

2. Rehabilitación psicosocial comunitaria en trastorno mental grave

COMMUNITY PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN SEVERE MENTAL DISORDER

Marta Fernández Lago

Diplomada en Terapia Ocupacional por el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle.

RESUMEN

La Rehabilitación Psicosocial es una de las intervenciones más relevantes que se realiza con personas diagnosticadas de uno de los llamados trastornos mentales graves (TMG) o que tenga un funcionamiento que no le permita vivir su vida de una manera plena. En este artículo presentamos una propuesta de intervenciones a nivel ocupacional, psicológico y social que se engloban dentro de este marco rehabilitador. Ésta se basa en nuestra experiencia profesional y práctica diaria y en los principios que ponen en relieve los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, Rehabilitación Psicosocial, Intervenciones individuales, Rehabilitación Cognitiva, Participación social.

ABSTRACT

Psychosocial rehabilitation is one of the most relevant interventions that is carried out with people diagnosed with one of the so-called serious mental disorders (TMG) or who has a functioning that does not allow him to live his life in a full way. In this article we present a proposal of occupational, psychological and social interventions that fall within this rehabilitative framework. This is based on our professional experience and daily practice and on principles that emphasize human rights and the dignity of individuals.

Keywords: Severe Mental Disorder, Psychosocial Rehabilitation, Individual Interventions, Cognitive Rehabilitation, Social Participation.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es describir de manera exhaustiva una de las intervenciones más relevantes que se realiza con personas diagnosticadas de uno de los llamados trastornos mentales graves (TMG) o que tenga un funcionamiento que

no le permita vivir su vida de una manera plena. Estamos hablando de la rehabilitación psicosocial.

En esta propuesta de programa de Rehabilitación Psicosocial se plasman intervenciones desde el ámbito ocupacional, psicológico y social. Supone un ejemplo trabajo multidisciplinar en un equipo de Salud Mental y de una visión global del trastorno mental y de la necesidad de intervención en diversos ámbitos. Lo llamamos propuesta dado que no podemos decir que sea la intervención “definitiva” que debería aplicarse en todos los servicios de salud mental, sin embargo se basa en unos principios que ponen en relieve los derechos humanos y la dignidad de las personas. Desde este enfoque lanzamos nuestra propuesta que siempre está abierta a revisiones, cambios, sugerencias y que debería implantarse teniendo en cuenta las características peculiares de cada población.

Pretendemos mostrar una manera de trabajar centrada en la persona, en su experiencia y en sus objetivos vitales. De la misma manera, resaltar la importancia del trabajo comunitario y de la participación mediante cesión de ubicaciones, personal, etc. de agentes públicos y privados de la localidad en la que vivimos. Se trataría pues, de no tomar al “paciente” de manera individualizada sino todo su entorno y aprovechar el trabajo en el mismo para la normalización de las experiencias humanas más perturbadoras y tomadas como patológicas, así como la lucha contra el estigma.

Queremos adelantar lo satisfactorio de dicho trabajo, tanto por las facilidades que nos dan dichos agentes para crear espacios comunes de convivencia (ayuntamiento, medios de comunicación, servicios sociales, comercios locales, etc) como por los resultados obtenidos a nivel psicosocial en nuestros usuarios.

En el capítulo 1 empezaremos con un breve acercamiento a lo que se entiende en el ámbito académico por TMG y explicando cómo entendemos nosotras la intervención y los principios en los que nos basamos.

En el capítulo 2 trataremos las consideraciones previas a tener en cuenta para poner en marcha el Programa de Rehabilitación Psicosocial que desarrollaremos a lo largo del capítulo 3 y que se divide en 3 subprogramas con intervenciones variadas.

Puesto que una de las principales características de este programa es su carácter comunitario y social, en el capítulo 4 se detalla la intervención a este nivel.

Para terminar, en el capítulo 5, se recopilan una serie de sesiones que pueden servir de ejemplo de cada uno de los subprogramas y actividades incluidos en los mismos. También se hace una propuesta de horario semanal para facilitar la implementación de este Programa de Rehabilitación Psicosocial en TMG.

“La mayoría de las personas con trastornos graves y de larga duración pueden, por lo tanto, esperar de forma realista una “recuperación clínica”, si

bien algo menos de una cuarta parte, es probable que mantenga una discapacidad permanente. Aun así, la "recuperación social" no es imposible ya que pueden lograr una mayor comprensión sobre cómo gestionar sus síntomas y construir una vida con sentido pese a padecer limitaciones graves". (1)

1. TRASTORNO MENTAL GRAVE

Isabel Saavedra Rionda (Psicóloga clínica)

Marta Fernández Lago (Terapeuta ocupacional)

El término trastorno mental grave se refiere a una serie de diagnósticos/etiquetas que engloban trastornos del comportamiento, cognitivos y sociales. Más allá de la etiqueta lo relevante es la disfunción en diferentes esferas que estas dificultades producen en la persona en su vida diaria y en su integración y participación en la comunidad.

La definición de *trastorno mental grave* (TMG) con mayor consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que lo define como:

"un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de

ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social".

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS

La propia definición habla de un grupo de personas con diferentes circunstancias en la que el nivel de discapacidad es, en general, alto y presentan discapacidad moderada-severa en alguna de las siguientes áreas:

- auto-cuidados
- desempeño laboral
- apoyo social
- autonomía en el entorno comunitario
- uso de recursos sociales
- administración económica
- manejo de actividades de ocio y tiempo libre.

La duración, también por lo general, larga, necesitando así una intervención integral y multiprofesional que intervenga en aspectos sociales, de autonomía, clínicos, etc.

Dentro de los llamado TMG se incluye las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992) (2):

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	
Trastornos esquizofrénicos (F20.x)	Caracterizados, en general, por sintomatología positiva como delirios, alucinaciones... y negativos como apatía, afecto aplanado, etc. Existen diferentes tipos entre los que se encuentran: paranoide, hebefrénica y catatónica.
Trastorno esquizotípico (F21)	Trastorno que se caracteriza por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto que se asemejan a los observados en la esquizofrenia. Síntomas característicos: afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estafalarias que no alcanzan a ser verdaderos delirios.
Trastornos delirantes persistentes (F22)	Destacan en este trastorno las ideas delirantes de persecución, de perjuicio, místicas...
Trastornos delirantes inducidos (F24)	Trastorno delirante compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos.
Trastornos esquizoafectivos (F25)	Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos y que en ocasiones se dan al mismo tiempo.
Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)	
TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO	
Trastorno bipolar (F31.x)	Se caracteriza por episodios recurrentes de manía (euforia, desinhibición, conductas de riesgo) y depresión grave. En ocasiones van acompañados por síntomas psicóticos, especialmente durante las fases maníacas.
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	Episodio de depresión con la aparición de lucinaciones, delirios, considerable angustia, sentimientos de inutilidad o culpa o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes. Puede existir riesgo para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición.
Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin que hubiese aparecido en otro momento elevación del ánimo y aumento de la energía (manía).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
Trastorno obsesivo compulsivo (F42)	<p>Sus síntomas fundamentales radican en la presencia de pensamientos obsesivos, o de actos compulsivos, ambos recurrentes.</p> <p>Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Suelen ser egodistónicos, es decir, causan angustia a la persona que los sufre.</p> <p>La compulsiones son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez.</p> <p>Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él.</p>
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
Trastorno Límite (F60.31)	<p>Este trastorno se incluye dentro de los TMG por la disfuncionalidad que producen sus síntomas aunque aparentemente por separado no parezcan tan graves. Existe una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso con arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales.</p> <p>Tendencia a los conflictos interpersonales, sentimientos de agravio, rechazo por parte de los demás por comportamientos impulsivos.</p> <p>Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el límite, que se caracteriza además por perturbaciones de la auto-imagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.</p>

Tras esta breve descripción de los trastornos incluidos en la categorías de TMG queremos remarcar brevemente en este capítulo los objetivos a nivel clínico y el trabajo que realizamos con los usuarios y que se desarrollará en los capítulos siguientes. Nos basamos en la idea de recovery o recuperación definida con los siguientes principios (1):

- *I. Encontrar esperanza y mantenerla:* creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
- *II. Re-establecimiento de una identidad positiva:* encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.
- *III. Construir una vida con sentido:* entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir.
- *IV. Asumir responsabilidad y control:* sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

Esto implica que proceso y el programa de rehabilitación psicosocial que se expondrá a lo largo de este texto debe apoyarse en una concepción amplia y rehabilitadora de los Derechos Humanos que reconozca promueva el derecho de las personas con trastorno mental a una ciudadanía plena con todo lo que eso conlleva (3).

Por otro lado buscamos la integración de las personas en su comunidad natural, la autonomía e independencia en la toma de decisiones, en su rutina, etc. Además se trabaja contra el estigma y la comprensión y validación de las diferentes experiencias de las personas.

