

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de intervención social en salud mental.

*Diseño y planificación de una
asociación de usuarios con
enfermedad mental en el ámbito
rural*

Alumna: Silvia Montuenga Garcés

Directora: Yolanda López del Hoyo

Zaragoza, junio de 2012



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

CAPITULO I: PRESENTACIÓN

1. OBJETO DEL TRABAJO Y TEMA DEL MISMO	8
1.1. Objeto del trabajo:	8
1.1.1. Objetivo general	8
1.1.2. Objetivos específicos	8
2. METODOLOGIA EMPLEADA.....	9
2.1. Parte I. Revisión bibliográfica sistemática.	9
2.1.1. Objetivo general:	9
2.1.2. Objetivos específicos:	10
2.1.3. Estudio:	10
2.2. Parte II. Documentación y estudio	12
2.2.1. Objetivo general:	12
2.2.2. Objetivos específicos:	12
2.2.3. Estudio	12
2.3. Parte III. Conocer la experiencia de Soria.....	12
2.3.1. Objetivo general:	12
2.3.2. Objetivos específicos:	13
2.3.3. Estudio	13
2.4. Herramientas utilizadas.....	13
3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	14

CAPITULO II: FUNDAMENTACION TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN	18
1. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCION.....	20
2. LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO.....	23
2.1. Definición de TMS.....	23
2.2. La realidad de estas personas	28
2.3. Problemática y necesidades	30
2.4. La enfermedad mental en el medio rural.	34
3. EVOLUCION DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL.....	35
3.1. Desinstitucionalización, atención comunitaria, etc.....	35
4. EL CAMPO DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL	39
4.1. Definición de rehabilitación	39
4.2. Importancia de la Rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario.	41
4.3. Rehabilitación Psicosocial.	45
4.4 Centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, ocupacionales de ocio y tiempo libre.....	49
4.4.1. Centros de rehabilitación psicosocial	49
4.4.2. Centros de día	51
4.4.3. Centro ocupacional de ocio y tiempo libre.....	52
4.5. Intervención y programas.	52
4.5.1. Actividades de la vida diaria	54
4.5.2. Programa de entrenamiento en habilidades	56
4.5.3. Programa de educación para la salud.....	58
4.5.4. Programa de autocontrol o habilidades de afrontamiento.....	58
4.5.5. Programas de ocio y tiempo libre	59

4.6. La familia como recurso y apoyo	61
4.6.1. Programas de intervención con las familias.....	61
5. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO	62
6. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES	63

CAPITULO III: DESARROLLO

1. INTRODUCCIÓN	66
2. COMO CREAR UNA ASOCIACIÓN	67
2.1. Constitución de la asociación	68
2.2. Acta fundacional:	69
2.3. Estatutos:	69
2.4. Órganos	69
2.5. Registro de asociaciones	70
2.6. Régimen fiscal y contable	70
2.6.1. El C.I.F.	70
2.6.2. El IVA (Impuesto sobre Valor Añadido)	70
2.6.3. El IAE (Impuesto de Actividad Económica).....	71
2.7. Obligaciones documentales.....	71
3. LA ASOCIACIÓN	72
3.1. Fines de la asociación	72
3.2. Organización.....	73
3.2.1. Capacidad del centro	73
3.2.2. Criterios de derivación	74
3.2.3. Horarios de trabajo.....	74

3.3.	Actividades y servicios	76
3.4.	Recursos:	77
3.4.1.	Profesionales	77
3.4.2.	Materiales	79
3.4.3.	Económicos	79
4.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	80
4.1.	Programas:	81
4.1.1.	Programa de AVD. Instrumentales.....	81
4.1.2.	Entrenamiento de habilidades sociales.	83
4.1.3.	Programa de nuevas tecnologías de la información	85
4.1.4.	Programa tutor	85
4.1.5.	Programa de psicoeducacion y apoyo a familias	86
4.1.6.	Grupos de autoayuda.....	86
4.1.7.	Programas de ocio y tiempo libre	87
4.2.	Talleres.....	89
4.2.1.	Periódico.	89
4.2.2.	Manualidades.....	89
4.3.	Ocio y tiempo libre: tardes y fines de semana.....	90
4.3.1.	Cursos	90
4.3.2.	Otras actividades.	90
	CUADRO RESUMEN DE LA ASOCIACIÓN	92
	CONCLUSIONES.....	97
	BIBLIOGRAFÍA	102
	BREVIARIO.....	106
	ANEXOS.....	108

CAPITULO I: PRESENTACIÓN

1. OBJETO DEL TRABAJO Y TEMA DEL MISMO

1.1. Objeto del trabajo:

Diseño de un proyecto de intervención social. Creación de una asociación de usuarios con enfermedad mental, en el ámbito rural de la provincia de Soria.

1.1.1. Objetivo general

- Intervención con el colectivo de personas con enfermedad mental en el ámbito rural.
- Creación de una asociación enfocada a la realización de actividades y programas de apoyo a la rehabilitación psicosocial.

1.1.2. Objetivos específicos

- Crear un recurso cercano a la población con enfermedad mental que vive en el ámbito rural de la provincia de Soria.
- Favorecer y posibilitar la integración de las personas con enfermedad mental.
- Tratar de mejorar su calidad de vida mediante la creación de recursos como son la asociación.
- Apoyo y asesoramiento a las familias desde un recurso más accesible.
- Sensibilizar en conductas y valores al resto de la población.

2. METODOLOGIA EMPLEADA

En una primera parte se ha utilizado la revisión bibliográfica sistemática, que ha consistido en la lectura de multitud de libros, documentos y estudios relativos a la enfermedad mental grave, las intervenciones, y especialmente la rehabilitación psicosocial, obtenida a través de una búsqueda sistemática. Ha servido para poder ampliar los conocimientos de la estudiante sobre el tema y sobre todo poder crear un marco teórico en el que se fundamentase la intervención que se propone.

La segunda parte ha consistido en la documentación y estudio sobre la creación de una asociación y las distintas intervenciones, programas o actuaciones que en ella se podrían realizar, para poder desarrollar el proyecto planteado.

Y una tercera, enfocada a la revisión de la experiencia ya vivida en Soria, sobre la creación de estos recursos. Cómo surgió la asociación y como se ha ido ampliando, cuáles son sus fines, objetivos (estatutos), actividades que realizan, organización, profesionales, para que de algún modo, sirva como "marco" o guía para el proyecto.

2.1. Parte I. Revisión bibliográfica sistemática.

2.1.1. Objetivo general:

- Recopilar información sobre la enfermedad mental grave, el tipo de intervenciones que se realizan con el colectivo, y la importancia de la rehabilitación psicosocial.
- Creación de un marco teórico que justifique la intervención
- Conocer experiencias sobre asociacionismo de personas con enfermedad mental.

2.1.2. Objetivos específicos:

- Conocer la realidad de este colectivo, problemas y necesidades concretas.
- Conocer la variedad de intervenciones y recursos existentes.
- Profundizar en el conocimiento sobre la rehabilitación psicosocial.
- Fundamentar la importancia de la rehabilitación psicosocial.

2.1.3. Estudio:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado tanto en documentos de formato papel, como a través de internet, en las principales bases de datos como PUBMED y PsycINFO, como en Google Académico y las páginas web como por ejemplo la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, las distintas páginas de asociaciones pertenecientes a FEAFES, y Documentos técnicos y estudios editados entre otros por el IMSERSO (todos ellos se especificarán en la bibliografía).

En un primer análisis se realizó la lectura de los documentos (un total de diecinueve), para identificar aquellos que podrían ser útiles y relevantes. En una segunda fase se seleccionaron aquellos de mayor interés, destacando el libro de Abelardo Rodríguez (1997), que sirve para establecer las bases del trabajo.

Del análisis de documentos completos, algunos que se analizaron en profundidad fueron:

- Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. (libro)
- Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. (Doc.)
- Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica, Madrid. (Doc.)

Las principales conclusiones de la revisión bibliográfica, aparecen integradas en el marco teórico.

Indicaré aquí los más importantes:

- Debe existir una red de atención articulada que contemple desde el polo más estrictamente necesario, hasta el más puramente social.
- A pesar del tratamiento médico y farmacológico, las personas con TMS, suelen presentar variadas limitaciones y dificultades en su desenvolvimiento autónomo y en su integración en la sociedad y la vida cotidiana comunitaria.
- Son necesarios programas de apoyo y rehabilitación psicosocial para facilitar y favorecer la integración de las personas con TMG en la comunidad.
- El hecho de vivir en contextos rurales, alejados de los recursos supone una desventaja y una necesidad de atención, que se suma al resto de necesidades específicas de esta población.
- Muchas de las personas que sufren TMS mantienen déficits y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social
- Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad
- La importancia del movimiento asociativo, no solo como punto de apoyo tanto para las personas enfermas como par sus familias, sino también como un modo de concienciación social y sensibilización.
- Y por supuesto, el papel del trabajo social y los servicios sociales como un elemento esencial en la creación y desarrollo de redes de soporte comunitario para las personas con TMG. El objetivo fundamental que persiguen es la integración social.

2.2. Parte II. Documentación y estudio

2.2.1. Objetivo general:

- Conocer el procedimiento legal para la creación de una asociación.
- Conocer las actividades que se pueden realizar en un asociación, sin entrar en el aspecto clínico de la rehabilitación psicosocial (que corresponde al ámbito sanitario)

2.2.2. Objetivos específicos:

- Documentación necesaria, características, recursos, etc. necesarios para crear una asociación.
- Conocer una asociación en cuanto a funcionamiento, recursos necesarios, profesionales, actividades que se realizan, etc.

2.2.3. Estudio

- I. Para conocer el procedimiento de creación de una asociación, se consultaron diversas páginas web como la de la Junta de Castilla y León donde se indican todos los procedimientos, también la web del Ministerio de Interior. Por supuesto la Ley Orgánica 1/2002, reguladora del Derecho de Asociación. Finalmente se acudió a la sección de asociaciones de la provincia de Soria para obtener más información.
- II. Conocer realmente una asociación en la parte "práctica", su funcionamiento, organización, recursos necesarios, intervenciones, etc. Esta fase se completa con la visita a centro de Soria.

2.3. Parte III. Conocer la experiencia de Soria.

2.3.1. Objetivo general:

- Conocer la experiencia de Soria. Creación de la asociación y el centro de ocupacional y de ocio.

2.3.2. Objetivos específicos:

- Conocer como se creó la asociación y la Fundación existentes de Soria como recursos para las personas con enfermedad mental.
- Conocer los programas y actividades que realizan.

2.3.3. Estudio

- Para conocer como se creó la asociación, sus estatutos, etc. se realiza una entrevista informal con la trabajadora social de psiquiatría (profesional durante el periodo de prácticas), quien amplía la información ya facilitada durante la estancia. También informa sobre el tipo de programas que se pueden realizar para no "entrometerse" en el ámbito sanitario.
- Para conocer la evolución de la asociación, la creación del resto e recursos, y concretamente los programas y actividades que se llevan a cabo en el centro, se entrevista también de modo informal a una de las psicólogas y gerente de Asovica. Facilitando así asesoramiento sobre los programas y actividades que podrían plantearse con este proyecto.

2.4. Herramientas utilizadas

Como herramienta se ha utilizado la entrevista, para obtener la información por parte de los profesionales de la asociación. Se ha mantenido una entrevista informal con una de las psicólogas y gerente de Asovica, y con la trabajadora social de psiquiatría, como una de las socias fundadoras, para conocer la experiencia.

También la observación participante, realizada durante el periodo de prácticas. Consistente en la participación en los diversos programas que se ofrecían en el centro por las mañanas para sus usuarios.

3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El trabajo estará dividido en tres capítulos. Este primero de introducción, donde se ha presentado y fundamentado el trabajo, dando una explicación al porqué de su realización.

Indicando primero el objeto y objetivos que se persiguen, centrandó así la intervención. Seguido de la descripción metodológica en la que se diferencian tres fases, cada una de las cuales incluye una descripción de: su objetivo general, sus objetivos específicos y el estudio. Y para finalizar este apartado y como aclaración, se incluye una descripción del sistema de citas bibliográficas que se utilizará.

El segundo capítulo será el de fundamentación, posiblemente el más extenso de los tres. En él, se asientan las bases teórico-conceptuales en que se fundamentará la intervención que se propone. Realizando primero una introducción en la salud mental y concretamente en la enfermedad mental grave, pasando por la atención al enfermo mental; destacando el proceso de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica, hasta llegar al "campo de la rehabilitación psicosocial", donde se define, se argumenta su importancia, y se realiza una introducción tanto a los centros de rehabilitación psicosocial como a las intervenciones que se pueden realizar. Para cerrar este capítulo, se hablará de la importancia de la familia, de las asociaciones, y del trabajo social y los servicios sociales.

En el capítulo de desarrollo se explicará detenidamente el proyecto de intervención que se propone. Describiendo todos los pasos a seguir para la creación de una asociación de usuarios con enfermedad mental, y se detallarán las distintas intervenciones actividades y programas que se realizarán. En este capítulo también se podrá diferenciar una parte más teórica, de introducción y otra, más descriptiva, en la que se explicarán ambos procesos de forma detallada.

Al final del trabajo se incluirán las principales conclusiones, que la estudiante ha podido extraer durante la realización del proyecto.

Las últimas páginas estarán dedicadas a los anexos que, se han considerado necesarios añadir, para ampliar o clarificar.

CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1. INTRODUCCIÓN

“La enfermedad mental, cualquiera que sea su etiología o naturaleza, constituye siempre en su efecto y en sus síntomas un problema esencialmente social. [...] La enfermedad mental plantea siempre dos fenómenos de tipo social: la alteración de la relación del enfermo con su medio, lo que conduce a un fenómeno de desinserción social, y una disminución o pérdida de la autonomía social del propio enfermo.” Así comienzan la introducción al primer capítulo de la obra de Carmen Gómez Lavín y Ricardo Zapata García “*Psiquiatría, salud mental y trabajo social*”. (Gómez Lavín y Zapata, 2000)

Por esto, porque las problemáticas de esta población son múltiples y complejas; por ello es imprescindible atender no solo su problemática clínica y psiquiátrica, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades que sean efectivas para la rehabilitación e integración social normalizada de estas personas en la comunidad.

Existe una amplia red de servicios y los programas de cada uno de ellos, atienden las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales, y permite su efectiva integración social en la comunidad.

Dicha red, se complementa con los recursos y servicios comunitarios externos al hospital que, procuran seguir prestando esa atención integral y adecuada a la población con enfermedad mental. Los centros de rehabilitación psicosociales y las distintas formas de asociacionismo, forman parte de esta red.

En Soria, por lo que observé durante el periodo de prácticas, considero existe una red coordinada y organizada de servicios, recursos, profesionales y

programas, que ayudan a este colectivo, dando cobertura a sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades. Es notoria la organización, planificación y coordinación, a través de los equipos y comisiones, de este abanico de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte psicosocial. La única carencia que pude percibir, o limitación, según se quiera ver, fue en la atención en el ámbito rural, ya que gran parte de la población enferma mental de esta provincia, vive en zonas rurales, en pueblos. La mayoría de los recursos para esta población, se encuentran en la capital, por lo que sería muy interesante el planteamiento de algún recurso para todas estas personas a las que hago referencia. Una asociación que realice diversas actividades, un centro ocupacional de ocio y tiempo libre. Quizás parece lo más adecuado, enfocado a que un gran número son personas con enfermedades clasificadas como TMS o son población más bien envejecida.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCION

Tratar de dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental en el ámbito comunitario, extrahospitalario, es fundamental, ya que en la actualidad, continua siendo una problemática

Mi preocupación e interés personal por aquellos que padecen algún tipo de enfermedad mental, centrándome más en las "crónicas" o duraderas, es el motivo principal por el que realizo este proyecto, por que sin duda constituyen un colectivo de especial vulnerabilidad.

En el caso concreto de la provincia de Soria, los recursos se encuentran centralizados en la capital y debido a la extensión territorial, la dispersión de sus municipios y la escasa comunicación entre las zonas rurales y la capital y, la distancia entre estas; entre otras cosas, es en gran parte por lo que se justifica este proyecto de intervención. Este hecho, es un problema esencial que dificulta una atención adecuada a estas personas, sus problemas y necesidades, considerando como una de las principales: la ocupación del tiempo libre, una necesidad que aun se hace más notoria en las zonas rurales, al disponer de menos recursos.

Los dispositivos de salud mental existentes en la provincia de Soria, se encuentran ubicados en el Hospital Virgen del Mirón, siendo los siguientes: Equipo de Salud Mental (ESM), Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ), Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP), Unidad de Convalecencia Psiquiátrica (UCA), Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP), Programa de Hospitalización Parcial(PHP).

En la capital, además de los servicios de Atención Especializada que se encuentran en el Hospital, también hay otro tipo de recursos externos como son la Asociación ASOVICA (Asociación Virgen del Camino, Feafes Soria), ASOVICAUTO S.L (Centro Especial de Empleo), y la Fundación FADESS (Fundación de ayuda al discapacitado y enfermo psíquico de Soria) (ver_ *Anexo A.*)

Si existiera un servicio más cercano a estos ciudadanos, ubicado en un núcleo rural, al cual la accesibilidad fuera mayor, la atención a este colectivo, y la calidad de la misma se incrementaría.

