



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DE LOS CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ASAPME

Autoras:

ALICIA ARANDA ORNA

LAURA ROYO SANZ

Directora

EVA MARÍA GARCÉS TRULLENQUE

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

2014 / 2015

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
PARTE I: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	6
2. OBJETO DEL TRABAJO	6
3. METODOLOGÍA	7
4. ANÁLISIS DE LA REALIDAD (MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA)	8
4.1. MARCO TEÓRICO	8
4.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE	8
4.1.2. RECURSOS DE SALUD MENTAL EXISTENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	10
4.1.3. ASOCIACIÓN ARAGONESA PRO SALUD MENTAL	15
4.1.4. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ASAPME	16
4.1.5. FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL	24
4.2. MARCO NORMATIVO	26
PARTE II: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
5.1. OBJETIVOS E HIPOTESIS	32
6. ANALISIS EMPÍRICO	34
6.1. POBLACIÓN O UNIVERSO	34
6.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
6.2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
6.2.2. VARIABLES	39
6.2.3. PROCEDIMIENTO	42
PARTE III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
7. RESULTADOS OBTENIDOS	44
8. CONCLUSIONES	57
9. PROPUESTAS DE MEJORA	60
10. BIBLIOGRAFÍA	61
11. ÍNDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS	63
12. ANEXOS	67
ANEXO I. ESCALA HONOS	67
ANEXO II. ESCALA DE CRONICIDAD	77
ANEXO III. ESCALA OBSERVACIONAL	84
ANEXO IV. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ASAPME	86
ANEXO V. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE ASAPME	87
ANEXO VI. CRONOGRAMA	89
ANEXO VII. RESULTADOS OBTENIDOS DISCRIMINADOS	90

AGRADECIMIENTOS

Una vez realizado este Trabajo de Fin de Grado nos damos cuenta de que no podría haber sido posible su realización sin la ayuda de aquellos que han colaborado tanto de forma directa como indirecta. A todas estas personas queremos agradecerles su colaboración.

En primer lugar, queremos dar las gracias a todo el personal de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, en especial a su Directora Ana López, al Departamento de Psicología formado por Carmen Pardos, M^a Dolores Sobrino y Ana Lozano y al Departamento de Trabajo Social constituido por Lorena García y Susana Ramas, por su especial implicación en el estudio.

En segundo lugar, a los usuarios de ASAPME por ser los sujetos de estudio en los que se basa esta investigación y sin los cuales no podría haber sido posible.

En tercer lugar, a Eva María Garcés con especial agradecimiento, como directora de este trabajo final de grado, por su confianza en nosotras para la realización de este proyecto académico y personal, asesoramiento, implicación y disponibilidad.

Y en último lugar, agradecer a las profesionales del trabajo social que han tutorizado nuestras prácticas durante el Prácticum de Intervención, por habernos iniciado en el área de salud y salud mental, surgiendo así nuestro interés sobre este ámbito.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales graves y duraderos se caracterizan por un continuo deterioro de las capacidades funcionales, tales como autocuidado, autocontrol, interacción social, actividad ocupacional, aprendizaje y ocio, con el consecuente daño para la calidad de vida de las personas afectadas.

Esta investigación tiene como objeto analizar los beneficios que muestran los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental abordando la intervención sobre los factores psicosociales derivados de las necesidades particulares que presentan los pacientes con Trastorno Mental Grave en su proceso salud-enfermedad y observar una mejora del funcionamiento psicosocial del usuario.

Dentro de la intervención clínica que se hace con los pacientes que padecen un Trastorno Mental Grave no solo es suficiente un tratamiento farmacológico para paliar los síntomas, sino que también precisan de atención sobre sus necesidades psicosociales mediante la rehabilitación psicosocial en los centros específicos para ello, dado el progresivo deterioro que sufren estos pacientes en diferentes aspectos de su vida a causa de dicho trastorno.

El motivo por el que decidimos realizar este estudio de investigación centrado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME surge tras la realización del “Practicum de Intervención” de 4º de Grado en Trabajo Social de ambas alumnas, tanto en un hospital general como en la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME. A partir de estas prácticas se inicia el interés de ambas por el área de salud en general y salud mental en particular.

Lo que pretendemos con la elaboración de esta investigación es conocer en profundidad al colectivo de personas que padecen algún tipo de Trastorno Mental Grave, y de forma especial, conocer sus capacidades y limitaciones en la autonomía personal. Por otro lado, queremos conocer los métodos de evaluación que miden los cambios del funcionamiento psicosocial en los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME, para un posterior análisis de la información obtenida sobre este colectivo.

A través de este estudio tratamos de conocer los cambios que pueden experimentar en el funcionamiento psicosocial los usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial, como es el caso de ASAPME, durante el periodo de Rehabilitación Psicosocial. Para finalmente hacer una conclusión-reflexión sobre la necesidad de rehabilitación y apoyo que precisan las personas que padecen un Trastorno Mental Grave y que se presta dentro de una institución.

Como punto final, se considera importante destacar la relevancia del papel del trabajador social como agente socializador y dinamizador en la intervención con el colectivo de Salud Mental.

PARTE I: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2. OBJETO DEL TRABAJO

El siguiente Trabajo de Fin de Grado ha sido realizado por las alumnas Alicia Aranda y Laura Royo de 4º curso del Grado en Trabajo Social durante el 2º Cuatrimestre en el año 2015 para cumplimentar y dar por finalizado el plan de estudios del grado.

Para la elaboración de este estudio hemos contado con la colaboración de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME), sin la cual no hubiese sido posible este trabajo.

El objetivo general del estudio es:

“Conocer los cambios en el funcionamiento psicosocial de los usuarios que padecen un Trastorno Mental Grave tras su asistencia al Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME”.

Para la consecución de este objetivo consideramos que será necesario abarcar tres áreas de investigación:

- ❖ Contexto legislativo con la normativa vigente sobre Salud y Salud Mental a nivel Estatal y en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ❖ Análisis empírico sobre la bibliografía relacionada con dicho tema.
- ❖ Estudio sobre los cambios en el funcionamiento psicosocial de los usuarios con Trastorno Mental Grave del Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME, analizado con diferentes instrumentos de medida.

Una vez consideradas estas tres áreas de investigación se podrá realizar un análisis sobre los cambios del funcionamiento psicosocial de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave, fundamentado de forma empírica en la literatura sobre Salud Mental y conocer gracias a la legislación y documentación los recursos existentes para este colectivo.

3. METODOLOGÍA

El periodo de tiempo en el que se desarrolla este estudio de investigación son los meses de Febrero a Mayo del año 2015.

El lugar donde se realiza el estudio es en Zaragoza, en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Además se cuenta con la colaboración del Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME, que pone a disposición la información necesaria sobre los usuarios con Trastorno Mental Grave para poder llevar a cabo el consiguiente estudio.

A lo largo de esta investigación se han empleado técnicas cualitativas, como son las fuentes documentales, así como cuantitativas, encuestas y escalas.

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica sobre literatura en relación a la Salud Mental, Trastornos Mentales, todo lo relacionado con los centros de rehabilitación psicosocial y, por último, formas de evaluación en salud mental. Para la obtención de estos documentos se han utilizado diferentes herramientas como son las bases de datos ALCORZE y DIALNET; recursos online como la página web de ASAPME y otras organizaciones del Tercer Sector relacionadas como FEAFES, FEAPS y CERMI.

El sistema de citas y referencias bibliográficas empleado se basa en el sistema APA (*American Psychological Association*), ya que corresponde al utilizado en las Ciencias Sociales.

En relación a las técnicas cuantitativas se han empleado escalas y encuestas. Las escalas utilizadas para consultar la información necesaria fueron facilitadas por ASAPME, lugar en el cual se realizó la recogida de datos. También se obtuvo información a través de encuestas, tanto de elaboración propia como proporcionadas por la asociación.

Esta metodología hace referencia a toda la desarrollada durante el trabajo, mientras que más adelante dentro de la “Parte II: Proceso de la Investigación” hay otro apartado de metodología en la que se recoge la empleada en la investigación.

4. ANÁLISIS DE LA REALIDAD (MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA)

4.1. MARCO TEÓRICO

4.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

A continuación se va a realizar un análisis de las modificaciones que han sufrido los términos asociados a padecer una enfermedad mental a lo largo del tiempo, y de esta manera facilitara la diferenciación entre sí de tales conceptos, como son, Enfermedad Mental, Paciente Mental Crónico, Trastorno Mental Severo, hasta llegar a la conceptualización actual denominada como Trastorno Mental Grave.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

El concepto Enfermedad Mental se asocia a personas que padecen un trastorno cognitivo que provoca una alteración de dicho sistema afectando también al desarrollo afectivo de la persona, y no son comúnmente consideradas por la sociedad.

El término de Paciente Mental Crónico hace referencia a los pacientes que padecen una enfermedad mental de carácter severo y prolongado en el tiempo. (Gisbert, C. 2002) Dentro del ámbito de la salud mental el término cronicidad se asocia a unas connotaciones estigmatizantes, ésta es la razón por la que se paso a emplear el concepto de Trastorno Mental Severo (TMS). El Trastorno Mental Severo hace referencia a los pacientes que padecen un Trastorno Mental Grave que se prolonga en el tiempo y al que se asocia una discapacidad y disfunción social. (Gisbert, C. 2002).

¹ Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y de Personas con Enfermedad Mental (2007) *Estrategia en Salud Mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo*. Madrid: FEAFES.

El término Trastorno Mental Grave (TMG) como el de Trastorno Mental Severo procede del inglés *Severe Mental Illness* que está siendo sustituido por *Severe and Persistent Mental Illness*. Este término asocia una serie de condiciones clínicas con carácter crónico y se asocia a connotaciones más positivas. Las definiciones de TMG se refieren además del diagnóstico clínico y la duración del trastorno a otros factores como son el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona que lo padece. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (IACS. 2009. Pág. 22).

Puede considerarse Enfermedad a la ausencia o alteración de salud, mientras que Síndrome es un conjunto de síntomas derivados de una enfermedad. Por otro lado, Trastorno es una alteración de la salud que se asocia a una patología mental o a alteraciones de los procesos cognitivos. A su vez, se considera Patología al estudio de la enfermedad.

El enfoque biopsicosocial se debe al objetivo de las intervenciones clínicas como la mejora del funcionamiento personal y social para de esta manera conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas que padecen un TMG. Este enfoque plantea actuar más allá de los síntomas para superar la enfermedad (IACS. 2009. Pág. 131).

Se entiende por recuperación “el proceso en el que las personas son capaces de vivir trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad” (IACS. 2009. Pág. 132).

El funcionamiento global de una persona hace referencia al correcto desempeño de todas las funciones corporales, actividades y participación de la persona en su vida diaria y que le permita tener independencia y autonomía.

4.1.2 RECURSOS DE SALUD MENTAL EXISTENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

“Los centros y servicios de titularidad pública o concertados dedicados a la atención a la salud mental integrarán la Red de Salud Mental de Aragón, que ofrecerá unas prestaciones adaptadas a las necesidades del enfermo, capaces de asegurar continuidad en los cuidados y respuestas individualizadas a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, descargando a la familia de la responsabilidad que corresponde a los sistemas sanitario y social” (Plan Estratégico 2002-2010, Pág. 41).

En estos centros y servicios se llevarán a cabo actividades asistenciales, de promoción de la Salud Mental, prevención del Trastorno Mental Grave y, además, de docencia e investigación.

Los centros y servicios que forman la Red de Salud Mental en Aragón, reflejados en el Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, son:

SERVICIOS SANITARIOS

- ◇ Centros de Salud Mental (CSM), se atenderá a la población adulta del sector de salud mental que le corresponda, así como a la población menor de 18 años, cuyo proceso no precise la atención en una unidad de salud mental infanto-juvenil. Los pacientes serán derivados fundamentalmente de la Atención Primaria de salud y, eventualmente, del nivel especializado, el sistema educativo, la Administración de Justicia o de los servicios sociales. Algunas de sus actuaciones son: atención integral a los pacientes (psicofarmacológica, psicoterapéutica individual, de grupo o familiar, y actividades encaminadas al desarrollo de habilidades sociales); seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve; desarrollo de programas individualizados de rehabilitación en colaboración, cuando sea preciso, con los dispositivos específicos de rehabilitación; prestación de asistencia domiciliaria; así como detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias en colaboración con los servicios sociales de base.
- ◇ Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, son servicios diferenciados para la atención a la salud mental y la asistencia psicológica destinados a la población menor de 18 años de edad. Podrán ser derivados desde otras unidades de salud mental del

Área de Salud, por el equipo de Atención Primaria, unidades de hospitalización en pediatría, servicios sociales, instituciones educativas o instituciones judiciales. Algunas de sus actuaciones son: evaluación, diagnóstico y tratamiento; seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve infanto-juvenil; prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran; apoyar y asesorar al equipo de Atención Primaria, al equipo de salud mental y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación; atender las consultas urgentes en el horario de funcionamiento de la unidad de salud mental; interconsulta psiquiátrica en los servicios de pediatría de los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.

- ◇ Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, se atiende a la población menor de 18 años de edad y mayor de 14 años que requiera hospitalización a consecuencia de un Trastorno Mental Grave. Algunas de sus actuaciones son: tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico); hospitalización parcial; atención psiquiátrica de interconsultas de pediatría; apoyo a los profesionales del equipo de salud mental tanto general como infanto-juvenil.
- ◇ Unidades de Hospitalización Breve, se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve. Se integrarán física y funcionalmente en los hospitales generales. Todos los hospitales generales de Área deberán disponer de una unidad de hospitalización breve. La duración de la hospitalización obedecerá a criterios clínicos, aunque no es aconsejable que sea superior a los 14-21 días. Algunas de sus actuaciones son: tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico); psiquiatría de enlace en el hospital y con los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental; atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- ◇ Hospitales de Día, son unidades de hospitalización parcial que constituyen, en primer lugar, una alternativa al internamiento psiquiátrico; en ellos se llevan a cabo abordajes terapéuticos más intensos y continuados que los que realiza el equipo de salud mental ambulatorio y está destinado a pacientes graves. Se evita, con este dispositivo, la separación del paciente de su familia y de la sociedad. Además son un recurso necesario para el tratamiento específico de aquellos pacientes que, dados de alta en las unidades de hospitalización breve, requieren un período de adaptación al medio externo. Este dispositivo está destinado a pacientes graves que hayan perdido

temporalmente la capacidad de desarrollar vida autónoma, con la consiguiente tendencia hacia una situación de cronicidad definitiva.

RECURSOS DE INSERCIÓN SOCIAL

- ◇ Dispositivos de Inserción socio-laboral, La integración laboral es un componente fundamental para incrementar la autonomía y autoestima del paciente, su independencia y, en definitiva, su integración en la sociedad. Las actividades de reinserción laboral iniciadas en los centros de rehabilitación psicosocial y unidades rehabilitadoras de media estancia deberán continuarse con una formación ocupacional específica y con el acceso al empleo en empresas en las que se puedan integrar los enfermos mentales. Las asociaciones de familiares deberán tener el protagonismo adecuado en los dispositivos que fomenten la reinserción social y laboral del enfermo mental.
- ◇ Clubes de ocio y tiempo libre; Asociaciones de enfermos y familiares; etc. Dentro de los programas y servicios del centro de rehabilitación psicosocial o independientemente de los mismos, se habilitaran Clubes Sociales o psicosociales, que atiendan las necesidades de ocio y convivencia de los enfermos y las familias. Desarrollarán programas que tienen como misión fomentar la integración social del enfermo mental, a través de la utilización del ocio y tiempo libre y establecer una serie de actividades de orden recreativo, cultural y deportivo. De esta manera se pretende recuperar hábitos sociales perdidos fomentando las relaciones personales y la autoestima a través del estímulo a la expresión y creatividad.

RECURSOS INTERMEDIOS (DE APOYO Y REHABILITADORES)

- ◇ Unidades de Rehabilitación de Media Estancia (UME), también denominadas de rehabilitación hospitalaria, es un centro de internamiento dotado de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente. Se trata, por lo tanto, de unidades de hospitalización activa con una estancia máxima de los pacientes de 6 a 12 meses. Estos dispositivos mantendrán una vinculación muy estrecha con las unidades de salud mental, cuyos profesionales realizarán el seguimiento de estos pacientes tras el alta, con los centros de día y con los recursos sociosanitarios de su área de salud. Los pacientes o usuarios no acceden directamente a este recurso ya que los ingresos se producen exclusivamente por indicación de una comisión técnica de

ingresos. Estas unidades están destinadas a la atención de pacientes con trastornos mentales graves que por su patología (no responde al tratamiento ambulatorio) y problemática psicosocial requieren una hospitalización psiquiátrica que no puede realizarse en las unidades de hospitalización breve bien por motivos estructurales (el paciente psiquiátrico no es un paciente encamado y requiere amplios espacios) o por la necesidad de un abordaje de rehabilitación intensivo.

- ◇ Unidades de Residenciales-Rehabilitación de Larga Estancia (ULE), se trata de diferenciar dentro de los dispositivos, unidades de rehabilitación activa de media y larga estancia para pacientes con edades inferiores a los 65 años y unidades residenciales asistidas para los de mayor edad no externalizables. Podrán disponer complementariamente de programas o unidades de atención a colectivos específicos: gerontopsiquiatría, dementes con trastorno de conducta grave, psicosis refractarias, pacientes judiciales, etc., es decir, adaptados a las necesidades de la población ingresada. Este dispositivo está destinado a la atención de enfermos mentales graves en régimen de larga estancia y que presentan grandes dificultades de adaptación a su entorno, en concreto para pacientes que tras años de estancia en un hospital psiquiátrico resulta difícil su inserción en la comunidad, con edades, en general, inferiores a los 65 años. La derivación a esta unidad responderá a un criterio clínico apoyado en un adecuado informe psico-social.
- ◇ Alternativas residenciales, se desarrollarán alternativas a la institucionalización psiquiátrica tradicional adecuadas al grado de autonomía de los usuarios y cuya función predominante será la prestación de un servicio social básico como es el residencial. En la medida en que las características de los usuarios les permitan una convivencia normalizada, serán candidatos a las prestaciones y plazas residenciales de la red del Instituto Aragonés Servicios Sociales; sólo si las necesidades de supervisión psiquiátrica son altas o los trastornos de conducta impiden la convivencia, serán tributarios de la red de salud mental. Se dispondrá de las siguientes alternativas: mini residencias o "Casas-Hogar", viviendas o pisos tutelados, pisos sociales protegidos y pisos propios.
- ◇ Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos, son instrumentos eficaces para garantizar un control continuado y a largo plazo de la evolución de los enfermos mentales graves que presentan graves dificultades para ser atendidos mediante el seguimiento convencional en los centros de salud mental. El Programa de seguimiento de casos incluirá aspectos como el apoyo domiciliario, el abordaje de los

problemas sociales y familiares derivados de la enfermedad, seguimiento de tutelas e información sobre situaciones personales y tratamientos, automedicación y autocuidado, alimentación, habilidades domésticas, seguridad, manejo de dinero o utilización de servicios.

- ◇ Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Los centros de rehabilitación psicosocial (también conocidos como centros de día) son dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación activa y reinserción social y que tienen orientación claramente comunitaria. Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener al usuario en su medio socio-familiar. Este dispositivo deberá estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, pues se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación. Este recurso está destinado a pacientes graves entre 18 y 65 años con un importante deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, pero estabilizados y con un cierto grado de autonomía. Los pacientes sólo podrán ser remitidos desde las unidades de salud mental o desde las unidades de media estancia. Sus actuaciones son: tratamientos psicoterapéuticos intensivos; programas individualizados de rehabilitación; terapia ocupacional; psicoeducación; actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre; apoyo a las familias.

4.1.3. ASOCIACIÓN ARAGONESA PRO SALUD MENTAL

La Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME, creada en 1984, es una asociación sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública y reconocida de Interés Social por la Diputación General de Aragón (DGA). Se impulsó por la iniciativa de los familiares de las personas afectadas con algún Trastorno Mental Grave. Convirtiéndose así, en una entidad pionera en las reivindicaciones de los derechos de las personas con problemas de Salud Mental.

La Asociación Aragonesa Pro Salud Mental en Zaragoza, se encuentra situada en el Parque Delicias, Calle Ciudadela s/n, CP 50017, Tel. 976 532 499, Zaragoza. Correo Electrónico: asapme@asapme.org. WEB: www.asapme.org.

Su misión tiene por objeto promover la integración en la sociedad de las personas con enfermedad mental a través de un abordaje bio-psico-social, que implica al paciente y a su familia.

Los beneficiarios de la asociación son personas que padecen un Trastorno Mental Grave entre 18 y 65 años.

ASAPME cuenta con:

- **SERVICIOS GENERALES:** Información y Asesoramiento; Asesoría Jurídica; Asesoría Psicológica, Psicoterapia Individual; Psicoeducación Familiar.
- **ÁREA SOCIAL:** Club Social (actividades deportivas, actividades lúdicas, salida cultural, taller de cocina y revista-blog).
- **PROGRAMAS Y PROYECTOS:** Programa de Formación y Empleo; Proyecto de Atención en Instituciones Penitenciarias.
- **ÁREA SANITARIA:** Centro de Rehabilitación Psicosocial (programa terapéutico de actividades: (taller ocupacional, habilidades sociales, actividades básicas de la vida diaria, psicomotricidad, relajación, rehabilitación cognitiva I, rehabilitación cognitiva II, actividades instrumentales de la vida diaria, psicoeducación y terapias creativas) y Servicio de Atención Domiciliaria para personas Tuteladas por la DGA (SADEM).

4.1.4. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ASAPME

“El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) es un dispositivo sanitario asistencial, cuyo fin prioritario es ayudar a personas que padecen una enfermedad mental grave a mejorar su funcionamiento psicosocial y reintegrarse en la comunidad, de modo que puedan mantenerse en su medio en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible, evitando la progresión del deterioro y aminorando los déficits residuales que pueden acompañar a las enfermedades mentales” (Memoria ASAPME 2013, Pág. 12).