Estos aspectos se han ido desarrollando a raíz del proceso de desinstitutionalización psiquiátrica que comenzó en diferentes lugares del mundo sobre los años 70 (4). La desinstitutionalización surge en el seno de los movimientos de liberación y reclamación de derechos de las minorías y las mujeres, siendo los enfermos mentales una de esas minorías

sometidas a procesos de exclusión y privadas del acceso y ejercicio real de los derechos (5). Se pasa de los psiquiátricos, del no reconocimiento, de apartar, del diferente, a intervenciones comunitarias que han ido en la dirección de la normalización y los aspectos relatados anteriormente. De un modelo paternalista a un modelo centrado en la persona con todo lo que eso conlleva (experiencia o síntomas, objetivos, motivaciones, familia, futuro laboral, salud, etc.). Para ello ha sido necesario crear una red comunitaria que incluya diferentes dispositivos de atención ambulatoria y hospitalaria breve que asegure la pronta recuperación e integración social. Asumimos así lo expresado por la OMS en su Plan de Salud Mental 2013-2020 (6).

“Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad”

2. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: CONSIDERACIONES PREVIAS

Marta Fernández Lago (Terapeuta Ocupacional)

La rehabilitación psicosocial nace en la década de los 70 en países de nuestro entorno y los Estados Unidos de América, y en los 80 en nuestro estado, con un objetivo en principio sencillo:

“instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente

desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica” (7).

La creación y desarrollo de recursos y servicios específicos de rehabilitación psicosocial para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) han ido consolidando programas de rehabilitación como una prestación disponible dentro de las redes de atención socio-sanitaria públicas. Esta es la finalidad de este Programa de Rehabilitación Psicosocial en TMG como recuso destinado a una intervención intensiva.

Teniendo en cuenta que el objetivo de la rehabilitación psicosocial en TMG es la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de las personas afectadas, la elección de los programas a realizar vendrá determinada por su relación para la consecución de los mismos. Así, los programas deberán atender a algún aspecto de los que se podría denominar “*áreas vitales*” o “*áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada*” (8). Esta consideración dejaría fuera de la rehabilitación psicosocial aquellos programas o intervenciones que atiendan al entretenimiento sin más, al hacer por hacer.

En general, las personas que sufren trastorno mental grave presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social y la propuesta de objetivos de entrenamiento:

- Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)
- Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.)
- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.)
- Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.)
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.)
- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.)
- Rol social: inadecuado desempeño del rol esperado (en el trabajo, estudios, tareas domésticas, etc.).

METODOLOGÍA

En primer lugar habría que señalar que los programas de rehabilitación psicosocial pueden implementarse tanto en

formato individual o grupal. La decisión de aplicar un formato u otro vendrá determinada por una serie de variables:

- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos individuales de la persona.
- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos propios del programa.
- La disponibilidad del servicio o recurso para poder combinar ambos formatos.
- La disponibilidad de usuarios para conformar o no un grupo homogéneo en cuanto al nivel de capacidad, comprensión y dificultades comunes que van a intentar solventar el programa de rehabilitación.

Ambos formatos de intervención, grupal o individual, no son excluyentes sino que en muchos casos son complementarias.

Aunque las intervenciones terapéuticas están agrupadas en bloques en función del objetivo principal a trabajar, hay que tener en cuenta el carácter multifuncional de éstas, es decir, con un mismo programa o actividad se trabajan diferentes áreas.

Basándonos en el modelo de competencia “el técnico no trata de resolver los problemas al ciudadano, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de competencia” (9). Lo que se trata es de favorecer que la persona afectada desarrolle sus propias habilidades para analizar su comportamiento y operar autónomamente. Las técnicas de resolución de problemas suele ser una metodología muy utilizada en los diferentes programas de rehabilitación psicosocial.

El desarrollo de programas de rehabilitación serán más efectivos si se promueve la participación activa de los usuarios en ellos. Ofrecer información, motivar, ajustar las intervenciones a los objetivos particulares de las personas, mostrar los avances que se van produciendo y ofertar contextos donde los propios afectados puedan mostrar sus opiniones y expectativas de cambio a los profesionales, pueden ser algunas recomendaciones que ayuden a una implicación activa y efectiva en los procesos de rehabilitación.

OBJETIVOS

El programa está formado por una serie de subprogramas cuyo objetivo principal es la recuperación, entendido como el desarrollo de habilidades y estrategias que servirán de apoyo frente a los efectos del trastorno, permitiendo que la persona pueda tener una vida lo más satisfactoria y plena posible, como el resto de los ciudadanos.

En la base de la idea de recuperación reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de trastorno mental. Por ello se trabaja en cooperación con los usuarios en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recu-

peración social), ofreciendo a las personas los recursos (información, habilidades, redes y apoyo) necesarios.

De este modo los principales objetivos serían:

- Promover la adquisición y/o recuperación de habilidades y/o competencias necesarias para lograr el máximo nivel de autonomía e integración social en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.
- Potenciar la integración social del paciente en su entorno, fomentando su red social y la utilización de recursos normalizados de la comunidad (de ocio, académicos, formativos y laborales).
- Ofrecer seguimiento, apoyo y soporte para asegurar el mantenimiento en la comunidad de la manera más normalizada y autónoma posible.
- Prevenir recaídas, deterioro psicosocial y aislamiento.
- Apoyo y asesoramiento a las familias para favorecer su competencia en el manejo de dificultades e incidir positivamente en el proceso de recuperación.
- Ofrecer recursos y programas que posibiliten la recuperación/inserción profesional-laboral.

EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso individualizado, continuo, abierto y contextualizado, en el que se tienen en cuenta la motivación y expectativas del usuario y de sus familiares. Se secuencia en tres tiempos:

1. Evaluación inicial.
2. Evaluación continuada.
3. Evaluación final o valoración de resultados.

Evaluación neuropsicológica TMG

Para realizar la evaluación partiremos de un estado de estabilización psicopatológica.

Se llevará a cabo una evaluación inicial de las funciones cognitivas que aporte información no sólo de las áreas alteradas, sino también de las que se mantienen conservadas y teniendo en cuenta la posible influencia de la medicación, consumo de sustancias, etc.

Para ello utilizaremos las siguientes herramientas (10):

PRUEBA DE CRIBADO	Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).
ATENCIÓN Y VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	Dígitos orden directo (WAIS). Clave de números Búsqueda de símbolos (WAIS)
MEMORIA DE TRABAJO	Letras y Números (WAIS) Dígitos inverso (WAIS) Trail Making
APRENDIZAJE Y MEMORIA VERBAL	Aprendizaje de palabras (Test Barcelona)

ABSTRACCIÓN	Abstracción verbal (Test barcelona) Matrices
FUNCIONES EJECUTIVAS	Wisconsin Stroop
FLUIDEZ VERBAL	Prueba de fluencia fonética y semántica

Evaluación Ocupacional

“Entendemos por evaluación ocupacional el procedimiento de adquisición exhaustiva y sistemática de información a través del cual interpretamos la naturaleza y condición de la faceta ocupacional del sujeto evaluado” (11)

Con esta evaluación se pretende comprender el desempeño ocupacional de la persona, el contexto en el que se realiza y las ocupaciones, tareas y actividades con las que se siente identificado y que le puedan suponer una herramienta de cambio personal.

Los componentes de evaluación ocupacional serán:

- *Ocupación*: grupo de actividades que se organizan y realizan cada día. Incluyen:

Actividades Básicas de la vida diaria (AVDB)	Actividades Instrumentales de la vida diaria (AVDI)	Actividades lúdicas y de ocio
Higiene personal, oral y en el W.C	Cuidado de la ropa	
Baño/ducha	Limpieza	
Cuidado de objetos personales	Preparación de comida (compras, presupuestos...)	
Vestido	Cuidado de otros	
Alimentación	Actividades educativas	
Mantenimiento de la salud	Actividades vocacionales y productivas	
Medicación		
Sueño		
Movilidad funcional		

- *Componentes de ejecución*

Componentes sensoriomotores	Componentes cognitivos	Componentes psicosociales
Capacidad de la persona para recibir estímulos, procesar la información y producir una respuesta. Analizaremos:	Habilidad para usar funciones superiores.	