Se plantea la creación de una nueva asociación y un centro ocupacional y de tiempo libre, para prestar atención y servicios a la población desatendida de la zona rural. No solo se dará servicio y se trabajará con los usuarios, sino también a sus familias y al resto de la población.

Este tipo de intervención tendría también su respaldo en la diversa legislación y normativa relativa a salud mental, siendo las primeras referencias a nivel estatal: el artículo 14 de la Constitución Española donde se consagra el derecho de igualdad y no discriminación por condición, o cualquier circunstancia social o personal. Evidentemente, este derecho alcanza a las personas con enfermedad mental, la ley General de Sanidad, y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. A nivel autonómico, de Castilla y León, al tratarse de la provincia de Soria, existen los documentos que a continuación se enumeran, y los cuales sirven para apoyar y fundamentar este tipo de intervenciones (*ver_ Anexo B*):

- Ley de Acción Social y Servicios Sociales.
- Plan estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León.
- Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León.
- Estrategia Regional de Salud y Asistencia Psiquiátrica.

Las dificultades de acceso de las personas con enfermedad mental de las zonas rurales a la asistencia sociosanitaria, y la necesidad de desplazamiento a su Equipo de Salud Mental, en muchos casos a más de 50 Km., en personas cuya sintomatología muchas veces es la falta de conciencia de enfermedad y el rechazo de la atención precisamente cuando más lo necesitan, hacen que la

continuidad de cuidados, necesaria para la prevención de las recaídas, apenas se lleve a cabo.

La escasez de recursos de rehabilitación existentes (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Talleres Ocupacionales, etc.) así como las limitadas posibilidades de apoyo residencial - solamente pisos supervisados y habitualmente ocupados - se encuentran en Soria capital. (Diputación de Valladolid, 2008.)

Parece necesario vertebrar el espacio rural de la provincia de Soria con una red de servicios de atención a las personas con EMGP facilitando el acceso desde cualquier punto de la provincia, respecto a su zona correspondiente, para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con estos trastornos, eliminando todas las barreras para el acceso a los mismos.

2. LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

2.1. *Definición de TMS*

El concepto de "cronicidad" se aplica al proceso morboso que progresa o persiste durante un periodo de tiempo prolongado; en general toda la vida. (Blanco y Pastor, 1997.)

Laín Entralgo (1982) refería: "*consideramos enfermedad crónica a la que por su duración necesariamente se incorpora al vivir habitual de quien la padece, hasta hacerse uno de sus componentes ineludibles, con lo cual el enfermo se ve obligado a contar con ella en la tarea de proyectar y hacer su vida*". (ARARTEKO. 2000)

Y se entiende por *población enferma mental crónica*, aquella que incluye a: "*Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos*" (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981). (Verdugo Alonso, et al., 2003.)

Pero, ¿Qué es una enfermedad mental crónica? Una primera definición operativa de cronicidad podría referirse a "aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de la autosuficiencia económica" (Blanco y Pastor, 1997.)

Para algunos la "cronicidad" es un vocablo a eliminar del discurso psiquiátrico, por su carga de intencionalidad y estigmatización negativas que orientarían

hacia lo discapacitado, abandono, minusválido, inservible o identificación de la locura en general. (ARARTEKO, 2000.)

Con el fin de evitar connotaciones negativas, del término crónico o cronicidad, la literatura especializada en este tema, últimamente, en vez del término, "enfermo mental crónico, o trastorno mental crónico", tiende a la utilización de términos como: Trastorno mental severo (TMS), Trastorno mental severo y de larga duración, Trastorno mental grave y persistente (TMGP), Enfermo Mental Grave (EMG), etc. A lo largo de este documento, se utilizarán las diversas denominaciones, sin pretender ninguna connotación negativa.

Trastorno mental severo (TMS): término que engloba los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social. (Gisbert, 2002.)

La enfermedad mental cursa con un deterioro que se evidencia a través de distintas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales. (Chivite, 2000.)

Para desempeñar un rol en una situación determinada son necesarias (Navarro, 2009):

- Tener habilidad instrumental: Saber hacerlo.
- Tener habilidad cognitiva:
 - o Motivación: Querer hacerlo.
 - o Autoestima: Creer que puedes hacerlo.
- Tener ocasión de hacerlo: Poder hacerlo.

El término enfermo mental grave persistente, presentan una compleja problemática, que puede explicarse a través de la interacción de tres dimensiones, según definió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU en 1987 (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.):

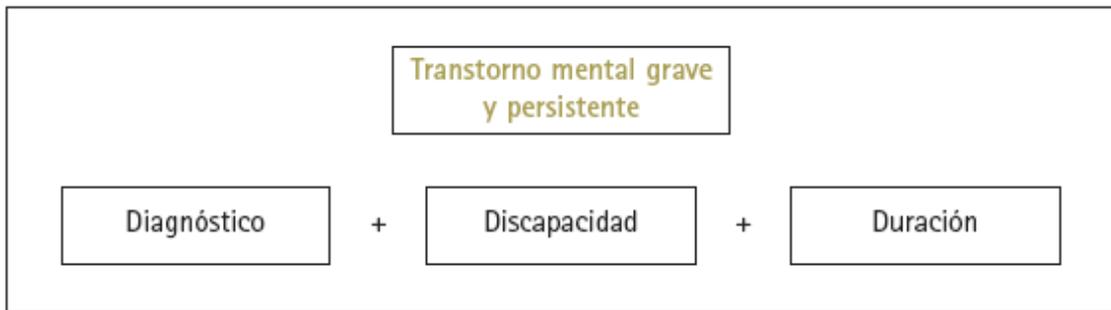


Figura 1. FUENTE: IMSERSO, 2007-2

- Dimensión Diagnóstico: hace referencia a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis funcionales (especialmente esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos delirantes, trastornos esquizoafectivos, etc.) y otros trastornos graves que pueden generar importantes discapacidades psicosociales
- Dimensión Discapacidad: supone que a consecuencia de los trastorno mencionados, o propiciados por ellos, presentan variadas discapacidades psicosociales expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. En general, en mayor o menor medida, presentan déficit en alguna o varias de las siguientes grandes áreas, en función de las cuales se valora la severidad:
 - o *Auto-cuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.).
 - o *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en actividades de la vida diaria, dependencia económica).
 - o *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.).
 - o *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado afrontamiento de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales, aislamiento).
 - o *Ocio y tiempo libre* (Escasez y poca implicación en actividades de ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).

- *Funcionamiento cognitivo* (Dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).
- *Funcionamiento laboral* (Falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades en las relaciones sociolaborales, etc.).

Estas discapacidades pueden hacer que muchos de ellos presenten problemas para abordar las exigencias de la vida personal y social, y en el desempeño normalizado de roles sociales.

Estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social). (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.)

Para comprender el término de discapacidad, en la esquizofrenia (como ejemplo más característico de TMS), es necesario situarlo en un continuo en el que la *patología* sería la lesión o anormalidad causada por la enfermedad, los *déficit* estarían definidos por la sintomatología negativa y positiva, la *discapacidad* vendría marcada por la dificultad para desempeñar ciertas habilidades como consecuencia del déficit, y por último, la *minusvalía*, sería la desventaja social producto de sus discapacidades. (Arribas Sánchez, 2007)

Esta dimensión de discapacidad es la que permite *entender el destacado papel que debe jugar la atención psicosocial y social en el soporte, apoyo e integración social de este colectivo, y por tanto en el importante papel que han de desempeñar los servicios sociales en la atención social y la integración de ésta población.* (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.)

- Dimensión Duración: supone que se está ante un trastorno de carácter crónico, permanente, de larga duración y evolución. Pero tiene que verse en el sentido de que, aunque son trastornos que por el momento no tienen posibilidades de curación, con el adecuado tratamiento y apoyo,

las personas que los padecen podrían llevar una vida normalizada y autónoma.

DIMENSIONES DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICO

<u>DIAGNOSTICO</u>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como otros trastornos graves que generan importantes discapacidades
<u>DISCAPACIDAD</u>	Limitaciones en el funcionamiento psicosocial y autonomía personal
<u>DURACIÓN</u>	Problemática de larga duración y evolución

Figura 2. FUENTE: (Consejería de SS.SS Madrid, 2003. Pp.14)

En general, se pueden clasificar los déficits de las personas con enfermedad mental grave en seis grandes áreas, que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social. (Blanco y Pastor, 1997.)

- Autocuidado: 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 transporte, 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.
- Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficits en habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejo del ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

2.2. La realidad de estas personas

Existen una serie de características del enfermo mental crónico, síntomas que determinan el establecimiento de una situación de cronicidad. Kraepelin (1927) hablaba de un "empobrecimiento de las funciones psíquicas", Schneider (1957) estableció una clasificación, que aun se mantiene, diferenciando síntomas de primer rango (alucinaciones, delirios, trastornos de conducta), y síntomas de segundo rango (apatía, aislamiento y déficits cognitivos en general).

Síntomas que fueron recogidos en la *escala de síntomas negativos de Andreason*: (Blanco y Pastor, 1997.)

- Pobreza afectiva: empobrecimiento característico de la expresión emocional, de la reactividad y del sentimiento.
 - o Expresión facial inmutable
 - o Movimientos espontáneos disminuidos
 - o Escasez de ademanes expresivos
 - o Escaso contacto visual
 - o Ausencia de respuesta afectiva
 - o Incongruencia afectiva
 - o Ausencia de inflexiones vocales
- Alogía: empobrecimiento del pensamiento y de la cognición.
 - o Pobreza de lenguaje
 - o Pobreza del contenido del lenguaje
 - o Bloque

- Latencia de respuesta incrementada
- Abulia/apatía: falta de energía de impulso y de interés.
 - Aseo e higiene
 - Falta de persistencia en el trabajo o escuela
 - Anergia física
- Antedonia/insociabilidad: dificultad para experimentar intereses o placeres.
 - Intereses o actividades recreativas
 - Actividad o interés sexual
 - Capacidad para sentir intimidad y proximidad
 - Relaciones con amigos y semejantes
- Atención: problemas para concentrar la atención o que solo es capaz de concentrarla esporádicamente o erráticamente.
 - Distracción social
 - Falta de atención.

Aunque cada persona con trastorno mental grave (esquizofrenia, por ejemplo) es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico. (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.)

- Son especialmente vulnerables. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.

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

2.3. Problemática y necesidades

Muchas de las problemáticas de estas personas tienen un carácter eminentemente psicosocial y se derivan de los déficits y dificultades de funcionamiento que suelen afectar a las personas que sufren este tipo de trastornos y que interfieren en su nivel de autonomía e integración social. (Rodríguez, 1997.)

Presentan problemas y necesidades derivados de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Necesidades y problemas múltiples y variados. (Gisbert, 2002.)

Las personas con TMS comparten con el resto de la población necesidades comunes, pero además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a su problemática psiquiátrica y psicosocial.

Necesidades que se concretan en cada persona de un modo particular e individualizado y que deben encontrar respuesta en una red de atención articulada, que contemple desde el polo más estrictamente sanitario-psiquiátrico al puramente social. Gran parte de sus necesidades se expresan en dimensiones psicosociales y sociales. (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.)

Las necesidades de este colectivo, como ya se ve, son múltiples y variadas, y a parte de compartir necesidades comunes con el resto de la población, tienen necesidades específicas como son (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.):

- Atención y tratamiento de la salud mental: Las personas con EMG necesitan procesos adecuados de diagnóstico, tratamiento, y seguimiento psiquiátrico, que permitan seguir su sintomatología psicopatológica, pudiendo prevenir así la aparición de crisis, o controlarlas, y mejorar el funcionamiento.
- Atención en crisis: incluso los pacientes "estabilizados", que están recibiendo un tratamiento psiquiátrico adecuado, pueden sufrir crisis periódicas. La atención en crisis deberá ayudar a estabilizar y reajustar la situación psicopatológica, y posibilitar la rehabilitación a su nivel de funcionamiento habitual.
- *Rehabilitación psicosocial*: a pesar del tratamiento médico y farmacológico, las personas con TMS, suelen presentar variadas limitaciones y dificultades en su desenvolvimiento autónomo y en su integración en la sociedad y la vida cotidiana comunitaria.

Por esto, necesitan programas de apoyo y rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- Apoyo social y apoyo a la integración comunitaria: como complemento y continuidad de la rehabilitación psicosocial, necesitan programas de apoyo social, soporte comunitario y apoyo a la integración social, que les ayuden a mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones

posibles de calidad de vida potenciando su funcionamiento psicosocial y apoyando su integración en la comunidad y que permitan evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de deterioro o discapacidades psicosociales y dificultades de integración comunitaria.

- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: ya que la integración laboral es clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona, aunque la mayoría de los EMG, están desempleados o excluidos del mundo laboral, presentando grandes dificultades para acceder o mantenerse en un puesto de trabajo competitivo. Por esto son necesarios los programas de rehabilitación laboral, también necesitan mejorar su cualificación profesional, también son necesarias medidas y acciones que potencien la incorporación de este colectivo al mundo laboral.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria: Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Por ello es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.
- Apoyo económico: un porcentaje significativo tiene dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa experiencia laboral, y sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas, cuando no cuentan con otros ingresos o no tienen apoyo familiar. Es necesario potenciar programas de apoyo de ayudas económicas individualizadas.
- Protección y defensa de sus derechos: Su problemática psicosocial y psiquiátrica, así como las barreras y desventajas sociales que sufren,

hacen que sean una población especialmente indefensa y vulnerable ante abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para su pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles, como ciudadanos de pleno derecho. Es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos.

- Apoyo a las familias: ya que son el principal recurso de cuidado y soporte comunitario. La gran mayoría viven con sus familias, pero esta convivencia puede suponer dificultades y conflictos, y estas situaciones pueden degenerar en una importante tensión y sobrecarga de las familias. La familia debe ser apoyada y cuidada, necesitan información, aprendizaje, asesoramiento y apoyo, para que puedan entender la problemática de su familiar

Estas necesidades deben ser entendidas en su globalidad.

NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICO

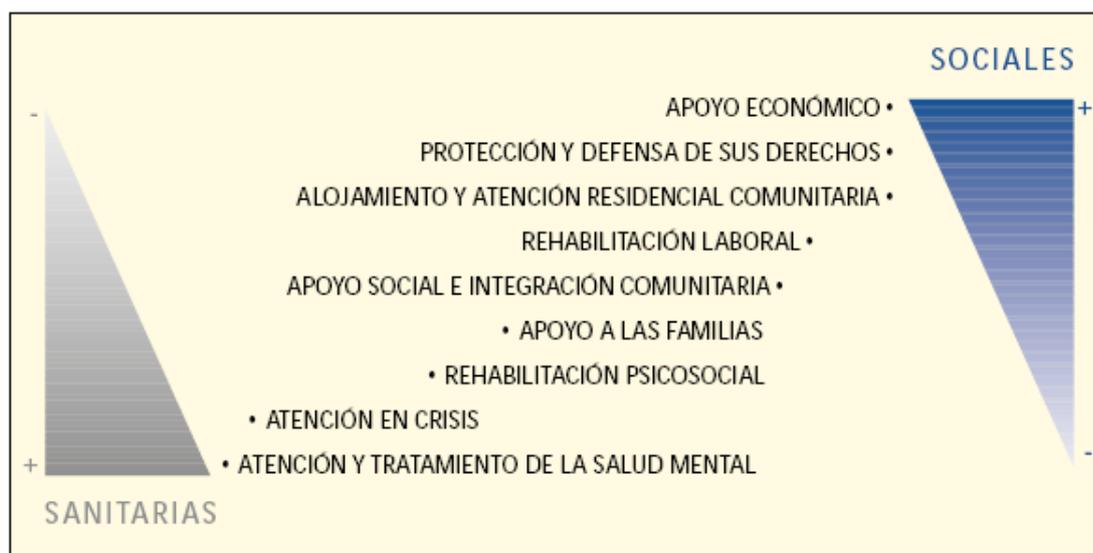


Figura 3. FUENTE: Consejería de SS.SS Madrid, 2003.

En esta labor es imprescindible disponer de recursos que cubran el área asistencial y sanitaria, y de recursos de soporte social, en beneficio de la rehabilitación de la persona enferma, que mejore su calidad de vida y la de su familia, y posibilite una integración plena en la comunidad. (Chivite, 2000.)

2.4. *La enfermedad mental en el medio rural.*

Existe un porcentaje significativo de enfermos mentales graves que viven en áreas rurales en España. (Navarro Bayón, 2003.)

Está sobradamente demostrado que los programas más adecuados para las personas con TMS son los equipos de salud mental comunitarios, entre los que se encuentran los programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Programas que se basan en el desarrollo e implementación de las habilidades que permitan al paciente vivir en la comunidad de la forma más integrada posible.