“Los criterios de derivación a los dispositivos específicos - centros y hospitales de día y unidades de media estancia- deben definir explícitamente la demanda clínica y social, los objetivos personales de rehabilitación y las habilidades perdidas sobre las que deben incidir, siempre con limitación temporal, los programas de rehabilitación. En estos dispositivos específicos, más allá de la mera descarga familiar y entrenamiento y organización de las actividades de la vida diaria de los enfermos, se desarrollaran programas estructurados y adaptados a la realidad psicosocial y familiar de cada paciente” (Plan Estratégico 2002-2010, Pág. 32, 33).

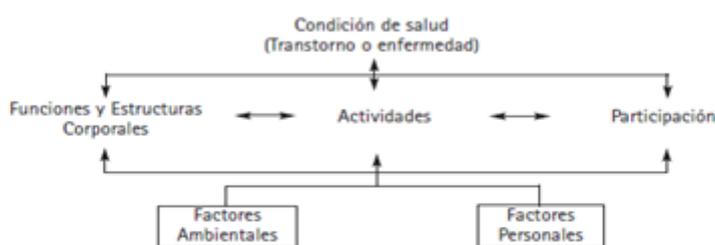
Por lo tanto los pacientes atendidos en los CRPS vendrán derivados en la mayoría de los casos desde Atención Primaria de Salud, y esporádicamente desde el nivel especializado, el sistema educativo o Servicios Sociales. En el caso de Aragón, para poder acceder a un Centro de Rehabilitación Psicosocial, es necesario que el Psiquiatra de referencia de la Unidad de Salud Mental de un Sector específico de Aragón te derive a la comisión de ingresos, en el caso del CRPS de ASAPME es el Sector II de Aragón, junto con un informe donde especifique la necesidad de seguir un tratamiento rehabilitador.

“La Comisión de Ingresos Psiquiátricos, que decida, tras la valoración individualizada de los casos, qué pacientes son susceptibles de ingreso en los dispositivos de internamiento o residenciales, sus condiciones y prioridad. (...) La Comisión tiene como finalidad velar por la continuidad y calidad asistencial de los pacientes que ingresen o se encuentren en las Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia, Unidades Residenciales Rehabilitadoras de Larga Estancia, en las cuales quedan incluidas las Unidades de Psicogeriatría, y en los Centros de Rehabilitación Psicosocial Comunitarios (Centros de Día) del Sistema de Salud de Aragón” (Orden 27 de Junio de 2008, Pág. 1, 2).

Tras la valoración definitiva de los casos por la Comisión y una vez tomados los acuerdos correspondientes, el Secretario remitirá Certificación de los acuerdos a los profesionales solicitantes, acompañados del informe justificativo de la decisión adoptada.

Todo este proceso de derivación de los pacientes se lleva a cabo porque es necesario para el usuario empezar una rehabilitación psicosocial para llevar un seguimiento controlado de su enfermedad y mejorar su funcionamiento global. Como definición de rehabilitación, recogiendo aportaciones de Anthony, Cohen, Livneh, Liberman y otros autores “se puede decir que es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales. Los métodos más importantes por medio de los cuales se alcanza esta meta implican enseñar a las personas las habilidades específicas necesarias para funcionar eficazmente o desarrollar los recursos ambientales y comunitarios necesarios para apoyar o reforzar sus niveles actuales de funcionamiento” (IMSERSO, 2007, Pág. 17).

El enfoque técnico en rehabilitación debe basarse en minimizar las discapacidades y variar la respuesta social que provoca la minusvalía, bien capacitando al usuario mediante entrenamientos específicos, instauración de hábitos, etc., o bien ofertando directamente el soporte social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable (que supone el tener responsabilidades, el interaccionar con otras personas, el llevar a cabo tareas compartidas, el estructurar el tiempo personal, etc.). En definitiva, el objetivo es posibilitar la integración social de las personas con enfermedad mental grave, y para ello es necesario contar con el soporte residencial, laboral-económico y relacional que permita hablar de dicha integración como cierta. En dicha triple base, el Centro de Rehabilitación se encamina fundamentalmente a favorecer y posibilitar los contextos relacionales y de utilización del tiempo libre, así como a asesorar y apoyar a las familias cuidadoras. (IMSERSO, 2007, Pág. 15, 16).



Gráfica 1: FUENTE: Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial, 2007, IMSERSO

Las personas que padecen TMG tienen en común una serie de factores clínicos, factores sociales y características en la utilización de servicios, conforme Béjar, A. et al. (2003).

En los factores clínicos se hace referencia a la gravedad clínica del paciente que se muestra con una presencia significativa de distorsión de la realidad o comportamiento abiertamente desadaptado atribuible al trastorno mental y a la falta de contención y conductas de riesgo y agresivas. También afecta la temporalidad de la enfermedad, dado que los aspectos clínicos no se presentan de forma aislada o limitada en el tiempo, sino de manera continua o episódica recurrente.

Respecto a las repercusiones sociales se muestran la perturbación o limitación de una función, discapacidad para el desenvolvimiento de un rol social, dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), sobrecarga familiar o ausencia de familia y carencia de red social.

Además las personas que padecen un TMG muestran unas características comunes en la utilización de los servicios como la utilización previa de uno o más servicios de salud mental de forma prolongada, alta de un servicio de agudos o de media o larga estancia, tres o más hospitalizaciones a lo largo de 2 años, más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida o estancia de más de 90 días durante la última hospitalización psiquiátrica.

Los CRPS también considerados como centros de día especializados tienen como principal objetivo la rehabilitación activa y reinserción social con orientación comunitaria, para personas que padecen un TMG teniendo en cuenta su situación psicosocial. Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener al usuario en su medio socio-familiar. También tienen como finalidad disminuir el déficit o deterioro, disminuir el funcionamiento psicótico deteriorante, reforzar el yo y mejorar la calidad de vida mental y personal del psicótico crónico. Con ello se pretende aumentar la autonomía del paciente, su reinserción social y la recuperación y mejora de habilidades laborales y sociales, así como obtener una mayor autonomía también en relación con las instituciones psiquiátricas. Para que la rehabilitación sea óptima es necesario que el CRPS este coordinado y trabaje en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, pues se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación.

“El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno habitual, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y de su familia, y el apoyo a su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible en cada caso. En otros términos, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo profesional posible” (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009, Pág. 33).

El fin del CRPS es trabajar la rehabilitación psicosocial sobre los déficits que puedan presentar los pacientes en unas determinadas áreas, con la intención de recuperar en la medida de lo posible sus capacidades. Estas áreas según el IMSERSO (2007) son:

- ◇ Habilidades conductuales generales. Para disminuir el impacto de la discapacidad aunque existen complicaciones en la generalización y mantenimiento de los resultados. Se pretende mejorar el funcionamiento del usuario en la comunidad, la prevención de recaídas, el uso adecuado del hospital o la reducción de síntomas.
- ◇ Rehabilitación cognitiva. Se trabaja la atención sostenida y selectiva, funcionamiento ejecutivo, abstracción, categorización, etc. Se utilizan programas de rehabilitación cognitiva en personas con déficits.
- ◇ Entrenamiento en habilidades sociales. Las personas con TMG presentan aislamiento social así como una escasa asertividad. Por ello es necesario que se realice una rehabilitación de entrenamiento de la percepción social.
- ◇ Psicoeducación. Trata que el sujeto tome conciencia de su enfermedad (que expongan su caso, síntomas, etc.) además de explicar el diagnóstico, síntomas, causas, fases de la enfermedad, identificación de pródromos y factores de riesgo y protección.
- ◇ Intervención con familias. Es necesaria la psicoeducación con las familias para reducir las recaídas de los pacientes, sus síntomas psicóticos, o el aumento de la competencia de los familiares en el manejo de la enfermedad. Así los familiares puedan entender también lo que conlleva la enfermedad.

- ◇ Autocontrol. Entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones estresantes. Trabajando con estrategias de relajación (reduce la ansiedad, al menos en los niveles fisiológicos y cognitivos), la modulación emocional con ésta y otras técnicas (distracción, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, etc.) la detección de las emociones, identificación de las mismas y aplicación de resolución de problemas a las situaciones que producen estrés, incluidas las interpersonales, y las derivadas de la vida cotidiana, así como un trabajo sobre la autoestima del sujeto.
- ◇ Actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales). Rehabilitación en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado y cuidado de la salud en general, la competencia personal, planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidados generales de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos. Además se aumentará la autonomía doméstica del usuario, apoyando de este modo al mantenimiento o reincorporación de la persona a su entorno.
- ◇ Psicomotricidad. Adecuar hábitos de ejercicio físico necesarios, entre otros asuntos por los efectos de la medicación y apatía que suelen presentar, es posible incorporar elementos de expresión corporal útiles como entrenamiento previo a las habilidades sociales, a la percepción de emociones en el entrenamiento en autocontrol, etc.
- ◇ Ocio e Integración comunitaria. Actividades elegidas por los asistentes con su participación durante el desarrollo, frecuentes, breves y sencillas, que sean relativamente novedosas, que se desarrollen en recursos normalizados, que exista participación social y que las actividades dispongan de reforzadores naturales accesibles para los pacientes.
- ◇ Rehabilitación vocacional. Abordar la inserción laboral de las personas con TMG utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo. Sin embargo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral.
- ◇ Actividades expresivas. 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.

Una vez que el paciente es derivado al centro se le lleva a cabo una evaluación médico-psiquiátrica, psicológica y social, dado que la atención es individualizada, y a partir de la cual se le asignan aquellos servicios del programa de rehabilitación encaminados a lograr unos objetivos específicos establecidos en su Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR). Dicho Plan es un “instrumento mixto de evaluación/intervención”. Consiste en un documento consensuado por el equipo terapéutico y regula el conjunto de actuaciones e intervenciones encaminadas a conseguir los objetivos establecidos para un paciente tras la evaluación periódica de sus necesidades, capacidades y psicopatología. Refleja, pues, las expectativas del proceso y actúa como guía del mismo” (IMSERSO, 2007, Pág. 114).

Según el IMSERSO (2007) las características del Plan Individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR) son:

- ❖ La participación del equipo en el PIRR. La configuración del Plan como unión de distintos evaluadores/terapeutas y de diversas áreas y servicios. Por ello, exige el conocimiento de los instrumentos con los que va a trabajar y la elaboración previa de un consenso de puntuación de los mismos.
- ❖ El punto de partida. La evaluación inicial debería ser realizada mediante un instrumento sencillo, consensuado y multidisciplinar. Deberá tratar todas las áreas de interés para poder detectar las áreas en las que existe un problema y así poder diseñar las intervenciones. A efectos de comparabilidad es conveniente su validación y uso extendido. Una escala de evaluación global que se revela como ágil y polivalente es la escala Honos.
- ❖ Las áreas problema y acciones. Las áreas problema detectadas deberán tener unas acciones asignadas y definidas. Estas acciones van a ir ligadas a un responsable y a un programa de actuación definido en el propio PIRR. Así mismo, el responsable marca un objetivo para las acciones.
- ❖ La revisión periódica. El cumplimiento de objetivos tiene un límite temporal predefinido, en el que se evalúa su grado de cumplimiento y se vuelve a evaluar el PIRR. En procesos de larga duración es importante acotar tiempos para no permitir su cronificación. El PIRR como instrumento de planificación es exigente, por ello no

suele estar de más asegurar que las acciones que planifica están debidamente desplegadas y todo ello en un margen de tiempo razonable. Normalmente el PIRR se evalúa anualmente, por lo que los objetivos previstos deben ser cumplidos en este periodo de tiempo. Al año se vuelve a evaluar y planificar diferentes objetivos.

- ❖ El contrato terapéutico. El PIRR deberá incorporar la opinión y asentimiento del paciente, no solamente de manera formal sino dando un espacio claro y determinado a la construcción de un vínculo con el equipo para la elaboración conjunta del proyecto.

Dentro del PIRR es necesario hacer referencia a una serie de áreas relacionadas con el funcionamiento psicosocial del usuario y así poder obtener información de todas ellas. Fernández, Touriño, Benítez, y Abelleira, (2010) afirman que existen seis áreas que deben ser consideradas:

- ≈ Área de autonomía económica. Solvencia económica necesaria para vivir con autonomía. Da lo mismo que la fuente de ingresos provenga de una pensión, de una ayuda o de una nómina. Por tanto, esta área ha de abarcar todo lo relacionado con la integración en el mundo laboral (formación, capacitación laboral, búsqueda de empleo, incorporación y mantenimiento adaptado al trabajo, etc.).
- ≈ Área social y de ocupación del tiempo libre. Cantidad y calidad de las relaciones sociales y de las actividades que las personas realizan en su tiempo libre. Se incluyen conductas de comunicación (conversación, hablar por teléfono, «chatear», etc.), conductas asertivas, actividades de ocio, tanto si se realizan en compañía de otras personas como si no, la red social, etc.
- ≈ Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja. Vida en pareja, relaciones entre las personas que conviven en la misma casa y las que se establecen con familiares significativos. Se incluyen conductas que tienen que ver con: emoción expresada, «estilo de interacción» en la familia, relaciones de apoyo y confidencialidad, etc.
- ≈ Área de autonomía doméstica. Habilidades, destrezas y competencias para desempeñar normalizadamente tareas de mantenimiento de la casa (arreglos, pago de recibos, reformas etc.), tareas domésticas (comida, compra, limpieza, ropa, etc.), convivencia integrada en la comunidad de vecinos, etc.

- ≈ Área de salud. Relacionada con la higiene, el aseo personal, el vestido, el sueño, la alimentación, el consumo de tóxicos, las actividades deportivas, la medicación, las conductas de riesgo psiquiátrico, las conductas de prevención de crisis, la presencia de síntomas, las capacidades básicas y cognitivas, etc.
- ≈ Área de autonomía en el entorno comunitario. Capacidades y competencias para desenvolverse de forma integrada en el entorno comunitario. Se incluye el uso de transportes, la realización de trámites burocráticos, la utilización de recursos (sanitarios, formativos, de ocio, etc.).

Como refleja Anthony “una persona con una enfermedad mental puede recuperarse aunque la enfermedad no esté curada... [La recuperación] es una manera de vivir una vida productiva, esperanzadora y satisfactoria a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad. La recuperación tiene que ver con la creación de nuevos significados y sentidos de la vida a la vez que la persona crece más allá de los efectos de la enfermedad mental” (Fernández, Touriño, Benítez, y Abelleira, 2010, Pág. 17).

4.1.5. FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL

El Trabajo Social con personas que padecen algún tipo de TMG define su actuación en función de las características psicopatológicas y sociales de la enfermedad. En el ámbito de la salud mental el trabajo social trabaja con las personas desde las necesidades primarias y de forma continua.

“El Trabajo Social Psiquiátrico es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico, que tiene lugar con una población determinada. Por tanto, como Trabajo Social Clínico es una forma especializada de Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto, manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión, su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social” (Miranda, M. y Garcés E. M., 1998, pág. 78).

Esta intervención supone un conjunto de factores muy complejos que precisan una formación sólida y amplia en modelos de intervención. El padecer un TMG puede conllevar a sufrir una serie de consecuencias sociales tales como perturbación o limitación de una función, incapacidad funcional, dependencia, sobrecarga familiar manifiesta o persistente o incluso ausencia de red social o familiar. (Garcés, E., Pinilla M.A. 2006. pág. 87). Para evitar todas estas problemáticas sociales es imprescindible una correcta utilización de los servicios de salud mental.

La cronicidad presente en las enfermedades mentales provoca consecuencias psicosociales que turban el desarrollo de la vida de los pacientes y dificultan el desempeño de roles sociales así como de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por lo que provocan problemáticas en su integración social. Es aquí donde recae la responsabilidad del Trabajo Social en salud mental como un área más sobre la que intervenir en el proceso de rehabilitación. La intervención desde el trabajo social se centra en el individuo en relación a su contexto y situación social.

El objetivo del trabajador social con la participación del resto de profesionales de forma coordinada, busca el conseguimiento de un entorno comunitario positivo para la aceptación de las personas con un TMG y la aceptación de las limitaciones, así como guiar al paciente por un proceso de rehabilitación en el cual adquirirá los medios y habilidades para llevar a cabo su vida con un mínimo de autonomía personal y con el mínimo apoyo de terceras personas así como dar soporte a las familias.

El Trabajo Social Clínico, en los Servicios de Salud Mental, utiliza una serie de metodologías que combinan aspectos psicoterapéuticos con servicios comunitarios y otras intervenciones personales, como son según Miranda, M. y Garcés E. M. (1998):

- Intervención en crisis, se realiza en un momento decisivo, en crisis, cuando se incrementa la vulnerabilidad del usuario. Esta intervención puede ser una buena fuente personal de fuerza y ajuste emocional posterior.
- La rehabilitación de la cronicidad, se entiende esta rehabilitación como aquella que se dirige a mejorar las capacidades de las personas con TMG a lo largo del tiempo, en lo que se refiere a su vida, aprendizajes, sociabilización y adaptación a una forma de vida normalizada. La intervención desde el Trabajo Social es fundamental para desarrollar habilidades de afrontamiento personal, familiar y competencia interpersonal.
- La complejidad de la situación, es necesario que el trabajador social de Salud Mental sepa desenvolverse en los conflictos psicológicos y mentales que puedan surgir, de ahí que todo acto del trabajador social se convierte en terapéutico. Por tanto, dicha intervención obliga necesariamente a una especialización y al trabajo en equipo.

Las actividades que desempeñan los trabajadores sociales en Salud Mental se dividen en asistencia directa y asistencia indirecta. La asistencia directa hace referencia a tres niveles de intervención, individual/familiar (observación y estudios psicosocial, diagnóstico social, intervención y tratamiento psicosocial, intervención en crisis, visitas domiciliarias, valoración de la urgencia, orientación al paciente sobre los recursos de la zona, apoyo a las familias, coordinación con otros servicios y realización de programas específicos), grupal (grupos de carácter preventivo, terapéutico, de autoayuda, rehabilitación y de reinserción social) y comunitaria (programas de prevención de trastornos mentales y de promoción de la salud mental). Por otro lado, la asistencia indirecta hace referencia a la documentación (historia social, informe social, informes médicos) y a las gestiones telefónicas (coordinación con otros profesionales). (Miranda, M. y Garcés E. M., 1998).

4.2. MARCO NORMATIVO

LEGISLACIÓN ESTATAL

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

En su Capítulo III del Título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. Éstos son:

- Art. 43. “Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.”
- Art. 49. “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que se prestarán la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.”

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.

Cuyo objetivo es la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

Nombra como titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y a los ciudadanos extranjeros residentes. Los ciudadanos extranjeros no residentes tendrán acceso de manera en que este establezca los convenios internacionales.

Sus principios son:

1. “Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.
2. “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”.
3. “La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.
4. “Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”.

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tiene por objeto “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud”.

La asistencia sanitaria financiada con cargos públicos se establecerá a aquellas personas que tienen la condición de asegurado. Determina la condición de asegurado cumpliendo alguno de los siguientes supuestos:

- a) “Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta”.
- b) “Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social”.
- c) “Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo”.
- d) “Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España”.

El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

REAL DECRETO 1030/2006, DE 15 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL PROCEDIMIENTO PARA SU ACTUALIZACIÓN

Tiene la finalidad de garantizar la igualdad y accesibilidad para una atención sanitaria adecuada, así como establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias y fijar las bases del procedimiento.

Entiende como cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

LEGISLACIÓN DE ARAGÓN

DECRETO 77/1986, DE 10 DE JULIO DE 1986, POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO

Se efectúa con el fin de crear la Comisión para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón. Es aprobada por la Diputación General de Aragón el 26 de Junio de 1986. Construye la citada comisión como órgano consultivo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo en materia de Salud Mental y asistencia psiquiátrica y para la transferencia de la titularidad de los servicios y establecimientos sanitarios de las corporaciones de Aragón.

Su finalidad es la coordinación entre las instituciones con competencias en Salud Mental. Algunas de las funciones de esta Comisión (art. 2) son: “asesorar sobre el modelo de asistencia psiquiátrica y atención en salud mental a aplicar en el marco de la Comunidad Autónoma; proponer planes y fijar los criterios básicos para el establecimiento de una red única de atención psiquiátrica, integrada en la red sanitaria y general; realizar el seguimiento y evaluación de cuantas iniciativas y programas se lleven a cabo en el campo de la salud mental y la asistencia psiquiátrica; proponer y fomentar la realización de estudios epidemiológicos en relación con la salud mental en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como diseñar un sistema de información unificado que permita un racional análisis de la situación existente”; entre otras.

DECRETO 184/1987, DE 24 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE CREA LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS REGIONALES DE SALUD MENTAL

Se crea este órgano con la intención de que desarrolle una serie de funciones como la planificación y elaboración de normas de organización y funcionamiento interno de los centros y servicios. Por otro lado, también se encarga de la gestión y dirección de los centros y servicio de Salud Mental.

Se pretende que la Salud Mental debe llegar a ser integrada totalmente en la Asistencia Sanitaria. Pero hasta que se ocasione esta integración es imprescindible aumentar el nivel de recursos de Salud Mental, para poderse comparar con el resto de los recursos sanitarios.

LA LEY 2/1989, DE 21 DE ABRIL, DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, MODIFICADA POR LEY 8/1999, DE 9 DE ABRIL, CREA EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD COMO UN INSTRUMENTO QUE PERMITE LA UNIFICACIÓN FUNCIONAL DE TODOS LOS

CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS INSPIRADORES DE LA REFORMA SANITARIA EN EL TERRITORIO ARAGONÉS

Como establece el segundo principio del modelo previsto de la ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas serán protagonistas en el ámbito sanitario. Se establece un sistema nacional de salud formado por el conjunto de los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, las cuales serán las responsables de su gestión.

Por lo tanto se crea el Servicio Aragonés de Salud como instrumento jurídico que permita una unificación funcional entre los centros y servicios sanitarios de la comunidad y elabora los principios de la reforma sanitaria de la Comunidad Autónoma.