Componentes sensoriomotores	Componentes cognitivos	Componentes psicosociales
Integración sensorial	Nivel de alerta	Valores
Función neuromuscular	Orientación	Intereses
Función motora	<ul style="list-style-type: none"> Reconocimiento Tiempo de atención Iniciación y terminación de la actividad Memoria Secuenciación Categorización Formación de conceptos Resolución de problemas Aprendizaje Generalización 	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de sí mismo Conducta social Habilidades interpersonales Expresión personal Manejo del tiempo Afrontamiento Autocontrol

- *Contextos de ejecución:* ambiente en el que se realizan las actividades. A tener en cuenta:

Aspectos temporales	Entorno
Edad cronológica	Físico
Edad de desarrollo	Social
Ciclo vital	Cultural
Gravedad de la discapacidad	

Proceso de evaluación

1. Revisión previa de informes (derivación)
2. Entrevista personal y/o a familiares o personas cercanas.
3. Observación de la ejecución en las áreas de desempeño y evaluación de destrezas.
4. Test estandarizados:

AVDB	Cuestionario de Habilidades Básicas de la vida diaria (BELS, 2000)
AVDI	Índice de Katz
HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO	Evaluación de destrezas y procesos motores (AMPS)(Fisher, 1994)
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	Autoevaluación Ocupacional (OSA) (K. Barón, G. Kielhofner, T. Goldhamer y J. Wolenski) Adaptación de O. Sanchez Corregidos de 2011.
INTERESES	Listado de Intereses Adaptado Kielhofner (Quesada, E. Cáceres, E. 2013)
OCIO	Perfil Ocupacional sobre Ocio (O, Sánchez 2011)

ROLES	Listado de Roles (Oackley, Kielhofner y Barris, 1985)
ROL DE TRABAJADOR	Perfil de Ajuste Profesional por Competencias (PAPCO) (O. Sánchez, 2011)

Plan terapéutico individualizado (PTI)

Una vez recogida la evaluación del psicólogo, el T.O y la aportada por la familia a través del T.S, se realizará una elaboración conjunta del *Plan Terapéutico Individualizado (PTI)* individualizado para la posterior inclusión en las diferentes actividades que ofrece el Programa.

El PTI incluye varios Items:

- Datos demográficos del usuario
- Alteraciones en las funciones mentales, físicas y funcionales
- Objetivos terapéuticos
- Propuesta de intervención
- Otras intervenciones (farmacología, otras terapias)
- Observaciones

3. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: INTERVENCIÓN Y SUBPROGRAMAS

Marta Fernández Lago (Terapeuta Ocupacional)

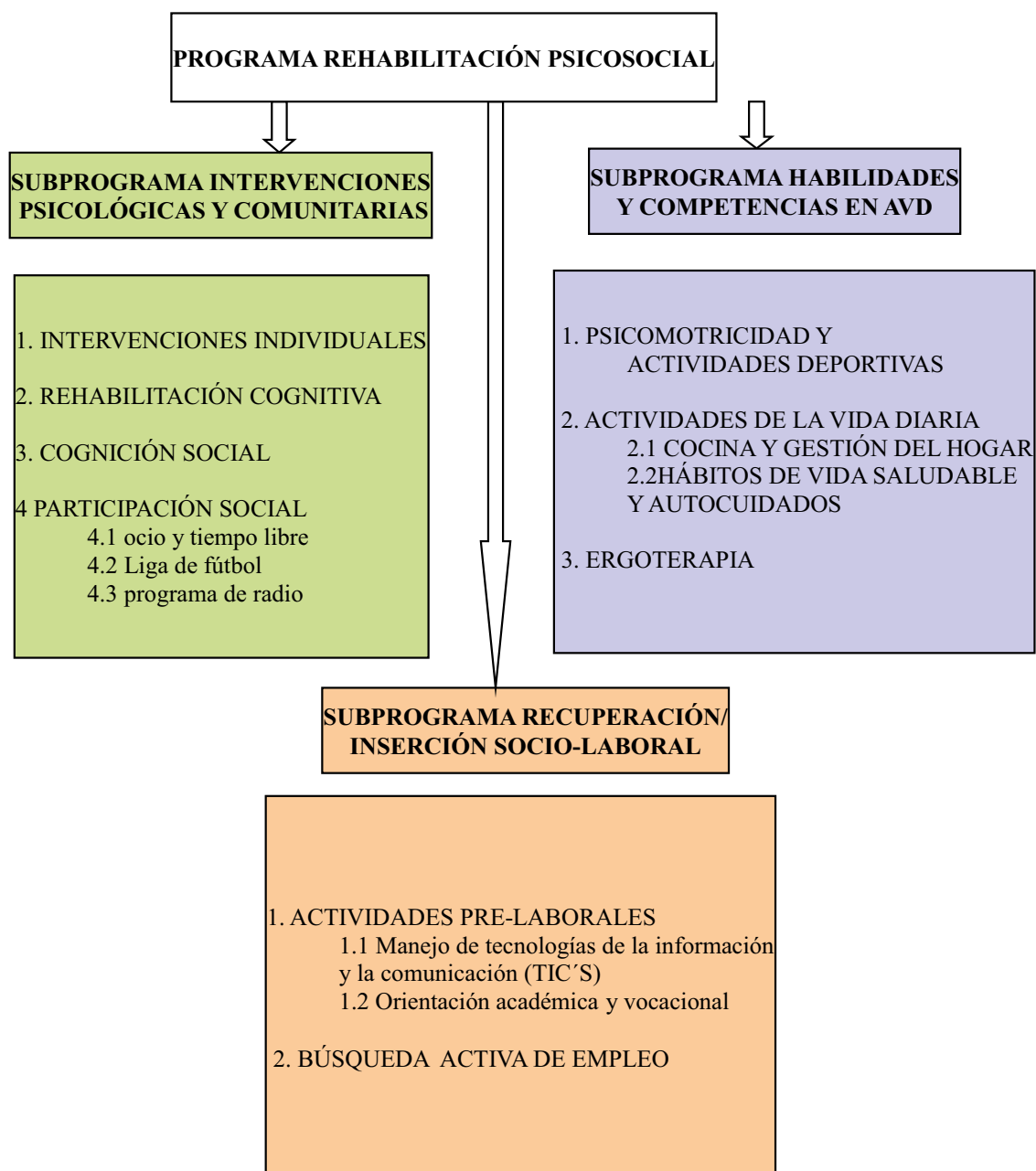
3.1. Subprograma de intervenciones psicológicas y comunitarias

Los problemas de salud mental tienen un profundo efecto no sólo en la vida de las personas que los padece, sino también en quienes le rodean. Por tanto, se plantea realizar intervenciones individuales, grupales y familiares que sirvan de espacios de apoyo emocional y de búsqueda de estrategias de afrontamiento, tratando de que vayan adquiriendo un papel activo en la recuperación y obteniendo recursos propios. Además del importante trabajo comunitario de visibilización y concienciación para prevenir el aislamiento y rechazo social derivado del estigma hacia la enfermedad mental.

3.1.1. Intervenciones psicológicas individuales y/o grupales

Manejo de síntomas y enfermedad

Como decíamos anteriormente algunos de los síntomas que viven estas personas son muy perturbadores o generan un gran sufrimiento como delirios o alucinaciones. Otros síntomas, como la ansiedad, estrés, rumiaciones, etc. también pueden generar mucho malestar. La intervención que se suele realizar ante estos síntomas en la farmacológica, pero como es bien sabido, no siempre eliminan los síntomas al 100% o, si lo hacen, suelen generar efectos secundarios que interfieren en igual o mayor



medida que los síntomas iniciales. De esta manera la intervención farmacológica se complementa con intervenciones psicoterapéuticas en las que el objetivo es convivir con dichos síntomas cuando aun permanecen o comprender el sentido de los mismo, o también, recuperarse de la "ruptura" que en ocasiones produce la enfermedad en el ciclo vital. Se trabaja con la aceptación, reconocimiento, adquisición de estrategias de afrontamiento...

Prevención de recaídas

La sintomatología suele variar en el tiempo en función de muchos factores, en estos trastornos es común que se produzcan recaídas que pueden incluso empeorar el estado clínico previo. Con este tipo de intervenciones se pretende reconocer o detectar aquellas señales de alarma que nos indican que algo empieza a ir mal: dormir menos, estar más irritable, tendencia al aislamiento, etc. Para ello suele ser útil elaborar un "Plan de emergencias" que el usuario elabore con su terapeuta y que le sirva para poner en práctica a tiempo diferentes estrategias que ayuden a prevenir o pa-

liar las posibles recaídas. Es importante que este plan se realice en un momento de cierta estabilidad del usuario para favorecer la reflexión e introspección.

Este plan, generalmente, suele incluir:

- Señales de alarma que he experimentado en el pasado y que me hacen sentir mal.
- Estrategias que he utilizado y que me han servido.
- Estrategias que he utilizado y han empeorado las cosas
- Personas y número de teléfonos a los que recurrir en caso de que las estrategias no funcionen (familia, amigos, profesionales)

Manejo emocional y solución de problemas

Estas estrategias son de uso más conocido y generalizado. Se pueden incluir estrategias de relajación, reconocimientos y expresión de emociones, mindfulness, lluvia de ideas

y entrenamiento en toma de decisiones, valoración de pros y contras, etc.

3.1.2. Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en los programas de estimulación

El estado de las funciones cognitivas es un predictor importante en la eficacia de las intervenciones en recuperación psicosocial y laboral.