Las intervenciones psicosociales son una herramienta imprescindible, que permiten alcanzar un mayor nivel de autonomía y conseguir una mayor calidad de vida. (Navarro Bayón, 2003.). Aquellos pacientes graves que no se benefician de los programas de rehabilitación psicosocial aumentan su deterioro y discapacidad.

En la planificación de servicios de salud mental en los contextos rurales, se pueden diferenciar ventajas y desventajas, algo muy importante a considerar a la hora de plantear una intervención (Navarro Bayón, 2003.):

- Desventajas: mayores barreras para el transporte, mas escasez de personal cualificado, mayor estigma hacia la enfermedad mental, menor variedad y mayor fragmentación de servicios. También, menor cantidad de recursos comunitarios y mayores índices de pobreza y desempleo, etc.
- Ventajas: mayor accesibilidad a las redes informales, sociales y familiares, y mayor conocimiento de los recursos que ofrece la comunidad; en el área rural es más probable desarrollar redes sociales más tupidas

3. EVOLUCION DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL

3.1. *Desinstitucionalización, atención comunitaria, etc.*

Las personas con TMS han sufrido una larga historia de marginación, pues hasta que en los años 80 comenzó el proceso de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España, el principal modelo de atención a las necesidades de este colectivo era el internamiento durante largos periodos de tiempo, incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas, o manicomios. Centros generalmente alejados del núcleo urbano, de enormes dimensiones, y que en la mayoría de los casos no ofrecían más que una atención de tipo custodial o asilar, con una asistencia psiquiátrica deficitaria, y unas condiciones de vida para los internos claramente inadecuadas. Este modelo de atención, favorecía la carnificación y el deterioro personal, además de la marginación y el aislamiento social. (Gisbert, 2002.)

Los procesos de reforma psiquiátrica desarrollados en los principales países, lograron romper con el modelo de atención institucionalizador y manicomial característico hasta esos momentos con sus tristes secuelas de marginalización, segregación y cronificación asilar. (Rodríguez, 1997.)

Se quería cambiar un sistema fundamentado en el hospital psiquiátrico y los manicomios, a uno que diera más importancia a los servicios y la atención comunitaria, creando alternativas a las instituciones cerradas. El motor de este proceso fue la crítica al "modelo hospitalocentrico" como lo denominan algunos autores.

En el año 1983 se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en cuyo Informe, emitido dos años después, se aconsejaba la potenciación de los servicios comunitarios de salud mental, sin dependencia estratégica del hospital y con mención especial al papel de los servicios de atención primaria. (ARARTEKO. 2000.)

El marco legislativo de esta reforma psiquiátrica, se apoyo en la Ley General de Sanidad (1986), que en su artículo 20 estableció el carácter comunitario de

los servicios de salud mental, y hacía mención al desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social (ARATEKO, 2000.)

Art. 20 de la ley general de sanidad (14/1986 de 25 de abril). Capítulo tercero de la salud mental.

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

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

La Ley General de Sanidad (1986) tiene especial consideración en el ámbito de trabajo social porque supone que el enfermo mental es un ciudadano pleno de derechos y deberes, y que el enfermo mental pasa a ser entendido en la comunidad, en su entorno y en la familia. (Chivite, 2000.)

El movimiento de salud mental comunitaria tiene como eje fundamental la rehabilitación psicosocial e integración laboral. (Arribas Sánchez, 2007)

La construcción y desarrollo de la *rehabilitación psicosocial* solo puede entenderse dentro del contexto generado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. (Rodríguez, 1997.)

Los programas de desinstitucionalización y el desarrollo del enfoque comunitario, han posibilitado la aparición de nuevas formulas de cuidados y tratamientos de las personas con trastornos mentales graves que se prolongan en el tiempo (una situación de "cronicidad") (Blanco y Pastor, 1997.)

Aunque la reforma psiquiátrica no se produjo al mismo tiempo en todos los países; teniendo en cuenta que en el caos de España no comenzó hasta los años 80; teniendo en cuenta todas las diferencias y peculiaridades, se pueden

extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser lo que de modo general se entiende por "reforma psiquiátrica": (Rodríguez y Sobrino. 1997.)

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
- Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubran las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto la desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (bio-psico-social).
- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco de la organización de los servicios comunitarios de salud mental.

- El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Se persigue “un nuevo modelo de atención en el que la participación social, la tolerancia, las respuestas individualizadas, la continuidad de los cuidados, o la corresponsabilidad y la coordinación entre los diferentes sectores y servicios son condiciones indispensables para garantizar la calidad de la atención. ” (ARARTEKO. 2000.)

La implantación de los procesos de reforma psiquiátrica tuvo algunos efectos de gran interés: avances en la integración sanitaria de la red para la atención del enfermo mental; avances de la red extrahospitalaria y comunitaria, diversificando los programas de atención; nuevas formas de relación interprofesional; incremento de la oferta asistencial; cambios en la estructura de la red psiquiátrica al priorizar la hospitalización frente a las camas asilares; reducción de las vulneraciones de los derechos cívicos; incorporación de nuevas técnicas de intervención e investigación, etc. Pero también se ha acompañado de sombras en el camino: mayor medicalización y tendencias a la uniformidad en las prácticas propias de la especialidad; incremento de la demanda con nuevos problemas y nuevas patologías a atender; nuevos problemas asociados a la organización de los cuidados sociosanitarios; debilidad manifiesta de los programas de rehabilitación y resocialización; no evaluación de lo que se hace, etc. (ARARTEKO, 2000.)

Y no olvidar, que estos procesos de “desinstitucionalización” y de “reinserción comunitaria” provocan que sea el núcleo familiar el principal soporte sobre el que se asienta el tratamiento colectivo de personas con trastornos mentales, por lo que en este momento también es importante atender las nuevas necesidades que puedan surgir derivadas de esto. (Chivite, 2000.)

4. EL CAMPO DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

4.1. Definición de rehabilitación

Los factores que propiciaron el desarrollo de la rehabilitación psicosocial podrían resumirse, citando a Anthony y Liberman (1986) en: (Rodríguez y Sobrino. 1997.)

- Las demandas y necesidades que suponen el proceso de desinstitucionalización y reinserción comunitaria para los pacientes crónicos.
- El énfasis de los nuevos modelos de atención en salud mental en el mantenimiento e integración de los nuevos crónicos en el entorno social.
- Las discapacidades y déficits en el funcionamiento psicosocial generados y/o asociados a las enfermedades mentales graves y crónicas que dificultan el manejo autónomo y la integración comunitaria de las personas que las sufren.
- Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y la escasa eficacia de los abordajes psicoterapéuticos tradicionales para mejorar las discapacidades funcionales de dichos pacientes y ayudarles a desenvolverse de un modo lo mas autónomo y normalizado posible en los diferentes ambientes y roles comunitarios.
- La extensión de la filosofía de normalización y de la ideología del movimiento de derechos humanos al ámbito de los EMC, con el consiguiente énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad.
- El desarrollo y aplicación de nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva y el área de los recursos humanos, que han resultado eficaces y de gran relevancia para la rehabilitación de las personas con discapacidades psiquiátricas.

Los centros de salud mental comunitarios apreciaron el valor del entrenamiento en capacidades sociales y laborales como preparación de los pacientes para una mejor inserción en sus ambientes. En este ámbito, en parte, es donde se produce el surgimiento de la rehabilitación como instrumento de atención y cuidado a los enfermos mentales, tal como la entendemos actualmente. Pero estos centros, no pudieron cubrir totalmente todas las complejas necesidades de aquellas personas con problemas tan graves, que seguían alejados de la participación activa y autónoma en la comunidad. (Fernández et al. 1997.).

La rehabilitación se sitúa en el ámbito de la prevención terciaria, es decir, intentando disminuir las secuelas de la enfermedad, aprendiendo y potenciando la recuperación del mayor número de capacidades posibles. (Arribas Sánchez, 2007)

La rehabilitación se puede definir citando a Sánchez, 1989, como "la adquisición o desarrollo de facultades y capacidades personales, sociales y relacionales perdidas por la enfermedad o la estancia en medios institucionales, a fin de permitir su reinserción social o/y su mantenimiento lo más normalizador posible, respetando al máximo la calidad de vida a que tiene derecho esa persona". Esto requiere no solo actuaciones sanitarias sino también competencias sociales, educacionales, económicas, etc. (ARARTEKO, 2000.)

Existe diversidad de definiciones de "rehabilitación", pero independientemente del enfoque teórico que se le quiera dar, todas ellas tienen una serie de características en común (IMSERSO, 2007-2):

- 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.
- Se realizan actividades en función de objetivos establecidos, y que se pretenden alcanzar. 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 objetivo de mejora o de apoyo, para mantener una situación concreta o evitar un mayor deterioro.
- El objeto de actuación no es solo el individuo concreto, sino que abarca 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.

La rehabilitación psicosocial se define en su sentido más amplio como: "aquellos cambios producidos por las acciones e intervenciones diseñadas para aliviar los déficits, discapacidades y minusvalías de la enfermedad mental, y mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida. Tiene como objetivo la integración y participación al máximo grado posible en la comunidad, la familia y la sociedad". (Chivite, 2000.)

4.2. Importancia de la Rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario.

Es una evidencia constatada que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no sólo precisan de una atención sanitaria adecuada, sino que precisan también de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social, por lo que constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y bajo un estigma social muchas veces, que dificulta su integración social y la de sus familias. (Diputación de Valladolid.)

La rehabilitación psicosocial se ha consolidado como un elemento central (o al menos debería serlo) en la atención comunitaria y debería ofrecer unas estrategias de intervención psicosocial útiles y efectivas para facilitar la mejora de la autonomía y el funcionamiento social de estas personas, promoviendo su

mantenimiento e integración en la comunidad con el mayor grado posible de normalización y calidad de vida. (Rodríguez, 1997.)

La enfermedad mental plantea siempre dos fenómenos de tipo social: por un lado, una alteración de la relación del enfermo con su medio, que conduce necesariamente a un fenómeno de desinserción social; y por otro, una disminución o pérdida de la autonomía social del propio enfermo. (Gómez Lavín, 2000.)

En el caso de las enfermedades mentales, y particularmente de las crónicas, el objetivo que se persigue no es la curación, ni únicamente se trata de cubrir necesidades sanitarias como son la atención médica y el tratamiento. Se persigue el cuidado, la prevención del deterioro, el fomento de la autonomía, etc. Tienen necesidades de alojamiento, de integración, rehabilitación, capacitación laboral y cultural, etc.

Las discapacidades o dificultades que presentan en su funcionamiento psicosocial las personas con TMS hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizado de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social). Así esta dimensión permite entender el destacado papel que debe jugar la atención psicosocial y social en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de este colectivo. (Verdugo Alonso et al., 2003.)

Las acciones para la salud mental incluyen aspectos de promoción y protección de la salud, aspectos de recuperación de la salud y aspectos de rehabilitación y reinserción social. (Chivite, 2000.)

Las personas con TMG suelen tener un severo déficit social, pero, no está provocado únicamente como resultado del proceso psicopatológico, sino que también influyen en el 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. (IMSERSO, 2007-2.)

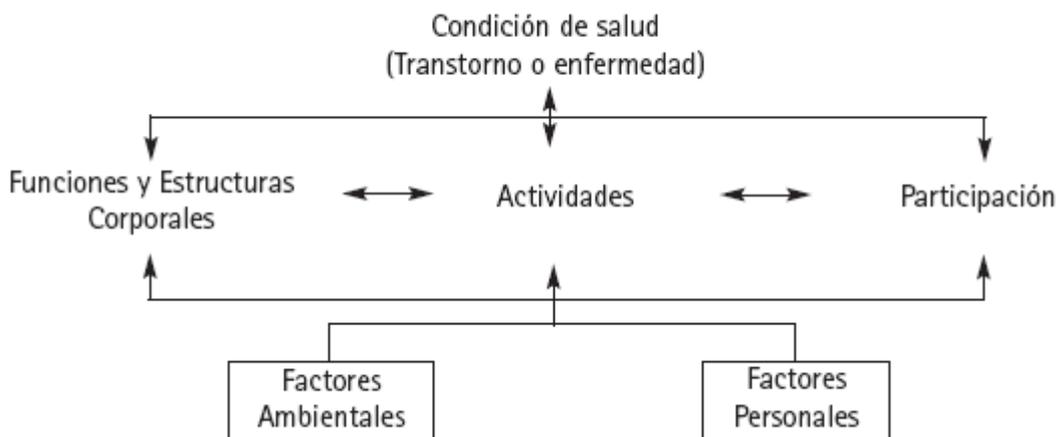


Figura 4. FUENTE: IMSERSO, 2007-2

En definitiva, el objetivo es facilitar la integración social de estas personas.

Es importante señalar la relevancia de diferenciar entre síntomas y funcionamiento social, ya que los tratamientos farmacológicos reducen síntomas pero no crean habilidades. (Arribas Sánchez, 2007).

Las personas con TMG son personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico, sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible. (Gisbert, 2002.)

Existen tres áreas funcionales que cubren los recursos de rehabilitación psicosocial, de las cuales deriva su importancia: (IMSERSO, 2007-1.)

- Rehabilitación psicosocial, apoyo a la integración y soporte social: la integración dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario deberá cubrir todos los aspectos relacionados con la mejora de las funciones corporales y superación de las discapacidades y restricciones en la actividad y en la participación y la eliminación de barreras/obstáculos contextuales.
- Seguimiento y soporte comunitario: desde el Centro de rehabilitación psicosocial (CPRS) se ofrecerá el apoyo necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de actividad y participación alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginalización.
- Apoyo a las familias y al entorno comunitario: desde el CPRS se ofrecerá a las familias información, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo, convivencia y apoyo a su familiar con TMS y contribuir a la mejora de la situación y la calidad de vida de la propia familia, Se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y el asociacionismo. Se trabajará también para lograr eliminar barreras contextuales del medio en el que se desenvuelve el individuo.

Muchas de las personas que sufren TMS mantienen déficits y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. (Gisbert, 2002.)

La atención comunitaria al enfermo mental es una realidad en marcha, aunque plagada de insuficiencias que deben completarse y adaptarse con una adecuada planificación y gestión y un apoyo social, político y económico claro y decidido que permita desarrollar un completo y suficiente sistema de apoyo comunitario para avanzar en la mejora de la situación del colectivo de las personas con trastorno mental severo y de sus familias. (Gisbert, 2002.)

4.3. Rehabilitación Psicosocial.

La intervención en RPS se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiera para funcionar efectivamente en la comunidad, y por otro lado, actuaciones sobre el ambiente, que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial e integración del enfermo mental crónico. (Rodríguez, 1997.)

Una dimensión fundamental de la rehabilitación psicosocial sería lo que puede denominarse como "*filosofía de la rehabilitación*" aquellos principios o valores que orientan la intervención. (Gisbert, 2002.)

Los *principios* sobre los que toda práctica rehabilitadora debería basarse (Fernández et al. 1997.):

- Debe apoyarse en una *concepción amplia de los Derechos Humanos*, que reconozca y promueva el derecho de las personas con TMS a una ciudadanía plena, lo que implica el derecho a: una vida normal, independencia familiar, y una posición económica que le posibilite un medio de vida.
- Debe *promover la integración* de cada persona en su comunidad natural.
- Se basa en el *principio de autonomía e independencia*. También incluye el reconocimiento de que los seres humanos, son sujetos y no objetos, así, se convertirá en el conductor y protagonista de su proceso de rehabilitación
- Se fundamenta en el *principio de individualización* entendiendo que cada proceso es único.
- Se orienta también en el *principio de normalización*, debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales posibles a través del

desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno.

Los *principios orientadores* de un programa rehabilitador deben partir: (Chivite, 2000.)

- De la prevención terciaria, para aminorar el impacto de las discapacidades y minusvalías.
- De la normalización, potenciando la inclusión progresiva en circuitos sociales.
- Del enfoque comunitario, potenciando el uso de dichos recursos estimuladores de la rehabilitación.
- De la desinstitucionalización mediante la intervención mínima para atender las necesidades del paciente.
- Del modelo de competencia, que permita mantener un equilibrio progresivo entre las necesidades del paciente y sus recursos personales.
- Y del modelo de vulnerabilidad, para promover las acciones de protección específica contra los factores de riesgo personal.