Se crea con carácter de organismo autónomo de naturaleza administrativa, y queda adscrito al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón. Estará integrado por los Centros, servicios y establecimientos sanitarios como son los propios de la Comunidad Autónoma, los de la Diputaciones Provinciales, los propios de la Seguridad Social y otros. Establece las funciones en el ámbito de la Comunidad Autónoma, los objetivos básicos, su organización y funcionamiento para el ejercicio de sus competencias a lo largo de la ley.

LA LEY 6/2002, DE 15 DE ABRIL, DE SALUD DE ARAGÓN, QUE REGULA LAS ACTUACIONES QUE PERMITAN HACER EFECTIVO EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

La presente ley tiene por objeto la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43, anteriormente mencionado.

La atención a la Salud Mental aparece reflejada en diferentes artículos de la ley:

- Artículo 4. Desarrolla una serie de derechos específicos en la atención a la Salud para las personas que padecen una enfermedad mental, además de los generales.
- Artículo 30. Contempla la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental como parte de la asistencia sanitaria.
- Artículo 49. Crea la atención en Salud Mental como una estructura operativa con la finalidad de garantizar una prestación sanitaria integral y coordinada.

- Artículo 53. La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización breve y parcial, así como la atención a domicilio.

ORDEN, DE 27 DE JUNIO DE 2008, DE LA CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO POR LA QUE SE REGULA, EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN, EL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN PARA INGRESOS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN CENTROS SANITARIOS DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL Y COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE DESHABITUACIÓN

Orden que deroga la Orden, De 20 de abril de 2005, por la que se crea la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, Departamento de Salud y Consumo.

Por la que se regula la organización y el funcionamiento de la «Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación». Determina los centros y unidades *sobre* los que la comisión ejercerá sus funciones, así como la finalidad “velar por la pertinencia, continuidad y calidad asistencial de los pacientes que ingresen o se encuentren en las Unidades Rehabilitadoras de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación” y objetivos de la misma:

- 1º. “Promover y garantizar la utilización de criterios clínicos pertinentes, explícitos y uniformes en la atención sanitaria de los Centros Rehabilitadores de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación”.
- 2º. “Asegurar la continuidad asistencial en la red de atención al enfermo mental en el Sistema de Salud de Aragón”.
- 3º. “Velar por la adecuación de los Centros Rehabilitadores de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación según criterios estructurales, funcionales, organizativos y de asignación de recursos establecidos o que se establezcan por el Departamento de Salud y Consumo”.
- 4º. “Ratificar y priorizar las demandas de ingresos en los centros de salud mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación de acuerdo con los criterios y procedimientos de valoración establecidos”.

PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Se elabora con la finalidad de establecer una estrategia de transformación a través de alternativas comunitarias al modelo tradicional de hospitalización psiquiátrica, integrando los recursos asistenciales proporcionando continuidad en el tratamiento y la búsqueda de inserción del paciente en la comunidad, de forma que se evite la marginación y el estigma. Debido a que la enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, generalmente de curso crónico, que suponen una enorme carga para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad.

PARTE II: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El colectivo de personas que padecen algún tipo de TMG lo sufren de manera crónica, es decir, a lo largo del tiempo. Debido a las características de este tipo de enfermedades, con el paso del tiempo, se van mermando facultades propias de la persona, lo que conlleva a la pérdida de la autonomía personal de forma progresiva. La pérdida de la autonomía personal supone un mal funcionamiento psicosocial, lo que se asocia a una peor calidad de vida.

Las personas que padecen un TMG y que acuden a un CRPS lo hacen para mejorar su autonomía personal y funcionamiento psicosocial, para continuar con su rehabilitación.

5.1. OBJETIVOS E HIPOTESIS

El objetivo general de la investigación es:

1. “Analizar los cambios en el funcionamiento psicosocial de los usuarios que padecen un Trastorno Mental Grave tras su asistencia en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME”.

Y derivado de este objetivo general, planteamos los siguientes objetivos específicos:

- 1.1. “Comparar el funcionamiento psicosocial del usuario con Trastorno Mental Grave desde el año 2010 hasta el año 2014 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME”.
- 1.2. “Analizar los cambios en el funcionamiento psicosocial de los usuarios con Trastorno Mental Grave a través de los instrumentos de medida propios de Salud Mental, en ASAPME”.
- 1.3. “Conocer la valoración subjetiva del propio paciente con Trastorno Mental Grave en su actividad en el Centro de Rehabilitación Psicosocial”.

Las hipótesis extraídas a partir de los objetivos son las siguientes:

a) La rehabilitación psicosocial del Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME ayuda a que exista una mejora en el funcionamiento psicosocial del usuario con Trastorno Mental Grave.

b) El paciente con Trastorno Mental Grave es consciente de la mejora en su funcionamiento psicosocial, una vez transcurrido un periodo de tiempo en su rehabilitación.

c) Las escalas y encuestas utilizadas reflejan una mejoría en el funcionamiento psicosocial del paciente que sufre un Trastorno Mental Grave, tras un periodo de tiempo de cinco años en ASAPME.

6. ANALISIS EMPÍRICO

6.1. POBLACIÓN O UNIVERSO

La unidad de observación sobre el que se basa este estudio son los usuarios / pacientes con Trastorno Mental Grave, tanto mujeres como hombres, que asisten al Centro de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME, de Zaragoza.

Los usuarios que participan en el CRPS de ASAPME son un total de 67, los cuales padecen diversos Trastornos Mentales Graves, los más frecuentes son la esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de personalidad esquizotípica, entre otros.

Los pacientes de este estudio padecen una patología psiquiátrica permanente previamente diagnosticada, que en el momento de su ingreso en el CRPS tienen adherencia al tratamiento psiquiátrico de forma regular y adecuada. Además, los ingresos en el programa son acordados de forma voluntaria con la persona, así como el compromiso de colaboración familiar.

Para la selección del colectivo tuvimos en cuenta una serie de criterios de exclusión, como son los usuarios que son derivados por el SALUD a partir del año 2014 y los nuevos ingresos en el año 2015, ya que consideramos que no han pasado tiempo suficiente para comprobar un cambio en su funcionamiento global. La muestra seleccionada suma un total de 40 usuarios en análisis de escalas, que han permanecido en ASAPME desde el año 2010 al 2014. En la encuesta de Percepción Personal sobre ASAPME, contamos con la participación de 48 usuarios en la resolución de dicha encuesta, sobre un total de 67 usuarios registrados en el CRPS. Sin embargo, para la Encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME del año 2014 desconocemos la cifra total de pacientes que participaron, dado que los resultados de ésta fueron proporcionados directamente por la institución.

Todos los pacientes seleccionados a través de la muestra (40 usuarios) tienen reconocida una discapacidad al menos del 33%.

6.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología de la investigación refleja las técnicas e instrumentos y variables que se han llevado a cabo para la realización de este estudio. Primero se muestran las escalas utilizadas (Escala de Honos, Escala de Cronicidad, Escala Observacional), como las encuestas (Encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME y la Encuesta de Percepción Personal sobre ASAPME).

También se muestra la relación que existe entre las escalas, los ítems de las mismas y las variables de las hipótesis.

Y por último, un esquema del procedimiento seguido para el desarrollo de esta investigación.

6.2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El periodo de tiempo analizado, comprende las evaluaciones realizadas en el año 2010 y en el año 2014 de los usuarios del centro, tomando como referencia 5 años transcurridos, en los que se pretende observar un cambio del funcionamiento psicosocial de los usuarios de ASAPME a través de este estudio. Como ya se ha mencionado con anterioridad de la muestra seleccionada se han obtenido una población de 40 usuarios.

El estudio se basa en un análisis de las Escalas de Cronicidad, Escala de Honos, Escala Observacional propia de ASAPME, Encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME y la Encuesta de Percepción Personal sobre ASAPME (elaboración propia).

De las escalas que permiten evaluar el estado del individuo teniendo en cuenta diferentes aspectos como capacidades o limitaciones, estado psicológico y patológico así como el estado de sus relaciones sociales, las más destacables por su uso en salud mental son la escala de Honos y la escala de Cronicidad.

- Escala Honos: validada y traducida al castellano por Uriarte en el año 1998, esta escala fue desarrollada por la Unidad de Investigación del Royal Collage of Psychiatrists británico. Esta escala fue diseñada para medir problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental en adultos. Puede ser utilizada por diferentes profesionales como

psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Consiste en 12 ítems que cubren cuatro áreas problemas conductuales (agresividad, autoagresión y uso de sustancias), deterioro (disfunción cognitiva y discapacidad física), problemas clínicos (depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas) y problemas sociales (funcionamiento general, alojamiento y problemas ocupacionales), a las que se les da una puntuación de entre 0 a 4 y luego se suma el total (Casas, Escandell, ribas y Ochoa, 2010). (Ver ANEXO I).

- Escala de Cronicidad: se emplea para conocer las capacidades que se han deteriorado de la persona y además conocer qué factores se deben a la influencia del entorno y cuales son propios del desarrollo de la enfermedad. Hay 21 criterios de cronicidad, agrupados en dos tipos, los transversales (autocuidado y salud: higiene personal, organización del entorno, higiene en salud, manejo de medicamentos; autonomía personal: trabajo, autonomía económica, autonomía de gestión, manejo de recursos sociosanitarios; afrontamiento personal y social: competencia personal y autocontrol, relaciones interpersonales, familia, aspectos cognitivos; tratamiento: respuesta al tratamiento farmacológico, responsabilidad ante el tratamiento, conciencia de enfermedad y relación con la institución), miden el momento actual de la situación del paciente, y los longitudinales (años de evolución; evolución de los parámetros transversales; nivel premórbido; número de ingresos; número de crisis), que reflejan el transcurso de la enfermedad (ORDEN de 27 de junio de 2008). (Ver ANEXO II).
- Escala Observacional: esta escala se basa en una observación directa del comportamiento del individuo en la actividad, en la escala quedan recogidos los datos del usuario, la fecha en la que se realiza y la actividad en la que se aplica. Consiste en 4 ítems, grado de participación, nivel de esfuerzo, interacción con el grupo y higiene personal, a cada cual se le aplica una puntuación de entre 1 a 5 puntos ya definidos en la misma escala. Esta escala se realiza al comiendo y finalización de una actividad, para observar los cambios de conducta del individuo. (Ver ANEXO III).

Los ítems seleccionados para valorar en cada una de las escalas nombradas son los siguientes:

Tabla 1: Relación ítems seleccionados y escalas. Elaboración propia.

ESCALA OBSERVACIONAL	ESCALA HONOS	ESCALA CRONICIDAD
Grado de participación e implicación en la actividad.	Problemas cognitivos.	Autocuidado y salud. <ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal. • Organización del entorno. • Higiene en salud. • Manejo de medicamentos.
Nivel de esfuerzo.	Problemas con las relaciones.	Autonomía personal. <ul style="list-style-type: none"> • Autonomía de gestión. • Manejo de recursos socio sanitarios.
Interacción con el grupo.	Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana.	Afrontamiento personal y social. <ul style="list-style-type: none"> • Competencia personal y autocontrol. • Relaciones interpersonales. • Familia. • Aspectos cognitivos.
Higiene personal.	Problemas en relación con la ocupación y actividades.	Tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad ante el tratamiento. • Conciencia de enfermedad.
		Número de ingresos.
		Número de crisis.

Los ítems seleccionados, que se pueden observar en la tabla anterior, son los que se van a emplear para medir los cambios de funcionamiento psicosocial de los usuarios de ASAPME, estos ítems se han seleccionado de entre todos los que recogen las escalas, porque son los que más información proporcionan a la investigación ya que están relacionados con el funcionamiento psicosocial del paciente.

La escala observacional se cumplimenta en el total de actividades terapéuticas que se desarrollan en ASAPME, que son 10 (taller ocupacional, habilidades sociales, actividades básicas de la vida diaria, psicomotricidad, relajación, rehabilitación cognitiva I, rehabilitación cognitiva II,

actividades instrumentales de la vida diaria, psicoeducación y terapias creativas), de las cuales hemos seleccionado seis, en base a que consideramos que en estas actividades terapéuticas se trabaja más en profundidad el desarrollo del funcionamiento global del usuario. Esta selección de actividades tiene la finalidad de sintetizar el área de estudio. Las actividades terapéuticas seleccionadas son:

- ◇ **ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):** las ABVD son las tareas que se llevan a cabo de manera diaria para favorecer la salud física, psíquica y social, por lo tanto, para un adecuado desempeño en el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía. Lo que se pretende con la actividad es dotar al usuario de habilidades para que pueda desenvolverse satisfactoriamente.
- ◇ **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):** se refieren a las tareas que proporcionan independencia al usuario y desenvolvimiento en el medio social. En actividades como las tareas de la vivienda, el uso y manejo de los medios de comunicación y el transporte, realización de trámites burocráticos, etc.
- ◇ **REHABILITACIÓN COGNITIVA I y II:** dirigido a mejorar el funcionamiento cognitivo potenciando las capacidades de memoria, atención y concentración. Con ejercicios de análisis de errores, mejora de vocabulario, definición de conceptos, etc. Esta actividad es distribuida en dos niveles en función del deterioro que sufra la parte cognitiva.
- ◇ **HABILIDADES SOCIALES:** se trata de entrenar una serie de técnicas de aprendizaje conductual para que los usuarios puedan manejarse en la vida diaria y así puedan expresar sentimientos, deseos, opiniones o derechos. Aprender como relacionarse con la comunidad.
- ◇ **PSICOEDUCACIÓN:** actividad dirigida a los usuarios que padecen un Trastorno Mental Grave, para proporcionar la mayor satisfacción consigo misma. Para ello es necesario que conozcan la enfermedad que padecen para mejorar su autoestima.

Otra técnica empleada es la encuesta, para la realización de este estudio hemos utilizado la encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME y hemos elaborado una encuesta de Percepción Personal de ASAPME, en la que se pretende medir la valoración subjetiva del propio paciente.

La encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME valora cuatro áreas, las cuales son, personal técnico (conocimiento de los profesionales, amabilidad en la atención y ayuda prestada), proceso rehabilitador (tiempo de espera, tiempo de atención individual, actividades, información y calidad

en la asistencia), condiciones físicas (adecuación general del centro, temperatura, ruido y limpieza) y otros (intención de recomendación). Esta encuesta se realiza anualmente de forma anónima o no, según preferencias del usuario. Los resultados obtenidos en esta encuesta se recogen por interés de la asociación. (Ver ANEXO IV).

La encuesta de Percepción Personal sobre ASAPME, se realiza con el propósito de conocer la percepción del propio usuario sobre su participación en el centro de rehabilitación psicosocial, con el fin de obtener mayor información sobre la evolución de los pacientes. La realización de esta encuesta se apoya en el artículo “Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico” de Cuevas, C. et al. (2003) para determinar las cuestiones a tratar, que a su vez se agrupan en 7 áreas (adherencia terapéutica, autonomía personal, cuidados en salud, estado de salud, conciencia de enfermedad, entrenamiento de habilidades sociales y satisfacción). Esta encuesta fue completada por los usuarios de ASAPME bajo la supervisión de los profesionales del centro, ya que consideramos que era más favorable para los usuarios que la pasaran los propios profesionales y no nosotras, personas desconocidas para ellos, de manera que no se vieran forzados y respondieran con completa sinceridad a las cuestiones planteadas (Ver ANEXO V).

El análisis de los datos extraídos tanto de las escalas como de las encuestas se realizó con el programa estadístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versión 22. Con el que se lleva a cabo el análisis descriptivo de las variables cualitativas definidas anteriormente, con las que se pretende comprobar las hipótesis planteadas al inicio de este estudio, a través de una comparación porcentual y medias estadísticas. Todo ello nos servirá para observar si existe una variación en la puntuación de cada variable definida de las escalas entre los años 2010 y 2014. Este programa estadístico ha permitido comparar los datos de las escalas de los años 2010 y 2014, para ello se ha obtenido tanto la mejoría, el empeoramiento como el resultado de cada ítem seleccionado, así como un resultado total de cada escala analizada.

6.2.2. VARIABLES

A continuación se muestra una tabla que contiene las Escalas que se han utilizado, los ítems seleccionados para el análisis de dichas escalas que tienen relación con el funcionamiento psicosocial, así como las variables extraídas de cada ítem y que corresponden a las hipótesis planteadas.

Tabla 2: Relación variables-ítems seleccionados-escalas. Elaboración propia.

VARIABLES	ITEMS	ESCALA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Grado de participación e implicación en la actividad	ESCALA OBSERVACIONAL
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Nivel de esfuerzo	
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	interacción con el grupo	
CUIDADOS EN SALUD	higiene personal	
REHABILITACIÓN COGNITIVA	Problemas cognitivos.	ESCALA DE HONOS
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	Problemas con las relaciones.	
REALIZACIÓN DE ABVD AIVD	Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana.	
AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIONES	Problemas en relación con la ocupación y actividades.	
CUIDADOS EN SALUD	Autocuidado y salud. <ul style="list-style-type: none"> •Higiene personal. •Organización del entorno. •Higiene en salud. •Manejo de medicamentos 	ESCALA CRONICIDAD
AUTONOMÍA PERSONAL Y TOMA DE DECISIONES	Autonomía personal. <ul style="list-style-type: none"> •Autonomía de gestión. •Manejo de recursos socio sanitarios. 	
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	Afrontamiento personal y social. <ul style="list-style-type: none"> • Competencia personal y autocontrol. • Relaciones interpersonales. • Familia. • Aspectos cognitivos. 	
PSICOEDUCACIÓN / CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	Tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad ante el tratamiento. • Conciencia de enfermedad 	
ESTADO DE SALUD	Número de ingresos.	
ESTADO DE SALUD	Número de crisis.	

Las variables aquí indicadas son las que se van a emplear para refutar o corroborar las hipótesis planteadas y de esta manera ver si los objetivos de la investigación se cumplen.

El análisis de los resultados se realizara en función de dos clasificaciones, mejoría y empeoramiento, dentro de las cuales se señalara en cuantos puntos se realiza. Dadas las características de los TMG, al tratarse de enfermedades que no tienen cura y en las que los pacientes o se mantienen o empeoran por su cronicidad hemos considerado incluir dentro mejoría a aquellos usuarios que se han mantenido estables a lo largo del tiempo medido, es decir, dentro del carácter de mejoría se incluyen el haberse mantenido igual y el haber mejorado, mientras que en el valor de empeoramiento solo se incluye éste.

6.2.3. PROCEDIMIENTO.

A continuación se muestra el proceso a lo largo del tiempo del desarrollo de la investigación y elaboración del proyecto de investigación. Se llevó a cabo a lo largo de 28 semanas de las cuales se muestran las más relevantes:

Tabla 3: Procedimiento. Elaboración propia.

ESQUEMA DEL TRABAJO	
TAREA REALIZADA	
SEMANA 1 (08/12/2014)	Elección del área de estudio y primer contacto. Propuestas iniciales.
SEMANA 4 (29/12/2014)	Reunión con ASAPME, para tratar temas de acceso a la documentación del centro.
SEMANA 6 (12/01/2015)	Concretar cuestiones y cumplimentación de documentación.
SEMANA 7 (19/01/2015)	Entrega propuesta del trabajo de fin de grado. Reunión con ASAPME para establecer la recogida de información.
SEMANA 12 (23/02/2015)	Desarrollo de universo, metodología, procedimiento y marco teórico.
SEMANA 13 (02/03/2015)	Elaboración de la justificación, metodología, marco teórico y encuesta. Modificación de encuesta.
SEMANA 15 (16/03/2015)	Elaboración de marco normativo y marco teórico.
SEMANA 16 (23/03/2015)	Elaboración objetivos, hipótesis, variables. Y elección de ítems de las escalas seleccionadas.

SEMANA 17 (30/03/2015)	Repaso de los objetivos, hipótesis y variables. Elaboración marco teórico. Metodología.
SEMANA 19 (13/04/2015)	Recogida de datos en ASAPME.
SEMANA 20 (20/04/2015)	Entrega encuesta en ASAPME y recogerla una vez cumplimentada.
SEMANA 21 (27/04/2015)	Extracción de resultados encuesta y elaboración de resultados.
SEMANA 22 (04/05/2015)	Elaboración de resultados y modificación marco teórico.
SEMANA 23 (11/05/2015)	Elaboración de resultados y modificaciones sobre borrador.
SEMANA 26 (01/06/2015)	Acabar el marco teórico, modificar todas las indicaciones y realizar las conclusiones y propuestas de mejora.
SEMANA 27 (08/06/2015)	Maquetar y retocar el trabajo para la entrega.
SEMANA 28 (15/06/2015)	Entrega del Trabajo Final de Grado.

Para poder visualizar todo el procedimiento seguido a lo largo del tiempo con mayor facilidad, y de esta manera poder ver en que fechas se ha elaborado cada tarea realizada se ha elaborado un cronograma que está recogido en el ANEXO VI.

PARTE III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7. RESULTADOS OBTENIDOS.

7.1. RESULTADOS ESCALA HONOS

En la escala Honos en los ítems seleccionados (problemas cognitivos, problemas con las relaciones, problemas en las actividades de la vida cotidiana y problemas en relación a la ocupación y las actividades) se observa a priori que la mayoría de los usuarios del CRPS de ASAPME durante los 5 años estudiados, se han mantenido igual, esto quiere decir que no han sufrido ningún empeoramiento en su funcionamiento psicosocial, lo cual se considera como algo positivo dado el carácter crónico de los TMG. En la actividad en la que se observa más resultados positivos son en relación a los problemas con las relaciones y los problemas cognitivos, ya que en ambas hay una mejoría alrededor del 80%.