Por ello es importante evaluar la capacidad cognitiva durante el proceso de evaluación para definir objetivos terapéuticos individualizados y definir limitaciones que puedan influir en otras áreas de recuperación como el funcionamiento social.

Algunos estudios indican que el patrón de déficit cognitivo es difuso, con afectación en memoria, control ejecutivo y de la atención especialmente. Estos aspectos pueden incidir en capacidades clave para la inserción social, como la cognición social y la pragmática del lenguajes. En lenguaje y la capacidad visoconstructiva suelen estar relativamente conservadas. (12).

Objetivos

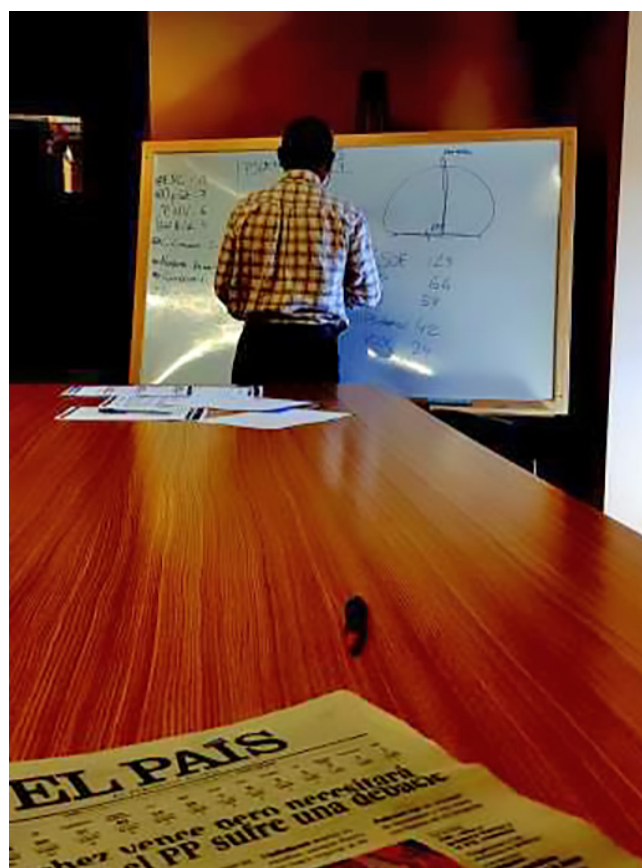
- Incrementar y mejorar la capacidad para procesar y usar la información, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana.
- Recuperar, compensar y optimizar las capacidades cognitivas de cada usuario.
- Mejora en las capacidades atencionales; de memoria y capacidad de aprendizaje.
- Creación de adaptaciones ambientales.
- Apoyo al uso de nuevas tecnologías para la compensación de los déficits en memoria y aprendizaje.
- Mejora en la fluencia semántica y fonética.
- Mejora de la capacidad de seleccionar y completar actividades dirigidas a un objetivo.
- Mejora del control del tiempo y crear estrategias compensatorias para la organización del mismo.
- Trabajo de la capacidad reflexiva.

Contenidos

- Actividades de estimulación cognitiva para trabajar:
 1. Orientación
 2. Atención y concentración
 3. Aprendizaje y memoria

4. Cálculo
5. Lenguaje y razonamiento
6. Praxias
7. Gnosias y percepción
8. Funciones ejecutivas

- Trabajo con prensa
- Rollplaying



- Trabajo con ordenador (búsquedas, juegos de lógica...)

3.1.3. Cognición social

Según Penn, Carrigan et al. (13) la cognición social se refiere a las operaciones mentales subyacentes a las interacciones sociales y que incluyen la habilidad y capacidad humana para percibir las intenciones y disposiciones de los demás. Los contenidos referidos a la cognición social serían: habilidades para la percepción de emociones y sentimientos en los demás, estilos atribucionales, conclusiones, etc. Al estar estos contenidos muy relacionados con la competencia social, también pueden ser abordados en los programas de habilidades sociales.

Las *habilidades sociales* son el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.

Habilidades sociales básicas	Habilidades sociales complejas
Escuchar	<i>Empatía.</i> Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona.
Iniciar una conversación	<i>Inteligencia emocional.</i> Es la habilidad social de una persona para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones (Salovey y Mayer, 1990).
Formular una pregunta	<i>Asertividad.</i> Habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás ni menospreciar la valía de los otros.
Dar las gracias	<i>Capacidad de escucha.</i> Con comprensión y cuidado, entendiendo lo que la otra persona quiere decir y transmitiendo que hemos recibido su mensaje.
Presentarse	<i>Capacidad de comunicar sentimientos y emociones.</i> Poder manifestar ante las demás personas nuestros sentimientos de una manera correcta, ya sean positivos o negativos.
Presentar a otras personas	<i>Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones.</i> Habilidad para analizar una situación teniendo en cuenta los elementos objetivos, así como los sentimientos y necesidades de cada uno.
Realizar un cumplido	<i>Negociación.</i> Capacidad dirigida a la búsqueda de una solución que resulte satisfactoria para todas las partes.
	<i>Modulación de la expresión emocional.</i> Habilidad de adecuar la expresión de nuestras emociones al entorno.
	<i>Capacidad de disculparse.</i> De ser conscientes de los errores cometidos y reconocerlos.
	<i>Reconocimiento y defensa de los derechos propios y de los demás</i> y defenderlos de una manera adecuada.

3.1.4. Participación social

La participación supone una toma de poder personal, que capacita a la persona para tener el control sobre su propia vida. Es decir, facilitar el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental, así como de sus familias como personas cuidadoras. Este programa ofrece algunas de las múltiples opciones dirigidas a promover el desarrollo de acciones, actividades, actitudes y compromisos para aumentar la participación e implicación efectiva en la comunidad de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Por otro lado, el apoyo y las relaciones sociales son inherentes a estas iniciativas. Estas están relacionadas con un mayor bienestar en la vida cotidiana y en el afrontamiento situaciones difíciles. En pacientes con trastorno mental grave, se ha demostrado que el apoyo social es importante en la prevención de rehospitalizaciones y en la integración social de los mismos.

En consecuencia y al mismo tiempo, la participación es, el requisito y el resultado de una trayectoria exitosa hacia la recuperación, consistente en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

Ocio y tiempo libre

Muchos de nuestros usuarios ven mermada su capacidad de acceso a un ocio de calidad. Con este programa se pretende precisamente vencer esta realidad y que las personas con enfermedad mental puedan disfrutar de actividades de ocio y tiempo libre satisfactorias para la mejora de su calidad de vida.

Conviene destacar la relevancia que tiene tanto para los profesionales como para las personas afectadas, que el ocio

y tiempo libre, sea considerado, trabajado y estructurado metodológicamente, dentro del plan individualizado de rehabilitación.

Es un espacio privilegiado para que los profesionales observen y valoren aspectos de los usuarios que en otros programas no se hacen visibles.

- **Objetivos:** Promover el desarrollo de autonomía y trabajo de habilidades:
 - cognitivas (concentración, atención, memoria...)
 - psicosociales (expresión de ideas y emociones, sensibilización y empatía, tolerancia e integración)
 - lingüísticas (mejora del vocabulario, expresión y habilidades de mantener una conversación) a través de una actividades lúdicas.
- **Contenidos:**

Lectura	<ul style="list-style-type: none"> • Es una alternativa de ocio y tiempo libre, un espacio de disfrute y diversión conjunta. • Se favorecen las habilidades cognitivas. Se trabaja la concentración y la memoria. • Se ejercitan las habilidades sociales.
Cortos-Videoforum	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizaremos la proyección de material audiovisual como recurso educativo. • Favorece el acercamiento o rechazo a personajes, el espectador se ríe, se enfada, se emociona, se ilusiona..., lo que permite acercarse a puntos de vista diferentes a los propios, experimentar otras emociones y aprender de ello. Además, no debemos olvidar el carácter lúdico del cine, que se presenta como una actividad motivadora, placentera y voluntaria.

Ludoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Usa el juego como un medio de comunicación y expresión para combatir problemas de tipo emocional como son el estrés, la ansiedad, baja autoestima y hasta la falta de integración social. Es una herramienta excelente que puede practicarse en cualquier edad. • Los principales juegos a realizar serán: Parchís, Oca, Dominó, Juegos de cartas, Juegos de mesa multijugador, Juegos de ordenador, Bingo, etc.
Salidas y Excursiones	<ul style="list-style-type: none"> • La comunidad es el espacio idóneo para trabajar las habilidades sociales, capacidad que muchos de ellos tienen deteriorada, así como la autonomía personal. • Dentro de las salidas y excursiones se procurará incluir actividades variadas que incluyan: eventos culturales, salidas en entornos comunitarios cotidianos como bibliotecas, cafeterías, centros comerciales, cines, teatros, etc.