Varios son los autores que tratan de describir los objetivos principales hacia los que debería enfocarse la rehabilitación psicosocial. Cito dos:

- Según A. Arribas Sánchez (2007) *“Los objetivos principales de cualquier intervención integral debe abordar serían:*
 - *Control y manejo de la sintomatología*
 - *Mejora de las capacidades y habilidades personales para la mejora del funcionamiento psicosocial*
 - *Apoyo familiar*
 - *Apoyo y mantenimiento e integración en la comunidad”.*
- Y según Chivite (2000) *“El objetivo principal de la rehabilitación psicosocial es: facilitar a las personas discapacitadas un mejor uso de su capacidad (residual o no) en el mejor contexto social posible. Como objetivos específicos destacan:*

- *Resocialización: para dotar al enfermo de habilidades que le permitan desempeñar roles sociales valiosos*
- *Entrenamiento en capacidades instrumentales específicas*
- *Promoción de salud mediante la potenciación de factores de protección*
- *Habilitación de soportes sociales*
- *Promoción de alternativas residenciales”.*

Estos objetivos, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) los resume en (Gisbert, 2002.):

- *Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación de destrezas, habilidades y competencias*
- *Apoyo y fomento de un funcionamiento lo mas autónomo, integrado e independiente posible.*
- *Seguimiento, apoyo y soporte social*
- *Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.*
- *Asesorar y apoyar a las familias para favorecer su competencia.*

Algunos de los *elementos fundamentales o características* de la rehabilitación psicosocial, como revisión de las diferentes definiciones que se han ido realizando, podrían enumerarse del siguiente modo (Fernández et al. 1997.):

- Su metodología se basa en la determinación de objetivos, su priorización, graduación y evaluación periódica, con un constante énfasis en la evaluación de resultados.
- La intervención debería considerarse un proceso, caracterizado por ser de larga duración.
- Se plantea como objetivo la autonomía de una persona respecto a apoyos profesionales, en el grado que esta pueda alcanzar, (pero, no se

plantea la plena normalización y la total autonomía). La palabra rehabilitación tendrá un significado "único" en cada persona.

- Interviene no solo sobre las habilidades de una persona, sino también sobre el medio específico en el que vive (dos vías de intervención que deben ir paralelas).
- No solo disminuye déficits, sino que también potencia y orienta las capacidades que ya posee una persona.
- Da importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a la implicación activa en el proceso, tanto de ella misma como de las personas de referencia en su entorno.
- Implica una actitud positiva acerca de las posibilidades y potencialidades de desarrollo (tanto por parte de los profesionales, como del propio sujeto y de su entorno)

Los *principales componentes* de la rehabilitación psicosocial: (Rodríguez, 1997.)

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención)
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario

- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento monitorizado y apoyo del usuario en los diferentes contextos de la vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario
- Evaluación planificada y sistematizada de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

4.4 Centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, ocupacionales de ocio y tiempo libre.

4.4.1. Centros de rehabilitación psicosocial

Los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) se conciben como un recursos específico, dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida. (Gisbert, 2002.)

El perfil de las personas derivadas a estos centros suele ser el siguiente (M^a Salazar et. Al.):

- Personas con enfermedades mentales graves y persistentes que presentan deterioros o dificultades significativos en su funcionamiento psicosocial y su integración social.

- Tiene una edad de entre 18 y 65 años
- Su situación psicopatológica está estabilizada.
- No presentan patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanías.

Los objetivos principales de estos centros son:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
- Posibilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario.
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de autoayuda entre las familias.

Las intervenciones que se lleven a cabo en estos centros podrán ser tanto individuales, como grupales, teniendo en cuenta siempre lo que se haya establecido en el PIR de cada uno de los individuos (objetivos, actividades, etc.). Las actividades se llevaran a cabo en los diferentes ambientes y contextos de la vida diaria.

Se desarrollará una gran variedad de actividades, centradas en grandes áreas de actuación (Gisbert, 2002.):

1. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración: enfocadas a la recuperación y entrenamiento de habilidades y capacidades que cubrirán los aspectos de funcionamiento psicosocial. Se trabajan áreas como:
 - a. Rehabilitación cognitiva.
 - b. Psicomotricidad.
 - c. Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria.

- d. Psicoeducación, Autoadministración de medicación y Prevención de Recaídas.
 - e. Manejo y Enfrentamiento a la Ansiedad y el Estrés.
 - f. Relaciones Sociales.
 - g. Integración Comunitaria.
 - h. Ocio y Tiempo libre.
 - i. Orientación e Inserción Laboral.
2. Seguimiento y soporte comunitario: Tras finalizar la intervención, o al alcanzar los objetivos del PIR, se ofrece apoyo, soporte social y seguimiento, para de algún modo mantener el nivel de funcionamiento psicosocial alcanzado y evitar en la medida de lo posible situaciones de deterioro, aislamiento, marginación, etc.
3. Apoyo a las familias: información, formación, asesoramiento, apoyo, etc. También se buscará su aplicación como recurso activo en el proceso rehabilitador

4.4.2. Centros de día

Los centros de día son dispositivos/ espacios: terapéuticos, equilibrados y enriquecedores.

Las principales actividades que en ellos se realizan son (Aznar Moya, (Coord.), 1999):

- Actividades de terapia ocupacional.
- Actividades tendentes al mantenimiento de las capacidades básicas de los usuarios tanto físicas como psicológicas, evitando el deterioro que su larga enfermedad puede producirles.
- Actividades en relación a las familias y su entorno.
- Actividades de ocio y tiempo libre.

4.4.3. Centro ocupacional de ocio y tiempo libre.

Centros dedicados a la realización de actividades ocupacionales, y del ocio y el tiempo libre, diseñadas a la medida de las posibilidades del paciente.

El equipo de profesionales que en ellos trabajan (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, monitores y educador social), elaborarán un plan de rehabilitación ocupacional, y se ocuparán de dar continuidad en la capacitación del usuario. También se realizarán actividades orientadas a la satisfacción y disfrute personal de los usuarios. Actividades de ocio que pueden ser de diversos tipos: recreativo, formativo, cultural, deportivo, o en la naturaleza y el medio ambiente. En estas últimas actividades, primarán las preferencias y la disposición del usuario para la ocupación de su tiempo.

Las actividades de ocio y tiempo libre, además de por el equipo de profesionales puede estar apoyado por una red de voluntarios o por los familiares.

4.5. Intervención y programas.

El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social, la mejora de la calidad de vida en definitiva, y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible.

Se utilizan múltiples técnicas y estrategias, procedentes de diversos campos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, estrategias de animación socio-comunitarias, etc.

Este tipo de intervenciones se articula a través de un proceso individualizado que combina: el entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias, y las actuaciones sobre el ambiente (psicoeducación y asesoramiento a las familias entre otras)

Engloba programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. (Verdugo Alonso, et al., 2003.)

Los programas de rehabilitación deben tener en cuenta la heterogeneidad del grupo de enfermos mentales y su distinta evolución para elaborar planes individualizados de tratamiento que atiendan sus necesidades específicas y sus posibilidades de rehabilitación y reinserción. (Chivite, 2000.). Están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. (Gisbert, 2002.)

En el proceso de rehabilitación se pueden diferenciar tres fases fundamentalmente: evaluación, planificación e intervención. (Fernández et al. 1997.).

1. Evaluación: fase de recogida y análisis de datos, que permite realizar un PIR. Se articula sobre dos ejes que se interrelacionan continuamente: las habilidades del sujeto (no solo inhabilidades y déficits, sino también, habilidades y competencias), y los ambientes específicos en los que interactúa o se prevé que vaya a interactuar. Un aspecto importante, es explorar el funcionamiento que tenía el sujeto, antes de iniciarse la problemática psiquiátrica.
2. Planificación: la información de la evaluación fundamenta el PIR, que especifica los cambios personales o ambientales que se deben dar para conseguir los objetivos de rehabilitación. Cada persona tendrá su plan, con sus objetivos y sus estrategias adaptadas a sus características, y deberá estar temporalizado. Deberá estar consensuado.
3. Evaluación: implementación del PIR, a través del desarrollo de habilidades personales y disponiendo de los apoyos necesarios

4.5.1. Actividades de la vida diaria

(Jacqueline Vena et. Al, 1997.)

El termino actividades de la vida diaria (AVD) implica "todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía". Todas las actividades necesarias o deseables para que cada individuo posea una mínima competencia social.

Definimos AVD 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" (IMSERSO, 2007-2.)

La importancia radica en que ya que son actividades que se encuentran en la misma base del comportamiento independiente o autónomo, cualquier dificultad repercutirá en los demás sectores de actividad e independencia (psicológico, económico, etc.)

Este tipo de intervenciones se justifica en que, en un porcentaje de los casos de enfermedad mental grave, suele cursar un deterioro, que pone de manifiesto déficits en los aspectos más básicos de autocuidado y autonomía personal, en la organización del ritmo de vida, en el conocimiento del entorno sociocultural y en el manejo de los recursos sociales que le rodean.

Las AVD se diferencian en tres grandes bloques: Básicas o de autocuidado, instrumentales y avanzadas. (*ver_ Anexo C*)

Al entrenar y fomentar hábitos de autocuidado y autonomía se aumenta la calidad de vida de la persona, creando a la vez factores de protección personales y mejorando las relaciones familiares.

Centrados en las actividades básicas e instrumentales, los objetivos generales que se persiguen fundamentalmente son (IMSERSO, 2007-2.):

- En Actividades Básicas o de autocuidado:
 - 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.

- En Actividades instrumentales:
 - 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.

Los objetivos generales de intervención en AVD que se pueden plantear con enfermos mentales son: el aumento de la calidad de vida, autonomía, autocuidado y capacidad de manejo.

Es de gran importancia que el usuario comprenda que para alcanzar sus intereses o metas es imprescindible alcanzar los objetivos que se marquen

Las fases fundamentales de este programa serán: evaluación inicial, planificación (conjunta entre usuario y profesional, contando con la familia), diseño del plan de trabajo en términos espacio-temporales (una vez evaluadas las necesidades y consensuados los objetivos), y ejecución o desarrollo del plan.

También es muy importante tener en cuenta que en la mayoría de los casos no se va a enseñar a realizar una conducta nueva, sino que el objetivo suele ser crear un hábito que hace tiempo que se ha dejado de ejecutar. En función de la tarea a realizar se utilizarán una técnica u otras, y las tareas pueden enfocarse a: desarrollar una conducta nueva o que se ha dejado de hacer, fortalecer un comportamiento, mantener un comportamiento, o suprimir una conducta.

4.5.2. Programa de entrenamiento en habilidades

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”*. (IMSERSO, 2007-2.)

Los programas de entrenamiento en habilidades, fueron una de las aportaciones más principales y más importantes al campo de la rehabilitación psicosocial. Surgió de las teorías sobre aprendizaje social, aunque con influencia de las terapias de trabajo realizadas en los antiguos “hospitales psiquiátricos”. El foco de la práctica se centra en remediar las incapacidades y compensar las desventajas. (Fernández et al. 1997.).

La finalidad que se persiguen con este tipo de intervenciones es trabajar una serie de aspectos comunes de las personas con TMG (IMSERSO, 2007-2.):

- 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.).

Básicamente: promover en el sujeto 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

Los objetivos generales que podrían definirse son (IMSERSO, 2007-2.):

- Aprender a detectar la comunicación no verbal
- Desarrollar modos efectivos de comunicación
- Aprender a utilizar el lenguaje verbal para conseguir objetivos.
- Obtener conocimientos teóricos sobre cómo comunicarse, reconocer las situaciones propicias para llevar a cabo diferentes formas de comunicación y ponerlas en práctica.

Los módulos básicos a trabajar serán la comunicación no verbal, y la comunicación verbal, trabajando aspectos como:

- Establecer una conversación, mantenerla, finalizarla, etc.
- Como expresarse, decir lo que se piensa o se siente.
- Hacer peticiones (a conocidos o desconocidos).
- Manejar las críticas (realizarlas y responderlas)

- Afrontar la hostilidad.
- Negociar situaciones.
- Manejar situaciones especiales.

4.5.3. Programa de educación para la salud

Un programa encaminado a incrementar la protección del sujeto y aumentar su calidad de vida. Persigue un mejor manejo de la enfermedad, mayor adherencia al tratamiento, etc.

Los objetivos generales que guían este tipo de intervenciones son (IMSERSO, 2007-2.):

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

Se trabajará la aceptación y conocimiento de la enfermedad. Se realizará una introducción a la enfermedad, a sus síntomas, sus fases, la identificación de estos (si tomas y fases, en los casos en que se produzcan cambios), las posibles causas, los factores de riesgo (alcohol, drogas y otros), factores de protección. También lo relativo a tratamiento y medicación, persiguiendo la independencia y autosuficiencia del sujeto en este ámbito.

4.5.4. Programa de autocontrol o habilidades de afrontamiento

Este tipo de programa se formulo pensando en la vulnerabilidad psicobiológica que puede producir la sintomatología de los TMG, al carecer en ocasiones de competencias para el manejo y afrontamiento de dificultades de la vida

cotidiana. La promoción y desarrollo de recursos de afrontamiento puede disminuir o paliar dicha vulnerabilidad.

Lo que se persigue con estos programas de habilidades de autocontrol es: *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*" (IMSERSO, 2007-2.)

Los objetivos generales que se marcan son:

- Desarrollar la capacidad para afrontar adecuadamente situaciones causantes de malestar.
- Fomentar una sensación de competencia personas que permita el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida diaria.

Los módulos básicos que componen este programa son:

- Autocontrol general.
- Autocontrol de la ansiedad (trabajando la respiración, imaginación, ejercicio, relajación).
- Autocontrol de la depresión (afrontamiento de ideas irracionales, planificación de actividades; para la ocupación del tiempo).
- Autocontrol de los miedos.
- Autocontrol de ideas delirantes y alucinaciones.

4.5.5. Programas de ocio y tiempo libre

Los programas y actividades de ocio y tiempo libre deben ser una parte importante de cualquier programa integral de rehabilitación en personas con enfermedad mental severa. Estas personas, por lo general, disponen de más tiempo libre con el que no saben qué hacer y el aprender a gestionarlo puede suponer una oportunidad de integración social y comunitaria. Siguiendo a Cañamares y cols. (2001) podemos hacer un repaso de los beneficios de las actividades de ocio (Tur Juan et al.2006.):

- a) Facilitan que el paciente recupere un papel activo y protagonista en ciertos aspectos de su vida. Como hemos comentado antes, el tiempo de ocio es una de las facetas donde se hace más patente el ejercicio de las libertades individuales.
- b) Dotan de sentido para el paciente algunos entrenamientos que antes rechazaba. Es importante saber expresarse para comprar una entrada de cine o pedir algo en un bar; es importante ir aseado a los sitios, etc.
- c) Mejoran las expectativas de los pacientes respecto de su recuperación, ya que relativizan el impacto negativo que la enfermedad tiene en sus vidas.
- d) Permite evaluar y entrenar múltiples capacidades de los pacientes: normalmente al ser actividades de alta motivación se crean unas condiciones privilegiadas para el aprendizaje con refuerzo inmediato. Por otro lado, el descubrir qué actividades resultan satisfactorias para un paciente puede servir como refuerzo de otras que le cuesten más o en las que tenga más dificultades.
- e) Facilita el desarrollo de una buena relación terapéutica con todos los profesionales.
- f) Como el grado de satisfacción aumenta con las actividades de ocio a la vez que hace que disminuya la ansiedad y la irritabilidad, esto necesariamente tendría que traducirse en una disminución de la sintomatología negativa y en un mejor manejo de la positiva.

Los objetivos concretos del programa de ocio son (Tur Juan et al.2006.):

- Fomentar la participación en las actividades del programa de ocio y tiempo libre.
- Convertir el tiempo de este espacio en una ocupación agradable y de disfrute.
- Evitar el aislamiento.
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fomentar la tolerancia.

- Fomentar el respeto.
- Entrenar y modelar *in situ* el manejo del transporte público, circulación vial, orientación dentro del núcleo urbano, manejo de planos, manejo de imprevistos, manejo de dinero.
- Aprender a utilizar la información adecuadamente.
- Fomentar el interés por la cultura popular.
- Fomentar el interés por la cultura.
- Fomentar la puntualidad.

4.6. La familia como recurso y apoyo

Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento, para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida. (Gisbert, 2002.)

4.6.1. Programas de intervención con las familias

Los objetivos generales a perseguir son:

- 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.

5. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

El movimiento asociativo, tanto en sus formas de organización ciudadana, con netos componentes participativos, reivindicativos y de sensibilización social, como en sus formas de grupo de autoayuda, tradicionalmente ha surgido como respuesta a la necesidad de afrontar la problemática relacionada con situaciones de crisis, demandando derechos y recursos que entienden como necesarios y de los cuales carecen, procurando soluciones provenientes de las instituciones públicas, sea en su gestión, desarrollo o financiación. (ARARTEKO, 2000.)

El movimiento asociativo ciudadano de la salud mental, que en sus orígenes fue liderado por profesionales progresistas, en los últimos años está viviendo un notable auge social a través de familiares y usuarios, que están contribuyendo a configurar una nueva cultura (Hernández, 1999), siendo referente para la defensa de los derechos civiles de los pacientes así como para la exigencia de la extensión y mejora de la calidad de los servicios de salud mental.

El objetivo central de estas asociaciones es caminar hacia la integración psicosocial de las personas con enfermedad mental. Sus objetivos específicos son: favorecer la autonomía e independencia de las personas afectadas, fomentar la relación en el medio familiar y social, promocionar la actividad laboral y el aprovechamiento del tiempo libre, potenciar aptitudes positivas y saludables así como las habilidades sociales, y comprender mejor la enfermedad, sabiendo qué hacer cuando el enfermo se siente mal. Todo ello a través de la toma de conciencia social, favoreciendo un cambio de opinión y actitudes hacia la enfermedad mental, así como a través de la reflexión, crítica y reivindicación hacia las administraciones públicas para generar los medios necesarios para una asistencia eficaz a las personas afectadas por las enfermedades mentales. (ARARTEKO, 2000.)

6. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Atención social comunitaria significa: integración y participación plena en las actividades cotidianas de la vida y en las relaciones interpersonales de todo tipo, social, formativo, laboral, cultural, etc., que se producen en el entorno social.

La consideración simultánea de la persona y su entorno social como objetivo de la intervención desde el ámbito de los servicios sociales conduce a una forma de trabajo que se desarrolla en varios niveles: el de la propia persona con enfermedad mental, el de su entorno familiar y en el ámbito de la comunidad. Pero además, el obligado abordaje global de las situaciones de estas personas, para conseguir una respuesta integral a sus necesidades, impone como requisito una estrecha colaboración, coordinación y complementariedad entre los dispositivos de atención del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales. (Consejería de SS.SS Madrid, 2003.)

La atención comunitaria de las personas con trastorno mental grave desde los servicios sociales, implica tener como objetivo fundamental su integración social. Esta integración no puede determinarse únicamente por la calidad de las instituciones destinadas a su rehabilitación, debe manifestarse en la vida diaria, en el tiempo dedicado al ocio, en la escuela, en la formación laboral, en el trabajo y la aceptación de las discapacidades de la persona. (IMSERSO, 2005.)

Lieberman (1988/1993) afirma que "...la rehabilitación psicosocial y la atención social conforman un elemento esencial en la organización de una atención comunitaria integral a la población con enfermedad mental crónica...". (IMSERSO, 2005.)

Los servicios sociales son un elemento esencial en la creación y desarrollo de redes de soporte comunitario para las personas con TMG. Se deben ir articulando unos sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares

básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exige la decidida colaboración de los servicios sociales. (IMSERSO, 2005.)

La intervención desde los servicios sociales y el trabajo social debería combinar dos aspectos, que serían: el trabajo desde los servicios sociales generales, en los que las personas con EMC como ciudadanos de pleno derecho prestaciones (sociales y básicas) para dar cobertura a sus necesidades, posibilitando así su integración y mantenimiento en su entorno social, y desde los servicios sociales especializados se atenderían necesidades más "específicas", como pueden ser: apoyo a la rehabilitación psicosocial y a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral, atención residencial y soporte comunitario, sin olvidar el apoyo a las familias.

El sistema de servicios sociales desde los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados, han de implicarse activamente con el desarrollo de recursos de rehabilitación psicosocial, atención residencial y soporte social. (C. Gisbert, 2002.)

Estos recursos son fundamentales a día de hoy en la atención a las personas con enfermedad mental, ya que evitan variedad de consecuencias negativas que derivan de su enfermedad, como pueden ser el aumento de los ingresos, situaciones de marginación, etc.

Permiten que con los apoyos oportunos la recuperación de un adecuado nivel de autonomía personal e integración de muchos enfermos mentales y el alivio de las situaciones de sobrecarga de sus familias. (IMSERSO, 2005.)

CAPITULO III: DESARROLLO

1. INTRODUCCIÓN

En este tercer capítulo del proyecto, se presenta el desarrollo de la propia intervención.

Se podrán diferenciar dos partes básicamente: una primera más teórica, en la que para introducir el tema, se definirá el concepto de asociación, marcada por la normativa específica; y se pasará a describir el procedimiento legal que hay que seguir para crear una.

La segunda parte, más práctica, que a su vez se divide en dos capítulos. Primero se explica la creación de la asociación, describiendo: recursos, profesionales, financiación, funcionamiento, actividades, etc. A continuación se profundiza en las actividades, describiendo programas, talleres y la ocupación del ocio y el tiempo libre centrándose en las tardes y los fines de semana.

Por último, las principales conclusiones extraídas, como explicación al trabajo presentado.

2. COMO CREAR UNA ASOCIACIÓN

Las asociaciones son una agrupación permanente de personas físicas o jurídicas que se unen para servir un fin determinado, sin ánimo de lucro, mediante una organización a la que el derecho otorga personalidad. (JCyL).

El derecho de asociación está regulado por la normativa estatal, apareciendo la primera mención en el artículo 22 de la Constitución española de 1978, viéndose como un derecho subjetivo público.

“Artículo 22.

- 1. Se reconoce el derecho de asociación.*
- 2. Las asociaciones que persigan fines o utilicen medios tipificados como delito son ilegales.*
- 3. Las asociaciones constituidas al amparo de este artículo deberán inscribirse en un registro a los solos efectos de publicidad.*
- 4. Las asociaciones sólo podrán ser disueltas o suspendidas en sus actividades en virtud de resolución judicial motivada.*
- 5. Se prohíben las asociaciones secretas y las de carácter paramilitar.”*

Se puede definir el asociacionismo como un fenómeno sociológico y político, como tendencia natural de las personas y como instrumento de participación.

Para el desarrollo del artículo 22 C.E., ya citado, se creó la Ley Orgánica 1/2002 que establece un régimen mínimo y común.

Ley que reconoce la importancia del fenómeno asociativo, como instrumento de integración en la sociedad y de participación en los asuntos públicos.

Citando el punto VI de la exposición de motivos de la Ley: *“las asociaciones desempeñen un papel fundamental en los diversos ámbitos de la actividad social, contribuyendo a un ejercicio activo de la ciudadanía y a la consolidación de una democracia avanzada, representando los intereses de los ciudadanos*

ante los poderes públicos y desarrollando una función esencial e imprescindible, entre otras, en las políticas de desarrollo, medio ambiente, promoción de los derechos humanos, juventud, salud pública, cultura, creación de empleo y otras de similar naturaleza”.

Al centrar la intervención en la provincia de Soria, perteneciente a la comunidad de Castilla y León, habrá que tener en cuenta la legislación propia de dicha Comunidad. En 1994, por Real Decreto (R.D. 1687/1994 de 2 de julio) se realizó el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad de Castilla y León en materia de asociaciones. Las funciones que competen a la Comunidad Autónoma según el citado R.D son: el registro de las asociaciones que se encuentren en el territorio y el ejercicio de publicidad registral.

Tomando como referencia la Ley Orgánica 1/2002, los aspectos fundamentales a tener en cuenta para la creación de una asociación: serían los que se presentan brevemente a continuación:

2.1. Constitución de la asociación

Como indica el artículo 5 de la Ley, será necesario *el acuerdo de tres personas o más físicas o jurídicas legalmente constituidas que se comprometen a poner en común conocimientos, medios y actividades, para conseguir unas finalidades lícitas, comunes, de interés general o particular, y se crearán los estatutos que rijan el funcionamiento de la asociación.*

El acuerdo de constitución incluirá la aprobación de los estatutos y se formalizará mediante el acta fundacional, con cuyo otorgamiento la asociación adquirirá personalidad jurídica y plena capacidad de obras.

2.2. Acta fundacional:

El acta constitutiva, o fundacional será el documento suscrito por los socios fundadores que deja constancia de la voluntad común y acorde de los asistentes de constituir una asociación. Podrá tratarse tanto de un documento público (como podría ser un acta notarial), o un documento privado, redactado y suscrito por las propias personas interesadas en constituir la asociación. (Lasarte, 2009)

El contenido mínimo del documento se especifica en el artículo 6 de la Ley 1/2002. (ver_ Anexo D).

2.3. Estatutos:

Constituyen las reglas de autorregulación de la asociación, y deben contener los mínimos requeridos para el funcionamiento de una organización: Denominación, fines, órganos directivos, derechos y deberes de los socios, etc. Tendrán una gran importancia práctica. (Lasarte, 2009)

El contenido mínimo de los estatutos se indica en el artículo 7 de la Ley de asociaciones.

2.4. Órganos

Serán tres, conforme lo establecido por la Ley:

- Asamblea General: Órgano supremo de la asociación. Formada por los asociados, que adopta sus acuerdos por el principio mayoritario o de democracia interna (art.11.3). Competente para la modificación de los estatutos, y el nombramiento de la Junta Directiva y el Presidente. Ha de convocarse al menos una vez al año para la revisión de cuentas y financiación.
- Junta Directiva: Órgano de representación, dirección y gestión de la asociación. Gestiona y representa los intereses de los asociados. Será la encargada de convocar asamblea general, o de carácter extraordinario.

- Presidente: representante de la asociación frente a terceros. Preside junto a la asamblea general y la junta directiva.

2.5. Registro de asociaciones

La inscripción registral tendrá carácter meramente declarativo, en cuanto hacer pública la constitución y los estatutos de la asociación. Como ya indica el art.22.3 C.E. se inscribirán "a los solos efectos de publicidad". (Lasarte, 2009)

La inscripción registral hace pública la constitución y los Estatutos de las asociaciones y es garantía, tanto para los terceros que con ellas se relacionan, como para sus propios miembros.

En el caso concreto, para la inscripción de la asociación en el ámbito provincial de Soria, será necesaria la solicitud de inscripción dirigida al Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León, acompañada del acta fundacional y los estatutos. (Ver_ Anexo E)

2.6. Régimen fiscal y contable

2.6.1. El C.I.F.

Es el Código de Identificación fiscal. Es el número que identifica a la asociación a efectos económicos y fiscales. Se obtiene en las oficinas de hacienda.

Para solicitar el CIF la asociación debe estar registrada, ya que será necesaria una copia de los estatutos sellados acreditando su tramitación.

2.6.2. El IVA (Impuesto sobre Valor Añadido)

Todas las asociaciones están sujetas a este impuesto. Se aplicará a todos los pagos que realice la asociación. Está regulado en Ley 37/1992 y R.D1624/1992.

2.6.3. El IAE (Impuesto de Actividad Económica)

Impuesto que se aplica a las actividades económicas de la asociación. Estarán exentas las asociaciones sin fines lucrativos (art.15.2 Ley 49/2002)

2.7. Obligaciones documentales.

Existe la obligación de llevar libros de socios, actas y contabilidad, que deben ser legalizados en el Registro Mercantil.

- Libro de actas: debe incluir tanto las actas de la Asamblea General de socios como las actas de reuniones del órgano de dirección.
- Libro de socios/as: todas las asociaciones deben llevar una relación actualizada de sus socios y socias, reflejando al menos: nombre y apellidos, identificación, tipo de socio, fecha de alta/baja.
- Plan de contabilidad: libro de inventarios, libro de cuentas: comprenderá el balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria.

3. LA ASOCIACIÓN

En este punto se definen aspectos más concretos de la asociación como son: sus fines, objetivos, actividades y servicios, y recursos con los que contará, como son: personales/profesionales, económicos y materiales. Los fines y objetivos, y las actividades por medio de las cuales se lograrán, estarán recogidos en los estatutos de la asociación, los cuales marcarán su funcionamiento.

Se constituirá como una asociación de usuarios con enfermedad mental, creada en el ámbito rural, y enfocada a la creación de un recurso para la atención a este colectivo, el cual encuentra la dificultad añadida de la distancia a la capital para acceder a los servicios que allí se encuentran.

Se realizarán actividades enfocadas tanto a la rehabilitación de las personas como a la ocupación del ocio y el tiempo libre, visto como una de las principales dificultades.

Contará con profesionales como son: trabajador/a social, psicólogo/a, educador/a social, terapeuta ocupacional o un monitor de tiempo libre.

3.1. Fines de la asociación

- Potenciar la integración social de las personas con enfermedad mental en su entorno, aumentando su red social y fomentando la utilización de recursos normalizados de la comunidad.
- Ser parte integrante de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, y coordinarse con ella.
- Asesorar y/o tramitar a los usuarios y sus familias cualquier gestión encaminada a la búsqueda de recursos. Facilitando el que no tengan que desplazarse a la capital.

- Efectuar un seguimiento de la persona con enfermedad mental dándole el apoyo necesario para garantizar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autodeterminación y calidad de vida.
- Proporcionar apoyo comunitario a los usuarios, organizando actividades que puedan fomentar sus intereses personales.
- Fomentar y posibilitar las relaciones y contactos entre las familias y amigos de las personas con TMG a través de la ayuda mutua.
- Sensibilizar y concienciar a la sociedad sobre la enfermedad mental.
- Luchar contra la discriminación y la estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental.

3.2. Organización

3.2.1. Capacidad del centro

Teniendo en cuenta que se encuentra en el ámbito rural, no se puede pensar en una capacidad mínima excesiva, sino todo lo contrario. Ya que se plantea como un recurso para todas aquellas personas que viven en los pueblos, se establece un mínimo de 25 personas.

No debe entenderse la capacidad como "plaza", no quiere decir que todos los días, en todos los programas deba haber 25 personas, sino, que los profesionales tengan la capacidad a atender a ese número de personas como mínimo. Cada persona acudirá un número de días, en unos horarios, para la realización de unos programas concretos que se hayan acordado.

Es una cantidad que puede ir aumentando en función de la "publicidad" que se dé al centro, según la gente lo vaya conociendo, se irán incorporando nuevos usuarios. En un principio no se puede pensar en proporciones muy grandes, puesto que es un recurso nuevo, que se tendrá que promocionar, dar a conocer, etc.

3.2.2. Criterios de derivación

La asociación será un recurso abierto a todas aquellas personas que quieran colaborar o participar como socios, pero por lo general, estas personas son, las propias personas con enfermedad mental o sus familiares.

La asociación, el centro y los recursos, se darán a conocer a través de los servicios de salud de atención primaria, y los servicios de salud mental más concretamente, a través de las CEAS (Centros de Acción Social de la provincia de Soria), y por medio también de otros recursos como pueden ser otras asociaciones.

Los criterios de derivación serán (IMSERSO 2007-2):

- Presentar un Trastorno Mental Grave
- No presentar conductas excesivamente disruptivas o agresivas
- Tener entre 18-65 años

3.2.3. Horarios de trabajo

Como cualquier recursos o dispositivo de atención directa a personas, sería deseable que tuviera un horario de apertura lo más amplio posible. Que se prolongue desde por la mañana, hasta mitad de tarde (19:00-20:00 h.), con la flexibilidad necesaria, adaptado a las actividades, programas que se realicen cada día.

Se habilitará la atención en franjas horarias que posibiliten un mejor acceso por parte de los usuarios. Las actividades de los usuarios se situaran por la mañana de 10:00 a 13:00 horas, horario destinado a la realización de programas; y por la tarde de 16:30 a 18:30, para la realización de talleres, cursos y actividades de ocio y tiempo libre.

Las actividades se repetirán en días alternos de la semana, con distintos horarios, para que sea fácil adaptar el "horario individual" de cada uno de los

usuarios (en horario de mañana). Por las tardes, cada una de ellas se dedicara a una o dos actividades distintas.

Las primeras horas de la mañana, desde la apertura del centro 09:00 a 10:00 horas, se utiliza para la realización de reuniones por parte de los profesionales, lo mismo ocurre con la ultima hora de la jornada, desde que terminan las actividades a las 18:30 hasta las 19:00-20:00h. Se realizará la "revisión" diaria. Estas dos franjas horarias también se destinaran a la atención a familiares, en caso de no haber concertado una cita, que se adaptará al horario habitual en función de quien sea el profesional encargado de realizar la actividad. (*Ver_Anexo G*)

3.3. Actividades y servicios

Dentro de las actividades y servicios que se ofrecen por parte de la asociación y el centro hay que diferenciar:

- Programas:

Enfocados a la propia intervención con los usuarios. Se realizarán en horario de mañana. Cada uno de los usuarios en función de sus necesidades o aspectos a trabajar, acudirá a unos u otros, según valoren los profesionales.

- Programa de AVD. Instrumentales
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Programa de nuevas tecnologías
- Programa tutor
- Programa de psicoeducación y apoyo a familias
- Grupos de autoayuda
- Programas de ocio y tiempo libre
 - Programas deportivos
 - Programas culturales

- Talleres:

Enfocados a la realización de actividades más dinámicas como son: periódico, manualidades, etc. Son actividades que no se engloban en programas, ya que no son impartidas por un profesional, aunque si supervisadas.

Sirven para el propiciar el acercamiento a los usuarios, la toma de contacto de una forma menos "profesionalizada".

- Ocio y tiempo libre

Actividades encaminadas a la ocupación del ocio y el tiempo libre, en función de los gustos y preferencias de los usuarios, y no de sus necesidades y problemáticas como son los programas.

Se realizarán por las tardes y los fines de semana, a través de cursos, excursiones, actividades externas a la asociación, etc.

Alguna tarde también se dedicará a la realización de actividades deportivas.

Serán actividades en las que no solo participarán los usuarios, sino que también podrán participar, amigos, familiares, y otros socios o colaboradores.

Se pretende facilitar y fomentar las relaciones interpersonales con el resto de la comunidad, con la participación de todos. Propiciar un espacio para el desarrollo personal de las personas con enfermedad mental dentro de la comunidad.

