

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Alumno: Javier Guerreiro Codesido
Director/a: Yolanda López Del Hoyo

Zaragoza, junio, de 2013.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

UniversidadZaragoza

ÍNDICE

1- Introducción	1
1.1 Objeto	4
1.2 Metodología	5
2- Fundamentación	5
2.1 Antecedentes históricos	5
2.2 Revisión del Marco general en que se desarrolla la rehabilitación psicosocial	11
2.3 Atención en rehabilitación psicosocial	13
2.4 Descripción del colectivo	20
2.5 Población atendida	26
3- Definición del dispositivo	28
3.1 Red de servicios de Rehabilitación Psicosocial y Laboral	29
3.2 Esquema de actividad de la Rehabilitación Psicosocial	30
4- Objetivos generales del Centro de Rehabilitación Psicosocial	31
5- Metodología de intervención	32
5.1 Derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial	32
5.2 Programa individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIR) ...	33
5.3 Intervención	35
6- Programa de Rehabilitación Psicosocial	36
1. Primer programa: UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (U.R.P.S.)	36
1.1 Objetivos	37
1.2 Metodología	38
1.3 Perfil usuarios	38
1.4 Prestaciones y actividades de las URPS	39

1.5 Programas de intervención	39
2. Segundo programa: CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	51
1. Programas Individualizados en Rehabilitación Psicosocial...54	
2. Empleo con Apoyo	64
2. Talleres de Rehabilitación	67
3. Tercer programa: RESIDENCIAL	69
3.1 Viviendas de transición	69
3.2 Pisos protegidos	78
3.3 Pisos Autónomos	85
7- Evaluación	86
7.1 Valoración de la eficacia del recurso en el ámbito de la red asistencial	86
7.2 Valoración de la eficacia global de la intervención	86
7.3 Valoración de la eficacia de cada programa de intervención	87
7.4 Satisfacción de los usuarios	87
8- Recursos humanos	88
8.1 Ratios de profesionales / usuarios	88
8.2 Funciones y responsabilidades de los profesionales	89
9- Estructura física	95
10- Gestión de Calidad	97
11- Conclusiones	105
12- Bibliografía	107

1.- INTRODUCCIÓN

El Centro Neuropsiquiátrico "Ntra. Sra. Del Carmen", perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, desde su fundación en el año 1973 es sensible, receptivo y capaz de participar en los cambios asistenciales que se vienen produciendo en su entorno cultural y social a lo largo de los últimos años.

En esta línea de trabajo se ha optado por un modelo de atención en salud mental, orientado hacia la comunidad, quedando la hospitalización para situaciones concretas y determinadas de la evolución del paciente; con un nuevo concepto de hospitalización más abierto y flexible (especialmente en estancias más prolongadas); y con un despliegue de recursos comunitarios alternativos.

Una atención en salud mental que destaca la promoción y prevención de la salud, la formación e investigación de sus profesionales, la defensa de los derechos del enfermo mental y sus familias, el fomento de la integración y no la segregación.

En base a este modelo de intervención nace el presente Programa, con una finalidad clara de servir como ayuda para desarrollar diferentes proyectos encaminados a la rehabilitación y reinserción Social de las personas con enfermedad mental y sus familias.

Las reformas psiquiátricas han establecido las bases que han permitido transformar el modelo de atención en salud mental, llegando a un modelo comunitario, y cambiando, así mismo, la forma de entender la problemática y potencialidades del enfermo mental. En este modelo de atención la rehabilitación es necesaria para ayudar a las personas que sufren una enfermedad mental en su permanencia en su entorno y posibilitar que se desenvuelvan en la comunidad con la mayor autonomía y calidad de vida

posible. Según se recoge en la publicación *Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de la Administración Penitenciaria: Propuesta de acción* (2006).

Con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se ha dado un paso decisivo para atender a un colectivo que a lo largo de la historia ha sido marginado y excluido de las acciones específicas desde los sistemas sanitarios y sociales del Estado (Guinea et al. 2007).

Estas actuaciones se basan en la ideología de la sociedad de mediados del siglo XX que supuso que los diferentes debían estar integrados y formar parte activa de la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, correspondiendo a los poderes públicos el llevar a cabo las actuaciones necesarias para facilitar y asegurar estos procesos de integración, siendo el Estado el garante de la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de estos derechos, tal y como marca el artículo 149 de la Constitución. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, equipará a todas las Comunidades Autónomas en lo referente a la oferta de servicios y características de los mismos, recogiendo los derechos de las personas con enfermedad mental grave y duradera en situación de dependencia (Rodríguez y González 2006).

Este cambio de orientación debe conllevar según Guinea et al. (2007) la creación de recursos específicos para los enfermos mentales graves y persistentes, que aseguren una adecuada actuación desde el ámbito sanitario y asegurando unas prestaciones socio-económicas que garanticen la máxima integración de este colectivo en la sociedad y el desarrollo de sus capacidades personales y sociales.

Como manifiestan Rodríguez y González (2006) los dispositivos dirigidos a personas con enfermedad mental grave y persistente deben cubrir las tres facetas básicas que supone la integración: la residencial (un lugar digno de vida), la económica (la inserción por el empleo o una autonomía económica suficiente) y la red social que suponga un ocio compartido y un apoyo instrumental y emocional

Los programas de rehabilitación psicosocial están encaminados a la organización de servicios y asistencia de enfermos mentales destinados a remediar las consecuencias de poseer una enfermedad mental grave y de larga evolución. La rehabilitación psicosocial se basa en los principios de la Psiquiatría Comunitaria de mantener al enfermo en la comunidad y de no ingresarlos en instituciones según Fernández (2006).

La Rehabilitación Psicosocial como manifiesta Rodríguez (2006), es un proceso donde el objetivo es ayudar las personas con enfermedad mental para lograr su integración en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social-familiar, en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible. Asegurar que estas personas puedan recuperar y/o adquirir aquellas habilidades psíquicas, emocionales, sociales e intelectuales que cada una necesita para vivir.

En la realización de estos programas intervienen los profesionales de salud mental, de los servicios sociales y docentes. El objetivo específico de este programa es conseguir que los pacientes adquieran o recuperen las habilidades concretas que les permitan estar integrados en su comunidad y que lo hagan con una calidad de vida suficientemente satisfactoria.

Es indudable que el logro de este objetivo supone la mejor alternativa a la psiquiatría institucional, y que el proceso desinstitucionalización que no esté

apoyado en un Programa eficaz de Rehabilitación Psicosocial tiene muchos riesgos de fracasar o de desencadenar nuevos problemas.

Para Fernández (2006) una evaluación funcional de las habilidades del enfermo mental, una planificación sistemática y estructurada de todo el proceso de rehabilitación que se lleva con cada paciente, una implicación y participación de grupos de apoyo, especialmente de la familia, en el entrenamiento específico y estructurado de las habilidades que un sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos y el seguimiento, monitorización y evaluación de los resultados y objetos de un trabajo enfocado desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo, constituyendo unos elementos básicos que integran un programa que tiene que ser individualizado.

1.1.- OBJETO

El presente documento se centra en el desarrollo teórico de una tipología de recursos, los Centros de Rehabilitación Psicosocial, que están específicamente enfocados a trabajar en pro de la consecución de la máxima autonomía personal y social y de la integración de las personas con enfermedad mental grave. A través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y por otro lado actuaciones sobre al ambiente que incluye 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 del enfermo mental crónico (Lieberman y Kipewick 2004).

1.2- METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo nos hemos servido de la literatura especializada en el tema, así como, visitas a otros Centros de Rehabilitación Psicosocial.

El sistema de citas y referencias bibliográficas empleadas en este trabajo cumple las directrices de metodología aprobadas por la Comisión de Garantía de la Calidad del trabajo de fin de grado. Las ideas teóricas obtenidas por fuentes secundarias se plasman en el texto indicando autor y año de publicación, quedando recogida la referencia completa al final del estudio en su apartado correspondiente.

2.- FUNDAMENTACIÓN

2.1- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para entender la forma de actuar en el tratamiento y asistencia a los enfermos mentales, se debe tener presente una visión histórica de la evolución del trato que se ha dado a este colectivo. El trato que ha recibido las personas que sufren una enfermedad mental ha variado a lo largo de los años. Han sufrido junto con otros sectores de población desfavorecidos de la falta de recursos, de marginación, prejuicios, ignorancia, aislamiento, etc. Estas situaciones se han ido modificando en gran parte gracias a los avances científicos que entre otras cosas han permitido un mayor conocimiento de esta patología y su forma de tratarla. A pesar de los avances científicos y de un mayor conocimiento de la sociedad, se mantiene un estigma hacia el enfermo y la enfermedad que resulta difícil de erradicar y que es claramente obsoleta e injustificada.

Como refiere Ackerknecht (1993), se dan referencias a la locura en civilizaciones humanas antiguas como Mesopotamia, que tenían una

concepción de las enfermedades del cuerpo pero sobre todo de la mente como mágicas o demoniacos.

Los egipcios trataban la enfermedad mental estimulando a los pacientes a través de la realización de actividades recreativas y de ocio como bailes, teatro, excursiones, dibujo, paseos, etc.

Grecia fue la primera civilización que intentaron entender la enfermedad mental desde la ciencia, realizando un descenso de la locura a lo humano según Bennett (1984).

Lo romanos siguieron las directrices iniciadas por los griegos de seguir el camino del conocimiento a través de la ciencia, llegando a establecer y recoger los derechos de los enfermos mentales en su código civil como refiere Ackerknecht (1993).

Ackerknecht (1993) señala que en la Edad Media se retorna a las ideas iniciales de la enfermedad mental como algo diabólico. La psiquiatría era ejercida por religiosos exorcistas que perseguían a los hechiceros, considerando a la enfermedad mental como una posesión diabólica. La atención a los enfermos mentales era a través de los asilos a peregrinos y monasterios, dándoles protección y ayuda.

En la Ilustración los locos son liberados de cárceles y hospicios y siendo trasladados a instituciones especiales, generando un problema social dada la inexistencia de centros adecuados para albergar a estos enfermos. La mayoría son llevados a lugares regentados por órdenes religiosas. Un médico francés de la época, se convertiría en una de las figuras más importantes de la historia de la Psiquiatría Philippe Pinel (1745-1826), liberó a los enfermos mentales de las cadenas con las que eran retenidos. Sería la denominada "Primera Reforma Psiquiátrica" según recoge Marietan (2004).

Según Guinea et al. (2007), en la medida que los Estados evolucionan en su organización y se especializan, iban generándose nuevas instituciones. Los criterios de inclusión en estos centros eran poco selectivos, lo que generó en la sociedad una serie de pensamientos hacia el enfermo mental:

- Se pasa de atenderlos desde una perspectiva de la caridad a otra basada en la asunción por parte del Estado de la responsabilidad de atenderlos.
- Agruparlos en hospicios, hospitales y asilos para optimizar recursos y esfuerzos.
- Separarlos de la comunidad con el fin de proteger a las comunidades de la relación con ellos. Esta idea se plasmó realizando expulsiones masivas de los enfermos de las ciudades a través de barcos o caravanas; o bien la de:
- Recluirlos en instituciones cerradas, así no crearían problemas ni alteraciones del orden las ciudades, acosta de privarles de su libertad. Esto fue la génesis de los manicomios como instituciones especializadas.

Como manifiestan Campos y Huesta (2008) los manicomios se convirtieron en centros donde el tratamiento se basaba en la normalización e interiorización de la norma social y moral que se les imponía, convirtiéndose en un lugar de reclusión permanente para las personas refractarias al tratamiento. Los manicomios cumplían una función más custodial que una función terapéutica.

Según refieren Campos y Huesta (2008), el desinterés de los poderes públicos por el enfermo pobre que eran considerados como demasiado caros de mantener, generaron la construcción de instituciones muy grandes y aisladas de los núcleos urbanos. Se crean auténticas ciudades de la locura con autofinanciación propia a través del trabajo en el campo de los enfermos pobres. Estos manicomios subsisten en la medida que los pacientes trabajan

en las labores agrícolas, lo que generaba estancias prolongadas que aseguraban la subsistencia de la institución. Estas hospitalizaciones que se prologaban en el tiempo se suavizan con “y el saber teórico afirma en su lugar, que la cronicidad es una característica esencial de la psiquiatría” (Latéri y Laura 1997, p. 68).

En el manicomio acaba predominando más la función de control social que la de tratamiento.

Según Guinea et al. (2007) en la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio en la filosofía de atención a estos enfermos debido fundamentalmente varios factores:

- La medicina hizo progresos importantes a través de búsqueda de terapias alternativas.
- El movimiento en pro de los derechos humanos.
- Organización Mundial de la Salud en la definición de Salud incorpora componentes sociales y de bienestar relacionados con la salud mental.
- Los movimiento sociales anti- psiquiátricos.
- El descubrimiento de los antipsicóticos, como señalan Derito, Martínez y Fernández (2004) en 1950 aparece la primera droga que se le da a un enfermo mental en Francia, comenzando así la historia de los antipsicóticos o neurolépticos que conseguirían reducir los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones, delirios) mejorando notablemente el pronóstico, evolución y calidad de vida de los enfermos con esquizofrenia.

Estos conocimientos darían paso otra vez al fenómeno conocido como Reforma Psiquiátrica que se inicia después de la II Guerra Mundial, motivada por la inquietud de una sociedad que demanda otra forma de tratar a los enfermos mentales, rechazando el manicomio y solicitando nuevos diseños terapéuticos(Desviat, 2010).

Por todo el mundo se alzaron voces desde algunas disciplinas y no sólo médicas, sino también desde la Psicología, Antropología, Sociología que denunciaban la situación de desamparo, marginación, precariedad y maltrato del enfermo mental. (Desviat M, 2010)

Según Desviat (2010) Con la Reforma Psiquiátrica se produjo un cambio de mentalidad, cambiando la política de institucionalización por la desinstitucionalización, apostando por el modelo comunitario que se centra en tratar al enfermo en su entorno sin separarlo de su red de apoyo.

La destitucionalización según argumenta Desviat (2010), planteará la necesidad de cambiar el modelo de atención debiendo centrarlo en la comunidad. Involucrando al sistema sanitario y a las prestaciones sociales para atender de una forma más eficaz al colectivo de enfermos mentales.

Como refiere Desviat (1995) Uno de los elementos centrales de la Reforma ha sido un cambio de perspectiva, revertiendo la política de institucionalización de los enfermos, hacia la des-institucionalización, adoptando el denominado modelo comunitario, que tiene por objetivo organizar la ayuda y la asistencia al enfermo sin extraerlo y separarlo de su red social.

Principios de la estrategia de des-institucionalización fueron:

- Abandono de la política de institucionalización.
- Reintegro a la comunidad de enfermos mentales institucionalizados de larga estancia que hayan sido debidamente preparados.
- Creación y continuidad de dispositivos intermedios a la hospitalización insertos en la comunidad.

En España, como en otros países del mundo, estos principios condujeron a la necesidad de emprender una gran reforma que se inició en 1985 con el Informe para la Reforma Psiquiátrica, que fue el inicio de una serie de

reformas legislativas, presupuestarias y de los sistemas de atención social y sanitario.

Según Menéndez (2005) como en el resto de países estos principios y la necesidad de iniciar reformas en la atención psiquiátrica se iniciaron también en España iniciándose años más tarde y como consecuencia de la llegada de la democracia.

Se ponen en marcha y sientan las bases asistenciales y de planificación en salud mental con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del Ministerio de Sanidad y Consumo y publicado en el BOE en abril de 1985. Lo recogido en este documento servirá de base referencial para la planificación de la asistencia en materia de salud mental en el territorio español. Algunos principios propuesto por la Comisión son según Menéndez (2005).

- La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.
- Se iniciaron una serie de reformas en el sistema sanitario y social, a nivel legislativo y presupuestario.
- Planificación basada en los postulados de la psiquiatría del sector comunitario.
- Concepción bio-psico-social del enfermo.
- Equipos interdisciplinarios en salud mental.
- La base de la asistencia ha de ser ambulatoria.
- La hospitalización psiquiátrica se hará en los hospitales generales.
- Garantizar los derechos civiles de los enfermos mentales.

2.2-REVISIÓN DEL MARCO GENERAL EN QUE SE DESARROLLA LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

La Rehabilitación Psicosocial es una práctica compleja que integra teorías, técnicas y políticas de distinto origen, como son el Social, Sanitario y Sociosanitario.

Marco social:

A nivel de la atención social, se ha producido una evolución desde un modelo asistencialista y subsidiario a otro de reconocimiento de la persona con discapacidad como ciudadano, orientado a la integración activa en la comunidad.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Esta Ley establece nuevas garantías para hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades mediante medidas contra la discriminación y medidas de acción positiva.

- Las medidas de acción positiva tienen como objeto prevenir o compensar las especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social. Son medidas de trato más favorable y de apoyos complementarios (prestaciones económicas, ayudas técnicas, servicios especializados y servicios de asistencia personal).
- Las medidas contra la discriminación tienen como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorablemente que otra que no lo sea en una situación análoga. Las medidas contra la discriminación son: prohibición del acoso y

demás tratos discriminatorios, exigencias de accesibilidad y no discriminación en el diseño de entornos, productos y servicios.

El II Plan de Acción 2003-2007 asume el nuevo concepto de Discapacidad, sigue el enfoque de los derechos humanos y está al servicio de la política de igualdad de oportunidades, tal como está formulada en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Ley de 15/12/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que crea el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia incluye, dentro de los colectivos beneficiarios de las prestaciones propuestas en la misma, a las personas con enfermedad mental grave.

Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, destaca la importancia de la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Así mismo, considera imprescindible adaptarse a las nuevas necesidades sociales de los aragoneses.

Marco sanitario:

El primer impulso específico para la población afectada vino de la mano de la Reforma Psiquiátrica y del modelo asistencial biopsicosocial. El documento que facilitó la creación de los recursos de rehabilitación específicos en la enfermedad mental es la Ley General de Sanidad (1986), que establecía la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Significaba la transformación del modelo institucionalizador en un modelo comunitario.