Liga de Fútbol

Es ampliamente conocido que la actividad física tiene multitud de beneficios a nivel biopsicosocial y que supone un medio excelente para mejorar la salud tanto física como mental. Para complementar el subprograma de psicomotricidad y actividades deportivas, proponemos la participación una *Liga de Salud Mental*.

- **Objetivo:** Realizar una actividad normalizada que facilite la inclusión social de nuestros usuarios, la creación de sentido de pertenencia a un grupo y a la comunidad, establecimiento de relaciones sociales y compañerismo, mejora de la autoimagen, fomentar la autonomía, lucha contra el estigma, además de promover el deporte en igualdad.

Programa de Radio

Se propone el uso de la radio como una herramienta terapéutica y de integración comunitaria. De esta manera se pretende favorecer la expresión de emociones, ideas, etc. a través de la voz, fomentar la creatividad, espontaneidad y la lucha contra el estigma.

Resultaría ser una vía de comunicación con la sociedad en la que suele existir cierto desconocimiento sobre temas de salud mental, transmitiéndose la realidad de la misma, desmontando mitos y prejuicios, etc.

Se trata de crear un espacio de entretenimiento en el que el contenido será elegido por los participantes, pudiendo variar desde temas de actualidad, cine, música, entrevistas, cuentos, aportaciones personales, noticias relativas a la salud mental...

- **Objetivos:**
 - Favorecer un papel activo de los usuarios en la lucha contra el estigma.
 - Ejercer su derecho a comunicar, participación social.

- Crear sentido de pertenencia a un grupo y compromiso con el proyecto.
- Poner en práctica habilidades personales y nuevos aprendizajes: toma de decisiones, expresión de emociones, transmisión de opiniones, saber escuchar y dialogar, planificación, atención, memoria, procesamiento de la información...

- **Contenidos:**

- Escaleta.
- Elección y elaboración de contenidos para las secciones.
- Grabación y edición.
- Emisión a través de emisora local.

3.2. Subprograma de habilidades y competencias en actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales)

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) se consideran elementos que favorecen la estructuración del tiempo, además de conformarse como mecanismos de adaptación al medio, ya que gracias a su desempeño permiten la supervivencia, a la vez que la integración de la personas dentro de la sociedad. Al mismo tiempo se configuran como formas de expresión de cada individuo en el mundo y su identidad personal.

En algunos casos, el trastorno mental grave suele cursar con un deterioro que se manifiesta en los aspectos más básicos de autocuidado y autonomía personal. A través de este programa de intervención se pretende facilitar la organización y desempeño de las AVD'S de manera más funcional y autónoma, basando el abordaje en un modelo de competencia: no es suficiente saber ejecutar el rol, sino que además es imprescindible querer hacerlo y tener la oportunidad de hacerlo.

- PSICOMOTRICIDAD Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS (movilidad funcional)
- AVD'S:
 - COCINA y GESTIÓN DEL HOGAR
 - HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y AUTOCUIDADO
- ERGOTERAPIA

3.2.1. Psicomotricidad y actividades deportivas (movilidad funcional)

La actividad física tiene multitud de beneficios a nivel biopsicosocial, esto nos va a posibilitar la utilización de la actividad física como un medio excelente para mejorar la salud y la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

De ahí que la terapia ocupacional, en este caso, tenga como finalidad principal consolidar en el usuario una se-

rie de aprendizajes a nivel de movilidad funcional enfocada a la ejecución durante las actividades cotidianas; se trabajará de forma que cada usuario consiga el mayor grado de autonomía posible, siempre teniendo en cuenta las capacidades personales.

A nivel general, el programa de psicomotricidad realiza un recorrido completo, dinámico y lúdico por las diversas manifestaciones de la actividad física en nuestras vidas (psicomotricidad, deportes, baile, actividades en la naturaleza,...). Intentará que las personas con enfermedad mental encuentren en la actividad física un refuerzo positivo que posibilite la incorporación de estas actividades a su vida cotidiana.

Podemos dividir los beneficios asociados a la práctica de actividad física y el entrenamiento en psicomotricidad en:

Preventivos	Rehabilitadores	De bienestar
Mejora de los sistemas corporales (cardiorrespiratorio, músculo-esquelético y metabólico).	Biomédicos: recuperación de lesiones, accidentes y recuperación de problemas cardiovasculares.	Sentirse vital. Buenas relaciones sociales.
Disminución de los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares.	Psicológicos (remedio contra el estrés, ansiedad y depresión).	Sentido de pertenencia a un grupo o comunidad.
		Satisfacción/diversión.
		Mejora de la autoimagen.

• **Objetivos:**

- Mejora de la calidad de vida de los pacientes a través de diversas prácticas corporales y psicomotrices que hagan posible una mayor autonomía, sensación de bienestar y relaciones sociales más numerosas y positivas de los pacientes.
- Conocer e incorporar los beneficios que aporta la actividad física como parte de una higiene de vida saludable.
- Llevar a cabo unos hábitos de higiene, cuidado personal y cuidado postural adecuados.
- Reducir, a través de una actividad física lúdica, relajante y motivadora, las sensaciones de ansiedad, nerviosismo, estrés...
- Reducir/paliar los efectos secundarios de determinados fármacos.
- Aprender, recordar o re-aprender habilidades motrices funcionales básicas.
- Aumentar las relaciones sociales y la calidad de estas.
- Estimular y valorar el esfuerzo, la constancia y la disciplina personal.

• **Contenidos:**

- Psicomotricidad y movilidad funcional como elemento base de trabajo en las sesiones.
- Deportes de equipo para el fomento de la cooperación y la participación (fútbol, baloncesto, hockey, ...).
- Sensibilizar al usuario de los beneficios de las actividades físicas y relajación.
- Trabajo en hábitos de higiene y cuidado personal.

3.2.2. Actividades de la vida diaria

La capacidad para realizar AVD se incluye dentro del concepto holístico de salud y permite alcanzar la autonomía personal, entendida como las condiciones para afrontar y decidir asuntos personales en función de los valores y preferencias propias. En este sentido se ha llegado a establecer como indicador de salud la capacidad de la persona para interactuar con su entorno, lograr un equilibrio práctico y dirigir su propia vida (14)

El propio término AVD incluye la palabra actividad. Esto implica que existe un objetivo por alcanzar, resultante de la interacción entre la persona y la tarea o los objetos, dentro de un contexto determinado. Este tipo de actividades son diarias y son realizadas cada día como parte de un hábito.

El Programa AVD incluye actividades dirigidas a disminuir situaciones de dependencia y encaminadas a promover la autonomía de los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades personales, hábitos o roles sociales y culturales y, por supuesto, los condicionantes derivados de su enfermedad mental. Para ello se desarrollará un Programa de Actividades de la Vida Diaria que incluye tanto actividades básicas como instrumentales:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

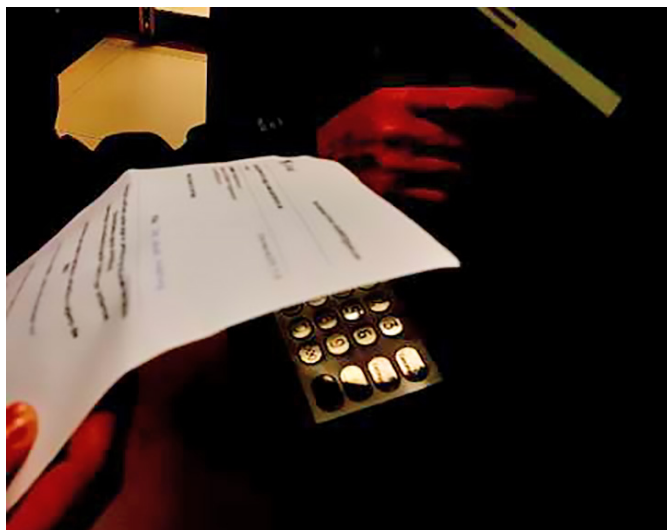
Es el conjunto de actividades primarias orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, fundamentales para vivir en sociedad, ya que permiten la supervivencia básica y el bienestar (15). Dentro de las actividades incluidas en el marco nos centraremos en la intervención de las siguientes actividades:

- baño/ducha
- vestirse
- comer y alimentarse
- higiene y arreglo personal
- cuidado de los dispositivos de atención personal (gafas, prótesis...)
- movilidad funcional
- higiene y aseo en el inodoro

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Estas actividades, al igual que las básicas, apoyan la vida diaria, pero precisan interacciones más complejas y están orientadas a la comunidad, en ciertos casos. Estas actividades se ponen en juego de una manera más central las habilidades de comunicación e interacción (16) Se incluyen la siguientes actividades:

- cuidado de otros (personas y mascotas)
- gestión de la comunicación
- conducción y movilidad en la comunidad
- gestión económica y compras
- gestión y mantenimiento de la salud
- gestión del hogar
- preparación de la comida y la limpieza
- mantenimiento de la seguridad y emergencias



- *Contenidos:* Se organiza este subprograma en dos actividades principales que están muy relacionadas entre sí y con las que se trabajan varios aspectos tanto desde el uso terapéutico de la ocupación como desde el de promoción de la salud. Estas dos actividades son:

3.2.2.1. Cocina y gestión del hogar

Una de las tareas fundamentales de las actividades de la vida diaria es tener unos hábitos alimenticios apropiados y llevar una dieta equilibrada; se ha elegido esta actividad como la más idónea para trabajar además el entrenamiento de otras AVD's tanto básicas (alimentación, higiene y arreglo personal,...) como instrumentales (cuidado de otros, movilidad en la comunidad, gestión del hogar, preparación de comida y limpieza, mantenimiento de la seguridad, compras y gestión del dinero...)