3.4. Recursos:

3.4.1. Profesionales

- Trabajador/a social:
 - o Realizará la entrevista inicial, de bienvenida y conocimiento del usuario
 - o Se encargará de la valoración e intervención, detectando problemas y necesidades de los usuarios, facilitándoles el acceso a recursos, ayudándoles en trámites administrativos (como puede ser la valoración de la dependencia, etc.)
 - o Realizará el seguimiento de los casos individuales de los usuarios.
 - o Informar y orientar a los usuarios sobre recursos

- Psicólogo:
 - o Realizará una entrevista complementaria a la del trabajador social. Con una valoración psicológica inicial.
 - o Se encargará de programas como psicoeducación, apoyo a las familias y coordinará los grupos de autoayuda.
- Terapeuta ocupacional:
 - o Se ocupará de programas como AIVD, habilidades sociales
 - o Programará las actividades deportivas junto con el monitor de tiempo libre, y los talleres.
- Monitor de tiempo libre (2):
 - o Supervisará el programa de nuevas tecnologías de la información.
 - o Dirigirá el programa deportivo.
 - o Realizará los talleres, y participará en las actividades a realizar por las tardes.

Hay programas que se realizarán de forma conjunta por todos los profesionales, como es el caso del programa tutor; cada profesional será "tutor" de varios usuarios.

Todos participarán en las actividades culturales.

Entre el terapeuta ocupacional y los monitores, se encargaran de planificar las actividades a desarrollar por las tardes, planificarán las actividades culturales, y de ocio y tiempo libre (en general).

3.4.2. Materiales

Se dispondrá de un local para la ubicación de la asociación, en el cual se constituirá siendo: lugar de trabajo, reuniones, y centro para la realización de las actividades.

Contará con varias salas:

- Despacho del trabajador social.
- Despacho del psicólogo.
- Sala de reuniones.
- 2 Salas para la realización de actividades.
- Almacén

Para realizar actividades deportivas, en las ocasiones que no se puedan realizar al aire libre, como sería senderismo, o excursiones, se reservará la cancha necesaria (cancha de fútbol, cancha de baloncesto, frontón, pista de tenis, pista de pádel, o piscina) para la hora de la actividad, pudiendo realizar esta sin interrupciones.

3.4.3. Económicos

Los recursos económicos con los que contara la asociación serán: las cuotas de socios, donativos, y subvenciones (mediante convocatoria de medidas de fomento) que se soliciten, las cuales podrán ser a nivel estatal, autonómico y local.

Referido a subvenciones, en la Junta de Castilla y León, por ejemplo, se convocan subvenciones a entidades privadas sin ánimo de lucro para la financiación de programas de inclusión social destinados a personas en riesgo o situación de exclusión social.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Se realizarán intervenciones tanto a nivel individual, como grupal, dependiendo de la actividad de la que se trate. Serán dirigidas en cada uno de los casos por los profesionales mejor formados o preparados para su desarrollo.

No todos los usuarios tienen por que participar en todas las actividades, dependerá de las necesidades y los aspectos que sea más conveniente trabajar con cada uno de ellos.

Antes de programar o realizar algún tipo de intervención con los usuarios, individualmente se debería valorar la severidad del desempeño social, teniendo en cuenta (Navarro, 2009):

- *Autocuidados*. Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludable.
- *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.
- *Relaciones interpersonales*. Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales y déficits 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.

Es una valoración podría realizarse en los servicios de salud mental antes de que el usuario acudiera a la asociación, o a petición de esta; sino también podría realizarla el psicólogo con las técnicas e instrumentos adecuados.

4.1. Programas:

4.1.1. Programa de AVD. Instrumentales

Se define actividades de la vida diaria como "todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria encaminada a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo mas autónoma posible". (IMSERSO, 2007-2).

Las actividades básicas tienen como objetivo primordial la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. Este tipo de actividades se trabajarán en el ámbito sanitario.

El programa que se plantea se centra en aquellas actividades que proporcionan independencia al usuario.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.VD.), son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo, con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social. (IMSERSO, 2007-2)

Algunas actividades instrumentales son (IMSERSO, 2007-2):

- Vivienda: limpieza y organización de la casa y la cocina, prevención de accidentes domésticos, etc.
- Uso y manejo de los medios de comunicación.
- Uso y manejo de transporte.
- Educación vial, etc.
- (*Ver_ Anexo F*)

Se refiere a todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la salud, la independencia y la autonomía. Los módulos que lo conforman son entre otros: organización doméstica, higiene personal, y educación para la salud. (San Juan de Dios)

Se trabajarán aspectos como la autonomía económica y el manejo del entorno (transportes, comunicación, conocimiento de recursos básicos).

Para su desarrollo serán necesarios en ocasiones requisitos como son las habilidades sociales.

Al igual que las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales o avanzadas, también tienen su importancia. Se puede pensar que es más necesario por ejemplo, el saber usar el transporte en un medio urbano, pero pensándolo bien, una persona que vive en el ámbito rural, concretamente en el "desierto demográfico" de la provincia de Soria donde se centra la intervención, es muy importante que sepa manejarse con transportes como el autobús, o el tren, en las localidades en que haya, para poder desplazarse, si no dispone de vehículo propio. También, saber manejarse con el dinero, ocurre lo mismo, es cierto que se trata de pueblos, donde la gente se conoce, esta la familia en muchas ocasiones, etc. pero es bueno que la propia persona con enfermedad mental tenga autonomía para el manejo del dinero, claro está siempre que sepa llevar un control; por ejemplo, para ir a comprar, para tomar algo; todos sabemos que las relaciones, y con mayor frecuencia en los pueblos, se establecen en los bares, las terrazas, etc. Son actividades positivas para el desarrollo de la persona, que fomentan las relaciones, el contacto con las personas, etc.

Con este tipo de intervenciones no solo se mejoran los aspectos específicos relacionados con ellas, sino que es aun intervención que también influye directamente en la autoestima de la propia persona, y en el concepto que los demás tengan de ella. También contribuirá a la mejora de las relaciones familiares, de las relaciones sociales, etc. (IMSERSO, 2007-2)

Importante, dará utilidad a los días, facilitando una organización del tiempo; las personas con enfermedad mental, no saben cómo organizar el tiempo, "los días, las horas, se hacen eternos", no saben ocupar el tiempo, viviendo todos los días igual.

4.1.2. Entrenamiento de habilidades sociales.

Las habilidades sociales son: el conjunto de capacidades, conducta o comportamiento, innatos o aprendidos, que un individuo emplea al interactuar con otros en un nivel interpersonal, adecuadas a la obtención de distintos objetivos, en función de la situación social en la que se encuentre.

Se contemplan como el proceso de afrontamiento por el cual se logra una capacidad social adecuada para vivir en un entorno social concreto. Posibilitan el logro de objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social. (Navarro, 2009)

Citando a 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 [...] (IMSERSO, 2007-2)

El objetivo es entrenar al usuario en la adquisición y/o recuperación de repertorios conductuales, verbales, paraverbales y cognitivos que le proporcione los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado. (San Juan de Dios) Se trabajarán las habilidades de comunicación, y la capacidad en el manejo de habilidades interpersonales.

Según Bedell y Lennox (1994), las habilidades sociales comprenden dos grupos de destrezas: cognitivas y conductuales. (Navarro, 2009)

Las cognitivas engloban la percepción social y el procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades sociales. Las destrezas conductuales se refieren a las conductas verbales y no verbales usadas para la puesta en práctica de la decisión surgida de los procesos cognitivos.

Hay una serie de aspectos relevantes, comunes a todas las personas con TMG, que serían interesantes trabajar (IMSERSO, 2007-2):

- Comunicación no verbal.
- Establecimiento de pautas culturales.

- Aprender a hacer peticiones.
- Saber expresar lo que siente o piensa.
- Aprender a realizar críticas.
- Saber afrontar la hostilidad.
- Saber llegar a soluciones negociadas.
- Saber manejarse en situaciones cotidianas de la vida diaria.

El objetivo es que la persona adquiera, desarrolle, o recupere una serie de habilidades que le permitan desenvolverse de forma adecuada y adaptarse a las situaciones.

En el momento de trabajar las habilidades sociales, pueden diferenciarse una serie de módulos (IMSERSO, 2007-2):

- Como comunicarse sin palabras: se trabajarán aspectos como la distancia, el contacto visual, la postura y los movimientos, la expresión facial, el volumen de voz, la fluidez del discurso
- Como expresar lo que se quiere decir: aspectos que se trabajan para favorecer la comunicación con el otro, como: elegir el momento y el lugar oportuno, mensajes claros y coherentes, no dar excesiva información, no acaparar la conversación, dar opinión, etc.
- Como comunicarse con palabras: modos y maneras de iniciar una conversación, mantenerla h finalizarla. También: hacer peticiones, manejar las críticas, afrontar la hostilidad, negociar ante un conflicto, la interacción con desconocidos, etc.

4.1.3. Programa de nuevas tecnologías de la información

Teniendo en cuenta la situación actual y la sociedad en que vivimos, es importante introducir a las personas con enfermedad mental también en el uso de las nuevas tecnologías, siendo el más común de ellos el ordenador, aprendiendo a navegar por internet, etc.

Este programa se propone como un acercamiento al uso del ordenador a nivel de usuario, algo que cada vez es más imprescindible como medio de comunicación, acceso a la información e instrumento de ocio. Trata de evitar en lo posible la llamada "brecha digital" en colectivos con dificultades para acceder a los medios informáticos. Tiene como principales objetivos (San Juan de Dios):

- Conocer los elementos básicos de un ordenador.
- Conocer las operaciones básicas de utilización del equipo.
- Conocer y utilizar el vocabulario específico de las TIC's.
- Saber navegar por Internet.
- Utilizar el correo electrónico.
- Conocer y utilizar las funciones básicas de Microsoft.

4.1.4. Programa tutor

Planteado como un recurso personal para cada uno de los usuarios.

Serán los profesionales de la asociación quienes lo desarrollen; cada uno de ellos será "tutor" de varios usuarios, siendo así su profesional de referencia. Aunque sean la trabajadora social (mayoritariamente), y la psicóloga quienes se ocupen del seguimiento y evolución de las personas, es una forma de "aliviar" la carga de trabajo, y a su vez, prestar una mayor atención a cada una de las personas.

No implica que la trabajadora social deje de realizar sus funciones, está enfocado mas bien, a una mayor y mejor atención a los usuarios.

4.1.5. Programa de psicoeducación y apoyo a familias

Trata de enseñar tanto al usuario como a la familia habilidades de comunicación y estrategias para afrontar el estrés. Con el objetivo de que adquieran unas capacidades para afrontar y resolver problemas que derivan de la enfermedad.

La psicoeducación es muy importante para evitar reingresos hospitalarios.

Se podrían diferenciar dos módulos en estos programas (FEAFES Huelva):

- Un primer módulo en que se informa sobre la enfermedad: etiología, características, evolución a lo largo de los años, fases (en función de la enfermedad), síntomas que presenta (positivos y negativos), tratamientos y efectos secundarios de estos, como detectar los síntomas para evitar recaídas, etc. También se ofrecerá asesoramiento y apoyo.
- Segundo módulo, que se puede combinar con el programa de habilidades sociales, ya que se trabaja la comunicación de forma teórica y práctica, mediante rol-playing, se muestran pautas de actuación, etc.

4.1.6. Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda son grupos formados por personas con la misma dificultad, teniendo el deseo común de aliviar el sufrimiento que les ocasiona su problema. (FEAFES Huelva)

Podría resumirse en encontrar un grupo donde trabajar el problema, y sentarse a escuchar.

Escuchando al otro se aprende, en estos grupos se dialoga no se entablan discusiones. Se escucha al compañero con respeto, el cual habla desde su propia experiencia, siempre en primera persona y sólo cuando desea hablar. Es imprescindible un coordinador de grupo de autoayuda siendo el único requisito

para desempeñar dicha función, estar comprometido con la recuperación durante un periodo de tiempo y conocer los objetivos, la dinámica y el programa concreto. (FEAFES Huelva)

Considerado un programa fundamental a desarrollar, y más en el ámbito rural, donde quizás, mas por el desconocimiento, que por otra cosa, las personas que padecen alguna EMC o sus familias, piensan que "son los únicos", que "están solos", "¿Por qué les pasa a ellos?", y lo mismo sus familias.

Estos grupos sirven para que vean, que no están solos, que no son los únicos, que hay más personas enfermas, y que están más cerca de ellos de lo que podrían pensar. Sirven para expresar emociones, angustias, temores, etc. Pero también, para compartir los avances conseguidos, la evolución, la experiencia.

El conjunto de todos aquellos integrantes del grupo serán un apoyo para cada uno de ellos a modo individual; esta será una función que aun se hará más notoria, en los casos en que se incorpore un nuevo miembro, pues mostrará sentimientos de desesperanza, tristeza.

Estos grupos representan un marco adecuado porque sus miembros se sienten comprendidos, valorados, disminuyen sus sentimientos de culpa al entender por otras experiencias compartidas que no se trata de culpables, sino de enfermedad, ayudan a eliminar distorsiones cognitivas generadoras potenciales de ansiedad, aumentan su confianza en sí mismos, genera lazos de unión entre sus miembros, surgen nuevas amistades aumentando así, su red de apoyo social, en definitiva aumenta su autoestima por lo que crecen como personas. (FEAFES-Huelva)

4.1.7. Programas de ocio y tiempo libre

La "tendencia al aislamiento", se conoce como una de las características de las personas con enfermedad mental; también la apatía, abulia, desmotivación, etc.

Los programas de ocio y tiempo libre pueden contribuir a la mejora de estos problemas.

Estos programas se plantean y desarrollan teniendo en cuenta la necesidad de estructurar el tiempo libre de las personas con TMG.

El objetivo principal será mejorar la calidad de vida a través de la ocupación de este tiempo.

Organizar estos espacios temporales con un apoyo social, realizando actividades que requieran una metodología y diseño más sencillo.

El área está orientada a presentar y hacer partícipe a los usuarios de la mayor pluralidad de ofertas de ocio para así, a través del conocimiento y la práctica, se propicie la aparición de aficiones y disfrute del tiempo libre. (San Juan de Dios)

Actividades adaptadas a las capacidades y recursos de los usuarios con los que se trabaja.

Dentro de los programas de ocio y tiempo libre se pueden englobar, como categorías, los programas deportivos y los programas culturales.

4.1.7.1. Programas deportivos

Enfocado a la realización de actividades físico-deportivas y gimnasia de mantenimiento. Se realizarán actividades como fútbol, baloncesto, tenis, frontón, pádel, natación, etc. en función de los gustos y presencias de cada uno de los usuarios.

Pero, lo que se pretende es que todos ellos realicen alguna o varias actividades deportivas.

Se utilizarán los recursos existentes en la localidad, y por ejemplo, en el caso de la natación, al tratarse del ámbito rural posiblemente no habrá piscina cubierta, por lo que la actividad solo pueda realizarse en verano.

4.1.7.2. Programas culturales

Actividades estructuradas en grupos, para realizar visitas a recursos comunitarios como pueden ser: museos, exposiciones, monumentos, etc. se trataría de ocupar el tiempo con la utilización de recursos de fácil acceso, para con el tiempo, lograr un desenvolvimiento más autónomo

4.2. Talleres

4.2.1. Periódico.

Concebida como una actividad para la acogida de los usuarios, mientras van llegando, hasta el comienzo del primero de los programas, con uno de los profesionales, se irán comentando las noticias destacadas, ya sea por que aparecen publicadas en el periódico diario, o por que alguno de los usuarios ha visto o escuchado una noticia interesante y le apetece comentársela al resto de compañeros. Se comentarán los temas más importantes de la actualidad.

También se informara, de forma breve, a modo de recordatorio sobre las actividades que se realizarán durante la tarde, aunque estén publicadas en el tablón de anuncios.

Esta actividad también servirá como primera toma de contacto, para poder observar cómo se encuentra cada uno.

4.2.2. Manualidades

Planteada como una actividad de entretenimiento y distracción.

Es muy útil para el desarrollo de habilidades manipulativas, y para la ocupación del tiempo de un modo activo. También, al igual que para los niños son beneficiosas para la estimulación cognitiva.

Se plantean actividades como pintura, dibujo, marquetería, cestería, etc.

4.3. Ocio y tiempo libre: tardes y fines de semana.

4.3.1. Cursos

Los cursos que se realicen, estarán también en función de las ofertas profesionales que haya en la localidad, y el interés por la participación que muestren los usuarios.

Posiblemente se ofertarán cursos como:

- Informática
- Inglés
- Guitarra
- Cocina
- Aerobic, taichí, o alguna similar.

4.3.2. Otras actividades.

Actividades que se realizarán del mismo modo por las tardes o los fines de semana.