Progresivamente, las competencias sanitarias, y también las sociales, se han ido transfiriendo a las CC.AA.

En 2002 se aprueba el Plan Estratégico 2002 – 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón que aboga por los modelos de Rehabilitación Psicosocial.

Marco Sociosanitario

El concepto de coordinación sociosanitaria pretende enfatizar la necesidad de coordinar y armonizar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de cuidados entre servicios.

A nivel legislativo, la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 14 la prestación sociosanitaria como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

2.3- ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se debe mencionar algunos aspectos claves del campo de la rehabilitación psicosocial para encuadrarla en un modelo de atención comunitaria.

Definición:

Rehabilitar es, según el diccionario “restituir a una persona o cosa a su estado anterior”, o bien define la rehabilitación como “el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de

un traumatismo o enfermedad". En el campo de la medicina este es el objetivo a conseguir, pero dentro del campo de la intervención psicosocial, el concepto de rehabilitación no sólo se refiere a la mejora de capacidades o habilidades, sino que hace alusión al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento determinado. Así, el rehabilitar incluye tanto el mejorar como el mantener, el evitar una situación peor o el evitar una situación peor durante el mayor tiempo posible como argumentan Contreras, Navarro y Domper (2007)

Se dan multitud de definiciones de rehabilitación, desde las más ideológicas a las más técnicas. En base a las aportaciones de Anthony, Cohen y Liberman (1977) y Contreras, Navarro y Domper (2007) podemos establecer una serie de características:

- La rehabilitación se hace con las personas, no sobre las personas. El individuo es el protagonista de su propio proceso rehabilitador, actuando el profesional como facilitador y apoyo del usuario. Es la persona la que se rehabilita, no el profesional quien rehabilita.
- Actividades por objetivos. El planteamiento de las intervenciones que se llevan a cabo en rehabilitación tienen que estar determinadas por los objetivos que se pretenden conseguir, y no se puede hablar de rehabilitación si no existen, se determinan o consensuan dichos objetivos.
- Todas las personas son rehabilitables. En el momento en que se de un solo objetivo de mejora o de apoyo para el mantenimiento de una situación vital concreta y la evitación de un mayor deterioro, ya se puede hablar de rehabilitación.
- El objeto de actuación no es sólo el individuo, sino que abarca a la persona y su entorno. El trabajo rehabilitador se enfoca por tanto, además de hacia el

usuario, hacia la familia, amigos, apoyos, y cualquier otro elemento relevante para cumplir sus objetivos.

Estudios como el de Cohi (1990) demuestra la efectividad del tratamiento psicosocial y vocacional en la mejora de la calidad de vida del enfermos mental grave, frente al tratamiento exclusivo con fármacos. Tratamiento y Rehabilitación Psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí. El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la reducción de síntomas, la estabilización psicopatológica; por contra, 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 y comunitaria, la mejora en suma de la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible.

Filosofía de Atención

Una dimensión fundamental de la Rehabilitación Psicosocial es lo que se podría denominar filosofía de atención en rehabilitación, aquellos principios-guía o valores que han de orientar sus prácticas concretas. Este soporte ideológico y ético tiene una relevancia esencial, porque permite seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orienta las expectativas, actitudes y valores de los profesionales que trabajan en rehabilitación. Además puede ayudar a guiar la planificación y el desarrollo de los servicios y las intervenciones.

No hay según Pilling (1991) un cuerpo axiomático o cerrado de principios que constituyan la filosofía de atención en rehabilitación pero sí se puede hacer una aproximación a algunos principios, que se han venido sedimentando en el

desarrollo de este campo y que constituyen un armazón básico que sirve para orientar las múltiples y heterogéneas prácticas en rehabilitación.

2.3.1 Los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial.

Nos encontramos entre otros los formulados por Pilling(1991)

- La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
- Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
- La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
- La rehabilitación debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.
- Debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
- La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una

evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.

- Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus posibilidades y potencialidades de desarrollo y mejora.
- Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

Este listado resume los principios esenciales que conforman lo que se ha denominado filosofía de atención en rehabilitación. Esta filosofía de atención no debe entenderse como una especie de catálogo formal de principios que se queden en una mera referencia abstracta, sino que de hecho operan de un modo concreto tanto de forma positiva como negativa en las prácticas de rehabilitación.

Su explicitación y la reflexión crítica y abierta sobre los mismos constituye un pilar fundamental para avanzar en el desarrollo coherente del campo y para guiar procesos de rehabilitación que sirvan para mejorar la calidad de vida y para avanzar en el logro de una ciudadanía plena y digna para las personas con trastorno mental severo.

Recursos comunitarios suficientes para atender sus necesidades y promover su rehabilitación e integración y un contexto global de las políticas en las que se enmarca la rehabilitación que permita e impulse de un modo coherente y continuado el trabajo rehabilitador y ofrezca oportunidades para el logro de sus objetivos.

2.3.2 Metodología y Estrategias de Intervención en Rehabilitación Psicosocial

En el desarrollo de la Rehabilitación Psicosocial, en los últimos años, se ha producido una proliferación de experiencias de intervención con personas con trastorno mental severo bajo la denominación de programas de rehabilitación que en muchos casos no comparten más que la denominación, siendo difícil encontrar un mínimo común denominador en cuanto a estructura metodológica o de estrategias de intervención. Como manifiesta Gisbert (2003), bajo la misma etiqueta pueden encontrarse actividades tan diversas y heterogéneas como grupos de discusión y encuentro, tareas ocupacionales, expresión corporal, actividades artísticas, psicoterapia, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, etc.

El problema no es tanto la diversidad de estrategias que podría resultar enriquecedora sino de la evidencia de la falta de una mínima identidad metodológica de las intervenciones denominadas de rehabilitación.

En los últimos años se han producido interesantes y notables avances que han contribuido a dotar de rigor y estructura a la metodología de intervención en rehabilitación psicosocial, siendo sus principales componentes los siguientes que señalan Anthony, Cohen y Farkas (1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación de una forma individualizada 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.

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

Las estrategias de intervención en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias adaptadas del campo de la psicología, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos, en las que se puede incluir: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducativas y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de enfermos mentales crónicos y en su adaptación y posterior mantenimiento en la comunidad. (Rodríguez; 1997)

2.4 DESCRIPCIÓN DEL COLECTIVO

2.4.1 La Enfermedad Mental Grave y Duradera(EMGD)

Las personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMGD) constituyen un colectivo que requiere muchos apoyos.

En una sociedad de creciente exigencia y complejidad, comparten las necesidades comunes propias de todo ser humano, y además, debido a sus discapacidades, tienen necesidades particulares, que son muy variadas y complejas.

Aunque son personas que con las ayudas necesarias pueden disfrutar de sus potencialidades para vivir una vida digna y ser útiles a la sociedad, sus discapacidades les hacen altamente vulnerables y dependientes de su red de apoyo como recoge Guinea et al. (2007)

Por tanto debemos apoyarnos a nivel legislativo en la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 14 la prestación sociosanitaria como “La atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

2.4.2. Definición de Enfermedad Mental Grave y Duradera

La definición considerada como más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987) y que incluye tres dimensiones:

- **Diagnóstico:** Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente Psicosis y especialmente Esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad. El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica).
- **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** El criterio de duración del trastorno intenta discernir al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido.
- **Presencia de Discapacidad:** Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

2.4.3. Causas de la Enfermedad Mental Grave y Duradera

Según Guinea et al. (2007) la EMGD se entiende hoy día como un cajón de sastre en el que agrupamos a personas con parecidas dificultades funcionales, resultado de un grupo complejo de factores, donde podemos separar factores biológicos, psicológicos y sociales.

- **Factores biológicos:** aunque de manera no completamente aclarada, se reconoce la influencia posible a factores genéticos, infecciosos, traumáticos, tóxicos.
- **Factores psicológicos:** se admite la importancia de factores psicológicos personales en el curso y evolución de la enfermedad (descritos por ejemplo como la "capacidad de afrontamiento" de los síntomas)
- **Factores sociales:** hay estudios que sugieren que factores relacionados con la crianza pueden tener influencia en la expresividad de factores de riesgo (por ejemplo, de determinados factores de riesgo genéticos). Se ha comprobado que otros factores como el tipo de relación familiar o el nivel de soporte social condicionan su evolución.

2.4.4. Descripción de la Enfermedad Mental Grave y Duradera

En la actualidad generalmente se siguen para el diagnóstico los criterios de clasificaciones internacionales como la DSM -IV o la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A efectos prácticos, describimos los tres principales grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de situaciones valorables como EMGD según señala Guinea et al. (2007)

- **Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos.** Se caracteriza por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos; suele conllevar gran afectación de las funciones de relación social.
- **Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores,** se caracteriza por las fases de alteración severas del estado (estados de manía - estado de euforia - con trastornos de la conducta o estados de profunda depresión de ánimo, asociadas a alteraciones del pensamiento, ideas de muerte).
- **Otros trastornos:** Existe controversia en cómo considerar otros grupos de diagnósticos respecto de su inclusión entre los beneficiarios de los servicios

específicos de rehabilitación psicosocial. Es lo que sucede con el grupo de los trastornos de personalidad, que en algunas personas resultan muy discapacitantes, pero cuya inclusión en los servicios, es discutido por razones técnicas, debido a su difícil adaptación, necesidad de ratios de personal más altos, limitación de usuarios con este diagnóstico en los recursos, etc.

2.4.5. Alteraciones funcionales: Los síntomas en las personas con EMGD

A modo de sumario, enumeraremos los síntomas más frecuentes como señala Guinea et al. (2007)

- **Alteraciones del pensamiento:** consisten en creencias que se imponen a la persona, que el sujeto no comparte con los demás y que no son modificables por la experiencia.
- **Alteraciones del estado de ánimo:** como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad y trastornos del pensamiento y del comportamiento).
- **Alteraciones de la sensopercepción:** percepciones inusuales y anómalas causadas por su enfermedad. Las hay de varios tipos como auditivas y visuales.
- **Alteraciones neurocognitivas:** alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria. Suelen ser altamente discapacitantes.

- **Alteraciones de la conducta y del control de impulsos:** No pueden controlar la conducta conforme a la voluntad de la persona o las normas sociales.

- **Síntomas negativos:** se denomina así a las alteraciones que se perciben como pasividad, anhedonia, la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos.

2.4.6 Restricciones para la actividad en las personas con EMGD

Como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas enfermas afrontan dificultades en su funcionamiento normal en la sociedad, en varias áreas según Blanco y Pastor (1997)

- **Autocuidados:** cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario, alimentación y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.

- **Autonomía personal:** incapacidad de gestionar el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.

- **Control de la conducta:** pueden darse comportamientos socialmente inapropiados o extraños en algunas situaciones.

- **Capacidad de tener iniciativas y motivación:** Dificultades para desarrollar un proyecto vital viable, tomar iniciativas (síntomas negativos de la enfermedad).

2.4.7 Restricciones en la participación de las personas con EMGD

Las restricciones más habituales se encuentran en las siguientes áreas:

- **Relaciones interpersonales:** sus relaciones sociales tienden a ser escasas, su red social pobre, y, especialmente en los momentos en que sus síntomas son más activos, corren el riesgo de caer en situaciones de derivación social y aislamiento.
- **Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano:** debido a razones varias (dificultad de relación social, tratamientos poco motivadores, falta de conciencia de enfermedad, desconocimiento...).
- **Dificultades para gestionar su tiempo libre,** disfrutar.
- **Funcionamiento laboral:** encuentran dificultades para acceder al trabajo y para mantenerlo.
- **Participación** asociativa, política, actividades para la auto-representación y la defensa de sus derechos.

2.4.8 Necesidades de las Personas con EMGD

Como refiere Guinea et al. (2007), las personas con enfermedad mental comparten las necesidades del resto de los ciudadanos en seguridad, pertenencia a grupos sociales, recursos básicos, etc.

De manera más específica podríamos resumirlas así:

- **Acceso a los servicios básicos del Estado:** servicios y prestaciones sociales, educación, sanidad, justicia, instalaciones deportivas, transporte, etc. Se puede dar un déficit por parte de este colectivo en las llamadas habilidades instrumentales.

- **Tratamiento:** es el conjunto de medidas médicas, psicológicas, de enfermería, sociales. Debe ser administrado preferentemente sin apartar al paciente de entorno, por un equipo interdisciplinar.
- **Apoyo económico:** muchos enfermos carecen de recursos propios por no poder trabajar y viven de manera dependiente. Los que tienen algún tipo de prestación suele ser muy escasa.
- **Apoyo a la integración social:** medidas para apoyar el mantenimiento de los pacientes en redes sociales para evitar el aislamiento y el deterioro social a través de la potenciación del ocio, asociacionismo, etc.
- **Vivienda:** las personas enfermas deberían poder vivir en una vivienda con las características de un hogar y lo más alejado a un entorno institucional. Creación de viviendas protegidas, viviendas autónomas, etc.
- **Facilitación del acceso al mundo laboral:** Son necesarios servicios de formación laboral y apoyo al acceso al empleo, tanto al normalizado como a través de formas distintas de empleo con apoyo o empleo adaptado a las posibilidades de las personas. Fomentando también el empleo protegido.
- **Defensa de sus derechos:** es un grupo particularmente vulnerable a los abusos, desprotección, marginación y estigmatización.
- **Apoyo a las familias:** la familia es la red de apoyo más fuerte y la más próxima a la persona enferma. Se debe por tanto apoyar con información, servicios profesionales y programas. .

2.5- POBLACIÓN ATENDIDA

Atendemos a una población cuya situación, diagnóstico y problemáticas personales son heterogéneas, dándose una limitación y dificultad que 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.

Se debe fijar unas pautas que tengan en cuenta no sólo los criterios de sintomatología psiquiátrica, sino también las áreas deterioradas en las que se expresan las limitaciones del funcionamiento del sujeto con enfermedad mental.

En principio se puede afirmar que para la delimitación del trabajo con nuestros pacientes importa, sobre todo, la persistencia y extensión de las limitaciones, porque en definitiva esa es la gravedad, una limitación esencial que se extiende a las áreas vitales del enfermo.

Es imprescindible establecer proyectos encaminados a trabajar en las fases iniciales de las enfermedades mentales y en aquellos trastornos de personalidad que, debido a su gravedad, son susceptibles de evolucionar hacia formas de trastorno mental severo y de curso crónico.

Teniendo en cuenta la definición de enfermedad mental grave, los programas están dirigidos a las personas que sufran enfermedades mentales graves y duraderas y que tienen dificultades en su funcionamiento e integración comunitaria, así como a sus familias.

2.5.1- Grupos susceptibles de ser atendidos en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

- **Personas con enfermedad mental desistitucionalizadas:** Fueron externalizados de hospitales psiquiátricos después de periodos largos de internamiento. Se encuentran en recursos intermedios en la comunidad (pisos protegidos).

- **Personas con enfermedad mental institucionalizadas:** Pacientes de larga estancia, que llevan muchos años hospitalizados, con una edad media alta e importante dependencia institucional. Suelen permanecer en la institución por falta de recursos alternativos en la comunidad.
- **Nuevas personas con enfermedad mental de larga evolución:** Jóvenes, entre 18 y 35 años, que viven en la comunidad y presentan déficits en su funcionamiento psicosocial. Rotan por los servicios asistenciales con una historia de ingresos de corta estancia y problemática de adaptación social.
- **Personas con riesgo de cronicidad:**
Evolución de su patología de carácter grave en los primeros estadios de evolución y con historial de hospitalización en Unidades de Agudos.

3.- DEFINICIÓN DEL DISPOSITIVO

El Centro de Rehabilitación Psicosocial contara con una capacidad de 60 plazas, pudiendo aumentar la ratio en algunos de los programas específicos.

El horario será de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes. En el Programa Residencial, habrá una persona de guardia localizada los siete días de la semana 24 horas.

Los usuarios podrán acudir por la mañana o bien por la tarde y en algunos casos en jornada completa en base a lo establecido en su Plan Individualizado de Intervención.

El proceso de duración será individualizado en dependencia a la problemática y a las necesidades de cada usuario, no estableciendo plazos para dar el alta y siendo en algunos casos un recurso indefinido.

Se mantendrá en lo medida de lo posible, un seguimiento de los usuarios que han alcanzado los objetivos de su Plan Individualizado de Intervención y poder así reforzar los logros alcanzados.

3.1 RED DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

La rehabilitación constituye un proceso que se inicia con acciones y recursos lo más normalizados posibles y continúa con intervenciones específicas para aquellos pacientes más discapacitados, finalizando con la facilitación de soportes que posibiliten la reinserción comunitaria.

Para garantizar estas acciones se deben desarrollar programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario: programa de centros de rehabilitación psicosocial y laboral, programa de alternativas residenciales, programa de inserción socio-laboral y programa de ocio y tiempo libre. Dichos programas tienen como objetivo atender a las necesidades psicosociales específicas de las personas con enfermedades mentales.

Se contempla así las tres vías básicas de intervención que deben articularse para conseguir la integración en el entorno: Rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo comunitario

Para ello se deben poner en marcha un conjunto de servicios especializados de rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo comunitario. Este abanico de servicios se englobarán en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.) y se concretan en:

1.- Programa de Rehabilitación Psicosocial:

- Unidad de Rehabilitación Psicosocial (U.R.P.S.)