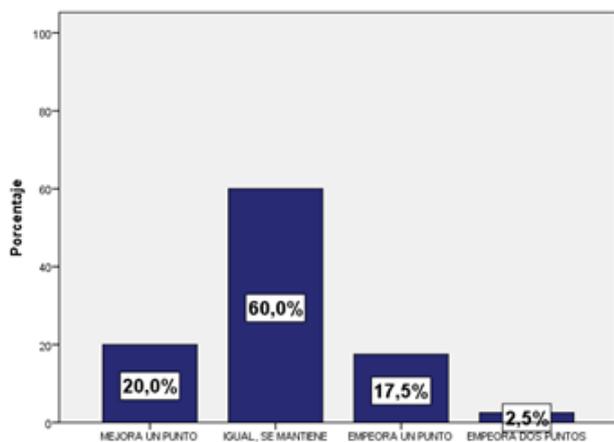


Gráfico 1: Resultado problemas cognitivos.

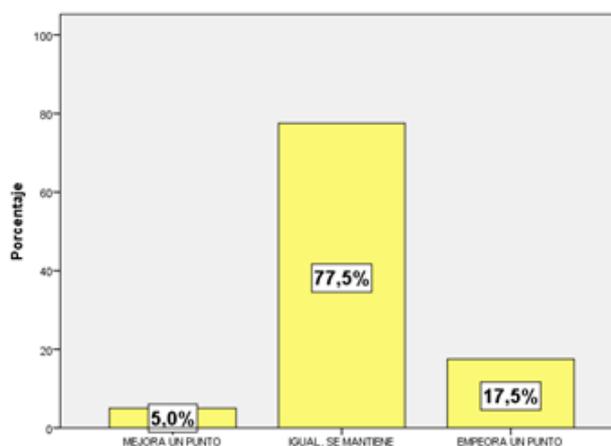


Gráfico 2: Resultados en los problemas con las relaciones.

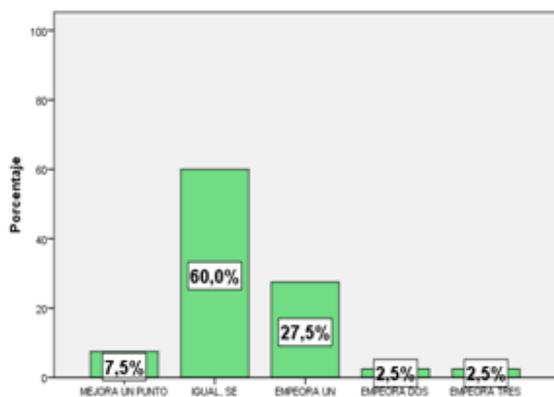


Gráfico 3: Resultados problemas en las actividades de la vida cotidiana.

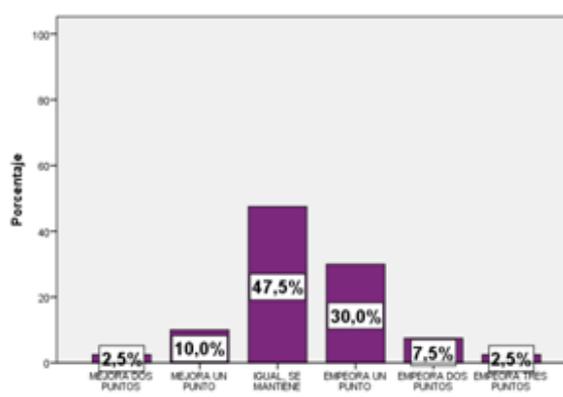


Gráfico 4: Resultado en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Sin embargo, como podemos observar en la gráfica 5 de resultados totales de la escala Honos, el 42,5% de los usuarios han experimentado una mejoría a lo largo de cinco años, mientras que el 57,5% han experimentado un empeoramiento. Lo que se observaba a priori en relación a cada ítem de los resultados por cada actividad es que se da una mejoría, esto no corresponde con lo que se observa en la gráfica de resultados totales de la escala, dado que ésta muestra un porcentaje más elevado de empeoramiento.

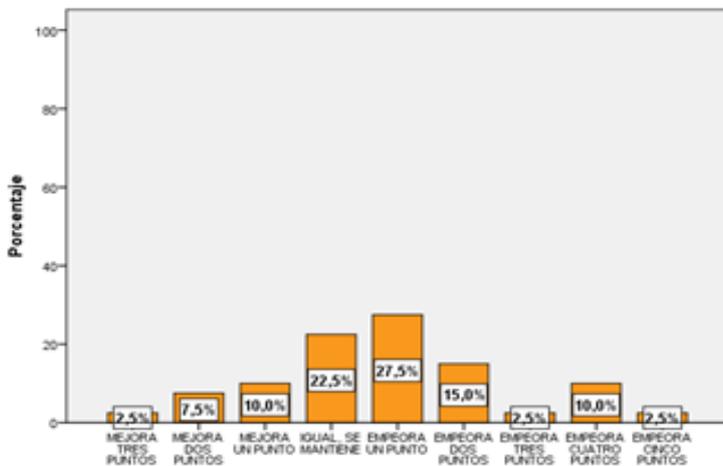


Gráfico 5: Resultado total de empeoramiento y mejora.

7.1 RESULTADOS ESCALA CRONICIDAD

En la escala Cronicidad en los ítems seleccionados (higiene personal, organización del entorno, higiene en salud, manejo de medicamentos, autonomía de gestión, manejo de los recursos socio-sanitarios, competencia personal y autocontrol, relaciones interpersonales, familia, aspectos cognitivos, responsabilidad ante el tratamiento, conciencia de enfermedad, número de ingresos y número de crisis) se observa a priori que la mayoría de los usuarios del CRPS de ASAPME durante los 5 años estudiados, se han mantenido igual. En todas las actividades se observa que el porcentaje oscila sobre entre el 55% y el 75%. Los tres ítems en los que se observa un mayor mantenimiento de los usuarios son higiene en salud, competencia personal y autocontrol y aspectos cognitivos, con un 72,5%, 72,5% y 70% respectivamente.

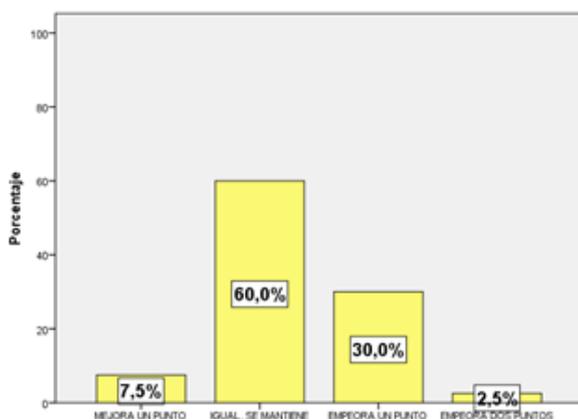


Gráfico 6: Resultados higiene personal.

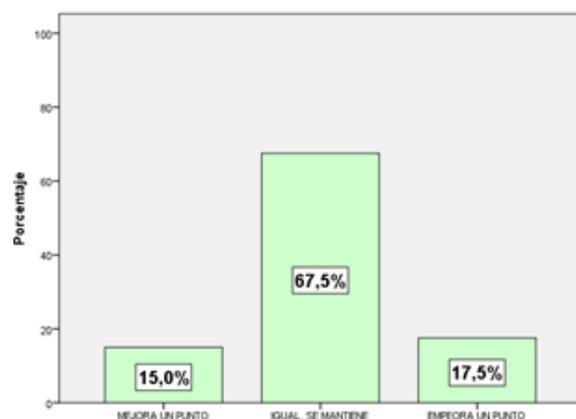


Gráfico 7: Resultados organización del entorno.

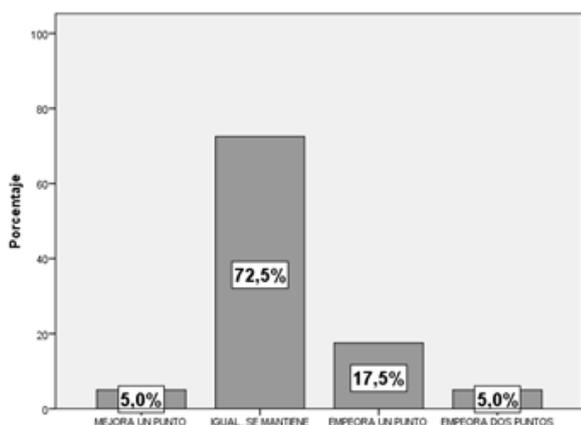


Gráfico 8: Resultados de la higiene en salud.

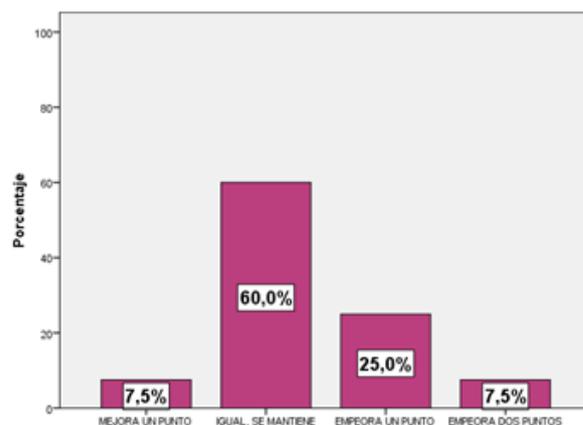


Gráfico 9: Resultados manejo de medicamentos.

Respecto a los cuidados en salud, que engloban los ítems de higiene personal, organización del entorno, higiene en salud y manejo de medicamentos, en el ítem que se observa una mayor mejoría es en el de la organización del entorno con un 82,5%, mientras que el resto también muestra alto porcentajes de mejoría con 67,5% en higiene personal, 77,5% en higiene en salud y un 67,5% en manejo de los medicamentos.

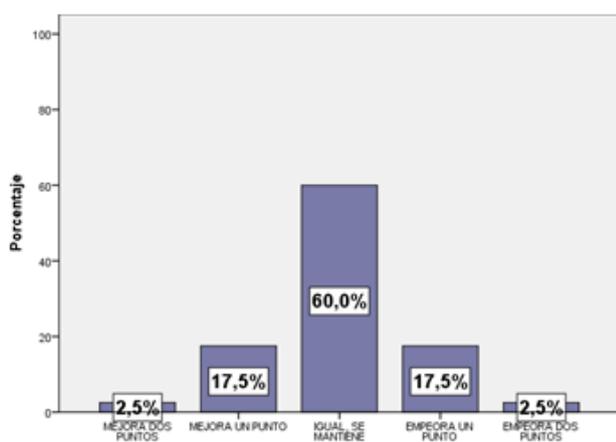


Gráfico 10: Resultados autonomía de gestión.

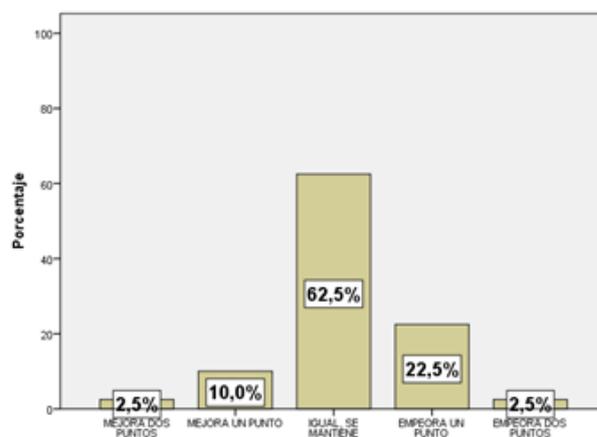


Gráfico 11: Resultados manejo de los recursos socio-sanitarios.

En referencia a la autonomía personal y toma de decisiones, que engloba los ítems de autonomía en gestión y manejo de recursos socio-sanitarios, se observa una mayor mejoría en autonomía de gestión con un 80% mientras que en manejo de los recursos socio-sanitarios se mejora un 75%.

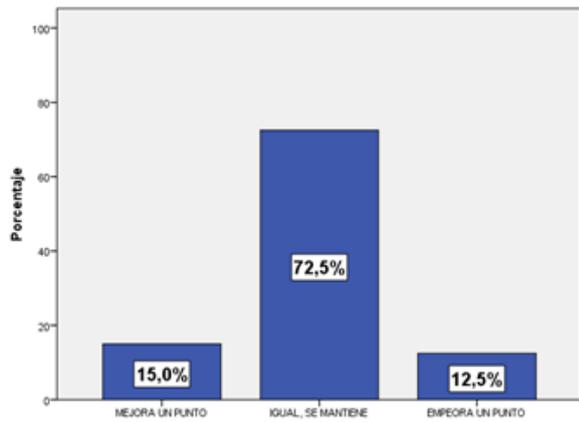


Gráfico 12: Resultados competencia personal y autocontrol.

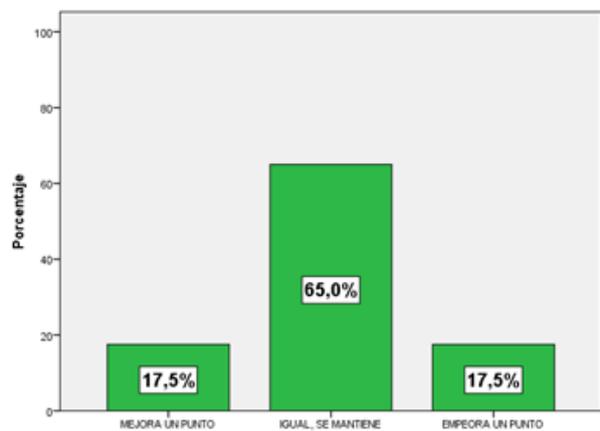


Gráfico 13: Resultados relaciones interpersonales.

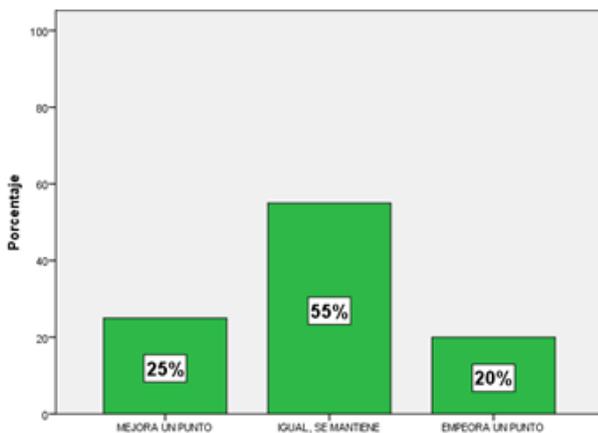


Gráfico 14: Resultados familia.

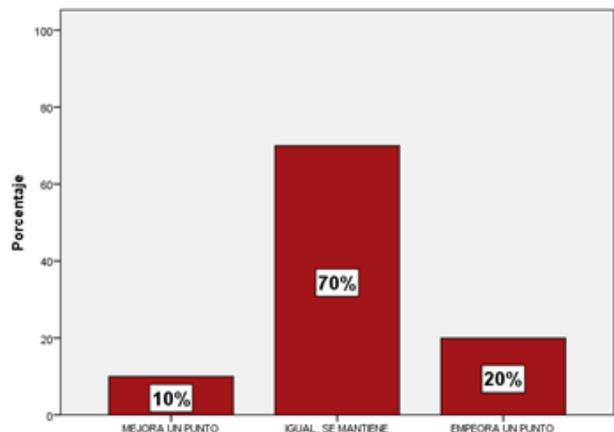


Gráfico 15: Resultados aspectos cognitivos.

Respecto al entrenamiento en habilidades sociales (competencia personal y autocontrol, relaciones interpersonales, familia y aspectos cognitivos), se observa una mayor mejoría en competencia personal y autocontrol con un 87,5% respecto al 82,5%, 80% y 80% de los demás ítems.

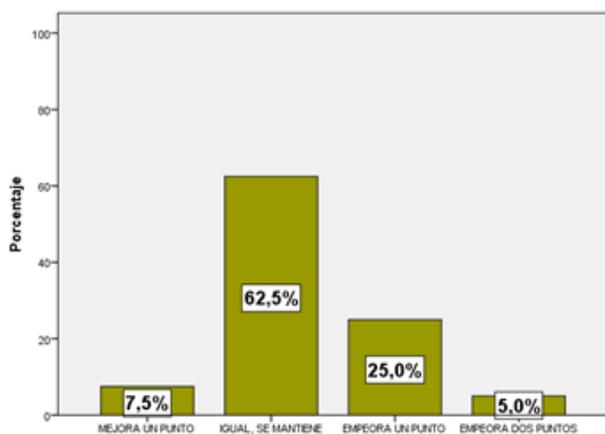


Gráfico 16: Resultados responsabilidad ante el tratamiento.

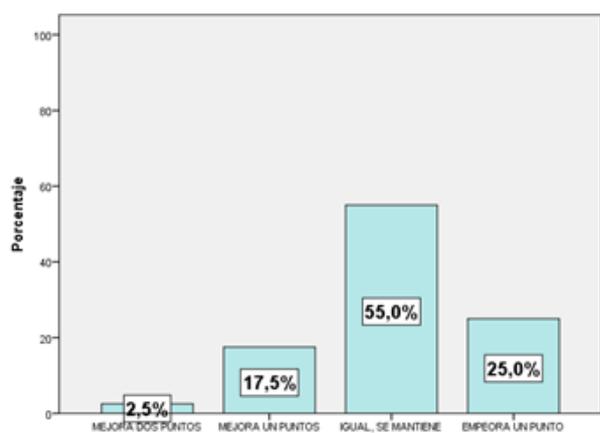


Gráfico 17: Resultados conciencia de enfermedad.

En relación a la psicoeducación y conciencia de enfermedad, que engloba los ítems de responsabilidad ante el tratamiento y conciencia de enfermedad, se observa una mayor mejoría en conciencia de enfermedad con un 75% respecto al 70% de responsabilidad ante el tratamiento.

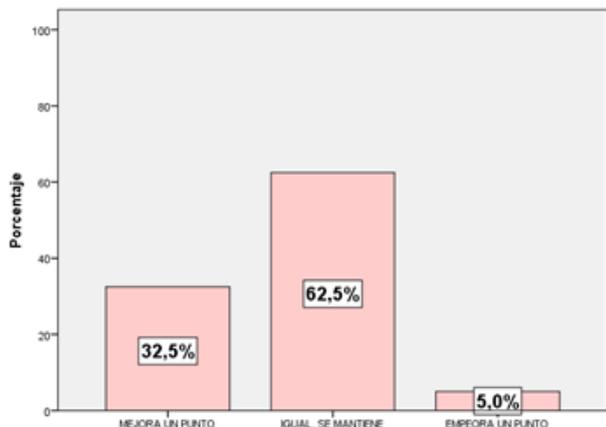


Gráfico 18: Resultados número de ingresos.

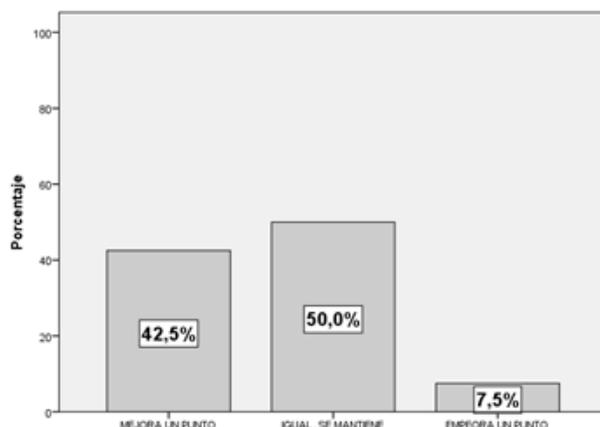


Gráfico 19: Resultados número de crisis.

En relación al estado de salud (número de ingresos y de crisis) se observa un mayor mejoría en el número de ingresos con un 95% respecto al 92.5% de número de crisis. Es en estos ítems en los que se observa una mayor mejoría en relación del resto de los ítems de la escala de Cronicidad. Estos ítems reflejan que el estado de salud de los usuarios ha mejorado por lo que han sufrido menos crisis e ingresos hospitalarios.

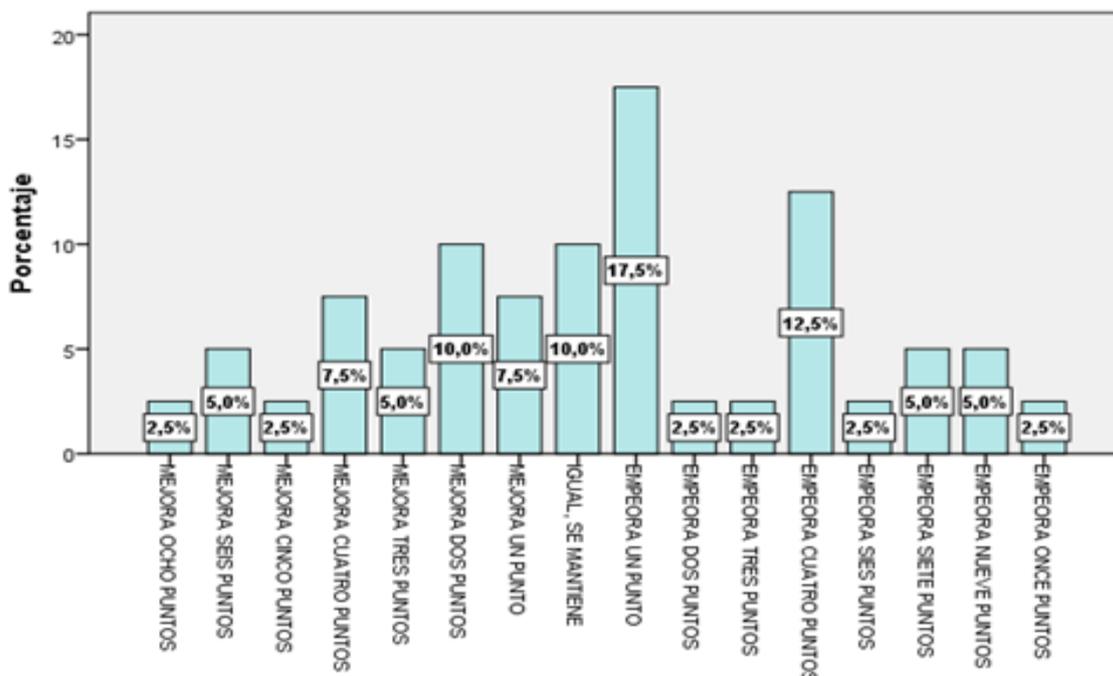


Gráfico 20: Resultado total escala Cronicidad.