- *Objetivos:*

- Conocer los pasos a realizar para la elaboración de una receta de cocina; desde la elección de la receta y la com-

pra de los ingredientes hasta la elaboración propiamente dicha.

- Aprender las medidas de higiene y salud necesarias en la cocina y el hogar.
- Conseguir un buen manejo y desempeño en la cocina.
- Conseguir un buen manejo y desempeño en tareas del hogar.
- Lograr trasladar lo aprendido en el taller a sus hogares.

- *Contenidos:*

- Elección del menú a realizar de libros y revistas de recetas, páginas de Internet, propuestas de los profesionales y de las sugerencias que aporten los propios participantes.
- Distribución de tareas por grupos para realizar la compra, pelar, cortar y preparar los alimentos, cocinarlos, etc.
- Comprar los ingredientes y productos en el supermercado.
- Preparar y elaborar la receta.
- Incidir en la importancia de la higiene a la hora de manipular alimentos (carnet de manipuladores de alimentos)
- Poner la mesa, servir y comer juntos.
- Recoger y limpiar los utensilios y la cocina.
- Realizar tareas básicas de cuidado del hogar (limpieza de estancias, cuidado de la ropa y los enseres personales, etc)



3.2.2.2. Hábitos de vida saludables y autocuidado

La educación para la salud es un mecanismo de promoción de hábitos saludables en la sociedad. Por ello es fundamental trabajar con las personas con enfermedad mental el conocimiento y adquisición de hábitos que favorezcan un óptimo estado de salud, ya que es un colectivo con dificultades en este ámbito (mala higiene, medicación excesiva, consumo de tabaco, alcohol y caféina, algunos casos de obesidad, falta de actividad física, etc.).

Adquirir hábitos saludables nuevos requiere que, en primer lugar, conozcamos el porqué es necesario esa práctica concreta para mejorar la salud y, en segundo lugar, tener la constancia suficiente hasta que dicha práctica se convierte en hábito y pase a formar parte de nuestra rutina cotidiana de forma natural.

• *Objetivos:*

- Prevenir enfermedades y promover hábitos de vida saludables para las personas con enfermedad mental.
- Lograr que la salud sea un valor reconocido en las personas con enfermedad mental.
- Ofrecer conocimientos suficientes y capacidad práctica para reconocer, resolver y generar comportamientos saludables.
- Prevenir el consumo de tóxicos (alcohol y drogas)
- Concienciar de la nocividad del tabaco y otras sustancias como la caféina.
- Promover una alimentación equilibrada.
- Potenciar los autocuidados.
- Empoderar a las personas con enfermedad mental para que participen activamente en la toma de decisiones acerca de su salud.

• *Contenidos:*

- Alimentación saludable
- Manipulación de alimentos
- Cuidados e higiene personal
- Reaccionar ante accidentes domésticos
- Planificación de gastos
- Planificación y mantenimiento de una dieta equilibrada
- Educación para el consumo
- Protocolo en mesa/comidas
- Consejos de cocina y limpieza
- Cuidado y gestión del hogar
- Hábitos tóxicos
- Manejo de la medicación

3.2.3. Ergoterapia

La palabra ergoterapia proviene del griego ergon "trabajo" y therapeia "tratamiento", y se considera como el conjunto de procedimientos que tienen por objeto ayudar a personas con trastornos corporales, cognitivos y psíquicos, a través de trabajos manuales y plásticos y distintas actividades cotidianas, con objeto de favorecer la restauración funcional.

Las acciones de ergoterapia son utilizadas en el proceso rehabilitador, desarrollo, mejora y/o mantenimiento de las enfermedades relacionadas con trastornos motores, sensoriales, mentales y de las funciones cognitivas.



• *Objetivos:*

- Favorecer el trabajo psico-motriz y cognitivo de los participantes mediante la realización de trabajos de destreza manual.
- Mejorar la movilidad, la coordinación motora y destrezas motoras para mejorar la autonomía personal.
- Fomentar espacios recreativos y de encuentro que mejoren las relaciones interpersonales entre los participantes (sentimiento de pertenencia al grupo)
- Favorecer el desarrollo de la creatividad.
- Proporcionar ocupaciones significativas de ocio y tiempo libre.
- Fomentar la autoestima.
- Mejorar la tolerancia al trabajo.

• *Contenidos:*

- Se trabajarán distintas técnicas manuales y se elaborarán productos de artesanía para la exposición y mercadillo que se celebra cada año como parte de los actos de clausura de los programas anuales.

- Principalmente se utilizarán materiales de fácil adquisición como goma eva, cartón, papel, temperas, etc. También se utilizarán materiales de reciclaje.
- Se aprovechará esta actividad para crear materiales de uso y organización para el programa de AVD's.

3.3. Subprograma de recuperación/inserción socio-laboral

La integración en la comunidad, el trabajo y el empleo siguen siendo el principal medio para que las personas se vinculen a sus comunidades y construyan sus vidas, darse cuenta de que uno tiene "algo que dar", y no sólo necesitar ayuda es muy importante para construir un sentido positivo de uno mismo.

El proceso de inserción laboral implica (17):

- Identificar demandas y necesidades individuales.
- Determinar factores críticos o de incidencia de empleabilidad.
- Diseñar itinerarios de inserción adecuados, según el perfil profesional.
- Identificar, valorar y potenciar las competencias transversales (técnicas, sociales, laborales...)
- Investigar oportunidades y fórmulas de apoyo necesarias.
- Desarrollar estrategias para el mantenimiento de la inserción laboral una vez conseguida.

En este programa se plantean diferentes intervenciones enfocadas a facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y competencias necesarios para posibilitar la integración laboral.

Proceso de adquisición de dichas habilidades se articula en 4 fases:

Preparación	Comprende aspectos previos a la incorporación del usuario al programa. El objetivo es motivar al usuario hacia el nuevo aprendizaje.
Aprendizaje	Adquisición de conocimientos y entrenamiento de hábitos y habilidades sociales y laborales a través de talleres grupales e intervenciones individuales.
Automatización y consolidación	Conseguir autonomía en la realización de la actividad y generalización de las habilidades en diferentes situaciones.
Orientación e inserción laboral	Apoyo a la inserción laboral ya sea en un empleo protegido, supervisado o normalizado.

Dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, se realizarán acciones dirigidas a potenciar la incorporación de las personas con trastorno mental en el mercado laboral, tanto a través del empleo protegido como del apoyo a la contratación de las personas en el mercado laboral ordinario (Empleo con apoyo), siendo ésta última la opción preferente a priori.

Objetivos

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar su inserción en el mercado laboral ya sea protegido (Centros Especiales de Empleo), supervisado o normalizado (empresas ordinarias, autoempleo, etc.)
- Ofrecer el seguimiento y apoyo que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de integración laboral de nuestro colectivo.

3.3.1. Actividades pre-laborales

Las actividades prelaborales se enmarca en actividades concretas que supongan un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. Lo ideal sería que la intervención se desarrollara en un clima que reproduzca el ambiente laboral o se asemeje lo más posible al mismo.

Las destrezas objeto de la intervención serán: (18)

Hábitos básicos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y puntualidad. • Apariencia y presentación personal. • Seguimiento de instrucciones. • Autonomía en el trabajo. • Capacidad de iniciar, continuar y finalizar tareas.
Hábitos sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con compañeros. • Iniciar y mantener conversaciones. • Solicitar y ofrecer ayuda. • Hacer y recibir críticas.
Afrontamiento y manejo del estrés.	

Además de las destrezas básicas para la el correcto desarrollo de una actividad laboral es imprescindible desarrollar competencias en sectores clave. En el momento actual las nuevas tecnologías suponen una herramienta vital tanto para la búsqueda como para el desempeño profesional, es por ello que se propone intervenir a este respecto en especial.

3.3.1.1. Manejo de Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC'S)

Se utiliza el término Nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC'S) al referirse a diferentes instrumen-

tos técnicos como el ordenador, las redes, la realidad virtual; que giran en torno de las telecomunicaciones, la informática y los audiovisuales de forma interactiva.