2.- Programas de Rehabilitación Laboral:

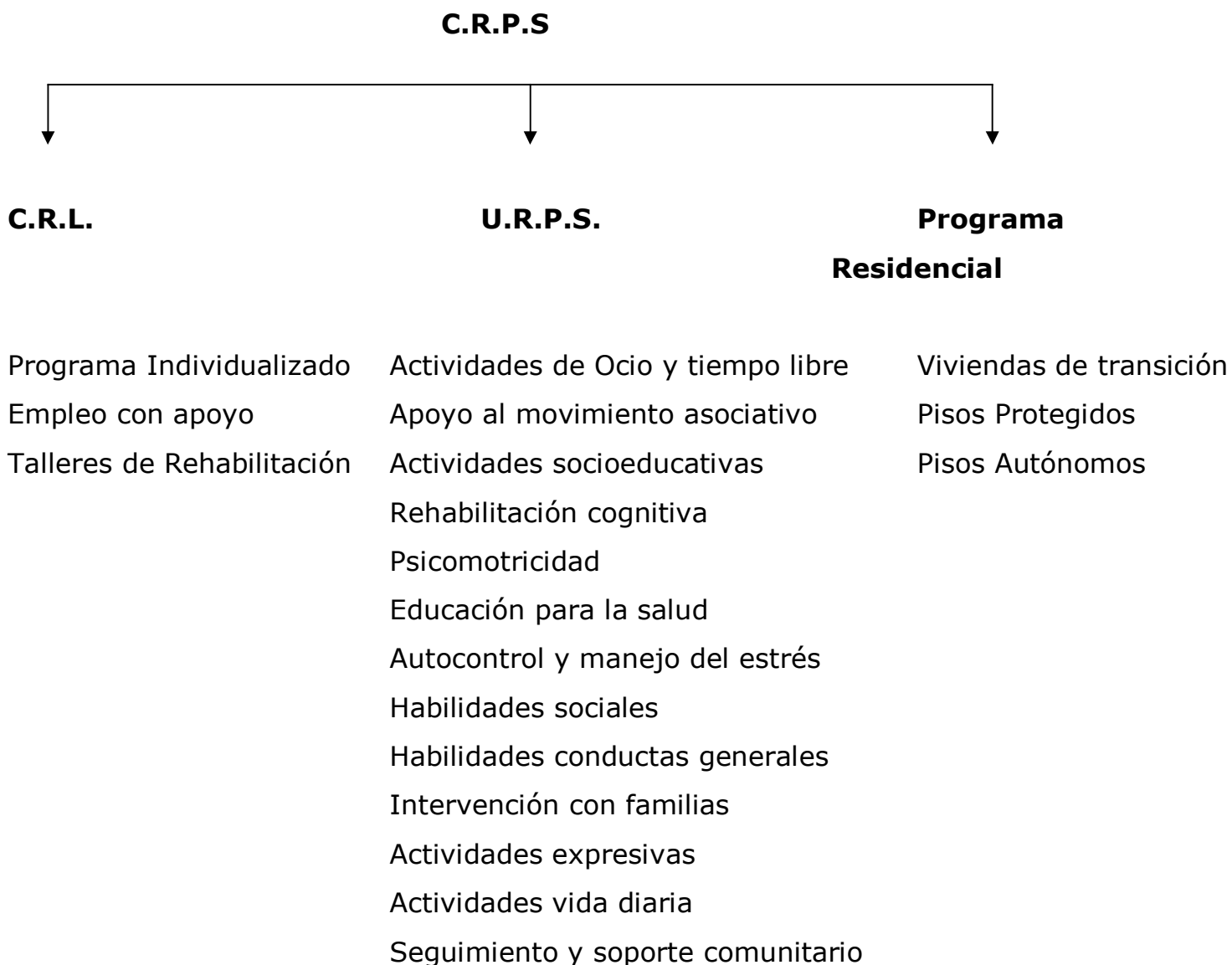
- Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L)

3.- Programas de Apoyo Comunitario:

- Programa Residencial.

- Viviendas de transición (VT).
- Pisos Protegidos (P.P)
- Pisos Autónomos (P.A)

3.2- ESQUEMA DE ACTIVIDAD DEL C.R.P.S.



4.- OBJETIVOS GENERALES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La aparición de los Centros de Rehabilitación Psicosocial marca el especial énfasis en tres aspectos concretos según Beard, Propst y Malamud (1982), como son el dotar de estrategias para ayudar a las personas a superar el ambiente más que a sucumbir a él, la inducción a la salud más que la reducción de síntomas y la creencia en la potencial productividad de los usuarios con discapacidades más severas

En resumen se puede decir que la rehabilitación de personas con enfermedad mental grave de curso crónico tiene como metas por un lado el ajuste a la vida diaria del usuario y por otro la mejora de la calidad de vida, ayudando a estas personas a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar en la sociedad que le rodea tan activa e independientemente como sea posible. Es por lo que nos fijamos los siguientes objetivos basándonos en los principales objetivos de la Rehabilitación Psicosocial establecidos por Cañamares et al. (2001):

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad.
- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad.

- Evitar la marginación de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar y asesorar a las familias de los enfermos mentales mejorando sus capacidades y habilidades de afrontamiento y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

5.- METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

5.1- Derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial.

El canal de derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) será a través de los Equipos de Hospitalización y Consultas Externas del Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen. (Los usuarios irán llegando a estos dispositivos tras la firma de los diferentes Acuerdos Marco con el Departamento de Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, así como Acuerdos de Colaboración con diferentes Comunidades Autónomas).

Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos y permanecer con sus Equipos de Hospitalización y/o de Consultas Externas de referencia, los cuales a través de un informe que justifique la problemática de funcionamiento psicosocial del usuario y la necesidad de una intervención específica de rehabilitación psicosocial, propondrá su derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial, a través de los mecanismo de coordinación establecidos. De cara al trabajo de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario del usuario, ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados.

Los profesionales del C.R.P.S. tras recibir la solicitud de los Equipos derivantes, deberán establecer un Plan Individualizado de Rehabilitación a través del Programa Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (P.I.R.).

5.2- Programa Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (P.I.R.).

Fernández (2006) el PIR es una programación del trabajo rehabilitador, una propuesta marco que guía la toma de decisiones. Supone la preparación por anticipado de las líneas maestras a seguir por quienes van a estar llamados a traducir dicha programación, en prácticas rehabilitadoras concretas. Cuando se ha hecho una buena evaluación que permite elaborar un PIR adecuado y ajustado a la realidad de la persona evaluada, se sabrá, en las distintas fases por las que ha de transcurrir el proceso rehabilitador, qué hacer y también se sabrá razonar el por qué de lo que se hace, debe recoger las demandas y propuestas que la persona interesada y su familia hagan. Consiste en un contrato de intervención activo y consensuado en el que deben estar implicados los usuarios, sus familiares y los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Para la consecución de los objetivos es necesaria una metodología de trabajo estructurada y con secuencias claras de desarrollo cuyo elemento principal es la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación.

Dicho Plan debe tener o reflejar las siguientes características como se define en Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial (2007)

- Evaluación de déficit y capacidades. Interesan tanto las dificultades y carencias como las capacidades, las potencialidades, intereses, etc.
- Delimitación clara de objetivos. Los objetivos deben ser lo más operativos, alcanzables y realistas posibles.
- Plan estructurado, secuencial e individual. Una vez que se han establecido los objetivos hay que estructurarlos y secuenciarlos. Difícilmente se dará el caso de que todos los objetivos se puedan trabajar desde el primer momento dado que se necesitará alcanzar algunos de ellos para posibilitar los siguientes. En esta secuenciación se debe incorporar las demandas y expectativas del usuario y su familia.

- Delimitación en el tiempo. El proceso de rehabilitación no exige su realización en un plazo concreto ni está prefijado un tiempo de estancia en el Centro, se deben marcar unos tiempos para favorecer la motivación e implicación de los usuarios e impedir entrar en una dinámica de cronicidad.
- Adecuación al contexto del usuario. El Plan debe tener en cuenta las características del entorno del usuario, la red de apoyos, las facilidades o dificultades.
- Adecuación a las expectativas del usuario. Un Plan de Rehabilitación debe recoger las expectativas y necesidades del usuario y adecuarlas a las posibilidades reales que evalúe el profesional, hay que tener siempre presente estas expectativas, ya que en este caso la relación entre el usuario y el profesional se vería seriamente afectada, al no responder el Centro a lo esperado por el usuario.
- Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del Plan. El Plan Individualizado es un contrato consensuado con el usuario y la familia.
- Salida real de reinserción. El Centro de Rehabilitación no debe ser un recurso finalista en la mayoría de los casos, por lo que habrá que prever en el Plan de Rehabilitación las salidas probables que pueden ser adecuadas para un usuario.
- Evaluación continúa del desarrollo del Plan y de sus resultados. El Plan de Rehabilitación no deja de ser una hipótesis de trabajo, debiendo darse una evaluación que nos permita su reformulación.

Se confecciona el Plan Individualizado de Rehabilitación en el momento posterior a la evaluación, con el consenso e implicación tanto del usuario como de la familia y con una estrecha coordinación con los demás dispositivos implicados en la atención al usuario. A partir de este momento el usuario comienza los programas y actividades acordadas, haciéndose una evaluación pre y post de cada uno de ellos, con el objeto de valorar su eficacia.

5.3- Intervención

Según refiere Florit (2006) consiste en la puesta en marcha de las Actividades necesarias de los programas pertinentes para cumplir los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Rehabilitación. No se puede llamar rehabilitación psicosocial a una intervención que ofrezca el mismo itinerario para todos los usuarios.

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

En esta fase un profesional debe ser el referente del usuario. Deberá acompañar, informar y motivar a la persona en el desarrollo de su plan. Las intervenciones deben adaptarse a cada usuario, debiendo realizarlas en un contexto lo más natural posible con el fin de que se interiorice y generalice lo aprendido.

La intervención se basa en cuatro pilares:

- Tutorías: Se realizan entre el usuario y el profesional de referencia, evaluando el Plan Individualizado.
- Apoyo a las Familias: Mantendremos un contacto continuado con las familias y se ofertará formación sobre la enfermedad y la manera de afrontar las situaciones cotidianas y de crisis.
- Proyectos de Rehabilitación: Se trata de elegir de forma conjunta entre el profesional y el usuario un programa que se adapte a las necesidades y demandas del usuario y sus familias.
- Programas Abiertos: Potenciaremos la resocialización, el desempeño del mayor número posible de roles socialmente valiosos y el aumento y mejora de sus capacidades relacionales. El grupo es uno de los principales agentes socializadores en el que funcionan diversos mecanismos específicos:
 - Aprendizaje por modelos.
 - Reforzamientos naturales.
 - Aumento de la identificación y solidaridad con la tarea.

- Incremento en la pertinencia de los contenidos de trabajo.
- Incremento de la implicación en el proceso.
- Incremento de la pertenencia y fomento de las redes naturales de apoyo.
- Aumento de la comunicación y capacidad de interrelación con pares.
- Mejor estructuración del tiempo de intervención con el usuario.
- Mejor aprovechamiento de recursos.
- Factores inespecíficos de favorecimiento de la capacidad de vinculación afectiva y expresividad emocional.

6.- PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

- 1.- Primer Programa: Unidad de Rehabilitación Psicosocial (U.R.P.S)
- 2.- Segundo Programa: Unidad de Rehabilitación Laboral (U.R.L.)
- 3.- Programa: Residencial

1.- PRIMER PROGRAMA: UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (U.R.P.S)

La Unidad de Rehabilitación Psicosocial (U.R.P.S) se entiende como un recurso específico, dirigido a la población con enfermedad mental grave, que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento, así como apoyar su continuidad e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida según Anthony, Cohen y Cohen (1984)

Funciones específicas: Existen tres áreas funcionales que cubren este tipo de recursos:

- Rehabilitación psicosocial. Apoyo a la integración y soporte social. La intervención irá dirigida a la mejorara de la autonomía personal y al desarrollo

social del usuario debiendo cubrir aspectos relacionados con la mejora de las funciones corporales y superación de las discapacidades y limitaciones en la actividad y en la participación.

- Seguimiento y soporte comunitario. Se ofrecerá el apoyo y soporte necesario en cada fase para asegurar el mantenimiento del nivel de actividad y participación alcanzado y evitar los procesos de deterioro, aislamiento o marginalidad.
- Apoyo a las familias y al entorno comunitario. Se ofrecerá a las familias información, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo, convivencia y apoyo a su familiar y contribuyendo a mejorar la situación y la calidad de vida de la propia familia. Se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y el asociacionismo.

1.1- Objetivos

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación de aquellas habilidades personales y sociales que cada usuario requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
- Facilitar el aprendizaje o reaprendizaje de habilidades necesarias para promover el desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos (trabajar, estudiar, mantener relaciones sociales, de amistad y afectivas).
- Potenciar la integración social en la comunidad, apoyando la inserción en un entorno lo más normalizado posible.
- Promover la educación para la salud modificando factores de riesgo y potenciando factores de protección.
- Prevenir el riesgo de hospitalizaciones, deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
- Facilitar el retorno a la comunidad de los sujetos internados en las unidades de media y larga estancia.

- Potenciar los apoyos sociales y afectivos (familia, grupos de amistad, etc.)
- Buscar la implicación de instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción social del colectivo.
- Ofrecer apoyo y seguimiento para asegurar el mantenimiento en la comunidad.
- Elaborar un itinerario curricular individual adaptado a las necesidades de cada usuario.

1.2- Metodología

Como refieren Gisbert, Arias y Camps (2002), la rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario se estructurará de un modo continuado, progresivo y flexible adaptándose a las características y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno sociocomunitario concreto y se articulará en base a su Plan Individualizado de Rehabilitación.

La intervención se podrá realizar a nivel individual como grupal teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Individualizado de Rehabilitación de cada usuario. Se incidirá en situaciones reales, en las que el usuario presenta dificultades, según Gisbert, Arias y Camps (2002).

1.3- Perfil Usuarios

- Personas con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades significativos en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada.

- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.
- No presentar problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro

1.4- Prestaciones y Actividades de las U.R.P.S

Las URPS ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración, actividades de apoyo y soporte social, seguimiento y apoyo comunitario, apoyo a familias, programas dirigidos al contacto y coordinación con el medio.

La intervención dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario a través de la recuperación y entrenamiento de habilidades y capacidades deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento psicosocial.

Se dispone de un abanico de técnicas de rehabilitación para conseguir los objetivos propuestos en el plan individualizado de rehabilitación. Se trata de elegir conjuntamente con usuario, profesional de referencia y la familia, aquellos programas de rehabilitación que aseguren el cumplimiento de los objetivos del modo más eficiente.

1.5- Programas de intervención

1.5.1 Programa de acogida y enganche: Como refieren Cutenda, Blanco (2006) los programas de acogida y enganche para los usuarios y familiares que acuden por primera vez a los Centros de Rehabilitación Psicosocial tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo del U.R.P.S., así como introduciéndoles de forma progresiva en las actividades del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros meses de estancia. Además, estos espacios son lugares óptimos para la observación de la conducta de los usuarios durante sus primeros días en el

centro, aportando información valiosa para la posterior elaboración del plan individualizado de rehabilitación.

En este programa se incluye la fase de evaluación del usuario de su familia y de su entorno. Simultaneando tres tipos de actuación

- Entrevistas individuales con el profesional responsable del caso para desarrollar el protocolo de evaluación.
- El desarrollo de un grupo de acogida. Se realiza un grupo con los USUARIOS recién incorporados donde se explica en qué consiste la Unidad de Rehabilitación y cuál es su función, recogiendo los intereses y expectativas de los usuarios y facilitar una entrada progresiva al Centro. Suele tener una duración de tres o cuatro sesiones con una periodicidad semanal.
- Desde un primer momento se oferta la entrada en actividades del Centro, evidentemente de soporte social, que nos permitirá observar y valorar el desempeño psicosocial del usuario.

El objetivo final del programa de acogida es que el usuario se sienta motivado y pueda llevar a cabo actividades de rehabilitación, así como, un conocimiento de sus expectativas y de su desenvolvimiento social.

Las familias se deben sentir un elemento importante en el proceso de rehabilitación de su familiar, mostrándoles la disponibilidad de los profesionales ofreciéndoles apoyo y asesoramiento en el proceso que se acaba de iniciar.

1.5.2 Rehabilitación cognitiva: Según Florit (2006) las capacidades cognitivas básicas hacen referencia a la atención y a la memoria. Los trastornos cognitivos son uno de los síntomas principales de la esquizofrenia, considerando que los déficit en el procesamiento de la información son predictores de una personalidad vulnerable premórbida.

Trabajaremos los siguientes subprogramas:

. DIFERENCIACIÓN COGNITIVA: mejorar o aumentar las capacidades de:

- Formación de conceptos.
- Abstracción.
- Diferenciación entre lo importante y lo irrelevante.
- Clasificación de eventos en clases y categorías.
- Desarrollar estrategias de búsqueda de conceptos.
- Orientación adecuada de la atención.
- Mantener la concentración.

. PERCEPCIÓN SOCIAL: mejorar o aumentar las capacidades de:

- Comprensión e interpretación de las situaciones sociales.
- Puesta en práctica de experiencias aprendidas e interpretar las nuevas experiencias.

. COMUNICACIÓN VERBAL: reducir o erradicar los numerosos trastornos del lenguaje que puedan interferir en la comunicación verbal, y de manera específica:

- Mejorar las capacidades de atención y concentración imprescindibles en la comunicación con los demás.
- Aumento de la capacidad de escucha y respeto de los mensajes del interlocutor.
- Mejorar la comprensión del contenido.
- Responder de forma coherente y adecuada a las preguntas del interlocutor.

. MEMORIA COTIDIANA: Las personas con enfermedad mental y sin ella, suelen quejarse de forma subjetiva de su sobre todo en aspectos de la vida cotidiana: no encontrar objetos, olvidarse de citas, comprobar acciones realizadas previamente, olvidarse de planes a corto plazo, etc. Es por ello que se hace necesario un entrenamiento en estrategias específicas que disminuyan

estos olvidos. Además, contribuiremos a una mayor implicación del usuario en el proceso, al ver que el entrenamiento lo puede extrapolar a las actividades de la vida cotidiana.