En los resultados totales de la escala Cronicidad se observa a simple vista un elevado porcentaje de empeoramiento de un punto (17,5%), pero analizando la gráfica en profundidad se ve que hay un 50% de usuarios que han experimentado mejoría y otro 50% que han experimentado empeoramiento. En esta gráfica se muestran mejorías de hasta 8 puntos y empeoramientos de hasta 11 debido a que se ha calculado con la diferencia de la suma del total de los ítems de los años 2010 y 2014.

7.2 RESULTADOS ESCALA OBSERVACIONAL

La escala observacional mide seis actividades (Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Rehabilitación Cognitiva I, Rehabilitación Cognitiva II, Habilidades Sociales y Educación para la Salud), en las cuales se ha hecho referencia a el grado de participación, al nivel de esfuerzo, interacción con el grupo e higiene.

En la actividad denominada actividades básicas de la vida diaria participan un total de 11 usuarios. En esta actividad se observa una mejora en el grado de implicación, en el que un 90,9% de los participantes se mantiene igual y un 9,1% de los participantes mejoran un punto; mejora el nivel de esfuerzo, en el que un 81,8% de los participantes se mantiene igual y un 18,2% de los participantes mejora un punto; mejora la interacción con el grupo, en el que el 81,8% de los participantes se mantiene igual y un 18,2% de los participantes mejora un punto; mejora la higiene personal, en la que el 81,8% de los participantes se mantiene igual y un 18,2% de los participantes mejora un punto. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

En la actividad denominada actividades instrumentales de la vida diaria participan un total de 9 usuarios. En esta actividad se observa que el 44,4% de los participantes empeora un punto en el grado de participación y un 55,6% mejora, de los cuales el 44,4% se mantiene igual y el 11,1% mejora un punto; respecto al nivel de esfuerzo el 55,6% empeora, con un punto, y el 44,4% muestra mejoría manteniéndose igual; respecto a la interacción con el grupo el 11,1% empeora, con un punto, y el 88,9% mejora, y se mantienen igual (77,8%), mejora un punto (11,1%); respecto a la higiene el 100% de los usuarios mejora, siendo un 88,9% se mantiene igual y un 11,1% mejora un punto. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

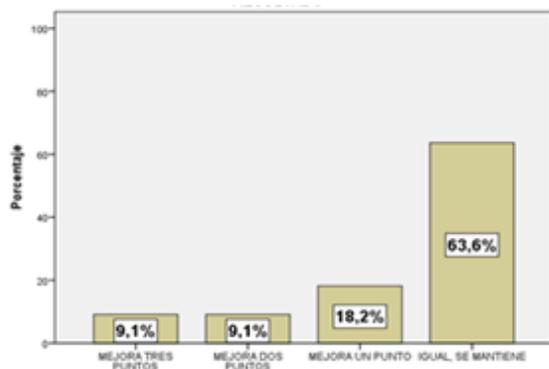


Gráfico 21: Resultado Escala Observacional ABVD.

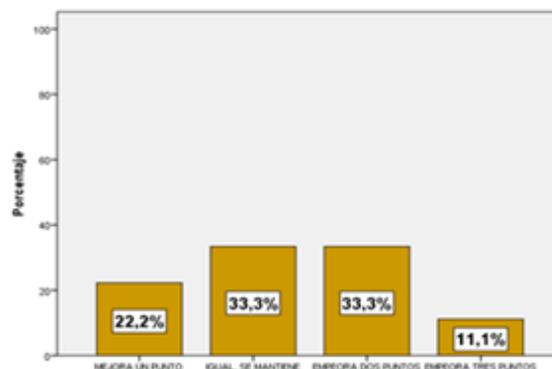


Gráfico 22: Resultado Escala Observacional AIVD.

En la actividad denominada rehabilitación cognitiva I participan un total de 14 usuarios. En esta actividad se observa que el 7,1% de los participantes empeora un punto en el grado de participación y un 92,9% mejora, los cuales el se mantienen igual; respecto al nivel de esfuerzo el 14,3% empeora, 1 usuario empeora un punto y 1 usuario empeora dos puntos, y el 85,7% muestra mejoría manteniéndose igual; respecto a la interacción con el grupo el 100% mejora manteniéndose igual; respecto a la higiene el 14,3% empeora y el 85,7% mejora, siendo que el 7,1% empeora un punto, el 7,1% empeora dos puntos y el 85,7% se mantiene igual. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

En la actividad denominada rehabilitación cognitiva II participan un total de 14 usuarios. En esta actividad se observa que el 100% de los participantes mejora el grado de participación, los cuales el 92,9% se mantienen igual y el 7,1% mejora dos puntos; respecto al nivel de esfuerzo el 7,1% del total empeora con tres puntos, y el 92,9% muestra mejoría, con un 85,7% manteniéndose igual, 7,1% mejora tres puntos; respecto a la interacción con el grupo el 100% mejora, con un 92,9% manteniéndose igual y un 7,1% mejora un punto; respecto a la higiene el 100% mejora manteniéndose igual. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

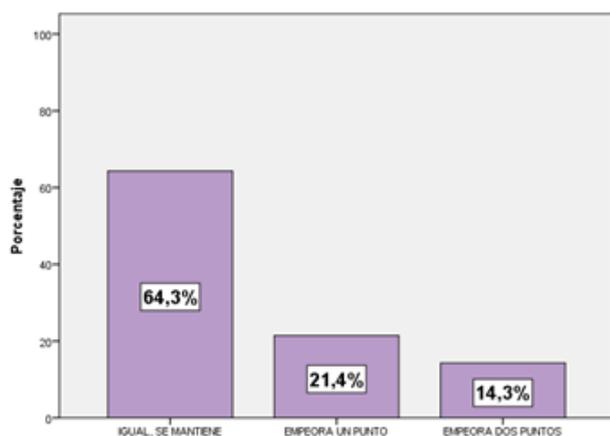


Gráfico 23: Resultados Escala Observacional Rehabilitación Cognitiva I

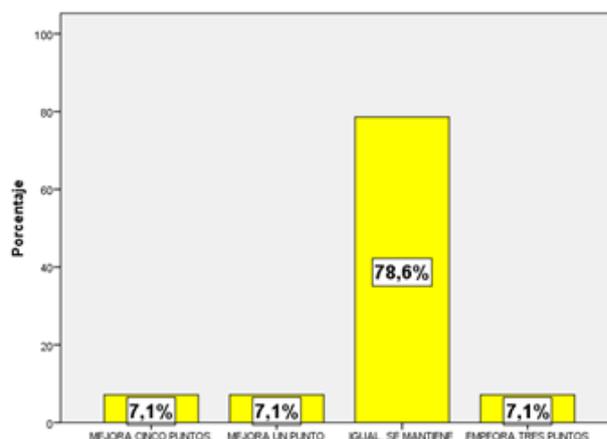


Gráfico 24: Resultados Escala Observacional Rehabilitación Cognitiva II

En la actividad denominada habilidades sociales participan un total de 22 usuarios. En esta actividad se observa que el 100% de los participantes mejora, los cuales el 95,5% se mantienen y el 4,5% mejora un punto; respecto al nivel de esfuerzo el 4,5% del total empeora con un punto, y el 95,5% muestra mejoría manteniéndose igual; respecto a la interacción con el grupo el 100% mejora manteniéndose igual; respecto a la higiene el 100% mejora manteniéndose igual. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

En la actividad denominada educación para la salud participan un total de 14 usuarios. En esta actividad se observa que el 100% de los participantes mejora en el grado de participación, los cuales el 85,7% se mantienen igual y el 14,3% mejora dos puntos; respecto al nivel de esfuerzo el 7,1% del total empeora con un punto, y el 92,9% muestra mejoría, manteniéndose igual el 78,6% del total y mejorando dos puntos en 14,3%; respecto a la interacción con el grupo el 100% mejora manteniéndose igual; respecto a la higiene el 92,9% mejora manteniéndose igual y el 7,1% empeora un punto. Las gráficas y tablas que reflejan esto se sitúan en el ANEXO VII.

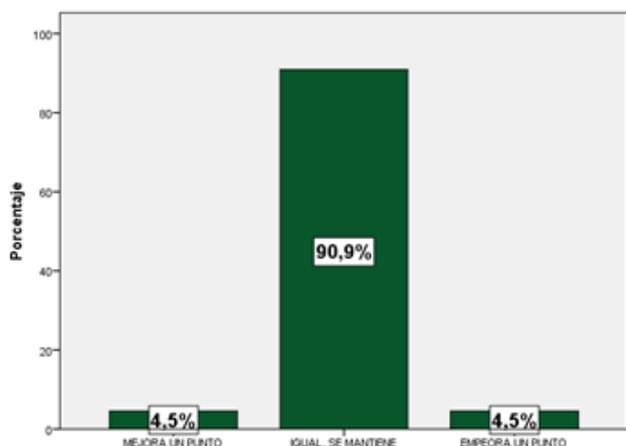


Gráfico 24: Resultados Escala Observacional Habilidades Sociales

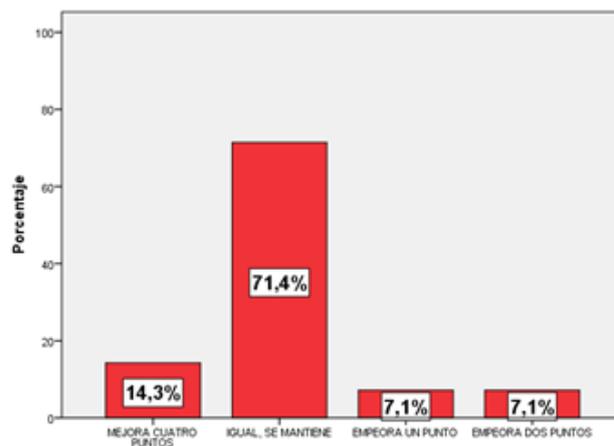


Gráfico 25: Resultados Escala Observacional Educación para la Salud

En relación a los resultados de la escala Observacional se puede observar que donde mejores resultados se observan es en la tarea de Actividades Básicas de la Vida Diaria con un 100% de mejoría, seguida de la actividad de Habilidades Sociales con un 95,4%. Pero en todas las actividades los usuarios han mejorado a lo largo del año y de forma notable, esto podría deberse a la gran implicación de los usuarios al realizar las actividades. En actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Rehabilitación Cognitiva I y II y por último en Educación para la Salud, han mejorado con un 55,5%, 64,3%, 92,7% y 85,7% respectivamente.

7.3 RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE ASAPME

Tabla 4: Cuadro resumen Encuesta de satisfacción personal de ASAPME.

CUADRO RESUMEN							
PERSONAL TÉCNICO		PROCESO REHABILITADOR		CONDICIONES FÍSICAS		OTROS	
Condiciones profesionales	90,9%	Tiempo de espera	82,9%	Adecuación general del centro	81,6%	Intención de recomendación	94,8%
Atención amable	94,8%	Tiempo de atención individual	66,7%	Temperatura	88,8%		
Ayuda prestada	94,4%	Actividades	83,6%	Ruido	89,2%		
		Información	81,9%	Limpieza	92,1%		
		Calidad asistencial	85,1%				

En el cuadro resumen sobre la Encuesta de Satisfacción anual de ASAPME se observa que las áreas donde más contentos están los usuarios son en el personal técnico, en la atención amable con un 94,8% y en atención prestada con un 94,4%. Se puede ver como en todas las demás áreas se observa un índice de satisfacción elevado y el 94,8% de los usuarios recompensaría esta asociación a otras personas que padecen un Trastorno Mental Grave.

Tabla 5: Personal Técnico.

PERSONAL TÉCNICO	
Índice de Satisfacción General 2013	92,8%
Índice de Satisfacción General 2014	93,4%

Comparando los resultados del año 2013 con el año 2014 se ve como índice de satisfacción con el personal técnico ha aumentado un 0,6%, pasando de ser un 92,8% a un 93,4%.

Tabla 6: Proceso Rehabilitador.

PROCESO REHABILITADOR	
Índice de Satisfacción General 2013	79,5%
Índice de Satisfacción General 2014	80%

Comparando los resultados del año 2013 con el año 2014 se ve como índice de satisfacción con el proceso rehabilitador ha aumentado un 0,5%, pasando de ser un 79,5% a un 80%.

Tabla 7: Condiciones Físicas.

CONDICIONES FÍSICAS	
Índice de Satisfacción General 2013	87,3%
Índice de Satisfacción General 2014	87,9%

Comparando los resultados del año 2013 con el año 2014 se ve como índice de satisfacción con las condiciones físicas ha aumentado un 0,6%, pasando de ser un 87,3% a un 87,9%.

Tabla 8: Intención de recomendación.

INTENCIÓN DE RECOMENDACIÓN	94,8%
Clientes satisfechos 2013	90,3%
Clientes satisfechos 2014	94,8%

Comparando los resultados del año 2013 con el año 2014 se ve como índice de satisfacción con la intención de recomendación ha aumentado un 4,5%, pasando de ser un 90,3% a un 94,8%.

Tabla 9: Índice de Satisfacción General.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN GENERAL	
Índice de Satisfacción General 2013	84,8%
Índice de Satisfacción General 2014	89%

Comparando los resultados del año 2013 con el año 2014 se ve como índice de satisfacción general ha aumentado un 4,2%, pasando de ser un 84,8% a un 89%.

7.4 RESULTADOS ENCUESTA DE PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE ASAPME

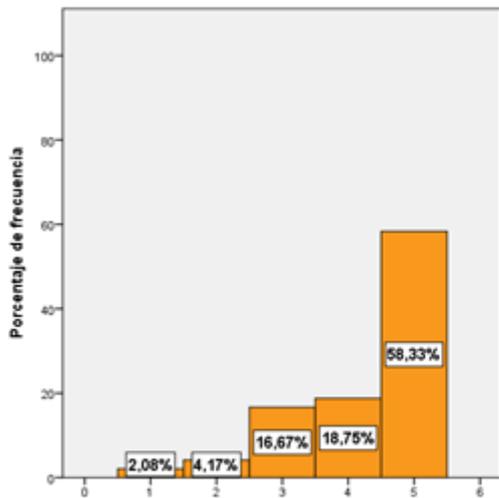


Gráfico 28: Días de la semana que los usuarios acuden al centro

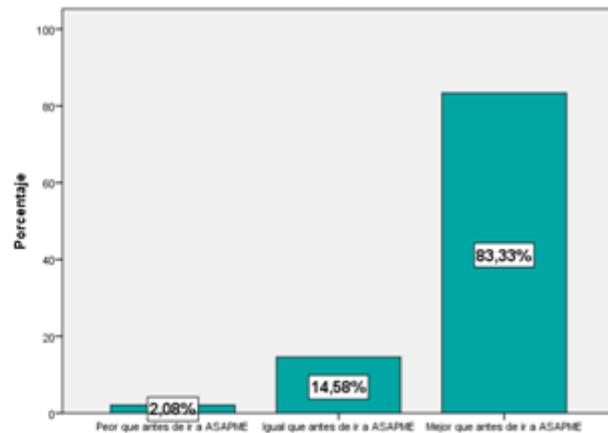


Gráfico 29: Sentimiento de cambio al acudir a ASAPME.

En la Encuesta de Percepción Personal sobre ASAPME se observa que en el área de adherencia terapéutica, que engloba los días de la semana que los usuarios acuden al centro y el sentimiento de cambio tras acuden a ASAPME, se ve que el 58,33% de los usuarios acuden los cinco días de la semana a su rehabilitación, esto es debido a que las actividades que se reflejan en el Programa Individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR) de cada usuario no tienen porque desarrollarse todos los días de la semana, por lo que los usuarios solo acuden los días que le corresponde y no todos los días de la semana. Sin embargo, de los 48 encuestados solo acuden uno o dos días el 6,25%. Por otro lado, en el ítem de sentimiento de cambio se observa una mejoría del 97,92%, por lo que casi todos los usuarios encuestados sienten que al acudir a la asociación se sienten mejor que antes.

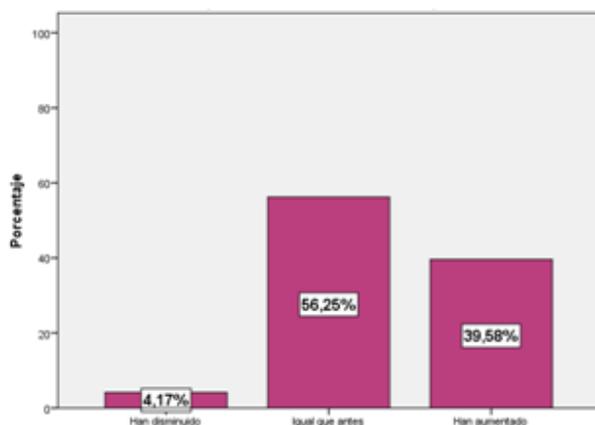


Gráfico 30: Nivel de autonomía/independencia del usuario desde

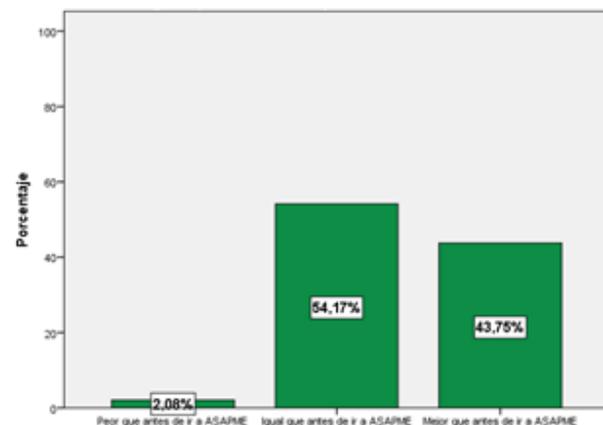


Gráfico 31: Higiene personal desde que acude a ASAPME.

En el área de autonomía personal que engloba dicho ítem, se observa que un 95,83% de los usuarios cree que su nivel de autonomía se ha incrementado.

Por otro lado, en el área de cuidados en salud, que abarca los ítems de higiene personal y salidas a la calle, se puede ver que en higiene en salud hay una mejora muy acentuada con un 97,92% de mejoría en la higiene desde que los usuarios acuden al centro, a su vez en el ítem de salidas a la calle autónomamente se observa una mejora del 95,83%. Dentro del área de cuidados en salud el ítem que muestra más mejoría entre los usuarios es el de higiene personal.

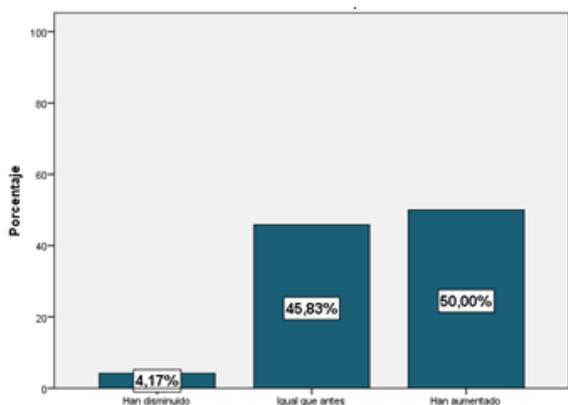


Gráfico 32: Salidas a la calle autónomamente desde que acudes a ASAPME

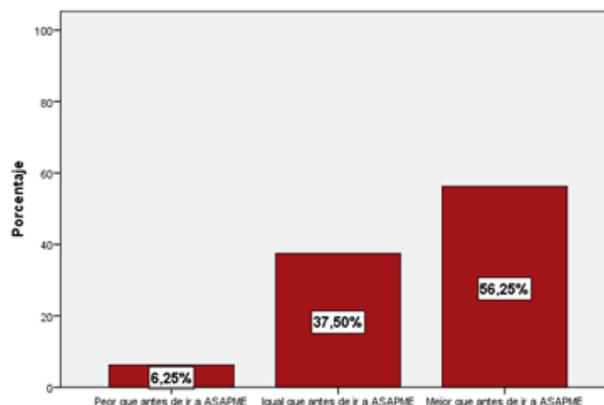


Gráfico 33: Estado de salud visto desde la perspectiva del usuario desde que acude a ASAPME.

Respecto al área de estado de salud, que engloba dicho ítem se ve como el 93,75% de los pacientes piensa que su estado en salud ha mejorado, es decir, cree que su salud se encuentra en mejor estado desde que acude al centro.

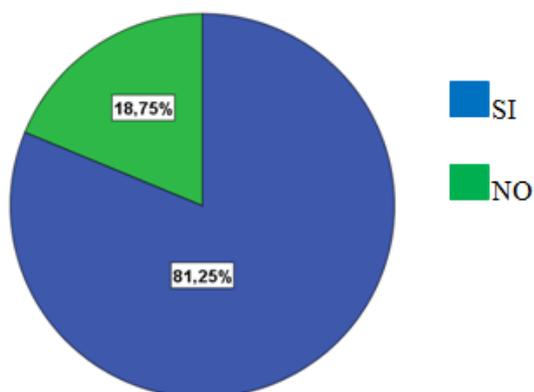


Gráfico 34: Conocimiento del usuario de la medicación que toma.

Tabla 10: Conocimiento del usuario de la medicación que toma.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	39	81,3
	NO	9	18,8
	Total	48	100,0

En relación al área de conciencia de enfermedad, que hace referencia al conocimiento de la medicación y al estado de ánimo del paciente. Un 81,25% de los usuarios que son conscientes de la enfermedad que toman, es decir, 39 de los usuarios encuestados. Por otro lado, en el ítem de estado de ánimo del paciente desde que acude a ASAPME un 95,83% cree que ha mejorado.