En los últimos años, las TIC han tomado un papel importantísimo en nuestra sociedad y se utilizan en multitud de actividades. Las TIC forman ya parte de la mayoría de sectores: educación, robótica, Administración pública, empleo y empresas, salud...

Actualmente el elemento de mayor potencialidad es la red informática Internet como cauce de acceso a recursos, servicios e información y canal de interacción de los usuarios.

Teniendo en cuenta la importancia de los avances tecnológicos e informáticos y la necesidad de adaptarnos a los nuevos tiempos, en el área de la salud mental se está utilizando este recurso como método para crear nuevas formas terapéuticas efectivas para el usuario.

La accesibilidad a los dispositivos y aplicaciones está considerada por el colectivo con diversidad funcional como una herramienta de desarrollo imprescindible para mejorar la calidad de vida, su autonomía personal y las posibilidades de inserción social y laboral. Por ello, la idea principal de este programa es facilitar formación en el uso de las TIC adaptada a las personas con problemas de salud mental y al nivel y ritmo de cada participante con el objetivo de promover su autonomía personal a través de una mejora de sus capacidades, además de favorecer las posibilidades de inclusión laboral".

- **Objetivos:** incrementar sus conocimientos informáticos enfocados, principalmente, a la búsqueda de empleo.
 - Aprender el uso básico del ordenador (encendido, apagado, manejo del ratón...).
 - Como realizar y modificar textos (redactar el currículum).
 - Crear archivos (texto e imágenes).
 - Aprender a navegar por la red y realizar búsquedas de información.
 - Conocimiento y correcto uso de redes sociales.
 - Búsqueda de empleo on-line.
- **Contenidos:**
 - Manejo básico del ordenador.
 - Internet: conceptos básicos, utilidades, servicios y seguridad.
 - Navegadores y buscadores Web: Herramientas y manejo básico.
 - Correo electrónico: Outlook y Gmail.
 - Conocimiento y uso adecuado de las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter...)
 - Portales de búsqueda de empleo.

3.3.1.2. Orientación académica y vocacional

La orientación académica y vocacional comprende el proceso de información y valoración de las áreas laborales y ocupacionales más apropiadas al nivel y características de cada usuario.

Se trabajaran varios aspectos que incluyen:

- Perfilar interés y objetivos confusos.
- Delimitar trabajos y recursos académicos disponibles y ajustados a la demanda
- Búsqueda y desarrollo de nuevos intereses
- Derivación a recursos especializados (IMEN, Programas Laborales, Centros Especiales de Empleo, Centros Académicos, etc)

3.3.2. Búsqueda activa de empleo

Realizar el "trabajo" de búsqueda de trabajo supone el despliegue de una serie de habilidades como el conocimiento del mercado de trabajo, de los canales de búsqueda, de la realidad de los sectores y de la actividad laboral de interés, etc.

Además, pone en juego una serie de competencias personales como la iniciativa, la capacidad de espera, la tolerancia a la frustración, etc.

- **Objetivo:** promover las capacidades y conocimientos necesarios para realizar una búsqueda activa de empleo.
- **Contenidos:**
 - Apoyo para la elaboración y envío del currículum vitae y carta de presentación.
 - Entrenamiento para la realización de procesos de selección de personal: entrevistas de trabajo, pruebas psicotécnicas y/o de competencias profesionales, pruebas grupales, etc
 - Derivación a programas externos de apoyo al empleo:
 - » Empleo con apoyo en el mercado laboral ordinario.
 - » Empleo en Centros Especiales de Empleo (CEE) y empresas de inserción.
 - » Fundaciones y asociaciones, etc.
 - Seguimiento a la inserción con la persona usuaria.

4. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS

Mª Cruz Rodríguez García (Trabajadora Social)

Marta Fernández Lago (Terapeuta Ocupacional)

4.1. De la reclusión a la comunidad

Las personas con enfermedad mental crónica han sufrido una larga historia de marginación y estigmatización.

Hasta hace unas décadas la atención se basaba en la reclusión y/o la institucionalización durante largos periodos de tiempo, e incluso de por vida en algunos casos. Este tipo de atención se enfoca en custodiar y asistir, lo que conlleva una pérdida de las habilidades básicas para un adecuado desempeño en la comunidad, viéndose dificultadas las posibilidades de volver al ambiente de origen de la persona.

A partir de los años 70 surge en Europa y América una corriente que aboga por los derechos civiles y el bienestar de las personas con trastorno mental, este movimiento y desinstitucionalización no ha ido apoyado en muchos casos con los recursos y soportes comunitarios necesarios como soporte para la atención de personas con enfermedad mental; es por ello que el modelo de de rehabilitación psicosocial ha cobrado especial relevancia en los últimos años.

Recientemente en los procesos de intervención en salud mental desde el modelo comunitario esta tomando fuerza la perspectiva de la recuperación, que según Liberman, Koplewicz Ventura y Gutkind (2002:256) supone: *“El desarrollo de la autonomía personal, del desempeño de roles socialmente valiosos, mantener relaciones socioafectivas significativas y en una convivencia con los síntomas que permita a la persona un nivel de integración sociocomunitaria para desarrollar una vida relativamente satisfactoria.”* (19)

Las personas con trastorno mental grave y duradero forman parte de la comunidad, nuestro trabajo es darles voz, hacerles visibles y que como miembros de dicha comunidad asuman los derechos y deberes que les corresponden.

4.2. Intervención y coordinación comunitaria

Desde la intervención comunitaria, se hace oportuno el desarrollo de programas y proyectos en la comunidad destinados a luchar contra el estigma de las personas con enfermedad mental, transmitiendo una imagen e información acertada para prevenir la discriminación y la marginación.

Uno de los principales objetivos del programa es la integración comunitaria de la persona, para lo que es imprescindible la relación con el resto de recursos, formales e informales de la zona en la que trabajamos. Esta es una de las funciones que corresponde en mayor medida a los profesionales del Trabajo Social.

- *“Coordinación con los servicios generales de la zona.*
- *“Colaboración en el contacto, formación y utilización de otros recursos comunitarios”.*

Si pretendemos realizar una intervención de calidad y en la que el verdadero centro sea la persona a la que atendemos, no podemos pretender hacerla de manera aislada del resto de su entorno ni de los recursos que en muchos casos ya la están atendiendo.

La coordinación se apoya en tres grandes pilares:

1. Centro de Salud Mental (CSM)
2. Servicios Sociales (SS. SS.) La relación SS. SS. municipales debe estar marcada además de por la coordinación, por la complementariedad y la colaboración. Son un recurso fundamental para la información y orientación de dere-

chos y prestaciones, así como de los procesos de intervención social que se lleven a cabo con los usuarios.

3. Otros recursos comunitarios. Es importante conocer el entramado de recursos de la zona en la que trabajamos para poder desarrollar un trabajo en red. Pudiendo acercar los recursos a la persona y viceversa, además de poder apoyar si fuera necesario el acceso y el mantenimiento en la actividad. Los recursos los podemos clasificar en categorías como recursos formativos, laborales, sanitarios, ocio y tiempo libre, del ámbito legal, entidades de acción social, vivienda, etc.

La coordinación supone un esfuerzo añadido al trabajo diario pero con innumerables beneficios. Durante la coordinación con otros recursos no podemos olvidarnos de aspectos fundamentales en el manejo de la información de los usuarios, como son la Ley de Protección de Datos y el secreto profesional recogido en el Artículo 48 del Código Deontológico: *“(…) se debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan solo a elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional (...)”*. Tampoco podemos olvidarnos del manejo de la información con respeto y confidencialidad. (20)

4.3. Modelo comunitario de atención psiquiátrica

Este modelo tiene 3 perfiles básicos:

1. *Clinico* porque brinda atención médica y rehabilitadora para los usuarios de Salud Mental.
2. *Epidemiológico* porque se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a su estado de bienestar.
3. *Social* que está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente.

Características de la comunidad a tener en cuenta:

1. *Ubicación geográfica:* Es importante conocer la ubicación geográfica de la comunidad, sus límites, su extensión territorial, el número de habitantes y su densidad poblacional (León M, González J. Diagnóstico de salud mental. Conferencias Módulo Comunitario. Maestría en Psiquiatría Social. Ciudad de La Habana, 2001.).
2. *Redes de comunicación y transporte público:* Se debe buscar información acerca de las vías que utiliza la población para comunicarse con otras regiones, los medios y rutas de transporte colectivo urbano y rural y la frecuencia.
3. *Datos sociodemográficos:* En este sentido es preciso identificar los grupos poblacionales por edades, sexo, etnias, estado civil, ocupación y escolaridad, así como conocer grupos religiosos predominantes y el número y características de los núcleos familiares (familias nucleares, ampliadas o extensas).
4. *Características socioculturales:* Se debe conocer cómo está organizada la comunidad donde vamos a trabajar, cuáles son las instituciones que existen y los líderes.