Los objetivos que se pretenderán abordar en este subprograma serán los siguientes:

- Potenciar la transferencia de los conocimientos y hábitos adquiridos en los subprogramas anteriores a aspectos de la vida diaria.
- Entrenar en estrategias mnésicas para resolver los fallos de memoria de la vida diaria.
- Enseñar estrategias de compensación: hacer un diario, una agenda, usar alarmas, poner notas de recuerdo, hacer una lista de la compra y de cosas pendientes, etc.

1.5.3 Psicomotricidad: Además de adecuar hábitos de ejercicio físico, muy necesarios en estas personas, entre otros asuntos por los efectos de la medicación y los síntomas negativos de la enfermedad, es posible incorporar elementos de expresión corporal muy útiles como entrenamiento previo a las habilidades sociales, a la percepción de emociones en el entrenamiento en autocontrol, etc.

1.5.4 Actividades de la vida diaria: (Fernández y Ballesteros 1992, p. 80) definen las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) como “la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales”

Para la ejecución de cualquiera de ellas el objetivo que se persigue es la autonomía. Las actividades de la vida diaria están relacionadas con la consecución de la independencia personal y la autonomía. La independencia personal sería la capacidad que tiene la persona para realizar las actividades básicas. Por contra el termino autonomía abarca además la independencia en la toma de decisiones, económica y obrar en base a los principios propios (Romero; 2007)

Se podría hablar de diferentes grados de autonomía, en base al tipo de discapacidad que tenga la persona, bien física, psíquica o intelectual.

Al ser un amplio abanico de actividades comprendidas entre el inicio y final del día se pueden clasificar en función de su finalidad como señalan Abad y García (2006).

- A.B.V.D. BÁSICAS O AUTOCUIDADO

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

- Aseo y vestido. Son áreas que se trabajan conjuntamente, dado que están estrechamente relacionadas entre sí, la intervención en una de ellas repercute en la otra. Abarcan aspectos tales como ducha, aseo diario, lavado y cuidado del cabello, higiene dental, afeitado, depilación, vestido, elección de ropa, uso del wc.

- Hábitos de vida.

- Hábitos de sueño: horarios, se despierta frecuentemente, calidad del sueño.
- Hábitos de alimentación: horarios, hábitos en la mesa y dietas.
- Hábitos de salud: prevención de enfermedades, ejercicio físico, consumo de sustancias, etc.

- A.V.D. INSTRUMENTALES

La adaptación de la persona a su entorno y mantenimiento de su independencia en la comunidad

- Vivienda: limpieza, organización de los armarios y cocina, prevención de accidentes domésticos, etc.
- Uso y manejo de los medios de comunicación y transporte.
- Orientación espacial.
- Realización de trámites burocráticos, etc.

- A.V.D. AVANZADAS

Son aquellas que suponen utilización de recursos externos. Se podrían incluir en las mismas:

- Actividades juego, ocio, tiempo libre.
- Utilización de recursos comunitarios.
- Actividades formativas y laborales.

1.5.5 Educación para la salud Como refieren Arroyo y Guisado (2006) Este programa está encaminado a incrementar la protección del sujeto vulnerable garantizando su calidad de vida. Busca la adherencia al tratamiento por medio de tomar conciencia de la enfermedad, y la mejor afrontación de ésta. Se trataría de que, en la medida de lo posible, el usuario asuma la responsabilidad ante su propio tratamiento y forma parte activa en él.

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar el conocimiento del usuario sobre su enfermedad y tratamiento.
- Adquirir habilidades de manejo en situaciones de crisis en la enfermedad.
- Adquirir destrezas en el uso de una forma autónoma de los recursos sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Los síntomas de la enfermedad, con el objeto de que tenga un conocimiento de los síntomas y desmentir aspectos no realistas de la misma.
- Ayudarle a conocer las señales previas a una situación de crisis para que le ayuden a su prevención y poder poner un tratamiento de forma rápida.
- Los tipos de esquizofrenia, con el fin de mostrar las diferencias e individualizar cada caso.

- Las causas de la enfermedad, con el fin de eliminar creencias erróneas.
- Los factores de riesgo y prevención respecto al inicio o empeoramiento de la enfermedad.
- Los distintos tipos de medicación, correcta administración, sus efectos secundarios y la forma de aliviarlos, la caducidad.

1.5.6 Autocontrol y manejo de estrés: Como manifiesta Pulido (2006) se trataría de poner en práctica actividades de autocontrol de las emociones y de situaciones de estrés y entrenarles en técnicas de afrontamiento de estados de ánimo como la ansiedad, el miedo, la ira o la depresión.

OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar capacidades de afrontamiento adecuado de situaciones que generan malestar.
- Fomentar en el usuario autoconfianza personal que le permita afrontar situaciones de estrés en la vida diaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar en los usuarios habilidades de detención de elementos que les puedan producir alguna tensión y/o malestar en su vida diaria.
- Dotar de las estrategias que les permitan afrontar las situaciones que producen los siguientes síntomas
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Miedos
 - Síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones)
- Desarrollar habilidades de autoobservación de la forma de afrontamiento de las situaciones estresantes, corrigiendo las que no se consideren adecuadas.

1.5.7 Habilidades sociales: se podrían definir según Rullas y Carretero (2006) como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social. Al trabajar con personas con enfermedades mentales graves suelen darse en un principio una serie de aspectos comunes, siendo los más relevantes y por lo tanto susceptibles de ser trabajados los siguientes:

- Comunicación no verbal (contacto visual, gestos, distancia corporal)
- Habilidades de conversación (volumen voz, ritmo, latencia de respuesta)
- Aprender a hacer peticiones.
- Asertividad.
- Aprender a realizar críticas.
- Saber afrontar la hostilidad.
- Resolución de problemas.
- Manejar situaciones de la vida cotidiana (interacciones con personas del sexo opuesto, con personas que no son de nuestro entorno, etc.).

Los objetivos a alcanzar son adquirir por parte del usuario de las herramientas necesarias que le permitan afrontar de una forma adecuada y controlada cada situación, disminuyendo el estrés y las conductas de evitación.

OBJETIVOS GENERALES

- Detectar la comunicación no verbal.
- Mejorar la capacidad para comunicarse.
- Aprender a utilizar el lenguaje verbal para conseguir los objetivos.
- Ampliar su red social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Poner en práctica la forma adecuada de llevar una conversación.
- Hacer peticiones tanto a personas extrañas como a conocidos.
- Aprender a ser asertivos.
- Ser capaces de hacer y recibir críticas.
- Saber afrontar situaciones de hostilidad.
- Aprender a solucionar conflictos de forma negociada.

- Aprender a interactuar de forma adecuada con desconocidos, personas de diferente estatus y del sexo opuesto.

1.5.8 Intervención con familias: Fernández y Grado (2006) señalan que la familia tiene un papel muy destacado en el proceso de rehabilitación psicosocial de la persona con una enfermedad mental crónica, dado que son los principales colaboradores en el proceso de rehabilitación que se está desarrollando en la URPS con su familiar. Los problemas de convivencia generan malestar en todos los miembros de la unidad familiar, así como afectará negativamente en la rehabilitación del usuario, generándole situaciones de estrés y malestar. Debemos realizar un trabajo continuado de apoyo, información y formación de las familias

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

El trabajo con familias es importante para reducir las recidivas de los usuarios como manifiestan Lemos y Vallina (2001)

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir el nivel de estrés y la sobrecarga que genera la convivencia con una persona con enfermedad mental.
- Favorecer actitudes de aceptación y expectativas realistas hacia los que pueden esperar de la persona enferma.
- Generar un clima familiar de apoyo y comunicación hacia el usuario.
- Desarrollar la competencia y capacidad de los familiares para afrontar los conflictos que se puedan presentar en la convivencia diaria.
- Promover la participación activa de los familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofrecer información acerca de diversos aspectos relacionados con la enfermedad mental grave y su abordaje, así como sobre la rehabilitación psicosocial.
- Mejorar la comunicación de la familia.
- Disminuir las actitudes críticas y los reproches hacia el usuario.
- Disminuir la sobreprotección y el excesivo control, fomentando la autonomía e independencia del usuario.
- Aprender estrategias de resolución de conflictos, que les permitan enfrentarse y solucionar los problemas personales y familiares.
- Facilitar información de los recursos y prestaciones a las que pueden acceder.
- Promover el asociacionismo y apoyo mutuo entre los familiares.

1.5.9 Ocio y tiempo libre: las actividades de ocio y tiempo libre son como manifiestan Sanz, Gómez y Cutanda (2006) una de las formas más idónea de alcanzar la integración, aumentar la autoestima y potenciar las habilidades sociales de las personas con enfermedad mental.

En el caso de las personas con enfermedad mental, las actividades de ocio y tiempo libre ayudan a minimizar los síntomas propios de la enfermedad, es decir, aumentan su autoestima, las saca del aislamiento, perfeccionan sus habilidades sociales, amplían sus relaciones sociales, etc., en definitiva, lo que se está consiguiendo es una mejora en su calidad de vida.

Desde la Unidad de Rehabilitación Psicosocial (URPS) se deben desarrollar programas específicos que permitan el uso y disfrute del tiempo desocupado en la realización de actividades de ocio. Se debe hacer extensivo estas actividades a las familias con el fin de mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la unidad familiar.

Las actividades a las que el usuario asiste y los recursos a los que se incorpora, deben estar en consonancia con los objetivos establecidos en el PIR y adecuadas a las características personales y socioeconómicas. Por tanto, deben ser individualizados, operativos, concretos y que puedan realizarse.

OBJETIVOS GENERALES

- Asistir y participar en grupos de actividades.
- Mejorar la calidad de vida.
- Facilitar el uso adecuado y el disfrute del tiempo libre.
- Mejorar la autonomía del usuario.
- Fomentar la red social del usuario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formar grupos para la organización y distribución del trabajo.
- Enseñar técnicas de organización, clasificación, distribución y reparto de tareas.
- Servir de enganche entre la URPS y el usuario.
- Poner en práctica habilidades de conversación, debate, organización, toma de decisiones.
- Potenciar la capacidad de iniciativa individual y colectiva para generar alternativas de ocio y tiempo libre.
- Conocer recursos de ocio en la comunidad.
- Adecuar las tareas a la complejidad de los recursos a utilizar.
- Fomentar la formación de subgrupos naturales para compartir actividades de ocio.
- Establecer y/o mantener relaciones personales.

ACTIVIDADES

- Visitas socioculturales.
- Actividades lúdicas (reuniones familiares, fiestas, etc.)
- Actividades artísticas(teatro, actuaciones,etc)
- Programa de vacaciones.
- Excursiones(relación con la naturaleza, rutas, comidas al aire libre, excursiones)
- Videoforum.
- Formativas: cursos, bailes de salón
- Deportivas: fútbol sala, baloncesto, balonmano.

1.5.10 Actividades expresivas: Incluye un conjunto de técnicas terapéuticas basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales.

1.5.11 Seguimiento y soporte comunitario Lueches, González y Jiménez (2006) manifiestan que debe cumplir la doble función de aumentar la red de apoyo, así como de establecer unos hábitos de comportamientos normalizados en la comunidad (estudio, trabajo, ocio) que faciliten la reinserción. Se pretende que el usuario use de forma autónoma los recursos de la comunidad.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr la Integración social del usuario en su entorno comunitario de la forma más adaptada y normalizada posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer la reinserción en su entorno natural.
- Potenciar el uso de recursos normalizados.
- Potenciar actividades de sensibilización en el entorno
- Fomentar la toma de decisiones.
- Aumentar el número de roles desempeñados.
- Fomentar la creación redes de solidaridad y autoayuda.
- Aumentar las relaciones interpersonales.
- Fomentar la participación activa del usuario en su entorno.
- Fomentar en el entorno actitudes de aceptación e independencia.
- Fomentar la creación de redes sociales.

2.- SEGUNDO PROGRAMA: CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (C.R.L.)

El trabajo se ha convertido en uno de los aspectos más importantes y significativos de la vida de una persona, y es uno de los pilares fundamentales en los que se asienta la sociedad actual.

Disponer de un trabajo remunerado es uno de los principales criterios para determinar la madurez del ciudadano adulto y el status social, a la vez que el instrumento imprescindible para una existencia personal digna, premisa para una autonomía personal, económica y familiar y, en definitiva, el camino oficialmente reconocido de promoción social.

Pero si acceder a un empleo en un mercado laboral cada vez más competitivo y especializado para cualquier persona, más aun lo es para los enfermos mentales. Constituye uno de los colectivos que sufre más dificultades y barreras para su integración laboral, lo que supone un obstáculo para lograr su integración social normalizada.

La gran mayoría de estas personas se encuentra en situación de desempleo y aquellos que lo consiguen tienen dificultades para mantenerlo.

En esta situación influyen muchas variables que interactúan mutuamente: unas relacionadas con las dificultades personales y los déficit psicosociales que aparecen en miembros englobados en este colectivo según Sobrino (2001)

- La escasa formación y cualificación académica y profesional.
- La escasa experiencia laboral o historia de fracasos laborales.
- Los déficit cognitivos (problemas de atención, memoria) y personales (pérdida de autonomía, aislamiento, dificultades de relación social).

- La carencia de hábitos laborales y de habilidades sociales en ambientes laborales.
- Desconocimiento del mundo laboral y motivación confusa y desajustada respecto al trabajo.

Otras variables tienen que ver con factores sociales y del mercado laboral tales como:

- El estigma social y la imagen negativa de algunos de estos colectivos y de sus capacidades como trabajadores.
- La tasa de paro y la precarización del mercado laboral.
- La competitividad para acceder a los puestos de trabajo.
- Desconocimiento de los empresarios de las posibilidades laborales de estos colectivos.

Todos estos elementos colocan a muchos de estas personas en una situación de especial desventaja y dificultad en relación a su acceso y mantenimiento en el mundo laboral. Encontrando grandes dificultades en la elección, búsqueda y también mantenimiento del puesto de trabajo.

2.1- Descripción del servicio

Los Centros de Rehabilitación Laboral son centros destinados a que personas con trastornos mentales graves y duraderos puedan recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral, apoyando su integración y permanencia en el mismo.

2.2- Objetivos generales

Se podrían establecer los siguientes objetivos según Cortines, Martínez, González y Arribas (2011)

- Favorecer la recuperación o adquisición de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y desenvolverse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar su inserción en el mercado laboral, especialmente en empresas o con autoempleo, y en algunos casos en Centros Especiales de Empleo.
- Ofrecer el seguimiento y apoyo que cada persona necesite para asegurar su permanencia en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado posible.
- Trabajar con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones con el objetivo de aumentar las oportunidades de integración laboral de este colectivo.

La atención que se presta se desarrolla a través de actividades individuales y grupales que se organiza en torno a tres grandes áreas:

2.3- Áreas de intervención

- 1.-Programas individualizados de Rehabilitación laboral
- 2.- Empleo con apoyo
- 3.- Talleres de rehabilitación

1.-Programas individualizados de Rehabilitación laboral

1.1- Evaluación funcional vocacional-laboral.

Se realizará una entrevista de evaluación y detención de necesidades, planificando la intervención. Esta evaluación inicial debe aportar información sobre el grado de motivación para el trabajo, conocimientos que posee sobre el mercado laboral(derechos, deberes, convenios, etc.), formación profesional y experiencias laborales, preferencias laborales expresadas, habilidades laborales expresadas, problemas laborales pasados, disposición hacia diversos trabajos, impedimentos actuales para trabajar(miedo, escasa formación, descompensación, percepción de pensiones, cuestiones religiosas, etc.)

OBJETIVOS

- Evaluar las necesidades de los usuarios.
- Elaborar un programa individualizado de inserción Laboral.

ACTIVIDADES

- Entrevista individual de la persona.
- Conocer su formación y experiencia profesional.
- Detectar los intereses vocacionales y profesionales.
- Analizar las carencias y potencialidades de la persona.
- Informar sobre la situación y exigencias del mercado de trabajo.
- Establecer los objetivos a conseguir con la persona para mejorar su situación objetiva en la búsqueda de empleo.

1.2.- Orientación vocacional.

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

sujeto alcanzar su meta laboral según refieren Anthony, Cohen y Cohen (1984).

Un programa de orientación Vocacional/laboral debe tener en cuenta los siguientes datos:

- Describir características personales: como nos ven los demás, y cuál es la propia imagen.
- Describir las habilidades teóricas/profesionales.
- Condiciones en las que le gustaría trabajar: tareas, individual/grupo, desplazamientos, responsabilidades, etc.
- ¿Qué posibilidades nos ofrece el medio, y en qué medida poseemos los conocimientos requeridos? Tendremos que intentar acercarnos a las exigencias del mercado.
- Seleccionar de entre todas las áreas de trabajo (administrativo, manuales, técnicos, comerciales, etc.) aquella que más se ajuste.
- Definir la opción tomada, así como el nivel de exigencia que requiere, los costes, las expectativas que genera, la posición de la familia, duración, etc.
- Es importante definir más de una opción laboral, no centrarse en una única actividad; se deben contemplar posibles alternativas a esa elección.
- Para llevar a cabo un Programa de Orientación Vocacional/Laboral no basta con definir habilidades y características propias; el usuario debe conocer el mercado laboral: ofertas, demanda, saturación, planes de formación, formas de reciclar sus conocimientos, etc.
- Se trata de un proceso continuo en el que el sujeto debe acercarse a la opción elegida con el mayor número de datos posibles. Hay que tener presente que a la hora de acceder a un trabajo, el grado de satisfacción que este nos proporcione va a ser definitivo pasara mantenerlo o abandonarlo.

ACTIVIDADES

- Individualizada:

Se realizarán entrevistas individuales para profundizar en el conocimiento de la persona, y poder establecer un itinerario inserción profesional que podría resultarle asequible.

- Grupal:

Se contempla como taller de grupo el que se adquieran conocimientos y habilidades sobre técnicas de búsqueda de empleo.