Algunas ideas:

- Senderismo (sábados por la mañana) o excursiones que quieran plantear los usuarios.
- Campeonatos (ejemplos):
 - o Cartas, parchís, domino, dados, fútbolín, etc.
 - o Juegos populares: bolos, bolillos, tanguilla, la rana, etc.
 - o Campeonatos relacionados con las actividades deportivas (campeonato de pádel, de frontón, etc.)
- Se pueden organizar meriendas en el local

- Sorteos de bingo.
- Proyecciones de películas y documentales.
- Adaptarse a las ofertas culturales de la localidad y la provincia, por ejemplo: actuaciones de teatro, estrenos de cine, mercados medievales, o actividades que se realicen en los pueblos, fiestas populares, etc.

CUADRO RESUMEN DE LA ASOCIACIÓN

Organización	Capacidad del centro	Atención a 25 personas
	Criterios de derivación	<ul style="list-style-type: none"> - Desde: atención primaria, servicios de salud mental, CEAS, etc. - Presentar un TMG - No conductas agresivas o disruptivas - >18 y <65 años
	Horarios	<ul style="list-style-type: none"> - 09:00 a 10:00 h. Reuniones y atención. - 10:00 a 13 h. Programas - 16:30 a 18:30 h. Talleres, cursos, actividades ocio. - 18:30 a 19:30/20 h. Reuniones, revisión del día. Atención familias.

Actividades y Servicios	Programas	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de AVD. Instrumentales - Entrenamiento de habilidades sociales. - Programa de nuevas tecnologías - Programa tutor - Programa de psicoeducacion y apoyo a familias - Grupos de autoayuda - Programas de ocio y tiempo libre. <ul style="list-style-type: none"> ○ Programas deportivos ○ Programas culturales
	Talleres	<ul style="list-style-type: none"> - Periódico, manualidades, etc.
	Ocio y Tiempo Libre. Tardes y fines de semana	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos, excursiones, actividades externas, etc.

Recursos	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social - Psicólogo/a - Terapeuta ocupacional - Monitor/a de Tiempo libre (2)
	Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho del trabajador/a social - Despacho del psicólogo. - Sala de reuniones. - 2 Salas para la realización de actividades. - Almacén - Instalaciones deportivas (reserva o alquiler)
	Económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuotas de socios - Subvenciones

CONCLUSIONES

Ideas Fundamentales

- ✚ Se plantea la creación de una nueva asociación y un centro ocupacional y de tiempo libre, para prestar atención y servicios a la población desatendida de la zona rural.
- ✚ El colectivo de personas con enfermedad mental tienen unas necesidades y problemáticas sociales, familiares, psicosociales, laborales, etc., especiales, diferentes a las de la población general, y hay que trabajar para que sus posibilidades y oportunidades sean las mismas.
- ✚ El principal recurso de cuidado y apoyo de estas personas es su familia, por lo que es necesario el apoyo para su mantenimiento.
- ✚ Es necesario intervenir y trabajar con las personas con enfermedad mental no solo en el ámbito sanitario, sino también desde el educativo y rehabilitador, potenciando su reinserción social. Para esto la rehabilitación psicosocial se ha consolidado como un elemento central.
- ✚ Sin entrometerse en el ámbito sanitario, se plantean una serie de actividades, programas y talleres que servirán para el desarrollo personal de estas personas y para mejorar su calidad de vida, propiciando su inserción y participación en la sociedad.
- ✚ Por supuesto, la importancia del trabajo social y los servicios sociales; como punto de coordinación y colaboración entre el ámbito sanitario y el tercer sector, también se implicaran en propiciar el soporte social para estas personas, creando o desarrollando redes de soporte comunitario.

Discusión

Terminado el proyecto, que en estas páginas presento, y tras los meses de trabajo que me ha llevado su elaboración, puedo afirmar que he ampliado mis conocimientos sobre la enfermedad mental en general; sobre lo que es, lo que supone, como intervenir con ella, las implicaciones que puede tener no solo en la vida de la persona afectada sino en la de quien le rodea, familia, círculos sociales y la sociedad en general; pero sobre todo, en relación a las intervenciones que se realizar o deberían realizar, porque aunque estas van en aumento, siguen siendo escasas. Actualmente hay una falta de medios y recursos, materiales y profesionales, para proporcionar una atención correcta; hay que reivindicar que dispongan de ellos porque tienen los mismos derechos que el resto de ciudadanos y deberían poder disfrutar de ellos.

Esta clara la importancia de la intervención social en el ámbito de la enfermedad mental, y aunque va evolucionando, mayoritariamente con la implicaciones del tercer sector, está realmente no será efectiva sin la participación y aceptación de toda la sociedad. Aunque se trabaje por la rehabilitación, reinserción, etc., de estas personas, si la sociedad los margina, estigmatiza, el trabajo será ineficaz; se les podrá capacitar en cuanto a habilidades, capacidades, que mejorarán su calidad de vida, su autonomía o su independencia, pero seguirán sin ser una parte "activa" de la sociedad en que vivimos.

No solo es importante trabajar con ellos, para su rehabilitación y reinserción, es imprescindible trabajar con la sociedad, las palabras que siempre escuchamos: sensibilización, concienciación... que no sean meras palabras, sino que seas actuaciones. Hay que trabajar en erradicar la imagen equivocada que se tiene de las personas con enfermedad mental y de sus familias.

Trabajar contra la estigmatización de este colectivo. Hacer frente a las creencias y estereotipos, para evitar su perpetuación.

Este tipo de intervención es uno de los retos actuales y presentes de nuestra sociedad a pesar de que según calculan expertos: una de cada cuatro personas tendrá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, que las enfermedades mentales representan un 12'5% de las patologías, un porcentaje superior al cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y que entre el 2'5 y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave.

Este comentario lo realizo pensando en la sociedad en general, pero si diferenciamos entre ámbito urbano y rural, la situación puede ser bastante diferente. En un ámbito urbano estas personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, pueden pasar más "desapercibidas", siendo mayor la marginación, pero esto es distinto a lo que ocurre en el ámbito rural. Concretamente en el caso de los pueblos de la provincia de Soria, pueblos pequeños, con poca población, estos sujetos, son conocidos por toda, o casi toda la población, y pueden darse dos situaciones, el rechazo o marginación, cuyas consecuencias serán peores por la falta de recursos, o la aceptación de esta persona por los ciudadanos y vecinos, podría decirse que hay mayor accesibilidad a las redes informales, sociales y familiares; en el área rural es más probable desarrollar redes sociales más tupidas. Aquí el problema estaría como ya se ha dicho en la escasez de recursos, la fragmentación de los servicios, la falta de profesionales, etc.

En base a esto se plantea este proyecto, para la creación de un recurso de fácil acceso para esta población, para trabajar con ellos, atendiendo sus necesidades y dificultades tratando de mejorar su vida.

Se plantea trabajar para la adquisición, recuperación, o desarrollo o mejora tanto de habilidades sociales, la realización de actividades instrumentales, siendo estas dos las más importantes, pues, las habilidades sociales serán fundamentales, básicas para la participación social de las personas, para su

interacción, son necesarias para comunicarse, para expresarse, para entender a los demás. El desarrollo de ellas es una de las necesidades más “visuales” de este colectivo, en el momento de relacionarse con otros. Algunas de ellas incluso son necesarias para una buena ejecución de las actividades instrumentales que también se trabajarán.

También los programas para la ocupación del ocio y el tiempo libre. En este caso diferencio entre programas deportivos y programas culturales, pero la base de ambos es la ocupación del tiempo, para evitar esa “tendencia al aislamiento”, y síntomas como: apatía, abulia, desmotivación, etc. Necesitan una estructuración del tiempo libre, para lo que se desarrollan los horarios de la asociación, a los que se adaptarán. El objetivo principal es mejorar su calidad de vida a través de la ocupación de su tiempo libre. Esto también se logrará con la realización de los talleres y los programas de tarde y fines de semana.

Consciente de que puede ser un proyecto cuya implantación inicial podría ser complicada, desde el punto de vista de la implicación de los probables usuarios, considero sería una experiencia muy beneficiosa para todos ellos, tomando como base para esta afirmación la experiencia vivida en Soria, ya comentada.

Con este trabajo pretendía sistematizar la creación de una asociación de usuarios con enfermedad mental, argumentando primero el porqué de su importancia con la fundamentación teórica, enfocada al ámbito rural, al verse mas desatendido. Trabajando para cubrir y atender las problemáticas y necesidades de estas personas

“Rehabilitación es cosa de todos”

“rehabilitación es acompañar a las personas a que recuperen sus vidas, a sentirse personas”

“Hay toda una vida tras la mirada de una persona con enfermedad mental”

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez. A (coord.) 1997. *"Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos"*. Madrid, Ed. Pirámide
 - o Blanco de la Calle. A & Pastor Martínez. A, 1997. "las personas con enfermedad mental crónica: delimitación, problemática y necesidades". En Abelardo Rodríguez (coord.) *"Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos"*. (pp. 33-55). Madrid, Ed. Pirámide.
 - o Rodríguez. A & Sobrino Calzado. T, 1997. "La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria". En Rodríguez. A (coord.) *"Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos"*. (pp.56-84), Madrid, Ed. Pirámide.
 - o Fernández Aguirre. M.V., et al., 1997. "El campo de la Rehabilitación Psicosocial". En Rodríguez. A (coord.) *"Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos"*, (pp.85-102), Madrid, Ed. Pirámide.
 - o Vela Núñez. J, de Viedma Valero. M.J. y Cañamares Yelmo. J.M., 1997. "Actividades de la vida diaria". En Rodríguez. A (coord.) *"Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos"*. (pp. 147-158), Madrid, Ed. Pirámide.

- Varios autores, 2000. *"Atención comunitaria en la salud mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención en la CAPV"*. ARARTEKO. Bilbao.
- Tur Juan. F et al., 2006. "Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXVI, nº 98, pp. 209-215.
- Navarro Bayón. D, 2003. "Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

- Gisbert. C, (Coord.), 2002. *"Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones"*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Cuaderno técnico nº6.
- Navarro Farregud. S.A, 2009. *"Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos"*, Valencia, Servei de publicacions, Universitat de Valencia.
- IMSERSO, 2007. *"Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave"*. Madrid, Colección de documentos, serie de documentos técnicos, nº21005, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (IMSERSO, 2007-1)
- IMSERSO, 2007. *"Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial"*. Madrid, Colección de documentos, serie de documentos técnicos, nº21016, Ministerio de Interior, Política Social y Deporte. (IMSERSO, 2007-2)
- Gómez Lavín. C, 2000. *"psiquiatría y trabajo social"*. En Gómez Lavín. C & Zapata García. R (coord.) *"psiquiatría, salud mental y trabajo social"*. (pp. 13-22) Ediciones Eunate, España.
 - o Chivite Chivite. M.P, 2000. *"ámbito comunitario: rehabilitación familiar, laboral y social"*. En Gómez Lavín. C & Zapata García.R (coord.) *"psiquiatría, salud mental y trabajo social"*. (pp.327-349) Ediciones Eunate, España.
- General. Verdugo Alonso, M.A et al. (Coord.), 2003, *"Atención Comunitaria, rehabilitación y empleo. Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental"*. Publicaciones del INICO. Colección actas 3/2003. Salamanca, 2003.
- *"Documento Marco. Programa de Apoyo a personas con enfermedad mental grave y prolongada en las zonas rurales de la provincia de Valladolid"*. Diputación de Valladolid.
(http://www.diputaciondevalladolid.es/extras/as_talleres_documentacion/articulo_redtalleres.pdf)
- Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003, *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*. Madrid, edita la Consejería de Servicios Sociales.

- Aznar Moya. J.A (Coord.), 1999. "Organización, funcionamiento y evaluación de programas de rehabilitación y reinserción social", Documento técnico 6. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia.

WEBGRAFÍA:

- Aspectos socio-demográficos de la enfermedad mental, revisado el 6 de febrero de 2012 en <http://pacotraver.wordpress.com/2008/01/30/aspectos-sociodemograficos-de-la-enfermedad-mental/>
- Centro de rehabilitación Psicosocial. Guía de buenas prácticas y procesos, consultado el 27 de febrero de 2012 en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nye_b0MXdZ4C&oi=fnd&pg=PT28&dq=centro+de+rehabilitacion+psicosocial+guia+de+procesos+y+buenas+practicas&ots=sxZkZ1PWdK&sig=N00JwDBHP5Uej0xMzMTV_XFqSCY#v=onepage&q=centro%20de%20rehabilitacion%20psicosocial%20guia%20de%20procesos%20y%20buenas%20practicas&f=false
- La atención integral y la rehabilitación psicosocial en los enfermos mentales crónicos, consultado el 27 de febrero de 2012 en http://www.saludmental.info/Secciones/rehabilitacion/2007/la_filosofia_de_la_rehabilitacion_feb07.htm
- Necesidades y demanda en rehabilitación psicosocial, revisado el 6 de febrero de 2012 en: <http://blogs.grupo5.net/blog/2012/02/01/hoy-hablamos-de-necesidad-y-demanda-en-rehabilitacion-psicosocial/>

BREVIARIO

LISTA DE ABREVIATURAS

- AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría
- ASOVICA. Asociación Virgen del Camino, Feafes Soria)
- ASOVICAUTO S.L. Centro Especial de Empleo
- AIVD. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- AVD. Actividades de la Vida Diaria
- C.E. Constitución Española (1978)
- CRP- CRPS. Centro de Rehabilitación Psicosocial
- EMC. Enfermo Mental Crónico/ Enfermedad Mental Crónica
- EMG. Enfermo Mental Grave/ Enfermedad Mental Grave
- EMGP. Enfermedad Mental Grave y Prolongada
- EPIJ. Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil
- ESM. Equipo de Salud Mental
- FADESS Fundación de ayuda al discapacitado y enfermo psíquico de Soria
- IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- PHP. Programa de Hospitalización Parcial
- PIR. Programa Individualizado de Rehabilitación
- RPS. Rehabilitación Psicosocial
- SS.SS. Servicios Sociales
- TMGP. Trastorno Mental Grave y Persistente
- TMS. Trastorno Mental Severo
- UCA. Unidad de Convalecencia Psiquiátrica
- UHP. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- URP. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

ANEXOS

LISTAS DE ANEXOS

<i>A. Guía de recursos externos en Soria.....</i>	<i>108</i>
<i>B. Marco estratégico y legislador en materia de salud mental en Castilla y León.....</i>	<i>115</i>
<i>C. Cuadro resumen: Actividades de la Vida Diaria.....</i>	<i>120</i>
<i>D. Modelo de Acta Fundacional.....</i>	<i>122</i>
<i>E. Documentación para registrar una asociación.....</i>	<i>125</i>
<i>F. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....</i>	<i>128</i>
<i>G. Horario de la Asociación (Ejemplo).....</i>	<i>132</i>

ANEXO A

Guía de Recursos externos en Soria

FADESS SORIA

Datos de Identificación:

Avenida de Valladolid 56, 1º
42004 Soria | Tel: 975 215 101
Móvil: 660 071 145

Organización:

Gerente: Natalia Briongos Hernández

Composición del patronato de la Fundación:

- Presidente: Ricardo Martínez Gallardo
- Vicepresidente: Juan José Milla Miranda
- Tesorero: Pablo de Blas Mateo
- Secretario: Adolfo Hornillos Martínez
- Vocales: Francisco Calongue Domínguez y Gerardo Sanz Gracia

Padrinos de Honor de la Fundación: María Reyes y Fernando Sánchez Dragó

¿Qué es FADESS?

La Fundación FADESS fue creada en 2001 al amparo de la Asociación Virgen del Camino, para conseguir la plena integración de las personas con discapacidad en los entornos social y laboral a lo largo de las diferentes etapas de la vida, haciendo efectivo el principio de igualdad de oportunidades.

FADESS aporta becas para que los miembros del colectivo puedan acceder al empleo especializado y con aprendizaje en sectores como automoción, eléctrico o metalúrgico.

Financia servicios destinados al colectivo como son:

- Viviendas supervisadas

- Comedor
- Transporte
- Programas de ocio y tiempo libre

Algunos de los servicios que ofrecen son:

✓ *Educación para la Salud Mental:*

La enfermedad mental está considerada como la plaga del siglo XXI por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Conscientes de ello, desde FADESS se pretende sensibilizar y divulgar las diversas patologías que existen y educar para prevenirlas, no sólo para comprender la enfermedad, sino también para aceptar a quienes la padecen.

✓ *Asesoramiento familiar*

Cuidar de un enfermo psíquico supone un gran desgaste para la familia. En FADESS ofrecemos asesoramiento familiar y apoyo a las personas que tienen un enfermo mental a su cargo. También trabajamos para resolver las necesidades y carencias del colectivo de discapacitados y enfermos mentales de la provincia.

✓ *Inserción laboral*

La inserción laboral es la clave para la rehabilitación de un discapacitado o de un enfermo síquico. FADESS respalda a ASOVICAUTO S.L., el primer Centro Especial de Empleo creado en la región y el quinto en toda España, y aporta becas para fomentar el empleo de discapacitados.

✓ *Integración Social*

La fundación financia programas de ocio y tiempo libre, habilidades sociales y hábitos de vida saludable para la plena integración social, organizados por la asociación de familiares. También viviendas tuteladas, comedor o transporte.