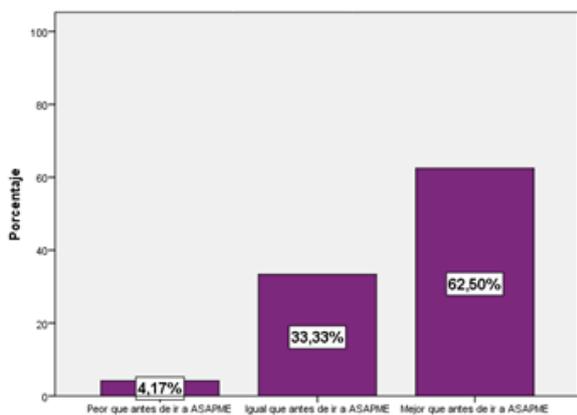


Gráfico 35: Estado de ánimo del paciente desde que acude a ASAPME.

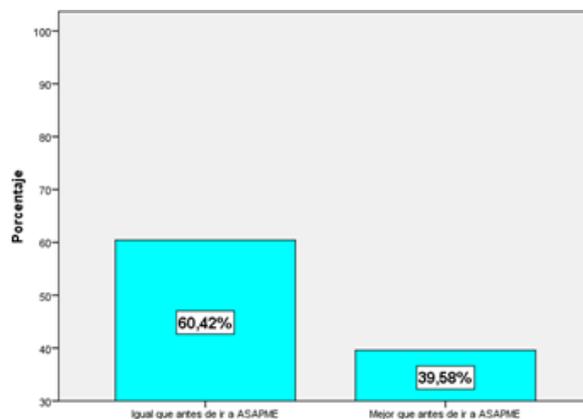


Gráfico 36: Relación con la familia desde que el usuario acude a ASAPME.

Conforme al área de entrenamiento en habilidades sociales que comprende la relación con la familia y relación con los amigos, se observa que experimentan mayor mejoría en su relación con la familia con un 100% de los usuarios. Mientras que el 97,92% considera que ha mejorado su relación con las amistades.

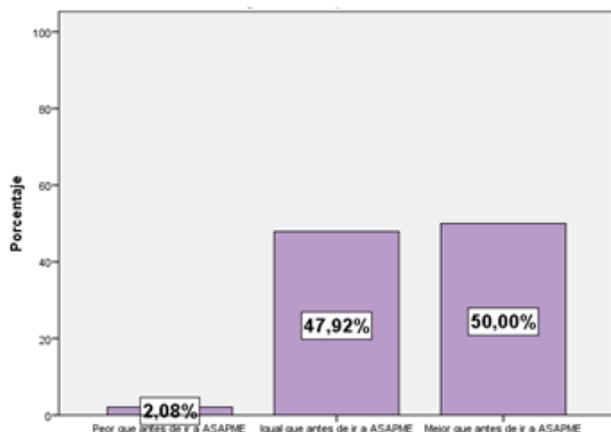


Gráfico 37: Relación con los amigos desde que el usuario va al centro.

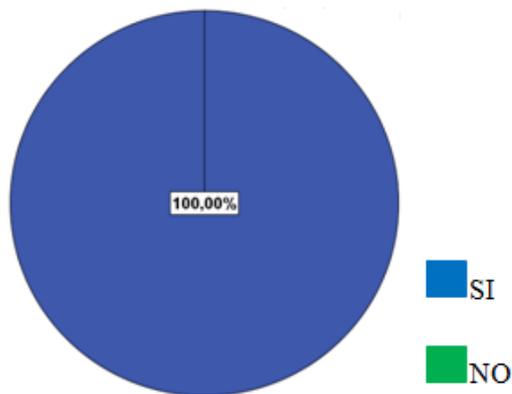


Gráfico 38: Satisfacción al participar en ASAPME.

Por lo tanto, se puede concluir a priori que los usuarios del centro han mejorado en todos los aspectos tomados en cuenta en la Encuesta sobre Percepción Personal de ASAPME. Y al observar cada ítem detenidamente se ve que es mucho mayor el porcentaje de mejoría. Como muestra la gráfica de satisfacción al participar todos los usuarios están contentos con la asistencia en la asociación.

8. CONCLUSIONES

Para finalizar, tras estudiar en profundidad al colectivo que padece un Trastorno Mental Grave y de conocer sus capacidades y limitaciones respecto a la autonomía personal, y una vez realizado el análisis de las escalas y las encuestas podemos concluir que se observa un incremento positivo del funcionamiento psicosocial del usuario, es decir, una mejoría tras la rehabilitación como usuario en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME. Esta mejoría se puede definir en los siguientes aspectos:

- I. Los problemas cognitivos, ya que es una de las capacidades más mermadas a causa de la enfermedad y su rehabilitación en ese aspecto hace que las mejoren.
- II. Los problemas con las relaciones, debido a que al acudir al centro interactúan con otras personas que padecen la misma enfermedad lo que favorece la comprensión mutua de la misma, así como las causas y consecuencias de la enfermedad, por lo que aumenta la red social.
- III. El área de estado de salud (número de ingresos y número de crisis), porque al acudir al centro tienen una mayor supervisión y apoyo por parte de los profesionales que afecta de manera positiva en la salud de los pacientes. De este modo el número de ingresos y de crisis han disminuido considerablemente, algo muy positivo para el estado de salud del usuario.
- IV. La competencia personal y autocontrol que evalúa el desenvolvimiento social, supone una capacidad de establecer relaciones significativas y duraderas, manejo de situaciones de estrés y tensión, presencia de alteraciones con agresividad, uso del tiempo libre, planificación de actividades. Los usuarios presentan una mejoría muy alta porque gracias a las actividades del centro como son habilidades sociales, educación para la salud y actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se les aportan pautas de comportamiento y control personal sobre su enfermedad.
- V. Tanto en la escala de Honos como en la de Cronicidad se observa que los usuarios han experimentado una mejoría a lo largo de estos cinco años. Con un 42,5% y un 50% respectivamente, algo muy positivo y por lo tanto significativo, porque se podría decir que la rehabilitación de larga duración en los pacientes

que sufren un Trastorno Mental Grave ayuda a mejorar el funcionamiento psicosocial y poder llevar una vida lo más autónoma y normalizada posible.

- VI. Las seis actividades valoradas que se imparten en ASAPME muestran un elevado porcentaje de mejoría, de las cuales se destacan las Actividades Básicas de la Vida Diaria, Habilidades Sociales y Rehabilitación Cognitiva II. La mejoría en estas actividades conlleva a que se refleje una mejoría también en la mayoría de los ítems seleccionados en las escalas de Honos y Cronicidad.
- VII. En la percepción que tienen los usuarios sobre su propia mejoría tras acudir al centro, todos ellos creen que ha mejorado su relación con la familia y casi todos también creen que ha mejorado la relación con los amigos. La mayoría de los encuestados sienten que han cambiado o mejorado a lo largo de su rehabilitación.

La Encuesta de Percepción personal sobre ASAPME refleja que el 100% de los usuarios están satisfechos con el centro y la función que desempeñan en él, mientras que en la Encuesta de Satisfacción Anual de ASAPME en el año 2014 el 89% de los usuarios se consideran muy satisfechos, este porcentaje es un 4,2% mayor que el año anterior, 2013. Al analizar los resultados obtenidos en esta encuesta se observa que el usuario es consciente de que ha experimentado una mejoría y siente que ha experimentado cambios positivos, por lo que esta hipótesis queda verificada: **“el paciente con Trastorno Mental Grave es consciente de la mejora en su funcionamiento psicosocial, una vez transcurrido un periodo de tiempo en su rehabilitación”**.

El análisis de los resultados de todos los instrumentos de medida empleados verifican la siguiente hipótesis: **“las escalas y encuestas utilizadas reflejan una mejoría en el funcionamiento psicosocial del paciente que sufre un Trastorno Mental Grave, tras un periodo de tiempo de cinco años en ASAPME”**. Una vez analizados los instrumentos de medida del funcionamiento psicosocial, se observa que lo más frecuente es que se dé un mantenimiento, es decir, que el usuario no muestre ni empeoramiento ni mejora. Por lo que se ha considerado el mantenimiento como algo positivo y se ha incluido dentro de mejoría, dado que algunas de las características de los TMG son que tienen carácter crónico, es decir, persistente en el tiempo, y que sufren un deterioro en sus funciones globales. Por tanto, lo que se pretende a través de la rehabilitación psicosocial no es curar al paciente, sino que se intenta ralentizar dicho deterioro y mejorar en algunos aspectos a través de una intervención constante por parte del equipo multidisciplinar.

El propósito de los Centros de Rehabilitación Psicosocial en general, y de ASAPME en particular es aportar una serie de pautas a los usuarios para que puedan llevar una vida normalizada fuera del centro y de esta manera promover un óptimo funcionamiento global del usuario para que así, él mismo por sus propios medios, pueda mejorar su calidad de vida e integración en la comunidad. Por ello se verifica la siguiente hipótesis **“La rehabilitación psicosocial del Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME ayuda a que exista una mejora en el funcionamiento psicosocial del usuario con Trastorno Mental Grave”**.

Por lo tanto, a pesar de que una persona que padece un Trastorno Mental Grave no pueda curar su enfermedad, sí puede aprender a vivir con ella y asimilarla, de manera que aunque no se consiga una recuperación total si puede llevar una vida satisfactoria a pesar de que la propia enfermedad suponga una limitación. Para ello, el abordaje del TMG desde una perspectiva psicosocial hace que los pacientes tengan mayores posibilidades de alcanzar un una calidad de vida saludable.

9. PROPUESTAS DE MEJORA

Para complementar este estudio se pueden plantear una serie de propuestas de mejora que pueden ser de ayuda para el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASAPME en la evaluación del funcionamiento psicosocial de sus usuarios.

- ❖ Realizar estudios similares a este sobre evaluación de la rehabilitación en el centro y así poder conocer la evolución de los pacientes, la calidad de la intervención e identificar la mejoría en los pacientes en aquellas capacidades en las que presentan mayores déficits. Un periodo recomendable para realizar este estudio de investigación sería de unos cinco años mínimo para que se puedan observar cambios en la evolución.
- ❖ Conocer los cambios que han experimentado en el funcionamiento psicosocial de los usuarios de ASAPME tras una rehabilitación longitudinal. Las áreas concretas de estudio serían el cuidado personal y autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento con la familia y el funcionamiento social.
- ❖ Las escalas utilizadas en la Comunidad Autónoma de Aragón en el área de la Salud Mental son la Escala de Honos y la Escala de Cronicidad. Proponemos que, además de éstas, se empleen otras escalas específicas que evalúen el funcionamiento psicosocial de los usuarios que reciben una rehabilitación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial del ASAPME. Las escalas que pueden ser apropiadas y de gran utilidad son Inventario de Evaluación y Deterioros de la OMS (IEDOMS)² y Evaluación del Funcionamiento Global (EFG)³, ya que son utilizadas en diversos estudios de evaluación de CRPS como en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo (CRPSP)⁴.

² Se utilizó la versión traducida del inventario de evaluación y deterioros de la OMS (IEDOMS). Es un instrumento heteroaplicado que evalúa cuatro áreas de funcionamiento: cuidado personal y supervivencia (CPYSOB), funcionamiento ocupacional (f. ocup), con la familia (f. fam) y social (f. social). (Pardo, V. et al., 2014, Pág. 15,16).

³ La escala de evaluación del funcionamiento global (Global Assessment of Functioning) del DSM-IV es un instrumento heteroaplicado que valora el funcionamiento global de los sujetos. (Pardo, V. et al., 2014, Pág. 15,16).

⁴ Pardo, V., del Castillo, R., Pérez Rosas, D., Paladino, F., y Kaplan, M. (2014) *Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 78. Pp. 29.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Béjar, A. et al. (2003) *Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial el salud mental*.
- Casarotti, H. (1992) *Aplicación multiaxial del capítulo F de la CIE-10 del Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría*. Henri Ey. Montevideo.
- Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010) *Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial*. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXX (105), 25-47.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y de Personas con Enfermedad Mental (2007) *Estrategia en Salud Mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo*. Madrid: FEAFES.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás, A., Laviana, M., Martínez, M., Navarrón, E... Ramos, J.M. (2003) *Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico*. *Apuntes de psicología*. Vol. 21, Nº. 1, 2003, pág. 8-25.
- Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales (2002) *Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Gobierno de Aragón.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.a ed. en esp. Barcelona: Masson; 1995.
- Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (2012) *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves*. IMSERSO.
- Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (2010) *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Garcés, E., Pinilla M.A. (2006) *Intervención del trabajo social en pacientes con trastorno mental grave*. *Trabajo Social y Salud*, nº 54. Granada: Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

- Gisbert, C. (2002) *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gisbert, C. (2003) *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gobierno de Aragón. *Sistema de información sobre Salud Mental Informe 2012. Servicio de Evaluación y Acreditación*. Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- Gobierno de España (2011) *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2009) *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de ciencia e innovación.
- IMSERSO (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2007) *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*.
- IMSERSO (2007) *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009) *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. España.
- Miranda, M. y Garcés E. M. (1998). *Trabajo Social en Salud Mental*. En D. Colom y M. Miranda (Eds.) Organizaciones de Bienestar (pp. 67-87). Zaragoza: Mira Editores.
- Pardo, V., del Castillo, R., Pérez Rosas, D., Paladino, F., y Kaplan, M. (2014) *Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con Trastorno Mental Grave y Persistente*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 78. Pp. 29.
- Pérez, F. (Coord.) (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Cuadernos Técnicos. 16. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera, S., Vázquez, E., Gaité, L. (2006) *WHO-DAS II. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

11. ÍNDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE RESULTADOS

7.1 RESULTADOS ESCALA HONOS	42
7.2 RESULTADOS ESCALA CRONICIDAD.....	43
7.3 RESULTADOS ESCALA OBSERVACIONAL	46
7.4 RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE ASAPME	48
7.5 RESULTADOS ENCUESTA DE PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE ASAPME	50
ANEXO VIII. MÁS RESULTADOS ESCALA HONOS.....	85
ANEXO VII2. MÁS RESULTADOS ESCALA CRONICIDAD	88
ANEXO VII3. MÁS RESULTADOS ESCALA OBSERVACIONAL.....	97

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado problemas cognitivos.....	42
Gráfico 2: Resultados en los problemas con las relaciones.....	42
Gráfico 3: Resultados problemas en las actividades de la vida cotidiana.	42
Gráfico 4: Resultado en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.....	42
Gráfico 5: Resultado total de empeoramiento y mejora.	43
Gráfico 6: Resultados higiene personal.	43
Gráfico 7: Resultados organización del entorno.....	43
Gráfico 8: Resultado de la higiene en salud.	43
Gráfico 9: Resultados manejo de medicamentos.....	43
Gráfico 10: Resultados autonomía de gestión.	44
Gráfico 11: Resultados manejo de los recursos socio-sanitarios.....	44
Gráfico 12: Resultados competencia personal y autocontrol.	44
Gráfico 13: Resultados relaciones interpersonales.	44
Gráfico 14: Resultados familia.	44
Gráfico 15: Resultados aspectos cognitivos.	44
Gráfico 16: Resultados responsabilidad ante el tratamiento.....	45
Gráfico 17: Resultados conciencia de enfermedad.....	45
Gráfico 18: Resultados número de ingresos.	45
Gráfico 19: Resultados número de crisis.....	45
Gráfico 20: Resultado total escala Cronicidad.	45
Gráfico 21: Resultado Escala Observacional ABVD.....	46
Gráfico 22: Resultado Escala Observacional AIVD.	46
Gráfico 23: Resultado total AIVD.....	46
Gráfico 24: Resultado total Rehabilitación Cognitiva I.	46
Gráfico 25: Resultado total Rehabilitación cognitiva II.	46
Gráfico 26: Resultado total Habilidades Sociales.	46
Gráfico 27: Resultado total Educación para la salud.....	47
Gráfico 28: Días de la semana que los usuarios acuden al centro	50
Gráfico 29: Sentimiento de cambio al acudir a ASAPME.	50
Gráfico 30: Nivel de autonomía/independencia del usuario desde que acude al centro.....	50
Gráfico 31: Higiene personal desde que acude a ASAPME.....	50

Gráfico 32: Salidas a la calle autónomamente desde que acudes a ASAPME	51
Gráfico 33: Estado de salud visto desde la perspectiva del usuario desde que acude a ASAPME.	51
Gráfico 34: Conocimiento del usuario de la medicación que toma.	51
Gráfico 35: Estado de ánimo del paciente desde que acude a ASAPME.	51
Gráfico 36: Relación con la familia desde que el usuario acude a ASAPME.	52
Gráfico 37: Relación con los amigos desde que el usuario va al centro.	52
Gráfico 38: Satisfacción al participar en ASAPME.	52
Gráfico 39: Mejoría en problemas cognitivos.	83
Gráfico 40: Empeoramiento en problemas cognitivos.	83
Gráfico 41: Mejoría en los problemas con las relaciones.	84
Gráfico 42: Empeoramiento en los problemas con las actividades de la vida cotidiana.	84
Gráfico 43: Mejoría en los problemas con las actividades de la vida cotidiana.	84
Gráfico 44: Mejoría en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.	85
Gráfico 45: Empeoramiento en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.	85
Gráfico 46: Empeoramiento de la higiene personal.	86
Gráfico 47: Mejoría de la higiene personal.	86
Gráfico 48: Mejoría en la organización del entorno.	86
Gráfico 49: Resultados higiene en salud.	87
Gráfico 50: Mejoría de la higiene en salud.	87
Gráfico 51: Empeoramiento del manejo de medicamentos.	88
Gráfico 52: Mejoría del manejo de medicamentos.	88
Gráfico 53: Mejoría de la autonomía de gestión.	89
Gráfico 54: Empeoramiento de la autonomía de gestión.	89
Gráfico 55: Mejoría en el manejo de los recursos socio-sanitarios.	89
Gráfico 56: Empeoramiento en el manejo de los recursos socio-sanitarios.	89
Gráfico 57: Mejoría de la competencia personal y autocontrol.	90
Gráfico 58: Mejoría de las relaciones interpersonales.	91
Gráfico 59: Mejoría con la familia.	91
Gráfico 60: Mejoría de los aspectos cognitivos.	92
Gráfico 61: Empeoramiento en la responsabilidad ante el tratamiento.	92
Gráfico 62: Mejoría en la responsabilidad ante el tratamiento.	92
Gráfico 63: Mejoría en la conciencia de enfermedad.	93
Gráfico 64: Mejoría en el número de ingresos.	94
Gráfico 65: Mejoría en el número de crisis.	94

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Relación ítems seleccionados y escalas. Elaboración propia.	34
Tabla 2: Relación variables-ítems seleccionados-escalas. Elaboración propia.	37
Tabla 3: Procedimiento. Elaboración propia.	39
Tabla 4: Cuadro resumen Encuesta de satisfacción personal de ASAPME.	48
Tabla 5: Personal Técnico.	48
Tabla 6: Proceso Rehabilitador.	48
Tabla 7: Condiciones Físicas.	48
Tabla 8: Intención de recomendación.	49
Tabla 9: Índice de Satisfacción General.	49
Tabla 10: Conocimiento del usuario de la medicación que toma.	51

Tabla 11: Resultados problemas cognitivos.	83
Tabla 12: Empeoramiento en los problemas con las relaciones.	83
Tabla 13: Resultado problemas con las relaciones.	84
Tabla 14: Resultado problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana.	85
Tabla 15: Resultado problemas en relación con la ocupación y las actividades.	85
Tabla 16: Resultados higiene personal.	86
Tabla 17: Empeoramiento en la organización del entorno.	87
Tabla 18: Resultados organización del entorno.	87
Tabla 19: Resultados higiene en salud.	88
Tabla 20: Resultados manejo de medicamentos.	88
Tabla 21: Resultados autonomía de gestión.	89
Tabla 22: Resultados manejo de recursos socio-sanitarios.	90
Tabla 23: Empeoramiento de la competencia personal y autocontrol.	90
Tabla 24: Resultados competencia personal y autocontrol.	90
Tabla 25: Empeoramiento de las relaciones interpersonales.	91
Tabla 26: Resultados relaciones interpersonales.	91
Tabla 27: Empeoramiento con la familia.	91
Tabla 28: Resultados familia.	92
Tabla 29: Empeoramiento de los aspectos cognitivos.	92
Tabla 30: Resultados aspectos cognitivos.	92
Tabla 31: Resultados responsabilidad ante el tratamiento.	93
Tabla 32: Empeoramiento en la conciencia de enfermedad.	93
Tabla 33: Resultados conciencia de enfermedad.	93
Tabla 34: Empeoramiento en el número de ingresos.	94
Tabla 35: Resultados número de ingresos.	94
Tabla 36: Empeoramiento en el número de crisis.	94
Tabla 37: Resultados número de crisis.	95
Tabla 38: Resultado total escala Cronicidad.	95
Tabla 39: Mejora el grado de implicación a lo largo de la actividad.	95
Tabla 40: Mejora el nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	96
Tabla 41: Mejora la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.	96
Tabla 42: Mejora la higiene personal a lo largo de la actividad.	96
Tabla 43: Resultado Escala Observacional ABVD.	96
Tabla 44: Empeoramiento del grado de participación a lo largo de la actividad.	96
Tabla 45: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.	97
Tabla 46: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	97
Tabla 47: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	97
Tabla 48: Empeoramiento de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.	97
Tabla 49: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.	97
Tabla 50: Mejoría de la higiene a lo largo de la actividad.	98
Tabla 51: Resultado total AIVD.	98
Tabla 52: Empeoramiento del grado de participación a lo largo de la actividad.	98
Tabla 53: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.	98
Tabla 54: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	98
Tabla 55: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	99
Tabla 56: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.	99
Tabla 57: Empeoramiento de la higiene personal a lo largo de la actividad.	99
Tabla 58: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.	99

Tabla 59: Resultado total Rehabilitación Cognitiva I.....	99
Tabla 60: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.	100
Tabla 61: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	100
Tabla 62: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	100
Tabla 63: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.....	100
Tabla 64: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.	100
Tabla 65: Resultado total Rehabilitación Cognitiva II.	101
Tabla 66: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.	101
Tabla 67: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	101
Tabla 68: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	101
Tabla 69: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.....	101
Tabla 70: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.	101
Tabla 71: Resultado total Habilidades Sociales.....	102
Tabla 72: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.	102
Tabla 73: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	102
Tabla 74: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.	102
Tabla 75: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.....	102
Tabla 76: Empeoramiento de la higiene personal a lo largo de la actividad.	102
Tabla 77: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.	103
Tabla 78: Resultado total Educación para la salud.	103
Tabla 79: Días de la semana que los usuarios acuden al centro.	103
Tabla 80: Sentimiento de cambio al acudir al centro.	103
Tabla 81: Nivel de autonomía/independencia del usuario desde que acude al centro.....	104
Tabla 82: Higiene personal desde que acude a ASAPME.....	104
Tabla 83: Salidas a la calle autónomamente desde que acudes a ASAPME.	104
Tabla 84: Estado de salud visto desde la perspectiva del usuario desde que acude a ASAPME.	104
Tabla 85: Estado de ánimo del paciente desde que acude a ASAPME.	105
Tabla 86: Relación con la familia desde que el usuario acude a ASAPME.	105
Tabla 87: Relación con los amigos desde que el usuario va al centro.....	105
Tabla 88: Satisfacción al participar en ASAPME.....	105

12. ANEXOS

ANEXO I. ESCALA HONOS

Resumen de las Instrucciones de Puntuación

Puntuar cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12

No incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global.