- Grupos de Búsqueda activa:

Se trabajarán distintas técnicas de búsqueda de empleo aplicadas a la realidad concreta de los participantes. Se ofrecerá información, se analizarán casos concretos y se plantearán compromisos individuales de cara a realizar tareas de búsqueda.

Se plantea dentro de este marco la creación de grupos de ayuda mutua, espacios donde compartir el problema y proponer acciones concretas que ayuden a solucionarlo.

1.3.-Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación profesional laboral.

Según Cortines, Martínez, González y Arribas (2011) a partir de la evaluación inicial se procede al diseño del plan individualizado de inserción.

El plan se diseña con el usuario y no para el usuario. De esta forma el usuario se compromete y da su visto bueno a los objetivos planteados en él; tiene un carácter individualizado.

En el objetivo de intervención se indicará cual es el objetivo principal, subjetivos, y las metas a corto, medio y largo plazo.

Señalaremos las conductas y hábitos a modificar, las técnicas y entrenamientos empleados para ello, el lugar a desarrollar la intervención, los medios que vamos a utilizar, así como el profesional responsable de llevarlos a cabo.

Mencionaremos también aquellas conductas o hábitos del usuario que por su carácter positivo pueden ser reforzadores de otras conductas.

ASPECTOS GENERALES:

- Delimitar metas globales y específicas. Definir las metas en términos de conducta.
- Establecer plazos cortos, medios y largos para las metas. Las metas serán claras y específicas, aprobadas por el usuario: las metas a corto plazo enlazarán de forma secuencial con las metas a medio y largo plazo. Deben ser metas realizables.
- Priorizar habilidades a adquirir y recursos para movilizarlas. Diseñar e implementar los entrenamientos que sean necesarios.
- Especificar el carácter individual o grupal de los entrenamientos.
- Coordinar los recursos comunitarios de la forma más ventajosa para el usuario.
- Se pondrá más énfasis en los progresos hacia las metas que en la persistencia de los errores. Usar técnicas para medir estos progresos; involucrar y comprometer al usuario en reconocer estos avances.
- Comprobar que el usuario dispone de toda la información acerca de la oferta laboral y recursos formativos.

1.4- Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.

El ajuste laboral se compone de hábitos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.

Según Sobrino (2001), la rehabilitación laboral debe de posibilitar un marco de trabajo simulado donde el usuario adquiera, desarrolle o recupere los hábitos básicos de trabajo y las habilidades sociales imprescindibles para el desempeño laboral normalizado.

EL ajuste laboral ha de llevarse a cabo en un taller rehabilitador, que es un ambiente de trabajo simulado. Estos talleres de naturaleza muy distinta a los talleres ocupacionales, son el marco donde el "trabajador" (el usuario al entrar en los talleres pasa a ser trabajador) va iniciar su entrenamiento en las dos áreas antes mencionadas.

El carácter rehabilitador de estos talleres se fundamenta en una premisa básica: las tareas que en ellos se realizan se supeditan siempre a las necesidades individuales de cada uno de sus trabajadores, a su particular proceso rehabilitador. Ello es posible gracias a que los talleres rehabilitadores no son productivos y no existe la dependencia derivada de la obtención de un rendimiento o mínimo de producción. Nada, de lo que se realiza en los talleres puede venderse.

1.4.1 HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO

Según refieren Sánchez y Sánchez (2006) deben adquirirse una serie de hábitos como:

- La asistencia: En el grado de asistencia influyen muchos factores, la motivación, la responsabilidad de ser protagonista del proceso rehabilitador o la conciencia clara de los beneficios del desempeño de un trabajo.

- La puntualidad: Personas con problemas para ser puntuales. O bien se duermen (denota falta de motivación) o, se organiza mal y se entretiene sin causa justificada.
- Aseo y cuidado personal: La tendencia del usuario al desaseo desaparece reforzando las conductas de higiene adecuadas.
- Actitud inadecuada frente al trabajo: Se dan déficits son consecuencia de la falta de motivación, de la falta de experiencia laboral, consecuencia también de largos periodos de inactividad (incorrecto manejo de equipo y herramientas; falta de cuidado del material, ritmo lento de ejecución, etc.).
- Organización y realización de tareas: Muchos de los usuarios no disponen de capacidad organizativa del propio trabajo ni del proceso de realización de una tarea. Con frecuencia pasan por alto fases intermedias de una secuencia laboral (aunque la tarea la conozcan íntegramente) para llegar cuanto antes al final del trabajo. Esta actitud afecta a la calidad del trabajo. Es necesario incidir en las fases intermedias cuantas veces sea necesario.
- Comprensión y seguimiento de instrucciones: Memoria para las instrucciones, capacidad de atención y concentración: En los usuarios con deterioro cognitivo les afectará sobre estos hábitos laborales. Se ha observado que en algunos casos el entrenamiento pautado y graduado disminuye estos déficits. Las instrucciones deben darse de forma gradual, nunca más de cinco instrucciones en una misma secuencia.
- Adecuación de tareas: Las tareas deben de tener las siguientes características:
 1. Ser moderadamente interesante, que despierte el interés del usuario sin que llegue a suponer un factor de estrés o de excesivo estímulo.
 2. Ajustada a sus necesidades, que permita el entrenamiento de los déficits del usuario.

3. Ajustada a sus posibilidades, que no exceda la capacidad del usuario y se convierta así en un motivo de frustración o de factor que desajuste las expectativas vocacionales del usuario.
 4. Que admita el aumento del grado de complejidad, y que pueda abarcar el progreso laboral del usuario.
 5. Que pueda abrir intereses vocacionales o modificar aquellos intereses desajustados que pudiera tener el usuario
 6. Susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo, dependiendo de las necesidades del usuario.
- Dar prioridad a tareas: El enfermo mental y otras personas sin patología psiquiátrica, tienen dificultades a la hora de tomar iniciativas. De igual manera encuentra dificultades a la hora de discernir entre la importancia de varias tareas. No saben priorizar aquellas tareas de mayor importancia en un proceso. Aquí permanece esa dificultad de discernir entre lo importante y lo accesorio.
 - Iniciativa: Los usuarios que carecen de hábitos laborales, se da un déficit en iniciativas en tareas que ya conoce, tiene dificultades para planificar y organizar.
 - Reacción al trabajo repetitivo o a los cambios de trabajo: El trabajo repetitivo no se afronta convenientemente, bien por el grado de esfuerzo que supone, bien por un paulatino desinterés por la tarea que acaba afectando al grado de atención y concentración; un cambio de trabajo no previsto o repentino puede provocar una reacción de inseguridad en el usuario.

1.4.2 HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL.

Como refieren Sánchez y Sánchez (2006) se debe dar:

- Interactuación con los compañeros: La interacción permite entrenar la habilidad social. Debe tender a ajustar poco a poco, ni aislamiento ni

extroversión que afecte al trabajo. El trabajador debe resolver sus problemas con los compañeros de forma individualizada.

- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones: Es preciso fomentar un interactuación adecuada y fomentar situaciones de trabajo en equipo para quien no tiene capacidad de verbalizar o tiende al aislamiento.
- Capacidad para solicitar u ofrecer ayuda: Es un buen indicador de la habilidad social. Quien ofrece ayuda (sin haber sido requerida) muestra un alto nivel de cooperación y un buen repertorio conductual. Quien no la ofrece debe ser incentivado para hacerlo.
- Quien solicita ayuda adecuadamente al supervisor o a sus propios compañeros demuestra tener una correcta sociabilidad.
- Quien no la solicita o la solicita exageradamente debe ser incentivado a adecuar su independencia en el trabajo.
- Capacidad para expresar críticas o valoraciones: La expresión de críticas y sentimientos negativos deben ser ajustadas y razonadas; si la crítica es razonable y justificada demuestra un grado adecuado de asertividad laboral. Si la crítica es desajustada y no razonada, se incentivara la adecuación de este déficit.
- Administración de tiempo de ocio: El ocio, el descanso durante la jornada laboral están importante como la propia actividad laboral. El trabajador debe aprovechar el tiempo de ocio adecuadamente.

1.5.- Apoyo a la Formación profesional.

Como refiere Sobrino (2001) Cuando se detecte la necesidad de formación ocupacional, se derivarán a los usuarios a los recursos que mejor se adapten a sus necesidades.

OBJETIVOS:

- Facilitar al usuario la formación laboral necesaria para acceder a un trabajo.
- Paliar los déficits formativos de nuestros usuarios.

ACTUACIONES:

- Alcanzar la coordinación necesaria con los recursos formativos de la zona.
- Analizar las necesidades del mercado laboral.
- Estudiar las demandas laborales de las empresas.
- Atender a las peticiones objetivas de nuestros usuarios.

1.6.- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.

Según refiere Sánchez (2006), entran en juego la actitud y la aptitud de la persona que busca trabajo.

OBJETIVO

- Dotar al usuario de las habilidades necesarias para poder buscar empleo adecuadamente.

LAS ÁREAS QUE VAMOS POTENCIAR SON:

- Como usar la información laboral: manejar la prensa laboral, y la información en general de carácter laboral. Evaluamos el conocimiento que tiene de ella, así como la forma en que la usa.
- Localizar ofertas de trabajo: se le suministran diversos medios: prensa, revistas especializadas, anuncios, webs especializadas etc., para que localice las ofertas laborales.
- Discriminar y seleccionar ofertas de trabajo: queremos averiguar si sabe discriminar las ofertas más idóneas a sus posibilidades y conocimientos.
- Elaboración de Currículo Vitae y cartas de presentación, cumplimentar instancias, solicitudes, etc.: el usuario realizara estas tareas tras una sencilla explicación. Durante la ejecución el usuario recibe ayuda constante del profesional.

- Realizar los trámites pertinentes de acceso a recursos laborales: demandas del INAEM, saber solicitar información, saber acudir a organismos, etc.
- Uso correcto del teléfono para concertar entrevistas laborales: mediante *role-play* el usuario telefonea a una supuesta oferta laboral y debe pedir información sobre el tipo de trabajo, funciones, horario, salario, etc., con la finalidad de obtener una entrevista laboral.
- Manejo de entrevistas laborales: mediante la técnica de *role-play* se realizara una entrevista laboral entre el profesional y el usuario; tras ella se pondrán conocer aspectos como: contacto visual, tono, volumen de voz, afecto, posición corporal, comentarios positivos sobre experiencia laboral pasada, sobre intereses, preguntas que denoten interés, aclaraciones sobre el supuesto, etc. En definitiva todo lo referente a la comunicación verbal y no verbal durante el desarrollo de la entrevista.

1.7.- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

Según refieren Contreras, Navarro, Domper (2007) es un elemento clave el ofrecer un seguimiento y apoyo continuado para favorecer el mantenimiento a largo plazo en el puesto de trabajo y para la solución de los problemas y dificultades que puedan ir surgiendo comprometiendo el rendimiento o la integración del usuario dentro de su puesto y de la empresa.

En este proceso de seguimiento y apoyo continuado se deben realizar evaluaciones periódicas del rendimiento y calidad del trabajo que realiza el individuo y su ajuste e integración en la empresa.

Este seguimiento se debe hacer de forma muy especial con aquellos individuos que tienen especiales dificultades. Un seguimiento a largo plazo que permita prevenir y corregir posibles desajustes, enseñar nuevas habilidades, atender situaciones de crisis o conflictos que aparezcan.

En suma facilitar el apoyo preciso y flexible que garantice al máximo el mantenimiento y ajuste laboral en su puesto de trabajo y potencie su autonomía e integración sociolaboral.

El objetivo del seguimiento es analizar de forma conjunta: profesional, trabajador y empresa el proceso de inserción mediante una evaluación continua.

ACTIVIDADES

- Entrevista personalizada con el cliente (empresa y trabajador).
- Obtener información de la propia persona sobre su vivencia del proceso.
- Analizar los avances y retrocesos.
- Detectar las posibles incidencias y poner correctores.
- Proponer estrategias y acciones de mejora.
- Realizar un *feed-back* continuo con el cliente (empresa y trabajador).
- Evaluar el plan de trabajo y las estrategias propuestas.
- Motivar hacia la acción y la fijación de objetivos.
- Contener conflictos y proponer soluciones.
- Complimentar los instrumentos operativos o protocolos pertinentes.

2.- EMPLEO CON APOYO

Una definición de empleo con apoyo sería la realizada por Verdugo y Jordan 2001, p. 2) el "empleo integrado en la comunidad dentro de empresas normalizadas, para personas con discapacidad que tradicionalmente no han tenido posibilidad de acceso al mercado laboral, mediante la provisión de los apoyos necesarios dentro y fuera del lugar de trabajo, a lo largo de su vida laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posible en trabajo y sueldo a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa".

2.1- Objetivo

- Facilitar y apoyar la inserción y mantenimiento de personas con especiales dificultades de inserción con déficits psicosociales en el mercado laboral ordinario a través de una metodología de empleo con apoyo.

La integración laboral en el mercado laboral ordinario configura el principal instrumento de las personas, con discapacidades o no, para conseguir un empleo con sus correspondientes efectos y oportunidades; independencia económica, identidad personal, interacciones y relaciones sociales, normalización, etc.

2.2- Premisas

Siguiendo a Verdugo y Jenaro (1993) se pueden sintetizar las principales características del Modelo de Empleo con Apoyo en las siguientes premisas:

2.2.1- INTEGRACIÓN:

La característica esencial del Empleo con Apoyo es la oportunidad que ofrece a las personas con discapacidad de trabajar junto a iguales sin discapacidad. La integración debe tener lugar a todos los niveles del trabajo tanto durante las horas de descanso y de transporte o en actividades posteriores al trabajo.

En los programas de Empleo con Apoyo las personas con discapacidad se encuentran plenamente integradas en el proceso productivo general de la empresa. El trabajo no se realiza en un área especial, ni utilizan servicios específicos. Un modo de facilitar esta lógica integración conviene limitar el número de personas con discapacidad empleadas en un determinado entorno.

2.2.2- SALARIOS Y BENEFICIOS:

Como ocurre con cualquier empleado, sus salarios deben de estar en relación directa con la categoría profesional y el trabajo efectuado.

Deben gozar de las mismas ventajas y beneficios sociales que el resto de los trabajadores de la empresa.

2.2.3- EMPLAZAMIENTO EN UN LUGAR DE TRABAJO REAL COMO PASO PREVIO AL ENTRENAMIENTO.

A diferencia de los programas laborales tradicionales, el Empleo con Apoyo coloca a la persona en un trabajo y es entonces cuando le ofrece entrenamiento, formación y apoyo directamente relacionados con la tarea a desempeñar a través de la figura clave de estos programas que es el Preparador Laboral.

2.2.4- RECHAZO CERO:

Con este concepto del Empleo con Apoyo se pretende apostar no solo por aquellos con discapacidades leves sino especialmente apoyar a aquellas personas que habitualmente no se han beneficiado de los programas formativos y de inserción laboral tradicionales.

Así pues, la gravedad de la problemática no debe constituir un criterio de selección para acceder a programas de Empleo con Apoyo.

2.2.5- APOYO FLEXIBLE:

El objetivo del Empleo con Apoyo es el de ofrecer una amplia gama de servicios de apoyo que permitan a estas personas funcionar y mantenerse como empleados productivos en el mercado laboral ordinario y con el mayor grado de integración social posible. Los tipos de apoyo deben determinarse individualmente y caracterizarse siempre por su flexibilidad.

2.2.6- APOYO CONTINUADO:

Estas personas con discapacidades severas necesitarán algún tipo de apoyo variable a lo largo de su vida. Los servicios de empleo con apoyo deben ofrecer

sus apoyos de un modo continuado que permita a estos trabajadores mantener su empleo.

En síntesis, el modelo de Empleo con Apoyo como refieren Verdugo y Jordan (2001), puede definirse como una aproximación teórica y metodológica para ayudar a las personas con discapacidades severas de distinto tipo para que pueda elegir, acceder y mantener un trabajo competitivo en el entorno laboral ordinario de manera que puedan beneficiarse de los efectos económicos, sociales y psicológicos que proporciona el trabajo, y ello mediante un sistema de apoyos flexibles, individualizados y continuados.

3.- TALLERES DE REHABILITACIÓN

Tiene como finalidad el desarrollo de las habilidades profesionales, personales y sociales de las personas cuya discapacidad les impide, de forma provisional o definitiva, integrarse laboralmente.

Lugar de trabajo donde se encuentran las personas con menor autonomía que requieren de mayor atención y supervisión para la realización de sus tareas .Se realizan tareas de manipulación para mejorar la psicomotricidad, mejorar los niveles de atención y concentración, y potenciar la memoria.

3.1- Objetivos

- Potenciar las capacidades físicas, psíquicas, e intelectuales de la persona.
- Desarrollar la personalidad y autonomía de las personas.
- Desarrollar la atención.
- Desarrollar la atención óculo-manual.
- Aumentar la motivación.
- Introducir y afianzar los conceptos básicos adquiridos.
- Potenciar las relaciones interpersonales y de convivencia.
- Conseguir la integración social.

3.2- Actividades

- Montaje de juguetería.
- Montaje industrial.
- Montaje comercial.
- Taller de jardinería.

3.- TERCER PROGRAMA: RESIDENCIAL

1. Viviendas de Transición

2. Pisos Protegidos

3. Pisos Autónomos

1.- Viviendas de Transición

Los pisos protegidos son equipamientos sanitarios insertos en la comunidad que permiten una vida autónoma en régimen de convivencia grupal, pero con apoyo y supervisión desde un centro de referencia. Suponen un alto grado de autonomía muy similar, en algunos casos, al de la vida familiar y forman parte de programas de rehabilitación y reinserción de pacientes con patología psiquiátrica crónica. Deben mantener unas estrechas relaciones con los restantes equipamientos asistenciales, garantizando una participación activa de los pacientes en los programas de rehabilitación que se establezcan. Se trata por tanto de equipamientos sanitarios que hacen especial hincapié en el trabajo psico-social o relacional.