ASOVICA

Datos de Identificación:

Pol. Ind. Las Casas Calle D, parcela 54, nave 7

42005 Soria | Tel: 975 232 196

Fax: 975 214 196

Organización:

Coordinador: Marcos Gómez Romero

Composición de la Junta Directiva:

- Presidente: Juan José Milla Miranda
- Vicepresidente: Anunciación Díez Sainz
- Secretaria y secretario: M^a Angelines Herrero Zamora y Adolfo Hornillos.
- Tesorero: Pablo de Blas Mateo
- Vocales: Basilio Alcón Pulido, Ángel Mejías Ruiz, M^a Jesús Alonso Ridruejo, Gerardo Sanz García, Francisco Calonge Domínguez, Adolfo Hornillos Martínez, Óscar Domínguez Rubio

¿Qué es ASOVICA?

La asociación FEAFES Soria, Virgen del camino o ASOVICA, enmarcada dentro de la Federación Castellano Leonesa y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental -FEAFES-, tiene como objetivos prioritarios desde su fundación en 1993 la rehabilitación de las personas con enfermedad mental y el reconocimiento igualitario en la sociedad, y en consecuencia mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias.

Su objetivo básico de integración social y laboral, se desarrolla en los siguientes:

- Contribuir a la mejora de la asistencia, atención, rehabilitación e integración social y laboral de las personas con enfermedad mental.
- Intervenir de forma directa con las personas con enfermedad mental a través de actividades de rehabilitación, de ocio y tiempo libre y de trabajo protegido.
- Defender los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familias.
- Fomentar el apoyo mutuo entre familias.
- Promover la comprensión pública y el respeto hacia las personas con enfermedad mental y sus familiares.

ASOVICA ofrece:

✓ *Programas de ayuda:*

- Programa de rehabilitación individual
- Programa de alfabetización
- Programa de habilidades sociales
- Programa de hábitos de vida saludable
- Programas de ocio y tiempo libre
- Programa psicoeducativo
- Programas deportivos
- SADEM (Servicio de Ayuda a Domicilio para personas con enf. ,mental)

✓ *Servicios a usuarios:*

- Servicio de comedor
- Servicio de transporte
- Viviendas apoyadas

✓ *Atención a las familias*

- Escuela de familias
- Grupos de autoayuda
- Orientación y apoyo psicológico a familias
- Talleres de psicoeducación familiar

✓ *Atención público general.*

- Punto de información y sensibilización sobre la salud mental.

Además, ASOVICA trabaja en la "Sensibilización con la enfermedad mental":

Pone a disposición del público un programa de información cuya finalidad es informar y sensibilizar a familiares, pacientes, medios de comunicación y sociedad en general. Se promueve el movimiento asociativo de familiares y se trata de dar a conocer los distintos recursos de rehabilitación existentes, recursos económicos, derechos legales de las personas con enfermedad mental, etc.

ASOVICAUTO S.L (CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO)

Datos de identificación:

Pol. Ind. Las Casas Calle D, parcela 54, nave 7

42005 Soria | Tel: 975 232 196

Fax: 975 214 196

Organización:

Gerente: Javier Palomar Herrero

Composición del Consejo de Administración:

- Presidente: Pablo de Blas Mateos
- Vicepresidente: Adolfo Hornillos Martínez
- Secretaria: Anunciación Díez Sainz
- Vocales: Juan José Milla Miranda, Francisco Calonge Domínguez, Basilio Alcón Franco

¿Qué es ASOVICAUTO S.L.?

ASOVICAUTO S.L. es la empresa -centro especial de empleo- creada por la Asociación Virgen del Camino en el año 1998 para dar trabajo a personas con enfermedad mental.

Los trabajadores reciben apoyo de personal técnico durante el desarrollo de su actividad, creando un clima favorable para el trabajo colectivo.

Se realizan trabajos de los sectores de la automoción y la electrónica, teniendo los usuarios contratos normalizados que garantizan su reinserción laboral.

Además, las expectativas de continuidad en el futuro son favorables, puesto que las empresas colaboradoras obtienen beneficios fiscales al ofertar los contratos al centro de empleo para personas con discapacidad.

En la actualidad está formado por 21 trabajadores, 19 de los cuales presentan alguna patología relacionada con la enfermedad mental.

El Centro Especial de Empleo realiza sus servicios fundamentalmente en el sector de la automoción, como taller auxiliar de fabricación y manipulación de componentes del automóvil. Además el mercado de trabajo abarca a otros sectores como pueden ser montajes de componentes eléctricos, transformados, envasados y etiquetados etc. La empresa cuenta con la norma de certificación de calidad ISO 9000. Realizamos trabajos para grandes multinacionales como puede ser el Grupo FICOSA (Fico Mirrors, Fico Transpar, HUF España) pero también para pequeñas y medianas empresas.

Las empresas para las que trabajamos gozan de beneficios fiscales al colaborar ofertándonos trabajo con una empresa que da trabajo a personas con discapacidad como es la nuestra.

ANEXO B

Marco estratégico y legislador en materia de salud mental en Castilla y León

Con la normativa existente en la Comunidad Autónoma se dispone de fundamentación suficiente:

1.- La Ley de Acción Social y Servicios Sociales:

En su artículo 6.2 señala como prestación y funciones de los CEAS:

- Información, orientación y asesoramiento sobre derechos y recursos sociales existentes.
- Promoción de la convivencia e integración familiar y social.
- Fomento de la reinserción social.
- Apoyo a la Acción Social Comunitaria (asociacionismo, voluntariado, etc.)
- Ayuda a domicilio a los individuos y familias en estado de necesidad.

2.- El Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León:

En su objetivo general se propone aumentar la coherencia del Sistema de Acción Social entre las instituciones, los recursos y las necesidades, y en el 2º de los tres ejes del planteamiento general, recogiendo las líneas estratégicas relativas a la adaptación de los recursos a las necesidades, así como las líneas estratégicas del Plan Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad.

3.- El Plan Regional Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad:

Recoge los contenidos del planteamiento estratégico y los relativos a los Programas, principalmente en las áreas de Inserción Laboral, Atención especializada en Centros y Servicios de Día, Alojamiento, Apoyo a Familias, Ocio-Cultura y Deporte y Participación.

4.- El II Plan Sociosanitario de Castilla y León:

Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León.

En la Línea Estratégica 2 propone "garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario y prevenir la dependencia", así como potenciar el cuidado y capacitación de los cuidadores familiares.

Y en la Línea Estratégica 4 "atender las necesidades específicas a determinados colectivos", alude expresamente a las Personas con Discapacidad, en este caso por enfermedad mental.

5.- La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León:

Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León.

En la Línea Estratégica 1 para mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental, especialmente en el ámbito familiar, señala que se requiere de respuestas por parte del sistema sanitario y de acción social.

En la Línea Estratégica 2, sobre ordenación asistencial, se señala la conveniencia de la diversidad de los dispositivos incluidos en la red, tanto de los servicios sanitarios como en los de atención social. Entre los nuevos dispositivos de carácter social.

En la Línea Estratégica 3, sobre asistencia psiquiátrica para la mejora de la accesibilidad y desarrollar programas específicos, considerando las características de Castilla y León con la dispersión de la población en el ámbito rural, plantea, entre otras medidas:

- El impulso del papel de la Atención Primaria en la promoción de la salud mental y la atención de las enfermedades mentales, aprovechando la extensa red de recursos de este nivel en nuestra comunidad.
- El desplazamiento de los profesionales de los equipos de salud mental a los centros de salud rurales.

Respecto a la enfermedad mental grave y prolongada, para lograr una atención integral social y sanitaria se requiere la puesta en marcha de un programa específico que mejore la calidad de vida de este colectivo, evite los reingresos y sobre todo garantice la integración en la comunidad de estas personas quienes, pese a su menor número en el conjunto de la población, concentran los problemas más graves de índole sanitaria, social y familiar.

En la Línea Estratégica 4, sobre la rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental, hacia una integración sociolaboral plena, establece:

- Actuaciones de sensibilización, dirigidas a modificar actitudes y comportamientos de la población sobre las enfermedades mentales.
- Potenciar el movimiento asociativo de las familias y personas afectadas e interesadas por estos temas.
- La preferencia por las intervenciones en la comunidad, hace preciso desarrollar una red de servicios de alojamiento comunitario, como alternativa residencial al domicilio familiar, sin pérdida de los lazos familiares y sociales existentes.
- El apoyo a las familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada, para el mejor funcionamiento de los cuidados que requieren estas personas y para el mantenimiento de la propia salud como cuidadores.

La incorporación al mundo laboral de las personas con enfermedad mental sería el mejor indicador de integración y de éxito de las intervenciones públicas en el tratamiento de su enfermedad mental y la rehabilitación de sus capacidades.

Otra legislación que merece mención es:

- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el III Plan de Salud de Castilla y León.
- Guía de Práctica Clínica intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave
- Convenio de colaboración entre la obra social "la Caixa" y FEAFES CyL para desarrollar el proyecto "Pro-Mueve"

Y documentación de interés:

- Estrategia en Salud Mental, del Sistema Nacional de Salud 2009-2013
- Declaración Europea de Salud Mental.
- Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental de la OMS. Política, Planes y Programas de Salud Mental.
- Guías de Práctica Clínica:
 - o Actuaciones en salud mental con mujeres maltratadas.
 - o Sobre el trastorno límite de la personalidad.
 - o De prevención y tratamiento de la conducta suicida.
 - o Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
 - o Sobre esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente.
 - o Sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto.
 - o Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave.
 - o Sobre los trastornos depresivos.
 - o Para el tratamiento de la esquizofrenia en los centros de salud mental.
 - o Sobre trastornos de la conducta alimentaria.

ANEXO C

Cuadro resumen: Actividades de la Vida Diaria.

	<i>Actividades Básicas</i>	<i>A.V.D. Instrumentales</i>	<i>A.V.D. Avanzadas</i>
<i>Actividades/Tareas</i>	Movilidad Cuidado Personal Comunicación Expresión Sexual Aseo Alimentación Control esfínteres Aseo personal	Limpieza y organización del hogar Utilización del 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)
<i>Requisitos/Componentes</i>	Habilidades psicomotrices Habilidades cognitivas básicas (atención, percepción, memoria, aprendizaje)	Habilidades sociales Habilidades cognitivas	Habilidades de afrontamiento Habilidades adaptativas

Fuente: IMSERSO, 2007-2

Anexo D

Modelo de Acta Fundacional

ACTA FUNDACIONAL

REUNIDOS en _____, el día _____, a las _____, las personas⁽¹⁾ que a continuación se detallan:

NOMBRE	NIF/N IE	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	NACIONAL IDAD
--------	-------------	-----------	-----------	------------------

(1) Mínimo, tres o personas físicas o jurídicos (art.6 LO 1/2002).

ACUERDAN:

1.- Constituir una ASOCIACIÓN al amparo de lo dispuesto en el artículo 22 de la Constitución Española, y del régimen jurídico previsto en la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación que se denominará _____, cuyos fines, recogidos en el artículo nº _____ de sus Estatutos, son los siguientes:

2.- Aprobar por unanimidad los Estatutos por los que se ha de regir la entidad, los cuales fueron leídos en este mismo acto, que constan de artículos, _____ disposiciones, y elevarlos a la autoridad competente.

3.- Designar a la Junta Directiva, cuya composición es la siguiente:

Presidente:

Secretario:

Y en su caso (los que procedan según Estatutos),

4.- Autorizar a la Administración, encargada de la inscripción registral, para obtener directamente y/o por medios telemáticos los datos de identidad de los firmantes, cuya obligación de aportar queda suprimida al amparo de lo dispuesto en el Decreto 23/2009, de 26 de marzo. (En caso contrario, debe aportarse fotocopia del documento o tarjeta de identidad).

5.- Designar a D/Dª _____, con NIF/NIE _____, para realizar los trámites y formalidades conducentes a la inscripción de la entidad que se constituye en el Registro de Asociaciones correspondiente.

Y para que conste y en prueba de conformidad con lo manifestado, firman los reunidos (con indicación de nombre completo y DNI, debajo de cada firma) este documento en duplicado ejemplar, en el lugar y fecha al principio indicados.

Anexo E

Documentación para registrar una asociación

Para proceder al registro de una asociación en el registro correspondiente, será necesario presentar la documentación que a continuación se cita, según el servicio de atención al ciudadano de la Junta de castilla y león.

1. Acta Fundacional, ha de contener, el nombre, apellidos de los promotores si son personas físicas, la denominación o razón social si son personas jurídicas, y, en ambos casos, la nacionalidad y domicilio (como mínimo han de ser tres personas físicas o jurídicas); la voluntad de los promotores de constituir una asociación y la denominación de ésta, que será coincidente con la que figure en los Estatutos; los Estatutos; lugar, fecha de otorgamiento del acta y firma de los promotores o sus representantes en el caso de personas jurídicas; identificación de las personas que ostentan la representación de la entidad y sus cargos en los órganos de gobierno y representación o junta directiva, aún cuando lo sean con carácter provisional. (El acta se presentará por duplicado ejemplar y con firmas originales de todos los socios fundadores en los dos ejemplares). El acta fundacional deberá ir acompañada de la siguiente documentación:

- Para las personas físicas promotoras, documento acreditativo de su identidad, y si actúa a través de representante la acreditación de la identidad de éste (copia de DNI, permiso de residencia, etc., según el caso o bien autorización al órgano administrativo gestor del procedimiento, a efectos de verificar la identidad mediante los instrumentos o medio habilitados a tal efecto (Decreto 23/2009, de 23 de marzo)).
- Para las personas jurídicas, documentación acreditativa de su naturaleza jurídica, certificación del acuerdo adoptado por el órgano competente en el que figure la voluntad de constituir la asociación, formar parte de ella y nombramiento de la persona física que la representará.
- Los promotores menores no emancipados mayores de catorce años, sin perjuicio de lo que establezca el régimen previsto para las

asociaciones infantiles, juveniles o de alumnos, deben aportar documento acreditativo del consentimiento de la persona que deba suplir su capacidad.

- Si algún promotor es extranjero deberá aportar la documentación acreditativa de que cuenta con la autorización de estancia o residencia en España.
2. Estatutos que deberán contener todos los extremos del artículo 7 de la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del derecho de asociación, y venir firmados en todas sus hojas por todos los socios promotores o sus representantes legales si son personas jurídicas. (Los Estatutos se presentarán por triplicado ejemplar y con firmas originales en los tres ejemplares).
 3. Documento acreditativo de que se cuenta con la conformidad de quien ostenta la representación o titularidad del Centro o establecimiento designado como domicilio social de la Entidad, para su utilización a tal fin.

Anexo F

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

- ❖ “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.

Presentar dificultades en el manejo o desarrollo de estas habilidades puede repercutir en otras aéreas o facetas de la vida como el ocio, la relación familiar, laboral, etc., teniendo como consecuencia la falta de integración de estas personas.

Los Objetivos que se fijan para este tipo de intervenciones también se clasifican en generales y específicos. Se plantean los siguientes. (IMSRSO 2007-2)

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...).

ANEXO G

Horario de la Asociación

(Ejemplo)

Horas	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00 a 10:00	Reuniones Bienvenida	Reuniones Bienvenida	Reuniones Bienvenida	Reuniones Bienvenida	Reuniones Bienvenida
10:00 a 11:00	Periódico Café tertulia				
11:00 a 12:00	Habilidades sociales	A.I.V.D.	Habilidades Sociales	Psicoeducación	Programa deportivo
12:00 a 13:00	Psicoeducación	Nuevas Tecnologías	Manualidades	Grupos de autoayuda	O Programa Cultural (oferta)

- ***Programa tutor, se adaptará a los horarios de reuniones tanto por la mañana como por la tarde, al igual que las reuniones o consultas con las familias.***
- ***Los viernes en función de la oferta del programa cultural se realizarán actividades deportivas o culturales.***

<i>Horas</i>	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<i>16:30 a 17:30</i>	Cocina			Cocina	
<i>17:30 a 18:30</i>	Informática	Deporte Canchas o natación (verano)	Documental o Película	Guitarra	Excursiones
<i>18:30 a 20:00</i>	Reuniones, programa tutor, atención a familias				

- *Un sábado al mes se realizarán actividades de senderismo siguiendo las GR, Grades Rutas de la zona.*
- *Otro se dedicarán a campeonatos deportivos: futbol, baloncesto, frontinas, pádel, voleibol, etc., en función de las preferencias de los usuarios.*
- *Las mañanas de los sábados de verano se dedicarán a piscina, salvo las de senderismo.*
- *A las actividades de los fines de semana se puede acudir con familiares y amigos.*

Un ejemplo del horario de fin de semana es el siguiente.

	<i>10:00 a 12:00</i>	<i>12:00 a 13:00</i>	<i>17:00 a 18:00</i>	<i>18:00 a 19:00</i>
SABADO	Campeonato de Frontenis.	Vermut	Juegos de mesa, cartas, domino, parchís, etc.	Merienda ¿Hoy batidos de frutas!
DOMINGO	Campeonato de ping pon y fútbolín	Vermut	Película con palomitas	