Puntuar el problema MÁS SEVERO ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado.

Todas las escalas siguen el formato:

0 = sin problema

1 = problema menor que no requiere intervención

2 = problema leve pero claramente presente

3 = problema de moderada gravedad

4 = problema grave o muy grave

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada.

Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.).

No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala 6.

0-Sin problema de este tipo durante el periodo evaluado.

1-Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud etc. que no requiere intervención.

2-Incluye actitudes agresivas; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación.

3-Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres.

4-Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena.

2. Autolesiones no accidentales.

No incluye las autolesiones accidentales (debidas, por ejemplo, a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5.

No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).

0-Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado.

1-Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones.

2-Riesgo leve durante el periodo evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas).

3-Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación).

4-Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el periodo evaluado.

3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas.

No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1.

No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5.

0-Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado.

1-Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales.

2-Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas pero sin dependencia seria.

3-Marcada apatencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación.

4-Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas.

4. Problemas Cognitivos.

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3.

0-Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado.

1-Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo olvido ocasional de nombres).

2-Problemas leves pero claros (por ejemplo se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples.

3-Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental.

4-Desorientación severa (por ejemplo incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor.

5. Problemas por enfermedad física o discapacidad.

Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal.

Incluye a los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4.

0-Ningún problema de salud física durante el periodo evaluado.

1-Problema menor de salud durante dicho periodo (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.).

2-Problema de salud física que provoca limitación leve de la movilidad y actividad.

3-Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física.

4-Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física.

6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones.

Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico

Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes.

No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1.

0-No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el periodo evaluado.

1-Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del paciente.

2-Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir clínicamente presente pero de forma leve.

3-Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica.

4-El estado mental y la conducta del paciente están seria y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el paciente.

7. Problemas en relación con el humor depresivo.

No incluye la hiperactividad o la agitación, que se puntúa en la Escala 1.

No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2.

No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6.

0-Ningún problema asociado con humor depresivo durante el periodo evaluado.

1-Tristeza; o cambios menores en el estado de ánimo.

2-Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo sentimientos de culpa; pérdida de la autoestima).

3-Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación acerca de sentimientos de culpa.

4-Depresión severa o muy severa, con ideas de culpa o autoacusación.

8. Otros problemas mentales o conductuales.

Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A fóbico; B ansiedad; C obsesivo-compulsivo; D sobrecarga mental y tensión; E disociativo; F somatoforme; G alimentación; H sueño; I sexual; J otros, especificar.

0-Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del periodo evaluado.

1-Problemas menores solamente.

2-Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo el paciente tiene un cierto grado de control).

3-Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, etc.) es decir nivel de problema moderadamente severo.

4-Problema grave que domina la mayoría de las actividades.

9. Problemas con las relaciones.

Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas.

0-Ningún problema significativo durante el periodo evaluado.

1-Problema menor sin entidad clínica.

2-Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para los demás.

3-Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo.

4-Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales.

10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana.

Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas como la administración del dinero, la organización de donde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.

Incluye: cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento.

No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11 y 12.

0-Sin problemas durante el periodo evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas.

1-Problemas menores solamente (por ejemplo desordenado, desorganizado).

2-Cuidados personales adecuados pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (ver arriba).

3-Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas.

4-Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas.

11. Problemas con las condiciones de vida.

Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana.

¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)?. Si es así, ¿se dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?

No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10.

Nota: puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual.

0-El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la Escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.

1-El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.).

2-Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo elección restringida; el personal o las personas que viven con el paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de como limitar la discapacidad o de cómo ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas).

3-Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo carencia de algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del paciente son mínimos o inexistentes.

4-El alojamiento es inaceptable (por ejemplo carece de las necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son por lo demás intolerables), agravando los problemas del paciente.

12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar capacidades ocupacionales y recreativas y actividades? Considerar factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres, clubes sociales, etc.).

No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10.

Nota: Puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el periodo previo al ingreso.

0-El entorno cotidiano del paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.

1-Problema menor o transitorio (por ejemplo retraso en cobrar el paro): recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.

2-Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas u otros lugares públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadores; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado.

3-Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso.

4-La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del paciente.

HoNOS Hoja De Puntuación

Nombre:

Fecha:

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
2. Autolesiones no accidentales	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
4. Problemas cognitivos	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
7. Problemas en relación con el humor depresivo	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
8. Otros problemas mentales o conductuales	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
Especificar el tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J		<input type="checkbox"/>
9. Problemas con las relaciones	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
11. Problemas con las condiciones de vida	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
Puntuación Total:	0 - 48	<input type="text"/> <input type="text"/>

Título de la sección y nombre del ítem	Rango de puntuación de cada ítem	Rango de puntuación de la sección
A. Problemas Conductuales 1. Agresividad 2. Autoagresiones 3. Uso de sustancias	0-4 0-4 0-4	0-12
B. Deterioro 4. Disfunción Cognitiva 5. Discapacidad física	0-4 0-4	0-8
C. Problemas Clínicos 6. Depresión 7. Alucinaciones e I Delirantes 8. Otros Síntomas	0-4 0-4 0-4	0-12
D. Problemas Sociales 9. Relaciones Sociales 10. Funcionamiento General 11. Problemas de Residencia 12. Problemas Ocupacionales	0-4 0-4 0-4 0-4	0-16
Puntuación Total (1-12)		0-48

ANEXO II. ESCALA DE CRONICIDAD

PERFIL DE LOS MÓDULOS

1º.- Criterios transversales

A) Autocuidado y salud

1.A.1 –Higiene personal.

Manejo de la limpieza y aseo, aspecto físico adecuado, vestido correcto.

I-Mantiene de forma autónoma la corrección de su cuidado personal.

II-Mantiene su cuidado personal, de forma autónoma, pero con oscilaciones de periodos breves de desatención no relacionadas con crisis de la enfermedad.

III-Se ve desaseado y descuidado de forma evidente o se mantiene aseado bajo supervisión.

IV-Aspecto desaseado que despierta rechazo en la mayoría de los de su entorno o aspecto incongruente a las circunstancias.

1.A.2. –Organización del entorno.

Cuidado y manejo del entorno próximo: mantenimiento de la vivienda limpia y ordenada. Cuidado y respeto de espacios colectivos y familiares.

I-Manejo adecuado y buena organización de su entorno acorde con su contexto, haciendo las tareas indicadas con corrección.

II-Manejo insuficiente pero lo lleva a cabo con ayuda o lo realiza con periodos breves de desatención no relacionados con crisis de la enfermedad.

III-Lleva a cabo el manejo de su entorno con dificultad y no realiza las tareas sin insistirle.

IV-Desorganización grave de su entorno con incapacidad para manejarlo, desatiende totalmente su cuidado y organización y provoca quejas de la vecindad.

1.A.3. –Higiene en salud y hábitos de vida.

Cuidado de su propia salud, alimentación, horarios adecuados, sueño, no consumo de tóxicos, no conductas de riesgo, toma correcta de medicación, visitas al médico.

I-Hábitos de vida saludable y cuidado adecuado de su salud.

II-Hábitos de vida saludables con oscilaciones o aspectos concretos desatendidos no relacionado con crisis evidentes.

III-Hábitos de vida no saludables en su mayor parte.

IV-No mantiene hábitos saludables de vida en casi ningún aspecto y tiene conductas que pueden ser lesivas para su salud.

1.A.4. –Manejo de la medicación.

Cumplimiento correcto de las prescripciones médicas, control de la toma de medicación, asistencia a citas.

- I-Se autoadministra la medicación y la conoce.
- II-Conoce su medicación y se la administra con apoyo parcial.
- III-No conoce su medicación y se la administra con apoyo.
- IV-No toma medicación conociéndola o no.

B) Autonomía personal

1.B.1. –Trabajo

Mantenimiento o no del empleo y de relaciones laborales, en circuitos normalizados o prestaciones laborales relacionadas.

- I-Existencia de un trabajo fijo o temporal remunerado o de desempleo sin relación con su psicopatología.
- II-Ligero deterioro laboral o desempleo por motivos psicopatológicos, no está apuntado a la lista del paro.
- III-Incapacidad laboral provisional o permanente, puede trabajar en otro empleo no relacionado con el de la incapacidad.
- IV-Incapacidad laboral absoluta para todo tipo de trabajo.

1.B.2. –Autonomía económica

Grado de independencia económica, obtención y manejo de su dinero proveniente del trabajo o rentas.

- I-Buen nivel de independencia. Tiene remuneración personal que le permite satisfacer sus necesidades básicas.
- II-Nivel de autonomía variable. Requiere ayuda en algún aspecto como completar ingresos o tiene prestación laboral por subsidio.
- III-Nivel de autonomía disminuido. No puede satisfacer sus necesidades básicas pero puede afrontar pequeños gastos, cobra pensión asistencial.
- IV-Nivel de autonomía totalmente insuficiente. No puede satisfacer sus necesidades básicas ni pequeños gastos.

1.B.3. –Autonomía de gestión

Grado de autonomía en el manejo de tramitaciones administrativas y burocráticas.

- I-Es capaz de tramitar él mismo todos sus papeles.
- II-Requiere ayuda en la tramitación burocrática compleja.
- III-Requiere ayuda en tramitaciones burocráticas simples.
- IV-No sabe realizar ningún trámite burocrático.

1.B.4. –Manejo de recursos sociosanitarios

Grado de capacidad en el manejo y utilización de la red sanitaria

- I-Uso adecuado de los recursos de su entorno.
- II-Deficiente manejo de recursos pero se desenvuelve bien con una pequeña ayuda.
- III-No existe manejo de recursos pero los usa acompañado.
- IV-No hay uso de recursos.

C) Afrontamiento personal y social

1.C.1. –Competencia personal y social

Evalúa el desenvolvimiento social, capacidad de establecer relaciones significativas y duraderas, manejo de situaciones de estrés y tensión, presencia de alteraciones con agresividad, uso del tiempo libre, planificación de actividades.

I-Manejo social adecuado, capacidad de afrontar el estrés y de planificar el tiempo libre. No presenta conductas disruptivas.

II-Manejo social variable en ausencia de crisis evidente. Dificultad de tolerar situaciones estresantes y pobre planificación del tiempo libre. No presenta conductas disruptivas.

III-Igual que el anterior pero presentas conductas agresivas frecuentes.

IV-Incapacidad de cualquier tipo de manejo de situaciones sociales, conductas extrañas y agresividad.

1.C.2. –Relaciones interpersonales

Capacidad de mantener relaciones valiosas y significativas además de las familiares.

I-Leve déficit en sus relaciones. Tiene pocos amigos con los que sale regularmente y los amigos se mantienen a lo largo del tiempo. Tiene amigos esporádicos con los que sale ocasionalmente.

II-Moderado déficit. No tiene amigos íntimos aunque si alguno esporádico. Tiene círculo recreativo pobre.

III-Relaciones marcadamente empobrecidas y escasas. No mantiene círculo de amistad estable.

IV-Relaciones interpersonales ausentes.

1.C.3. –Familia

Existencia de grupo familiar que presta cobertura al paciente.

I-Existencia de apoyo familiar adecuado a la situación y que el paciente necesita.

II-Existencia de apoyo familiar incompleto o no adecuado a las necesidades del paciente.

III-Distanciamiento familiar con hostilidad ocasional.

IV-Inexistencia de cobertura familiar. Situación de aislamiento y abandono.

1.C.4. –Aspecto cognitivos

Valoración de la capacidad de orientación, memoria, atención, concentración y juicio.

I-Deterioro leve objetivable solo con pruebas psicológicas, con alguna queja.

II-Deterioro leve con repercusión en la conducta, en la atención y concentración.

III-Deterioro severo en atención y concentración, manteniendo deterioro leve en memoria, orientación y juicio.

IV-Deterioro de todas las funciones cognoscitivas.

D) Tratamiento

1.D.1. –Respuesta al tratamiento farmacológico

- I-Adecuada respuesta al tratamiento.
- II-Respuesta parcial al tratamiento con oscilaciones temporales.
- III-Deficiente respuesta al tratamiento.
- IV-Mala o nula respuesta al tratamiento.

1.D.2. –Responsabilidad ante el tratamiento

- I-Es totalmente responsable de su tratamiento.
- II-Responsabilidad disminuida pero existente.
- III-Responsabilidad deficiente pero percibe la necesidad de ayuda.
- IV-Sin responsabilidad ante el tratamiento ni necesidad de ayuda.

1.D.3. –Conciencia de enfermedad

- I-Existe.
- II-Existe solo en aspectos parciales.
- III-Deficiente conciencia de enfermedad.
- IV-Sin conciencia de enfermedad.

1.D.4. –Relación temporal con la institución

- I-Entre 2 y 4 años.
- II-Entre 4 y 6 años.
- III-Entre 6 y 10 años.
- IV-Más de 10 años.

1º.- Criterios longitudinales

2.1. –Años de evolución

Tiempo transcurrido desde el inicio del proceso.

- I-Entre 2 y 4 años.
- II-Entre 4 y 6 años.
- III-Entre 6 y 10 años.
- IV-Más de 10 años.

2.2. –Evolución en el tiempo de los parámetros transversales

- I-Recuperación a lo largo del tiempo.
- II-Estabilización en el nivel inicial.
- III-Deterioro progresivo a lo largo del tiempo.

IV-Rápido deterioro del nivel inicial del funcionamiento.

2.3. –Nivel de funcionamiento premórbido.

I-Muy bueno: nivel de estudios alto. Contaba con amigos estables. Ocupaba el tiempo libre. Trabajo estable. Relaciones afectivas significativas.

II-Aceptable: nivel de estudios adecuado a su capacidad. Pocos amigos. Empleo precario. Relaciones significativas escasas. Actividad fuera del hogar de forma esporádica.

III-Deteriorado: Bajo nivel de estudios o malos resultados. Pocos amigos y hacia salidas esporádicas. No toma iniciativas. Sin empleo. Pocas actividades fuera del hogar. Ausencia de participación en actividades colectivas.

IV-Extremadamente deteriorado: fracaso en los estudios. Ausencia de amigos. No tenía empleo. No realizaba actividades fuera del hogar.

2.4. –Número de ingresos.

I-Sin ingresos o uno muy breve.

II-Varios ingresos breves.

III-Varios ingresos de media estancia.

IV-Un ingreso en larga estancia o múltiples en media estancia.

2.5. –Número de crisis: Reagudizaciones sintomáticas.

I-Ausencia de crisis en los dos últimos años.

II-Entre una y tres crisis en los dos últimos años.

III-Crisis frecuentes en los dos últimos años (entre 4 y 6).

IV-Más de 6 crisis en los dos últimos años.

ANEXO CRITERIOS DE CRONICIDAD

Nombre y apellidos:

Fecha:

Criterios transversales

A) Autocuidado y salud

Higiene personal
Manejo del entorno
Higiene en salud
Manejo de medicación

	1	2	3	4

Grupo I: 4 - 6
Grupo II: 7 - 9
Grupo III: 10 - 13
Grupo IV: 14 - 16

B) Autonomía personal y social

Trabajo
Autonomía económica
Autonomía de gestión
Manejo de recursos sociosanitarios

Grupo I: 4 - 6
Grupo II: 7 - 9
Grupo III: 10 - 13
Grupo IV: 14 - 16

C) Afrontamiento personal y social

Competencia personal/autocontrol
Relaciones interpersonales
Familia
Aspectos cognitivos

Grupo I: 4 - 6
Grupo II: 7 - 9
Grupo III: 10 - 13
Grupo IV: 14 - 16

D) Tratamiento

Respuesta al tratamiento farmacológico
Responsabilidad ante el tratamiento
Conciencia de enfermedad
Relación con la institución

Grupo I: 4 - 6
Grupo II: 7 - 9
Grupo III: 10 - 13
Grupo IV: 14 - 16

TOTAL CRITERIOS TRANSVERSALES:50

Grupo I: 16 - 24
Grupo II: 25 - 36
Grupo III: 37 - 52
Grupo IV: 53 - 64

Criterios longitudinales

Años de evolución
Parámetros transversales
Nivel premorbido
Ingresos
Crisis

	1	2	3	4

Grupo I: 5 - 7

Grupo II: 8 - 12

TOTAL CRITERIOS LONGITUDINALES:13 Grupo III: 13 - 17

Grupo IV: 18 - 20

Grupo I: 21 - 31

TOTAL (TRANSVERSALES+LONGITUDINALES)63 Grupo II: 32 - 49

Grupo III: 50 - 70

Grupo IV: 71 - 84

ANEXO III. ESCALA OBSERVACIONAL

Nombre:	Actividad:
Apellidos:	
Nombre del profesional:	

Registrar en diciembre y junio los aspectos recogidos a continuación que hacen referencia a la actitud general del usuario durante la actividad. Debe indicar en cada apartado un aspa sobre el valor (del uno al cinco) que mejor describa dicha actitud.

1. Grado de participación e implicación del usuario en la actividad

Fecha	1	2	3	4	5	Observaciones

1. Implicación y participación activa y espontánea en las sesiones.
2. Su implicación y participación en la actividad es variable en función de su situación psicopatológica.
3. Está implicado en la tarea pero participa únicamente cuando se lo solicita el profesional.
4. Su implicación y participación en la actividad es variable independientemente de su situación psicopatológica.
5. Ni se implica, ni participa en la actividad (teniendo capacidad para ello).

2. Nivel de esfuerzo

Fecha	1	2	3	4	5	Observaciones

1. Su capacidad de superación y energía durante la actividad es óptima.
2. Presenta capacidad de superación y esfuerzo variable en función de su situación psicopatológica.
3. Se esfuerza únicamente cuando el profesional supervisa al usuario de manera individual.
4. Presenta capacidad de superación y esfuerzo variable independientemente de su situación psicopatológica.

5. No se esfuerza durante la actividad (teniendo capacidad para ello).

3. Interacción con el grupo

Fecha	1	2	3	4	5	Observaciones

1. Se relaciona con el grupo durante la actividad siendo respetuoso.
2. Interactuar con el grupo ocasionalmente.
3. Únicamente se relaciona con el grupo cuando el profesional le instiga a ello.
4. No se relacionan con el grupo, no posee las habilidades necesarias para ello.
5. No se relaciona con el grupo pese a que en su repertorio conductual existen las habilidades necesarias.

4. Higiene personal

Fecha	1	2	3	4	5	Observaciones

1. Mantiene buen nivel de higiene y aseo personal.
2. Mantiene buen nivel de higiene y aseo personal pero con algún descuido puntual.
3. Muestra descuidos ocasionales en el aseo personal.
4. Muestra frecuentes descuidos en el aseo personal.
5. Higiene deficitaria.

ANEXO IV. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ASAPME

Tu opinión nos importa

Usuario de CRPS



Indica tu **Grado de Satisfacción** con los siguientes aspectos del Centro **tachando con una X la opción elegida**:

Personal Técnico

■ ¿Conoce el nombre de los profesionales que le atienden?	SÍ	NO		
■ ¿El personal le atendió con amabilidad?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
■ ¿El personal del centro hizo lo posible por ayudarle cuando lo necesitó?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca

Proceso Rehabilitador

■ El tiempo de espera para ser recibido por los profesionales le parece:	Poco	Correcto	Excesivo	Muy excesivo
■ El tiempo de atención individual le ha parecido:	Muy alto	Mucho	Correcto	Escaso
■ Con las actividades que se realizan en el centro se siente:	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
■ Con la información recibida se siente:	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
■ En general, con la calidad de la asistencia recibida se siente:	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho

Condiciones físicas

■ En general, el centro y sus instalaciones le parecen	Muy acogedor	Acogedor	Poco acogedor	Nada acogedor
■ ¿La temperatura del centro le parece adecuada?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
■ ¿El ruido del centro le parece adecuado?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
■ ¿La limpieza del centro le parece adecuada?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca

Otros

■ ¿Recomendaría a un familiar, si lo necesitara, este centro?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
---	---------	--------------	------------	-------

Sugerencias

¿Deseas hacer algún comentario que ayude a mejorar el servicio que recibes?

Datos personales (opcional)*

Fecha:
 Nombre:
 Apellidos:
 Calle: N.º
 C.P.: Ciudad:

*Si cumplimenta este recuadro, su nombre y dirección se incluirán en una base de datos de nuestra titularidad a los únicos efectos de remitirle información acerca de las sugerencias que ha aportado. En este caso le informamos de que puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a:
 ASAPME
 C/ Ciudadela s/n. Parque Delicias, CP 50017, Zaragoza

Gracias por su colaboración

Puede depositar este cuestionario en el buzón de sugerencias



10/06/2013
 Copia NO CONTROLADA

ANEXO V. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE ASAPME

ADHERENCIA TERAPÉUTICA.- ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PARTICIPAS EN LAS ACTIVIDADES DE ASAPME?