Para facilitar este proceso de externalización de los pacientes largo tiempo internalizados surge la vivienda de transición como recurso intermedio entre la vida hospitalaria y la vida en comunidad.

1.1- Características

- Se trata de un piso ubicado en el propio centro sanitario, pero con servicios independientes. El piso es propiedad de la Administración del Hospital y debe de encontrarse totalmente acondicionado, para el cumplimiento de los objetivos para el que fue diseñado.
- Los pacientes que pasan al piso de transición se encuentran en lo referente a la cuestión administrativa en régimen de internados mientras dure su permanencia en el mismo.
- Los pacientes realizan una vida autónoma del resto de pacientes, pernoctan en la vivienda de transición, comen y realizan todas las actividades que

posteriormente deberán desarrollar en el piso protegido. Cabe señalar que esta fase será progresiva conforme avance el adiestramiento.

- La estancia en la vivienda de transición es temporal, de duración breve, con el objetivo que sus residentes pasen a residir en un piso protegido, retornen al hospital o reciban el alta hospitalaria, para residir con sus familias o de forma autónoma.
- Los pacientes residentes en las viviendas de transición a diferencia de los que residen en pisos protegidos, mantienen un contacto directo con el Centro, así como una relación permanente con el Equipo.

1.2- Objetivos generales

- Lograr que los usuarios adquieran una serie de habilidades de autocuidado que les permita conseguir un mayor grado de autonomía e independencia.
- Adiestrar las habilidades del cuidado del hogar que hagan competente al usuario para el desarrollo de estas en su vida diaria.
- Lograr una serie de habilidades de cocina y unos hábitos alimenticios saludables.
- Lograr que los usuarios adquieran unos horarios y una rutina adecuada y estructurada.
- Adquirir una serie de prácticas y estilos de vida saludables.
- Alcanzar un grado óptimo de conocimiento de los recursos y de funcionamiento del entorno sociosanitario. Reforzar la adecuación de las interacciones y relaciones interpersonales.
- Desarrollar las habilidades necesarias para la adecuada transacción económica básica (como usar dinero, comprar comida, ahorrar...) y complejas (mantenimiento de cuenta bancaria, realizar presupuesto semanal, mensual, responsabilidad de justificación de gastos...).

1.3- Derivación de usuarios

Serán admitidas dos tipos de solicitudes:

- 1.- Pacientes ingresados en el Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra del Carmen
- 2.- Pacientes derivados de otros dispositivos: consultas externas, otros programas del C.R.P.S.

Desde los diferentes equipos derivantes se realizarán peticiones a la Comisión de pisos protegidos, que deberán ser realizadas por escrito y justificando la solicitud.

Una vez admitida las diferentes solicitudes, se realizará conjuntamente con los equipos de los pacientes susceptibles de entrar a viviendas de transición una evaluación utilizando el sistema PIR. Sí dentro del plan individualizado de los usuarios se fija su inclusión en las viviendas de transición, se fijarán los plazos a seguir para su incorporación al citado dispositivo.

1.4- Programas de intervención

1.4.1 Autocuidados e higiene personal:

Según Abad y Garcia (2006) cuando se trabaja en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos, un primer problema que encontramos es que estas personas han abandonado muchos de los hábitos que tenían adquiridos y en algunos casos no han llegado a desarrollar. No debemos olvidar que tener estas habilidades bien adquiridas es la base para poder pasar a una rehabilitación amplia e integral.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr que los usuarios adquieran una serie de habilidades de autocuidado que les permita conseguir un mayor grado de autonomía e independencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concienciar de la importancia de tener un correcto autocuidado.
- Conocer las zonas de su cuerpo y la higiene de cada una de ellas.

- Conocer los instrumentos necesarios para su aseo e higiene.
- Saber la frecuencia del aseo y como incorporarlos a su rutina diaria.
 - Lograr un correcto vestido y calzado.

1.4.2 Cuidado de la casa

Las actividades del cuidado del hogar incluyen varias actividades como refieren Verdugo et al. (2006). La principal actividad es la organización del hogar, que incluye limpiar la casa, uso de electrodomésticos, guardar la comida, hacer la cama, limpiar los muebles y las superficies, ordenar habitaciones, entre otras.

Todas estas actividades requieren habilidades y destrezas complejas desde el punto de vista cognitivo y social. Habilidades que están mermadas en el enfermo mental o que han sido abandonadas provocadas por la falta de motivación y destrezas del mismo proceso patológico.

El entrenamiento en este módulo se justifica al reconocer las actividades del manejo del hogar dentro del área domestica de los componentes de actividades y participación, que organiza la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM-2, 2001).

OBJETIVO GENERAL:

- Adiestrar las habilidades del cuidado del hogar que hagan competente al enfermo para el desarrollo de estas en su vida diaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar elementos del hogar susceptibles de cuidado.
- Entrenar y adiestrar las habilidades necesarias para el cuidado del dormitorio.
- Entrenar y adiestrar las habilidades necesarias para el cuidado del baño.
- Entrenar y adiestrar las habilidades necesarias para el cuidado de los lugares comunes.
- Entrenar y adiestrar las habilidades necesarias para el cuidado de la cocina.

1.4.3 Alimentación:

Según Arrollo y Guisado (2006) la correcta alimentación es un aspecto básico en la vida de cualquier persona ya que influye directamente en nuestra salud y sirve de referencia para estructurar la jornada diaria. Con frecuencia los pacientes con trastorno mental es uno de los primeros hábitos que pierden o no llegan a adquirir, por ello es fundamental concienciar y lograr una alimentación sana, ordenada y equilibrada.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr que los usuarios adquieran una serie de habilidades de cocina y unos hábitos alimenticios saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concienciar de la importancia de tener una correcta alimentación.
- Conocer las propiedades nutritivas de los alimentos y sus necesidades dentro de la dieta.
- Conocer los instrumentos necesarios para cocinar.
- Saber la distribución correcta de las comidas.

1.4.4 Organización de la vida diaria:

Uno de los síntomas principales de la enfermedad mental es como refieren Verdugo et al. (2006) la falta de unos horarios y una vida desordenada y anárquica. Llevar una vida ordenada y rutinaria les confiere un orden y da seguridad, siendo muy importante para evitar recaídas.

Además este módulo engloba a todos los anteriores, estructurándolos y dando un sentido práctico a los diferentes contenidos de este programa.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr que los usuarios adquieran unos horarios y una rutina adecuada y estructurada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concienciar de la importancia de tener una rutina y unos horarios.
- Conocer las diferentes horas a las que hacer las diferentes actividades.
- Saber diferenciar bien los diferentes tipos de actividades de la vida diaria.
- Saber cómo estructurar una jornada correctamente.

1.4.5 Educación para la salud y psicoeducación:

En base a lo que refieren Arrollo y Guisado (2006), conocer la forma correcta de llevar una vida saludable, prevenir enfermedades y cómo afrontarlas, un manejo adecuado de su enfermedad, conseguir una adhesión al tratamiento, crear unos hábitos saludables, es fundamental a la hora de evitar recaídas y llevar una vida lo más adecuada posible. Por todo ello es necesario llevar a cabo este módulo de forma continuada.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr que los usuarios adquieran una serie de prácticas y estilos de vida saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concienciar de la importancia de tener unos hábitos de vida adecuados.
- Adquirir responsabilidad respecto a su medicación
- Ayudar a reconocer los factores de riesgo y de protección que conlleva desarrollar una enfermedad mental.
- Lograr estilos de vida saludables
- Conseguir que conozcan las enfermedades comunes más frecuentes, su prevención y manejo.

1.4.6 Conocimiento del entorno:

Verdugo et al. (2006) comenta que el conocer el entorno cercano donde la persona con enfermedad mental va a vivir, es uno de los objetivos prioritarios del entrenamiento antes de que este comience a desarrollar su vida en un medio normalizado. En este modulo se entrenan tanto las acciones y tareas necesarias para participar en actividades sociales organizadas fuera del ámbito

hospitalario (familia, vida comunitaria, social, cívica). También se trabaja sobre el desempeño y realización de las tareas necesarias para las interacciones simples y complejas con personas (extraños, amigos, familiares, pareja de una manera apropiada contextual y socialmente). (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías CIDDM-2).

OBJETIVO GENERAL:

- Alcanzar un grado óptimo de conocimiento de los recursos y de funcionamiento del entorno sociosanitario. Reforzar la adecuación de las interacciones y relaciones interpersonales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar destrezas de búsqueda para lograr información útil y hacer un uso ajustado de ésta para la realización de determinadas actividades cotidianas (gestión bancarias, direcciones de interés, precios, comunidad de vecinos.)
- Adecuar la imagen personal al entorno donde se desempeña una actividad determinada (deportes, fiestas, trabajo, visitas a familiares...)
- Encontrar pautas generales de comunicación social (saludos y despedidas de conocidos, inicio y mantenimiento de conversación...)
- Ser capaz de ubicar especialmente los recursos de la zona

1.4.7 Habilidades sociales, dinámica de grupo, resolución de problemas:

Como refieren Rulles y Carretero (2006) la concepción vulnerabilidad/estrés de los trastornos mentales resalta el papel de las intervenciones psicosociales específicas para desarrollar habilidades de afrontamiento personales y competencia interpersonal a modo de factores de protección.

El afrontamiento tiene que ver con los procedimientos para luchar por dominar los estresores o cambios ambientales. Este empieza cuando un individuo confía en que su eficacia es la suficiente como para iniciar cualquier tipo de acción cuyo fin es lograr un resultado deseable. Estos esfuerzos de afrontamiento dependen de las habilidades sociales y de autonomía del

individuo, convirtiéndose estas habilidades en factores de protección ante los efectos incapacitantes de la esquizofrenia.

OBJETIVOS GENERALES

- Informar a los usuarios de las características del régimen de vivienda de transición como preparación para la externalización a un piso asistido dentro de un programa de rehabilitación y reinserción.
- Generar actitudes positivas hacia la externalización.
- Propiciar el desarrollo de un clima interpersonal adecuado para la convivencia.
- Anticipar y resolver problemas que puedan surgir en la vida cotidiana de un piso compartido.
- Clarificar los roles que cada usuario, según sus características, puede desempeñar en la dinámica del grupo.
- Crear un espacio en el que los usuarios puedan comentar y resolver dudas y conflictos que surgen en la convivencia diaria, como antecedente de una asamblea en el piso asistido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el afrontamiento y la competencia
- Resolución de problemas
- Estimular el aprendizaje de una vida autónoma sin la dependencia que crea la vida hospitalaria.
- Facilitar el restablecimiento de relaciones interpersonales más directas en un contexto de convivencia diaria.
- Ayudar a los pacientes a que reinicien unas relaciones sociales más amplias que las de la vida hospitalaria y en una situación normalizada.
- Favorecer la participación de los pacientes en la organización del futuro piso.
- Contener y elaborar la pérdida que supone la salida de un entorno hospitalario protector.

- Desarrollar dinámicas que faciliten el conocimiento y la interacción entre los miembros del grupo.
- Clarificar y resolver las dudas y conflictos que puedan surgir en torno a las normas de convivencia.
- Solucionar los problemas interpersonales derivados de las características de cada paciente (personalidad, sicopatología, hábitos) y de los roles que desempeñan en el pre-piso.

1.4.8 Vida económica:

El control en el presupuesto destinado a las compras y la elección de productos necesarios para la vida diaria como dice Verdugo et al. (2006), se consideran necesarios en el entrenamiento de las habilidades para la inclusión de la persona en el medio normalizado. El tiempo de institucionalización y la dificultad de contener impulsos con las compras de estas personas hacen todavía prioritario la adquisición de destrezas que pueden estar abandonadas o se desarrollen de forma incorrecta.

Administrar el dinero de manera adecuada es una habilidad compleja, pero necesaria para el funcionamiento independiente.

OBJETIVO GENERAL:

- Desarrollar las habilidades necesarias para la adecuada transacción económica básica (como usar dinero, comprar comida, ahorrar...) y complejas (mantenimiento de cuenta bancaria, realizar presupuesto semanal, mensual, responsabilidad de justificación de gastos...).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Del grupo- comunidad:
 - Alcanzar un conocimiento cotidiano del manejo del dinero.
 - Optimizar la asignación mensual comunitaria.
 - Responsabilización de la gestión semanal y mensual.

- Del individuo:
- Analizar y establecer prioridades de acuerdo a los valores personales.
- Elaborar planes para adecuar la administración de ingresos y gastos.
- Conocer los gastos personales que deben sufragar.

2.- Pisos Protegidos (P.P)

2.1 Definición:

Son recursos residenciales comunitarios organizados en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con trastorno mental grave.

Ofrecen un apoyo flexible, individualizado y continuado a las personas que en ellos habitan. El grado de supervisión es variable, en función de las necesidades de los residentes del piso y de la etapa del proceso de adecuación y de funcionalidad de los mismos. En los pisos tutelados la supervisión será de 24 h/día mientras que en los pisos protegidos el apoyo directo oscila entre 15 y 30 horas semanales, aproximadamente.

Respecto a la organización interna del piso, se promueve la autogestión del grupo de personas que en él residan y se pretende mantener un ambiente familiar y lo más normalizado posible como comenta Jiménez et al. (2012)

2.2 Objetivos generales

- Retornar a la comunidad pacientes de larga estancia hospitalaria: La población hospitalaria de cualquier hospital psiquiátrico está constituida, mayoritariamente, por un tipo de pacientes antiguos crónicos que solo por razones sociales y no con criterios estrictamente clínicos, continúan internados. No existen razones objetivas, por tanto, para su presencia continuada en una institución psiquiátrica.
- Reducir las estancias de nuevos pacientes: La asistencia psiquiátrica de carácter comunitario tiende, como es sabido, a realizar la asistencia en la

comunidad siempre que sea posible. El internamiento es solo un momento del proceso terapéutico total.

- Evitar reingresos hospitalarios: En especial, en el caso de los llamados jóvenes crónicos, tributarios de pisos asistidos.
- Mejorar la clínica y funcionamiento social de los pacientes: Con un correcto seguimiento de los pacientes, el programa de pisos protegidos supone una mayor autonomía del paciente y una integración más completa en la comunidad.
- Crear dispositivos que reduzcan el coste económico: Según Gunderson y Dossier (1975), demuestran el menor coste de las alternativas comunitarias en relación con los abordajes hospitalarios.
- Modificar los prejuicios en relación con el enfermo mental: La presencia de los enfermos mentales en una comunidad permite que se pierda, progresivamente, el miedo al loco y a la locura, favoreciendo el camino de la desinstitucionalización.
- Aumentar la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y de su familia: Fomentando un trabajo de apoyo a las familias, favoreciendo sus capacidades y recursos de adaptación a la enfermedad, y promoviendo una mejoría en su calidad de vida.

2.3 Objetivos específicos

- Fomentar la autonomía personal:

Incluyen auto cuidado, control económico, actividades domésticas y de la vida diaria, convivencia dentro y fuera del piso, organización del tiempo libre, administración de la medicación, etc.

- Potenciar la socialización:

Pretende potenciar las relaciones familiares, la adaptación a las relaciones de vecindad, el aprendizaje de la utilización de recursos comerciales, sanitarios, de ocio y tiempo libre, realización de trámites administrativos. También es importante el manejo de recursos institucionales tales como servicios sociales de base, biblioteca, etc.

- Buscar alternativas de integración laboral:

En este punto debemos de diferenciar dos grupos de enfermos:

- Aquellos pacientes con un alto grado de institucionalización en un hospital psiquiátrico, con escasas o nulas habilidades laborales, que dificultarían sobremanera su integración en programas de inserción laboral. Este grupo de pacientes será susceptible de seguir acudiendo de forma cotidiana a los Talleres de Rehabilitación del C.R.L.
- Pacientes que por sus características psicopatológicas y sociales, tienen o se les puede adiestrar en habilidades específicas, que nos permitan su incorporación en programas formativos o laborales en la C.R.L, o en otros dispositivos ajenos al C.R.P.S.

- Realizar programas individualizados:

Que se ajusten a las características psicosociales y físicas de cada paciente, no debiendo de olvidar las características particulares de cada paciente.

2.4 Características generales

Existen diferentes clases de pisos asistidos, en razón del tiempo de duración, número de personas que los integran, grado de autonomía de estas personas o movilidad de sus componentes, etc. En nuestro proyecto tendrán las siguientes características:

- Tiempo de duración: se considera que en algún caso será de carácter permanente (los pacientes que residan no tienen otra alternativa que el hospital psiquiátrico) pero, en la mayoría, temporal, como paso o tránsito a su entorno familiar.
- Número de personas: cuatro personas. Parece que los pisos con cuatro son preferibles a los de dos o tres enfermos; según nuestra

experiencia se evidencia en estos últimos más dificultades para la integración grupal.

- Grado de autonomía: lo componen personas que necesitan cierta supervisión y ayuda para su desenvolvimiento, especialmente en cuestiones externas al funcionamiento del piso pero, en general, resuelven satisfactoriamente las exigencias de la vida cotidiana.
- Sexo: se puede diferenciar pisos femeninos y masculinos. Los primeros funcionan mejor especialmente en lo que se refiere a la organización y aspectos domésticos del piso. En este sentido, en los pisos de hombres se necesita al menos al principio de la puesta en marcha del piso, de una persona que se encargue de la limpieza. Es evidente que la necesidad de esta persona supone un gasto fijo, con su indudable repercusión sobre la economía.

2.5 Fases y temporización del proyecto

Se ha dividido en cuatro partes bien diferenciadas y que cuentan con una metodología concreta de trabajo que es desarrollada a lo largo del presente proyecto.