4.4. Recursos de la comunidad

Los recursos con los que cuenta la comunidad dependen del sector salud y los extrasectoriales.

Los que dependen del sector salud pueden ser oficiales como la presencia de hospitales, residencias de tercera edad, policlínicos, farmacias, consultorios médicos, etc., estos deberán describirse detalladamente y señalar la relación existente entre ellos y la comunidad, así como su funcionamiento, recursos humanos con los que cuentan, etc.

Con extrasectoriales, y en este caso, nos referimos a la presencia de asociaciones de enfermos y familiares, grupos de ayuda mutua, organizaciones no gubernamentales, comunitarias, religiosas etc.

4.5. Plan de acción

Consiste en programar las diferentes tareas delimitando el tipo de actividad a realizar, sus participantes, el o los tipos de recursos que son necesarios para su desempeño, el lugar donde se va a realizar y el tiempo o momento en que se va a hacer lo programado (fecha y hora).

Este plan de acción recoge una programación de todas las actividades que se planifiquen, y tiene como valor funda-

mental que a través de él podemos controlar su ejecución o no, el éxito o fracaso de cada una, y de esta forma retroalimentarnos para proseguir, perfeccionar o corregir errores en su realización.(20)

1. *Tipo de actividad:* Deberá describirse el tipo de actividad a realizar según el programa en el que esté incluida.
2. *Participantes:* En cada actividad deberá especificarse quiénes serán los participantes y el número total del grupo.
3. *Responsables:* Las actividades son implementadas por el personal del equipo multidisciplinar, en función de la actividad a trabajar acudirán unos u otros profesionales.
4. *Recursos:* Deberán tenerse preparados y organizados los recursos materiales necesarios para la ejecución de la actividad programada.
5. *Lugar:* Se especificará el lugar en el que se va a realizar la actividad dentro de la comunidad
6. *Tiempo:* Se señalará el tiempo que se requiere para su ejecución, incluidas fecha y hora. (ANEXO1)

ANEXO 1: PROPUESTA DE HORARIO PROGRAMA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
SUBPROGRAMA	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y COMUNITARIAS	HABILIDADES Y COMPETENCIAS EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (BÁSICAS E INSTRUMENTALES)			RECUPERACIÓN /INSERCIÓN SOCIO-LABORAL	RECUPERACIÓN / INSERCIÓN SOCIO-LABORAL
						INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y COMUNITARIAS
10:00	Llegada y organización	Llegada-Calentamiento	Compras, llegada, organización	Llegada y organización	Llegada y organización	
	Rehabilitación cognitiva	Psicomotricidad	Cocina y gestión del hogar	TIC'S	Actividades pre laborales y Búsqueda activa de empleo	
	Cognición social					
11:30 12:00	Descanso					
	Radio	Deporte	Hábitos saludables y autocuidado	Ergoterapia	Ocio y Tiempo Libre (Lectura, Videoforum, Paseos, Actividades deportivas, Vida social) Liga de Fútbol Sala	
		Relajación				
13:30:00	Despedida					
RR.HH	PSC y T.O	T.O	T.O, PSC y T.S	T.O y T.S	T.O. PSC y T.S	
Recursos comunitarios	Sala de Usos múltiples Comunitaria	Polideportivo o instalaciones deportivas Municipales	Sala de Usos múltiples Comunitaria	Telecentro Municipal	Sala de Usos múltiples Comunitaria	
	Radio Local				Sala de Usos múltiples Comunitaria	Espacios comunitarios

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos hecho un repaso desde el concepto de TMG hasta una Programa extenso de rehabilitación psicosocial para tratar de entender el trabajo realizado con los usuarios que acuden a los servicios de salud mental.

Hemos incluido los diferentes programas que abarcan todas las esferas consideradas como importantes en el ser humano y que se pueden ver afectadas en mayor o menor medida durante el proceso de enfermedad y recuperación, siempre teniendo como punto principal lo realmente relevante para la persona que sufre. Así, los objetivos del este Programa son diversos y abarcan un amplio abanico que va desde lo terapéutico a la adquisición de competencias sociales, pasando por el mantenimiento de la actividad diaria, el fortalecimiento de hábitos y rutinas saludables, el desarrollo de habilidades, etc. En cualquier caso todos orientados a potenciar la integración social de las personas que participan en el mismo.

El Programa se desarrolla a través de 3 grandes bloques:

1. *Intervenciones psicológicas y comunitarias:* en el que se trabaja la Rehabilitación Cognitiva, Cognición Social, Participación Social, Ocio y Tiempo Libre....
2. *Habilidades y competencias en las Actividades de la Vida Diaria:* donde se interviene en varios aspectos que incluyen Cocina y Gestión del Hogar, Hábitos de Vida Saludables y Auto-cuidados, Psicomotricidad y Actividades Deportivas y Ocupacionales.
3. *Inserción Socio-laboral:* en el que se trabaja en el aprendizaje del Manejo de Nuevas Tecnologías y TIC'S (Técnicas de la información y la comunicación), la orientación vocacional y búsqueda activa de empleo.

Estos 3 bloques tienen una finalidad común en la consecución del principal objetivo del programa: la inserción. Los logros en cada área de intervención se complementan y repercuten directamente en las demás áreas, así un mismo aspecto a tratar se abarca desde los 3 bloques de manera global.

Con este tipo de actividades se trata de cubrir las necesidades manifiestas de la población a la que va dirigida y paliar los escasos recursos sanitarios y no sanitarios disponibles en la sociedad.

La implantación de este programa desde una perspectiva multidisciplinar potencia y facilita el uso de recursos tanto terapéuticos como organizativos centrados en la consecución de la mayor calidad de vida posible para los participantes. Es muy importante que detrás haya un trabajo de coordinación y cooperación dada la complejidad de la puesta en marcha del Programa.

Para terminar queremos compartir unas palabras de nuestros usuarios que nos han parecido significativas y que reflejan a la perfección sus sensaciones y percepción de la sociedad.

"No hay un vosotros y un nosotros. El sufrimiento existe, todos nos sentimos vulnerables en algún momento. A veces pensamos que la mejor opción es apartarse sin embargo

así el problema se agrava. Nos gustaría hacer llegar nuestro mensaje a la sociedad en general y en especial a aquellas personas que quizás no reconocen su malestar por miedo o vergüenza. Vemos necesario crear un sentido de comunidad, lazos entre nosotros y con el resto de la sociedad para combatir ese aislamiento y para ganar en salud mental y en equilibrio psicológico."

(Usuarios de un programa de Rehabilitación Psicosocial)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. . Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud. 2008.
2. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 2000.
3. Rodríguez, A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide, 274. 1997.
4. Madoz-Gúrpide, A., Martín, J. C. B., Sanmartín, M. L., & Yagüe, E. G. Enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. Revista Española de Salud Pública. 2017; 91: 1-11.
5. Hernández Monsalve, M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2017; 37(131): 171-187.
6. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013.
7. Desviat Muñoz, M. El devenir de la reforma psiquiátrica. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. (coords.) Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis.2010.
8. Fernández Blanco, J.I., Fernández y Fernández, J., González Cases, J., Orviz García, S. Consideraciones sobre el plan individualizado de rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. Revista de la AMRP. 2002; 8 (14): 5-9.
9. Cabanillas, M. C., & Méndez, E. L. La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. Papeles del psicólogo. 1982; (2): 6.
10. Vargas, M. L., Sanz, J. C., & López-Luengo, B. Evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEARP. 2010
11. Romero, D., & Moruno, P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Editorial Masson. 2003.
12. Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P. y Racenstein, J. Social Cognition in Schizophrenia Psychological Bulletin. 1997; 12: 114-132.
13. López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana. 2001.

14. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional de la AOTA, 2014.
15. Rodríguez.M, Navas.R, Garrado.JM. Terapia ocupacional en las actividades de la vida diaria Editorial síntesis. 2018.
16. Guía FEAFES. el apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental. UNA GUIA PARA FAMILIARES
17. Serrano, J. R. SURT. Estrategias de empoderamiento para la inclusión con equidad. El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social. 2014; 251.
18. María, R, Cantero, P.A., Vila, E.ES. Ocio, bienestar y calidad de vida en Terapia Ocupacional. Ed. Síntesis. 2017.
19. Rebollo, R. V. M., Muñoz, J. M., Villayndre, M. A. C., Ace-ro, L. N., Rodríguez, R. T., Matías, D. S., & Guijarro, I. P.. Las funciones del Trabajador Social en los equipos de apoyo social comunitario en salud mental. Trabajo social hoy. 2012; (67): 51-62.
20. León González, M. La atención comunitaria en salud mental. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002; 18(5): 340-342.