienen, es por ello que se suelen producir fenómenos diversos según se vinculen a la sociedad de acogida.

En algunos se produce **la segregación**: el/la inmigrante acepta y recibe con actitud positiva las ayudas instrumentales y materiales, pero desconfía del resto (costumbres, lengua, vestimenta, etc.). En otros se produce **la asimilación**: se exige una identificación con los códigos culturales del país de acogida y finalmente irrumpe la tan necesaria **integración**, es decir, dominar los códigos del país al que se emigra manteniendo los del lugar de origen.

Asimismo es necesario tener en consideración que las personas inmigrantes responden a proyectos de vida diversos, algunos son refugiados o inmigrantes de emergencia, inmigrantes económicos y en una pequeña proporción aquéllos que lo hacen buscando un desarrollo personal. La migración es un elemento estresor de gran magnitud lo que propicia la aparición de algún tipo de síntoma que en determinados casos desembocan en trastornos mentales graves o en la irrupción de trastornos ya existentes, como por ejemplo el Síndrome de Ulises (descrito por el Dr. Josefa Achótegui, director del SAPPPIR y profesor de la Universidad de Barcelona).

Sumado a estas consideraciones se puede añadir el rechazo a la enfermedad mental y a la medicación (debido no sólo al desconocimiento sino a pautas culturales muy arraigadas) sitúa a esta población con un alto riesgo y mal pronóstico.

Para ello es necesario desarrollar actividades de sensibilización e información de manera preventiva, apoyándose en la figura de mediadores/as interculturales que participan de recursos específicos que atienden a población inmigrante y en algunos de primera atención (Servicios sociales generales), hospitales, etc.

Cuando el inmigrante accede a un recurso como el Centro de Rehabilitación exige un esfuerzo añadido en el cual el equipo profesional deberá tener en cuenta: la construcción de un lenguaje común y accesible, utilizar la negociación como una herramienta primordial y reconocer explícitamente el derecho a la diferencia cultural para resistir a la asimilación.

COLECCIÓN DOCUMENTOS

Serie Documentos Técnicos

- 21001. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones.
- 21002. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones. CDROM.
- 21003. La evaluación de los programas intergeneracionales.
- 21004. La evaluación de los programas intergeneracionales. CDROM.
- 21005. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios.
- 21006. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. CDROM.
- 21007. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.
- 21008. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. CDROM.
- 21009. Calidad y dependencia.
- 21010. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. CDROM.
- 21011. Modelos de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.
- 21012. Malos tratos a personas mayores y personas en situación de dependencia. Curso.
- 21013. Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales.
- 21014. Modelo de Centro de Día para personas con daño cerebral adquirido.
- 21015. Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer.
- 21016. Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA SOCIAL