- Primera fase: Selección de pacientes. Se realizará en el Centro hospitalario y tiene una duración de dos meses.
- Segunda fase: Vivienda de transición. Se llevará a cabo en la vivienda de transición y tendrá una duración aproximada de cuatro meses, marcada por el cumplimiento y desarrollo de los objetivos.
- Tercera fase: Puesta en funcionamiento del piso protegido. Se prevé que esta fase se realice a los seis meses del inicio del proyecto.
- Cuarta fase: Evaluación. Será continuada marcando fases temporales de análisis y valoración de resultados que serán el primer año al mes, tres meses, seis meses y a los doce meses.

2.6 Metodología

La metodología empleada será en base a lo establecido por Gisbert, Arias , Camps (2002). Con los usuarios que accedan a vivir en un piso protegido, tras pasar por las viviendas de transición, se elabora un Plan Individualizado de Atención en el que se establecerán los objetivos y áreas de trabajo fundamentales y se indicarán aquellos aspectos del funcionamiento psicosocial donde es necesario incidir para asegurarnos su adaptación dentro del piso y su progresiva integración comunitaria.

Este plan será elaborado conjuntamente entre los equipos de hospitalización, consultas externas del Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen, el equipo de supervisión de los pisos y la unidad de rehabilitación psicosocial.

Los Pisos Supervisados, tienen como característica definitoria, el ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuado. Flexible, porque las necesidades y demandas cambian en el tiempo y se requiere una cierta capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que pueden suceder en un piso. Individualizado, porque cada usuario tiene sus peculiaridades y necesita un apoyo ajustado a sus distintas problemáticas, posibilidades y circunstancias. Y continuado, porque para asegurar el buen funcionamiento del piso y que cumpla su función como recurso de apoyo residencial y rehabilitador, se requiere apoyos capaces de dar respuesta a las diferentes circunstancias y necesidades del piso tanto a nivel grupal como individual.

La supervisión que se debe prestar al piso, es variable según las circunstancias, momentos y necesidades existentes. Inicialmente se deberá hacer una supervisión diaria en la fase inicial de funcionamiento para facilitar la adaptación de los usuarios. A medida que los usuarios se organicen como grupo en las tareas domésticas, horarios, funcionamiento interno y normas de convivencia estén consolidados, el nivel de supervisión se ajustará a las peculiaridades de cada piso y usuario, dándose una visita mínimo a la semana.

En el equipo de pisos debe existir como mínimo con un monitor o educador adscrito a la supervisión y apoyo de los mismos. Su horario será flexible, para poder estar disponible en los momentos que requieran un mayor apoyo y atención en el piso. En todo caso su labor de apoyo será complementada especialmente en horario de mañana, con el resto del Equipo de Supervisión de Pisos y con el Equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial, que deberán colaborar en el seguimiento y supervisión de los usuarios de cada piso.

Los usuarios dispondrán de la posibilidad de llamar a una persona de referencia de cada piso las 24 horas, para abordar las problemáticas que puedan darse. La supervisión se podrá intensificar o disminuir en base a problemas de convivencia, funcionamiento, normas, etc. que puedan darse o se prevea que pueden aparecer.

Los usuarios deberán implicarse en los gastos generados por la convivencia en el piso.

2.7 Criterios de Selección de los Pacientes

A) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS PACIENTES:

1. Enfermedades somáticas graves incapacitantes.
2. Déficit cognitivos severos
3. Incapacidad para el auto cuidado personal.
4. Conductas persistentes de agresividad y sexualidad inapropiadas.
5. Pacientes presuntamente conflictivos: trastornos de personalidad antisociales, toxicómanos, etc.
6. Edad superior a los 65 años.

B) CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS PACIENTES:

1. Aceptable capacidad de relación interpersonal observada durante el tiempo de rehabilitación intra hospitalaria.

2. Capacidad de control de su autonomía personal durante el tiempo de duración de estos programas.
3. Estabilidad psicopatológica mantenida durante al menos el último año.
4. Los trastornos delirantes o alucinatorios crónicos no deben ser obstáculo alguno siempre que estén sujetos a una contención psicológica o farmacológica.

2.8 Derivación

Tras el periodo de entrenamiento en las Viviendas de Transición, el Equipo derivante del usuario y el equipo de Supervisión de los Pisos en base a los objetivos alcanzados, decidirá la derivación a Piso Protegido del usuario en cuestión.

2.9 Actividades

La organización y funcionamiento interno de un Piso Supervisado debe asegurar que éste sea lo más parecido a un hogar familiar. Según Jiménez et al. (2012) debe ser pues un recurso de alojamiento y soporte que facilite el desempeño de roles sociales lo más normalizados que sea posible y que por tanto se articule como un contexto para la rehabilitación y la integración comunitaria. Para avanzar en esta línea, en el piso se buscará organizar un estilo de vida y convivencia lo más familiar y normalizado posible. Los usuarios deberán implicarse y participar activamente en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento cotidiano. Con el apoyo y supervisión que en cada caso requieran, los usuarios se responsabilizarán y ocuparán tanto del cuidado y limpieza de su dormitorio, pertenencias, ropas y objetos personales, como de la realización de las diferentes tareas domésticas comunes necesarias en cualquier vivienda: limpieza, realización de compras, preparación de comidas, etc.

3.- Pisos Autónomos (P.A)

Es la modalidad de piso más autónoma posible en la comunidad. Una persona o un grupo de personas deciden convivir en un piso de alquiler o de otras modalidades en plena autonomía y sólo con un seguimiento individualizado desde el Equipo de Supervisión de Pisos.

Siempre se hará con personas en procesos avanzados de integración social, y con un uso suficientemente normalizado del espacio comunitario.

Podrán incorporarse a este dispositivo los usuarios que reúnan los requisitos y que se encuentren residiendo en las Viviendas de Transición o en los Pisos Protegidos.

7.- EVALUACIÓN

En los C.R.P.S se trabaja con objetivos delimitados y operativizados permiten la posibilidad de valorar la eficacia de los mismos y la metodología utilizada. La evaluación es algo necesario e indispensable como refieren Navarro y Carrasco (2007)

Esta evaluación comprende cuatro aspectos diferenciados:

7.1. Valoración de la eficacia global de atención:

Tiene que ver con la capacidad operativa que tiene el Centro de Rehabilitación Psicosocial para dar respuesta a las necesidades de los servicios derivantes, y con datos de eficacia en la consecución de unos objetivos mínimos de normalización.

Los indicadores utilizados para valorar este punto son:

- Número de accesos anuales.
- Porcentaje de ocupación.
- Número de abandonos de los usuarios asumidos.
- Número de usuarios en seguimiento con una utilización normalizada de recursos comunitarios.
- Las coordinaciones efectuadas con instituciones y dispositivos.
- Las actividades profesionales desarrolladas.

7.2. Valoración de la eficacia global de la intervención:

Nos indicara el funcionamiento psicosocial, la asunción de habilidades sociales, laborales, formativas de los usuarios.

Para evaluar la eficacia utilizaremos los siguientes indicadores:

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

5. Integración en el mercado laboral.
6. Número de ingresos hospitalarios.

7.3. Valoración de la eficacia de cada programa de intervención:

Se valorará el impacto y resultado que cada programa tiene sobre la mejora en el funcionamiento psicosocial de los usuarios.

Tiene el objetivo de mantener o modificar la metodología con el fin de alcanzar los objetivos previstos.

7.4. Satisfacción de los Usuarios:

Se hace imprescindible la valoración subjetiva de los usuarios y su percepción de eficacia y bienestar en el C.R.P.S.

8.-RECURSOS HUMANOS

Es necesario apostar por el trabajo en equipo y siendo desarrollado por profesionales del ámbito socio-sanitario que permitan alcanzar los objetivos propuestos en los diferentes programas del C.R.P.S.

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

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

8.1- Ratios de profesionales / usuarios

Según la publicación Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial(2007), aconseja que los ratios personal - usuario sean los siguientes:

- Un psicólogo para un óptimo de 20 usuarios y un máximo de 30. Por encima de este número se considera que se entorpecería el trabajo del profesional, siendo difícil para el mismo el poder dar una atención personalizada t estar al tanto del desarrollo del Plan Individualizado de Rehabilitación.
- Un trabajador social para un óptimo de 60 usuarios y un máximo de 90.

- Un terapeuta ocupacional para un óptimo de 60 usuarios y un máximo de 90. No todos los usuarios del Centro necesitarán trabajar con el terapeuta.
- Un educador para un óptimo de 30 usuarios y un máximo de 45.
- Un preparador laboral para un Centro con una capacidad de 60-90 plazas, dado que no todos los usuarios participarán en programas de rehabilitación laboral.

Un Centro de Rehabilitación como el nuestro con una capacidad de sesenta usuarios debería contar, además de con un director y un auxiliar administrativo, con dos psicólogos, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, dos educadores y un preparador laboral.

Deberemos contar con un educador más para los Pisos Protegido y Pisos Autónomos, siendo óptimo un educador por cada 16 usuarios.

8.2- Funciones y responsabilidades de los profesionales

Las funciones de los diferentes profesionales son enumeradas en diversas publicaciones especializadas, nosotros nos hemos basado en lo recogido en las publicaciones Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial (2007) y Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (2004).

1. Director: Es el responsable de las actividades que se realizan en el Centro. Sus tareas son:

- Diseño y organización de la atención prestada.
- Supervisión del trabajo del resto de los profesionales.
- Planificación y ajustes de horario.
- Organización administrativa y laboral del Centro.
- Coordinación de las reuniones internas.
- Coordinación institucional con los diferentes recursos necesarios para el funcionamiento del Centro.

- Participación en las Comisiones de Salud Mental de su zona de referencia
- Participación en los grupos de trabajo que sobre aspectos relacionados con la rehabilitación se organicen en el área de referencia.
- Implementación y supervisión de las propuestas de formación en las que esté implicado el Centro de Rehabilitación.
- Desarrollo y apoyo a las propuestas de investigación que realicen los profesionales del Centro.
- Mantenimiento de la filosofía de atención que caracteriza al Centro.
- Evaluación del funcionamiento y atención, elaborando los informes y memorias necesarios.

2. Psicólogo: Es su tarea el desarrollo de la actividad rehabilitadora, con las siguientes responsabilidades:

- Tutorizar a los usuarios derivados.
- Evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación y llevar a cabo la intervención, tanto en el Centro como en el ambiente natural del usuario.
- Supervisar el seguimiento una vez alcanzados los objetivos propuestos y establecer el momento del alta.
- Realizar las coordinaciones necesarias con los diferentes recursos socio-sanitarios para asegurar una correcta continuidad de cuidados.
- Asistir a las reuniones de coordinación con los Servicios de Salud Mental.
- Es el responsable de los diferentes programas de entrenamiento: Rehabilitación Cognitiva, Habilidades Sociales, Educación para la Salud, Autocontrol, Acogida y Psicoeducación de Familias, siendo el encargado de su diseño y desarrollo.
- Llevar a cabo las actividades relacionadas con dichos programas.
- Informar, orientar y apoyar a las familias de los usuarios derivados.
- Elaboración de los seguimientos e informes necesarios para comunicar nuestras actuaciones, expectativas y objetivos.
- Evaluar los diferentes Programas de Intervención, colaborando en la programación y organización del Centro.

- Asumir la docencia de los diferentes profesionales que acuden a formarse al centro de rehabilitación.
- Desarrollar proyectos de investigación y docencia sobre aspectos relacionados con la rehabilitación psicosocial.

3. Trabajador Social: Tiene diversas tareas a su cargo. Algunas de ellas son:

- Llevar a cabo tareas de valoración e intervención social.
- Realizar las coordinaciones con los diferentes recursos de la red socio-sanitaria de la zona.
- Asistir y formar parte de las Comisiones de Rehabilitación de la zona de referencia si éstas existen.
- Participar en los grupos de trabajo del área de referencia del C.R.P.S.
- Realizar la evaluación de las familias, dentro del protocolo de evaluación del centro.
- Llevar a cabo los seguimientos de los usuarios asignados.
- Realizar las actividades encomendadas dentro de los Programas de Intervención.
- Informar y orientar a los usuarios sobre recursos, especialmente los que supongan una mayor normalización e integración: formativos, laborales, educativos, de ocio...
- Encargarse de recopilar la información necesaria sobre los recursos señalados.
- Psicoeducación y apoyo a familias.
- Desarrollar trabajos de investigación y comunicar a través de medios profesionales la labor llevada a cabo.
- Asumir a los alumnos (en prácticas) de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo cuando existan los convenios correspondientes.
- Coordinarse con las Asociaciones de Familiares y Usuarios de las Áreas de referencia del Centro de Rehabilitación, así como con otro tipo de asociaciones de participación ciudadana.
- Apoyo en la búsqueda activa de empleo y de recursos de integración social.

- Es el encargado de organizar el trabajo con los voluntarios que pudieran incorporarse.

5. **Terapeuta ocupacional:** responsable del programa de actividades de la vida diaria

- Es el responsable del Programa de Actividades de la Vida Diaria y de la actividad de Psicomotricidad.
- Es el encargado de llevar a cabo las actividades relacionadas con dicho programa y de supervisar las que realicen otros profesionales.
- Debe evaluar e intervenir en las áreas relacionadas con la autonomía básica y autocuidados de los usuarios derivados.
- Organiza las actividades de ocio.
- Debe coordinarse con los tutores para la planificación de la intervención en las áreas mencionadas como responsabilidad suya.
- Evalúa la eficacia de los Programas de los que es responsable, colaborando en la programación y organización del Centro.
- Asume las tareas docentes relacionadas con su profesión, participando en los grupos de trabajo para los que sea relevante su presencia.
- Es el responsable de la tutorización o seguimiento de los usuarios asignados.
- Debe coordinarse con los recursos institucionales relevantes en su campo.

5. Educador:

- Es el encargado de llevar a cabo las actividades de parte de los Programas de Acogida, Actividades de la Vida Diaria, Rehabilitación Cognitiva y Apoyo Comunitario y participa activamente en el resto de programas de entrenamiento.
- Es su tarea reforzar, motivar y apoyar a los usuarios.
- Es el responsable de la tutorización y seguimiento de los usuarios asignados.

- Realiza los acompañamientos necesarios para asegurar una adherencia adecuada al Centro, un entrenamiento en orientación o la realización de gestiones por parte de los usuarios.
- Lleva a cabo la organización y desarrollo de las salidas programadas desde el Centro en relación a actividades de ocio, tiempo libre o utilización de recursos comunitarios.
- Se coordina con los profesionales de otros dispositivos de rehabilitación para el desarrollo de actividades comunes.
- Se coordina con recursos socio-comunitarios que sean relevantes para la integración normalizada de los usuarios atendidos.
- Asume las tareas docentes con aquellos colectivos para los que sea interesante el trabajo desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

6. Auxiliar Administrativo:

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

7. Técnico de empleo / Preparador laboral.

- Prospección del mercado laboral.
- Creación y actualización de una base de datos con las ofertas laborales disponibles.

- Búsqueda y negociación concreta con empresarios que puedan facilitar puestos de trabajo.
- Análisis de los puestos de trabajo disponibles.
- Enseñanza de las tareas en el propio puesto de trabajo.
- Apoyar la progresiva integración en el puesto.
- Asesorar a los compañeros y supervisores para facilitar la inserción laboral del usuario.
- Favorecer la integración total en la empresa.
- Apoyar el mantenimiento en el puesto de trabajo.
- Apoyar al usuario en el mantenimiento de su tratamiento psiquiátrico y en la continuidad en el cumplimiento de sus citas en Salud Mental.
- Apoyar a la familia en la resolución de conflictos derivados de la inserción laboral.
- Apoyar al usuario en el establecimiento de redes sociales significativas en el contexto laboral.

Las funciones arriba referenciadas deben de entenderse de una forma flexible para conseguir la operatividad del equipo. El equipo de profesionales podrá modificarse en base a las necesidades que se den el Centro, pudiéndose incorporar otros perfiles profesionales.

9.- ESTRUCTURA FÍSICA

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

Las instalaciones deben cumplir las óptimas condiciones de habitabilidad, equipadas de manera funcional y respetando la normativa. El centro estará adaptado según la legislación vigente en Aragón según el Decreto 82/1989, de 20 de junio, de la Diputación General de Aragón, por el que se crea y organiza el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos de Acción Social, B.O.A. nº 66, 10 de junio de 1992 y en la Orden 09.10.2006 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental. DOCM. nº 223 de 27 de octubre.

Los espacios deben permitir trabajar de una forma flexible.

- 1 vestíbulo/sala de espera (15m²).
- 1 Despacho o recepción administrativa (10m²).
- 1 Despacho director (10m²).
- 2 Despachos polivalentes (12m²).
- 2 Salas de actividades que permitan el trabajo en grupo de hasta 12 personas (15m²).
- 1 Sala para el desarrollo de talleres ocupacionales (35m²).
- 1 Sala para el desarrollo de talleres prelaborales (45m²).
- 1 Sala de estar (40m²).
- 2 Aseos con vestuario y ducha (15m²).
- 1 Cocina pequeña (15m²),
- 1 Almacén (10m²).
- 1 Cuarto de limpieza (5m²).

Los espacios y los metros deben resultar orientativos.

La dependencia contara con ventilación suficiente. La decoración (mobiliario, pintura) debe ser funcional y de fácil limpieza. En cuanto a los despachos deberán guardar las condiciones de privacidad y adecuación al desarrollo del encuadre de la entrevista.

También es necesaria la instalación de una cocina, similar a la de cualquier hogar que nos permita el desarrollo de actividades de entrenamiento.

Habrà un comedor, que permita la posibilidad de que los usuarios que deban llevar a cabo actividades por la mañana y por la tarde puedan comer, bien trayéndose su propia comida o bien a través de la facilitada por el Centro.

Debe darse el equipamiento necesario y el soporte informático que permita desarrollar las tareas establecidas.

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

- Se instalarán recipientes de reciclado para la recogida de papel, pilas, vidrio y envases (perfectamente diferenciados).
- Se deberá concienciar a los usuarios en cuanto al uso y ahorro de agua, energía eléctrica o gas, a través de charlas informativas y talleres.

10. GESTIÓN DE CALIDAD

Basándonos en los documento de Revisión de Conceptos de Fundamentos de la Excelencia. EFQM (2002) y en el Curso Básico en Gestión de Calidad para ONG de Acción Social (2008) recogen que:

La implantación de sistema de gestión de la calidad se está introduciendo en los Servicios Sociales de una manera más lenta de lo que ocurre en otros sectores de intervención, tanto públicos como privados.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) tiene como misión ayudar a las organizaciones a mejorar su gestión en la búsqueda de la Excelencia empresarial.

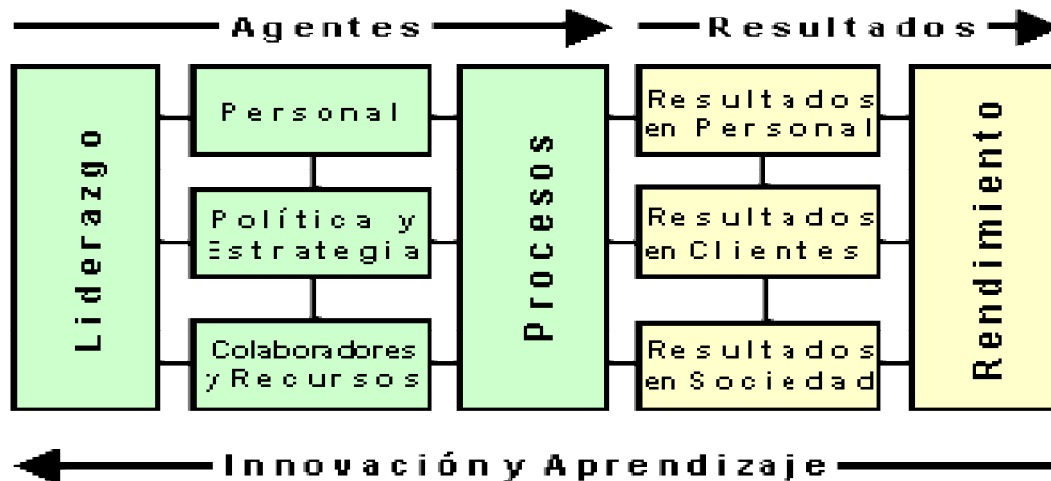
La Misión de la Fundación es:

- Estimular y ayudar a las organizaciones europeas a participar en actividades de mejora que conduzcan, en último término, a la excelencia en la satisfacción de sus clientes, de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados de negocio.
- Dar soporte a los líderes de organizaciones europeas en impulsar el proceso de hacer de la gestión de la calidad total un factor decisivo para conseguir una ventaja competitiva global.

La calidad total es un sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de toda la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas de productivos, etc.

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

El Modelo EFQM de Excelencia es un modelo flexible que puede implantarse en organizaciones tanto grandes como pequeñas, del sector público como del privado.



Consta de dos partes:

- Un conjunto de criterios de excelencia empresarial que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización.
- Un conjunto de reglas para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio.

Hay dos grupos de criterios:

- **Los Resultados** (Criterios 6 al 9) representan lo que la organización consigue para cada uno de sus actores (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores).
- **Los Agentes** (Criterios 1 al 5) son aspectos del sistema de gestión de la organización. Son las causas de los resultados.

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada lógica REDER: (*Results, Approach, Deployment, Assessment and Review*)

- **Resultados (*Stakeholders*)**

Lo que la organización consigue. En una organización excelente, los resultados muestran tendencias positivas o un buen nivel sostenido, los objetivos son adecuados y se alcanzan, los resultados se comparan favorablemente con los de otros y están causados por los enfoques. Además el alcance de los resultados cubre todas las áreas relevantes para los actores

- **Enfoque (*Approach*)**

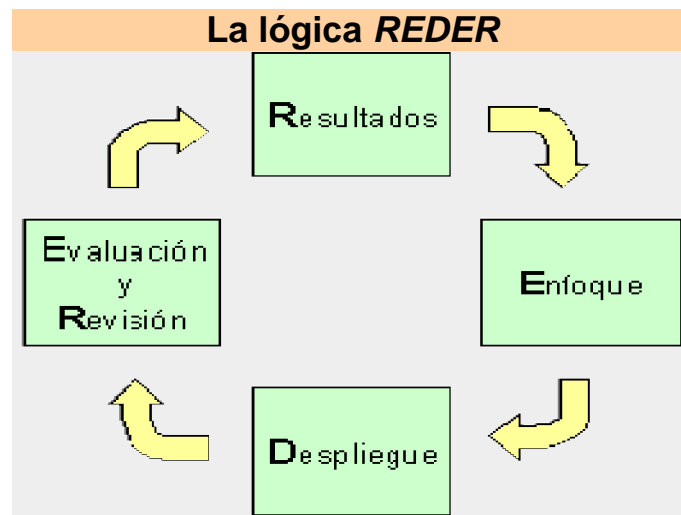
Lo que la organización piensa hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque será sano (con fundamento claro, con procesos bien definidos y desarrollados, enfocado claramente a los actores) y estará integrado (apoyará la política y la estrategia y estará adecuadamente enlazado con otros enfoques).

- **Despliegue**

Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque. En una organización excelente, el enfoque estará implantado en las áreas relevantes de una forma sistemática.

- **Evaluación y Revisión_(*Assessment and Review*)**

Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a mediciones, se emprenderán actividades de aprendizaje y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica mejoras.



Los resultados han de mostrar tendencias positivas, compararse favorablemente con los objetivos propios y con los resultados de otras organizaciones, estar causados por los enfoques de los agentes y abarcar todas las áreas relevantes.

Los agentes han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.

Conceptos fundamentales de excelencia:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y coherencia con los objetivos.
- Gestión por procesos.
- Desarrollo e implicación de la personas.
- Aprendizaje y mejora continua.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

• **Orientación hacia los resultados.**

Concepto:

La Excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.

Beneficios:

- Valor añadido para todos los grupos de interés.
- Éxito sostenido para todos los grupos de interés.
- Comprender los requisitos actuales y futuros en cuanto a los resultados de la organización con el fin de fijar objetivos.
- Alinear y focalizar a toda la organización en el logro de unos determinados resultados.
- Satisfacción plena de todos los grupos de interés.

• **Orientación al cliente.**

Concepto:

La Excelencia consiste en crear valor sostenido para el cliente.

Beneficios:

- Satisfacción plena de los clientes.
- Fidelidad y retención de clientes.
- Incremento de la cuota de mercado.
- Éxito sostenido de la organización.
- Empleados motivados.
- Comprensión de las ventajas competitivas.

● **Liderazgo y coherencia con los objetivos.**

Concepto:

Excelencia es ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y que, además, sea coherente en toda la organización.

Beneficios:

- Claridad en cuanto al objeto y la dirección de la organización en todas las personas que la integran.
- Una organización con una identidad clara.
- Existencia en toda la organización de un conjunto de valores y principios éticos de comportamiento que comparten todas las personas que la integran.
- Existencia en toda la organización de comportamientos coherentes y que sirven de modelo de referencia.
- Plantilla comprometida, motivada, eficaz y eficiente.
- Una organización con confianza en sí misma, incluso en tiempos difíciles.

● **Gestión por procesos.**

Concepto:

Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, interdependientes e interrelacionados.

Beneficios:

- Máxima eficacia y eficiencia a la hora de hacer realidad los objetivos de la organización y elaborar sus productos o prestar sus servicios.
- Toma de decisiones eficaz y realista.
- Gestión de riesgos eficaz y eficiente.
- Mayor confianza en la organización por parte de todos sus grupos de interés.

● **Desarrollo e implicación de la personas.**

Concepto:

Excelencia es maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación.

Beneficios:

- Todas las personas de la organización se sienten propietarios y comparten unos mismos objetivos.
- Plantilla implicada, fiel y motivada.
- Capital intelectual de gran valor.
- Mejora continua de la capacidad y el rendimiento de las personas.
- Mayor competitividad lograda mediante una mejor imagen de la organización.
- Las personas de la organización alcanzan plenamente todo su potencial.

● **Aprendizaje y mejora continúa.**

Concepto:

Excelencia es desafiar el status quo y hacer realidad el cambio aprovechando el aprendizaje para crear innovación y oportunidades de mejora.

Beneficios:

- Mayor creación de valor.
- Mejora de la eficacia y eficiencia.
- Incremento de la competitividad.
- Productos y servicios innovadores.
- El conocimiento se recoge, estructura y comparte.
- Una organización más ágil.

● **Desarrollo de alianzas.**

Concepto:

Excelencia es desarrollar y mantener alianzas que añaden valor.

Beneficios:

- Incremento del valor de la organización para los grupos de interés.
- Mejora de la competitividad.
- Optimización de las competencias clave.
- Mejora de la eficacia y eficiencia.
- Incremento de las posibilidades de supervivencia.
- Riesgos y costes compartidos.

● **Responsabilidad social.**

Concepto:

Excelencia es exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés en la sociedad.

Beneficios:

- Mejora de la imagen en la opinión pública.
- Incremento del valor de la marca.
- Mayor acceso a la financiación.
- Mejora de la salud y seguridad de los empleados.
- Mejora de la gestión de los riesgos y del gobierno de la organización.
- Mejora de la motivación de los empleados.
- Fidelidad de los clientes.
- Incremento de la confianza que la organización tiene en sí misma y de la que en ella tienen sus grupos de interés.

11. CONCLUSIONES

La atención a los enfermos mentales a través de la historia ha estado marcada por la marginalidad, la exclusión, desconocimiento y el miedo mostrado hacia este colectivo. Con los avances en la ciencia se ha conseguido un mayor conocimiento de la enfermedad y un mejor tratamiento de la misma, generando una conciencia social de la realidad del enfermo mental.

Para alcanzar los objetivos marcados en la Reforma Psiquiátrica para las personas con enfermedad mental crónica se debe potenciar el desarrollo de recursos de atención, rehabilitación y apoyo comunitario, mejorando la calidad de vida de este colectivo y la articulación de dispositivos que aseguren su integración y mantenimiento en la comunidad.

Se deben potenciar medidas encaminadas a erradicar la estigmatización absurda y errática del enfermo mental, mostrando un apoyo fuerte y decidido por la plena integración de este colectivo en la sociedad como cualquier ciudadano de pleno derecho.

El sistema de servicios sociales junto con el sistema sanitario deben aunar esfuerzos que generen la creación y cumplimiento de políticas estatales y autonómicas, encaminadas a desarrollar recursos de atención residencial, recursos de rehabilitación y apoyo comunitario.

La rehabilitación psicosocial ha tenido un fuerte desarrollo en los últimos años en nuestro país, lo que ha permitido una mayor atención de los enfermos en la comunidad. Se deben seguir potenciando medidas eficaces de coordinación con otros dispositivos que aseguren que los centros de rehabilitación no sean para la mayoría de los usuarios recursos finalistas, potenciando la inserción y mantenimiento en la comunidad de la forma más normalizada posible.

Se evidencia que falta mucho camino por recorrer, un camino que se ha tornado cuesta arriba con la precaria situación económica que atraviesa nuestro país, que ha generado una gran cantidad de personas en situación de desempleo, cierre de dispositivos asistenciales y paralización de políticas sociosanitarias.

Este panorama se perfila con un futuro incierto para la rehabilitación psicosocial, pero los responsables y trabajadores de estos dispositivos se deben mostrar optimistas y realizar su labor de una forma cada vez más competitiva, siguiendo políticas de calidad que aseguren una gestión excelente de los recursos.

BIBLIOGRAFIA

- Abad, a. y García, A. (2006) Autocuidados y actividades básicas de la vida diaria. Madrid: IMSERSO.
- Ackerknechit, E. (1993) Breve historia de la psiquiatría. Valencia: Seminari D´Estudios sobre la Ciencia.
- Antony, W., Cohen, M. y Cohen, B. (1984) The chronic mental patient. Five years late. Psychiatric Rehabilitation, 137-157.
- Anthony, W., Chen, M. y Farkas, M. (1990) Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Arroyo, J.L. y Guisado, A.B. (2006) Educación para la salud: programas básicos de intervención. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Beard, J. Propst, R. y Malamud, T. (1982) The fountain house model of psychiatric rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 5, 47-53.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997) Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. Madrid: Pirámide.
- Cañamares, J.M., López, M., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001) Esquizofrenia. Madrid: Síntesis.
- Cañamares, J.M., López, M., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001) Evaluación. Madrid: Síntesis.
- Campos, R. y Huertas, R. (2008) Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. Arbor Ciencias, Pensamiento y Cultura, 731, 471-480.
- CIDDM -2. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (2001). Organización Mundial de la Salud.

- Cohí, A. (1990) Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos según la condición del tratamiento. Revista de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona, 17, 201-218.
- Contreras, J.A., Navarro, D. y Domper, J. (2007) Programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con enfermedad mental. Toledo. FISLEM.
- Cortines, A., Martínez, D., González, G. y Arribas, A. (2011) Centro de rehabilitación laboral: Guía de procesos y buenas prácticas. Madrid: Grupo 5.
- Costa, M. y López, M. (1991) Manual para el educador social. Madrid: Mº de Asuntos Sociales.
- Curso básico en gestión de calidad para ONG de acción social (2008). Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social.
- Cutanda, A. y Blanco, M. (2006) Programa de acogida y enganche: programas básicos de intervención. Madrid. Consejería de Servicios Sociales.
- Decreto 82/1989, de 20 de junio, de la Diputación General de Aragón, por el que se crea y organiza el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos de Acción Social.
- Derito, N., Martínez, G. y Fernández, L. (2004) Antisicóticos atípicos: historia y descubrimiento de los antipsicóticos atípicos. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 11, 12-24.
- Desviat, M. (2010) La reforma psiquiátrica. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Desviat, M. (2010) Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social, 23, 253-263.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992) Introducción a la evaluación psicológica. Madrid: Pirámide.

- Fernández, J. (2006) Rehabilitación psicosocial y estilo de atención: programas básicos de intervención. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Fernández, J. (2006) Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial: programas básicos de intervención. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Florit, A. y Robles (2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de Psicología, 24, 223-244.
- Gisbert, Arias, Camps, Cifre, Chicharro, Fernández, González, Mayoral, Moro, Pérez, Rodríguez y Uriarte (2002) Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gisbert, Aparicio, Bravo, Camps, Chicharro, Fernández, González, Mayoral, Moro, Pérez, Rodríguez, Buriño y Iriarte (2003) Rehabilitación psicosocial y tratamiento del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Global Assesment of Frietioning – APA- (1987).
- Guinea, Florit, González, Vallespi, Andrés, Touriño y Abelleria (2007) Modelos de centros de rehabilitación psicosocial. Madrid. IMSERSO.
- Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto Nacional de Salud Mental de E.E.U.U – NIMH- (1987).
- Jiménez, Perdigón, Ledo, Recalde, Pizarro, Montoro, Quevedo y Rullas (2012) Guía técnica de organización de la actuación y funcionamiento en pisos supervisados para personas con enfermedad mental. Madrid: Dirección General de Servicios Sociales.

- Lamtéri-Laura (1997) Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela.
- Liberman, R. (1988/1993) Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R. y Kipewick, A. (2004) Un enfoque empírico de la recuperación en la esquizofrenia: definir la recuperación los factores que pueden facilitarla. Barcelona: Doyma
- Lemos, S. y Vallina, O. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema, 13, 345-364.
- Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.
- Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley de 15/12/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
- Lueches, B., González, J.J., Jiménez, M. (2006) Integración comunitaria: programas de intervención. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Marieta, H. (1990) Historia de la psiquiatría. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 11, 50-70.
- Menendez, F. (2005) Veinte años de la reforma psiquiátrica en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento ,único a otro. Revista Asociación Española de Neurosiquiatría, 25, 69-81.
- Muñoz, A., Abad, A. (2006) Actividades instrumentales de la vida diaria: programa básicos de intervención. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Navarro, D., Carrasco, O. (2007) Evaluación de un programa de rehabilitación para personas con enfermedad mental crónica en la comunidad. Avances en Salud Mental, 6, 3-34.
- Pilling, S. (1991) Rehabilitación and community care. London. Routledge.
- Pulido, D. (2006) Autocontrol y manejo del estrés: programa básico de intervención. Madrid: Consejería Servicios Sociales.

- Revisión de conceptos de fundamentos de la excelencia europea para la gestión de la calidad EFQM (2002). Bruselas: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.
- Rodríguez, A. y González, J. (2006) La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral en la población enferma mental crónica. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Rodríguez, A. (2006) La experiencia de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) del programa de atención social a personas con enfermedad crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería Servicios Sociales.
- Rullas, M. y Carretero, G. (2006) Habilidades sociales: programa básico de intervención. Madrid. Consejería Servicios Sociales.
- Sánchez, D. y Sánchez, Y. (2006) Talleres prelaborales en los centros de rehabilitación laboral con enfermedad mental. Madrid: Psicosocialart.
- Sánchez, O. (2006) Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental. Madrid: Psicosocialart.
- Sobrino, T. (2001) La inserción laboral de la persona con enfermedad mental crónica. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 13, 13-23.
- Simón, B. (1984) Razón y locura en la antigua Grecia. Madrid: AKAL/Universitaria.
- Verdugo, M.A. y Jordán, F.B. (2001) Panorámica del empleo con apoyo en España. Madrid: Real Patronato sobre la Discapacidad en el Trabajo, 29, 23-31.
- Verdugo, M.A y Jenaro (1993) Una buena posibilidad laboral para personas con discapacidad. Siglo Cero, 29, 30-31.

- Verdugo, M.A., López, D., Martín, M., Gómez, A., Méndez, C. y Sánchez, Fco. (2006) Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta autodeterminada en personas con enfermedad mental grave y prolongada. Salamanca: INICO Universidad de Salamanca.