1 2 3 4 5

- ¿CÓMO TE SIENTES CUANDO VAS AL CENTRO?

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

AUTONOMÍA PERSONAL.- MI NIVEL DE AUTONOMÍA/INDEPENDENCIA (HACER LA COMPRA, PONER LA LAVADORA, HACERME LA CAMA...) DESDE QUE ACUDO A ASAPME:

HAN AUMENTADO
IGUAL QUE ANTES
HAN DISMINUIDO

CUIDADOS EN SALUD.- MI HIGIENE PERSONAL (DUCHARME, CAMBIARME DE ROPA, LAVARME LOS DIENTES...) ES:

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

- MIS SALIDAS A LA CALLE:

HAN AUMENTADO
IGUAL QUE ANTES
HAN DISMINUIDO

ESTADO DE SALUD. - COMO VES TU ESTADO DE SALUD:

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.- ¿CONOCES LA MEDICACIÓN QUE TOMAS?

SI **NO**

- COMO ES TU

ESTADO DE ÁNIMO

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.- ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TU FAMILIA?

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

- ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TUS AMIGOS?

PEOR QUE ANTES DE IR A ASAPME
IGUAL QUE ANTES DE IR A ASAPME
MEJOR QUE ANTES DE IR A ASAPME

SATISFACCIÓN.- ¿ESTAS CONTENTO CON TU ESTANCIA/PARTICIPACIÓN EN ASAPME?

SI **NO**

GRACIAS POR PARTICIPAR



ANEXO VI. CRONOGRAMA

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elección de temática y propuestas.	■						
Reunión con ASAPME.		■					
Cumplimentación de documentación.		■					
Entrega propuesta de trabajo de fin de grado.			■				
Universo.			■				
Metodología.			■	■			
Procedimiento.			■	■			■
Justificación.			■	■			
Marco teórico.			■	■	■	■	■
Elaboración de la encuesta.			■	■			
Marco normativo.			■	■			
Objetivos.			■	■	■		
Hipótesis.			■	■	■		
VARIABLES e ÍTEMS de las escalas.			■	■	■		
Recogida de datos.			■	■	■		
Entrega encuesta en ASAPME.			■	■	■		
Resultados encuesta.			■	■	■	■	
Resultados.			■	■	■	■	■
Correcciones.			■	■	■	■	■
Conclusiones.			■	■	■	■	■
Propuestas de mejora.			■	■	■	■	■
Maquetación.			■	■	■	■	■
Entrega TFG.			■	■	■	■	■

ANEXO VII. RESULTADOS OBTENIDOS DISCRIMINADOS

5. MÁS RESULTADOS ESCALA HONOS

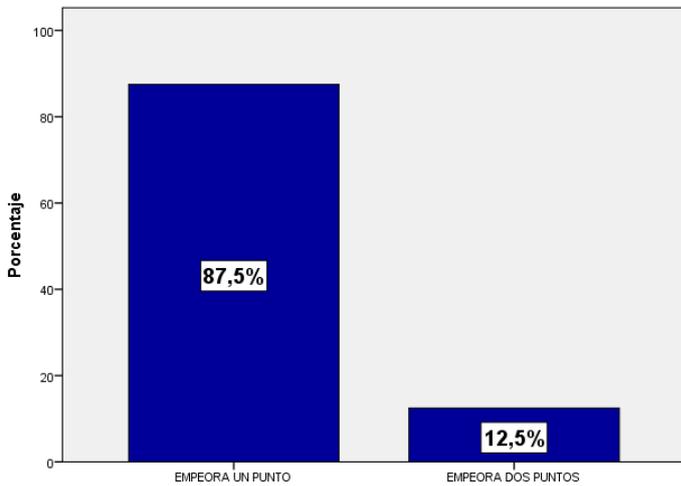


Gráfico 1: Empeoramiento en problemas cognitivos.

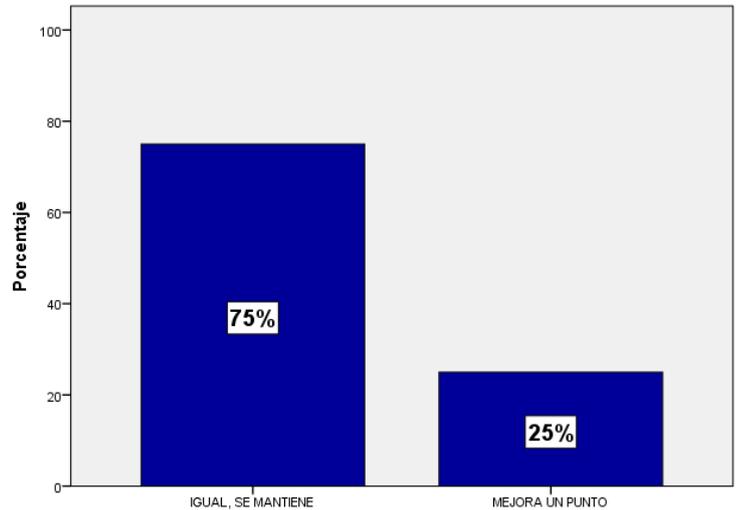


Gráfico 40: Mejoría en problemas cognitivos.

Tabla 10: Resultados problemas cognitivos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	8	20,0
	IGUAL, SE MANTIENE	24	60,0
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
Total		40	100,0

Tabla 11: Empeoramiento en los problemas con las relaciones.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
Perdidos	Sistema	33	82,5
Total		40	100,0

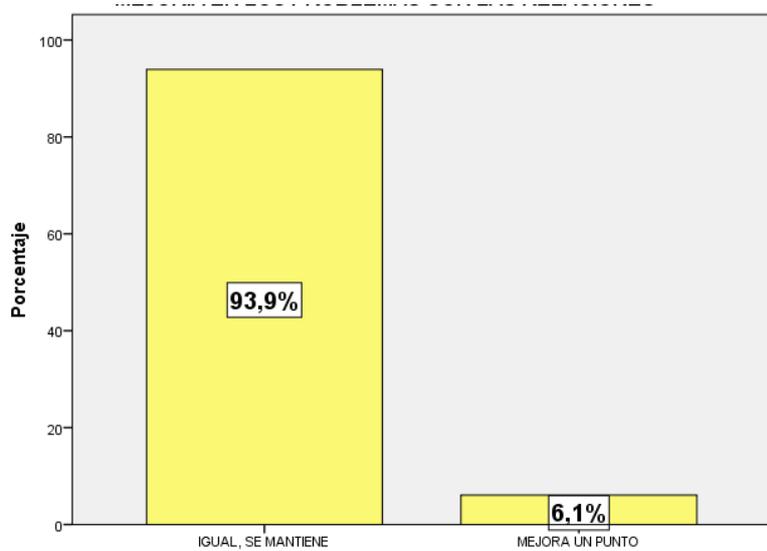


Gráfico 41: Mejoría en los problemas con las relaciones.

Tabla 12: Resultado problemas con las relaciones.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	2	5,0
	IGUAL, SE MANTIENE	31	77,5
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	Total	40	100,0

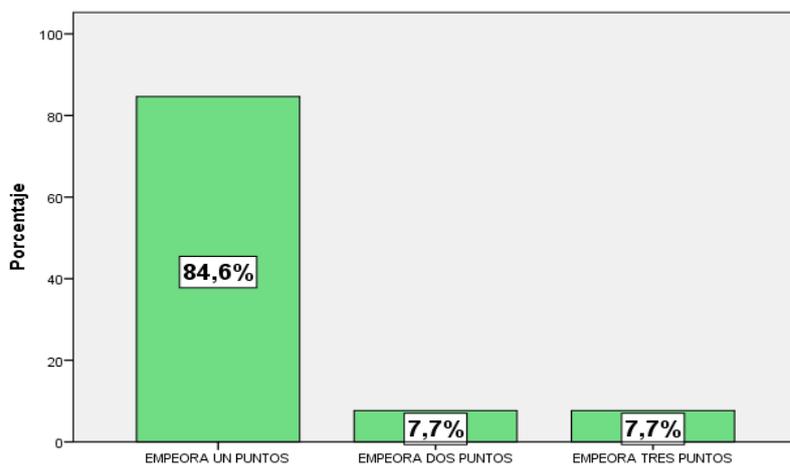


Gráfico 42: Empeoramiento en los problemas con las actividades de la vida cotidiana.

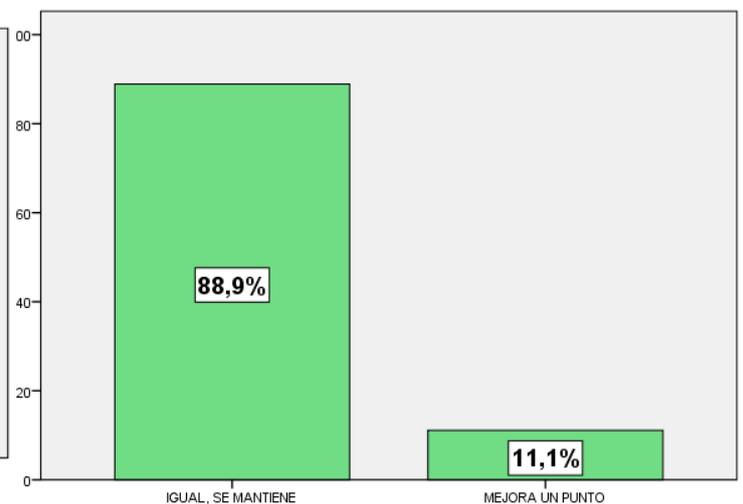


Gráfico 43: Mejoría en los problemas con las actividades de la vida cotidiana.

Tabla 13: Resultado problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	3	7,5
	IGUAL, SE MANTIENE	24	60,0
	EMPEORA UN PUNTO	11	27,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
	EMPEORA TRES PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

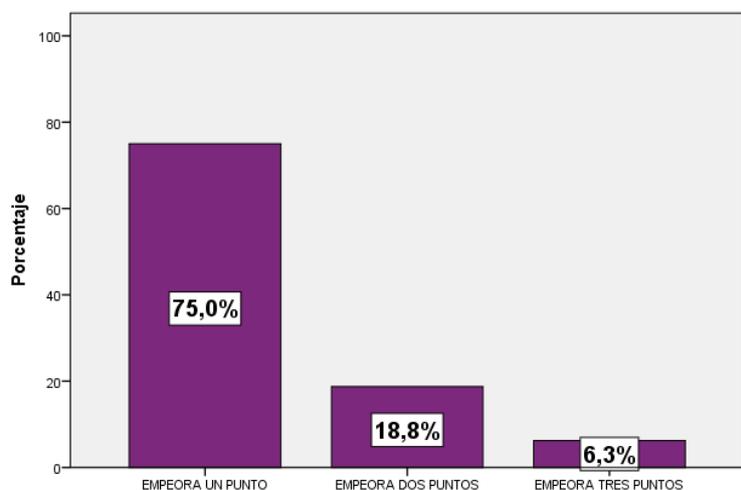


Gráfico 2: Empeoramiento en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.

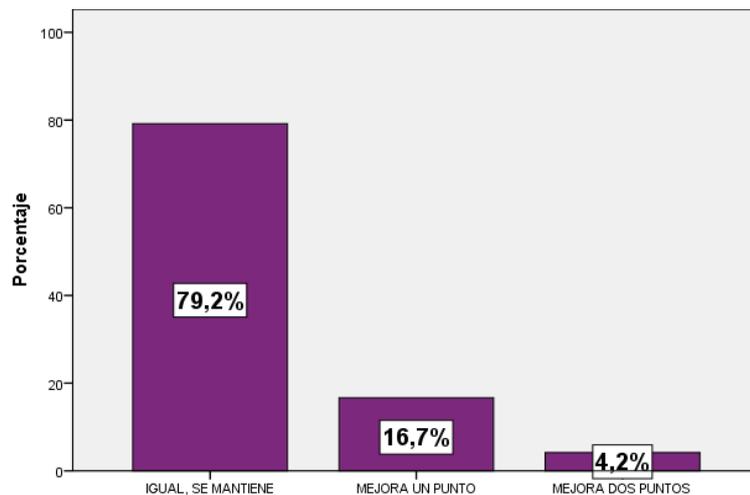


Gráfico 45: Mejoría en los problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Tabla 14: Resultado problemas en relación con la ocupación y las actividades.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA DOS PUNTOS	1	2,5
	MEJORA UN PUNTO	4	10,0
	IGUAL, SE MANTIENE	19	47,5
	EMPEORA UN PUNTO	12	30,0
	EMPEORA DOS PUNTOS	3	7,5
	EMPEORA TRES PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

6. MÁS RESULTADOS ESCALA CRONICIDAD

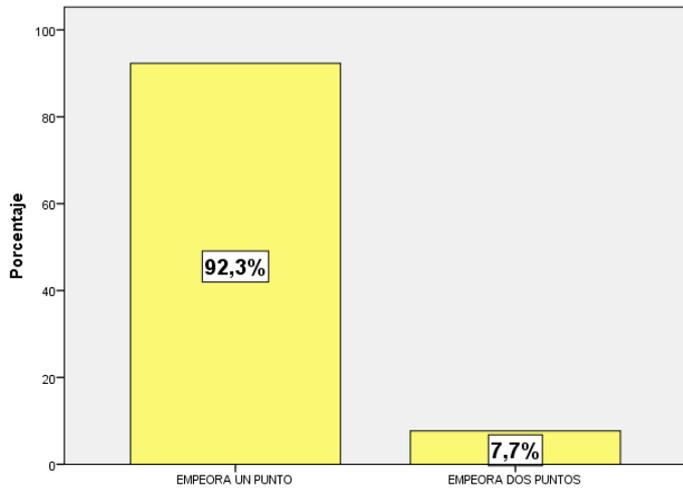


Gráfico 46: Empeoramiento de la higiene personal.

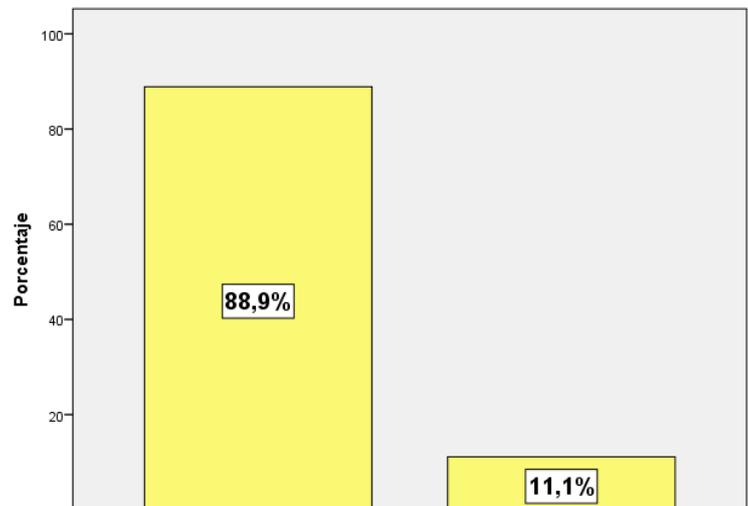


Gráfico 47: Mejoría de la higiene personal.

Tabla 15: Resultados higiene personal.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	3	7,5
	IGUAL, SE MANTIENE	24	60,0
	EMPEORA UN PUNTO	12	30,0
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

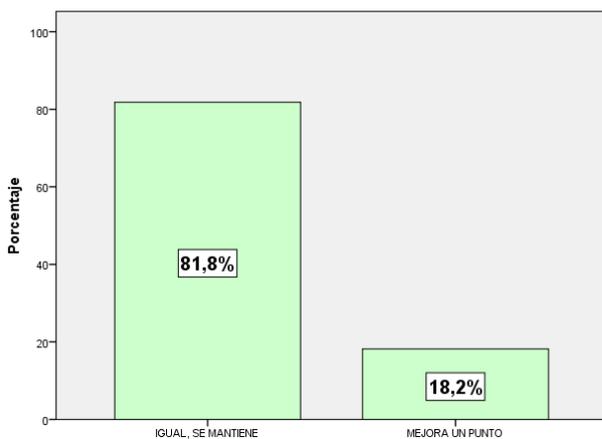


Gráfico 48: Mejoría en la organización del entorno.

Tabla 16: Empeoramiento en la organización del entorno.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
Perdidos	Sistema	33	82,5
Total		40	100,0

Tabla 17: Resultados organización del entorno.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	6	15,0
	IGUAL, SE MANTIENE	27	67,5
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
Total		40	100,0

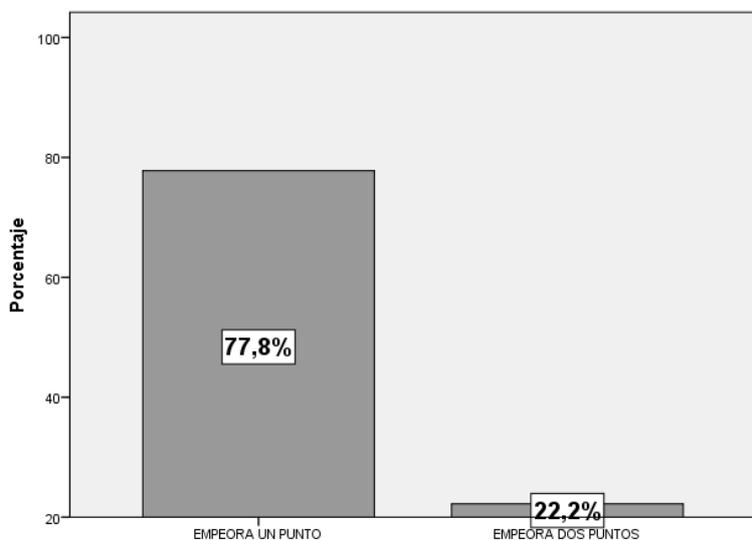


Gráfico 49: Resultados higiene en salud.

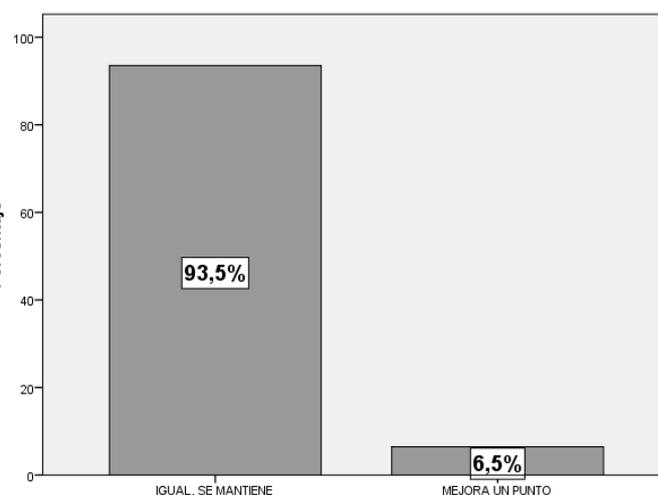


Gráfico 50: Mejoría de la higiene en salud.

Tabla 18: Resultados higiene en salud.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	2	5,0
	IGUAL, SE MANTIENE	29	72,5
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	2	5,0
	Total	40	100,0

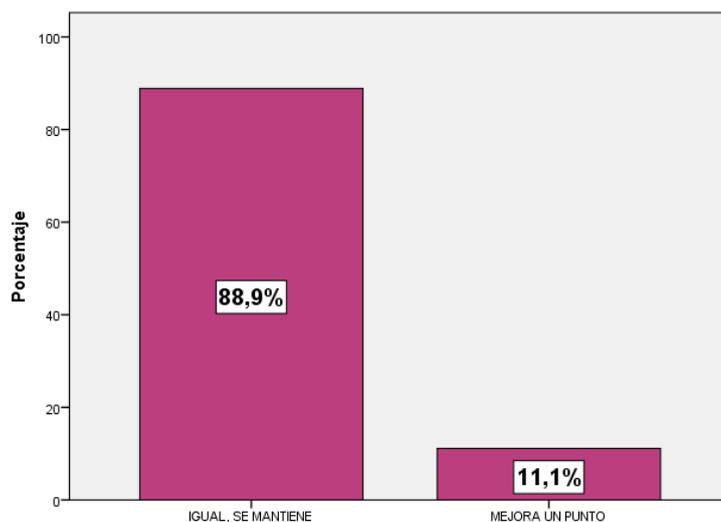
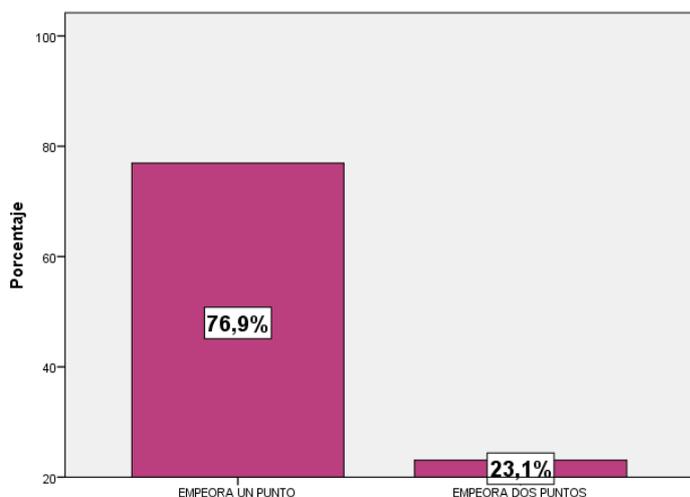


Gráfico 51: Empeoramiento del manejo de medicamentos.

Gráfico 52: Mejoría del manejo de medicamentos.

Tabla 19: Resultados manejo de medicamentos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	3	7,5
	IGUAL, SE MANTIENE	24	60,0
	EMPEORA UN PUNTO	10	25,0
	EMPEORA DOS PUNTOS	3	7,5
	Total	40	100,0

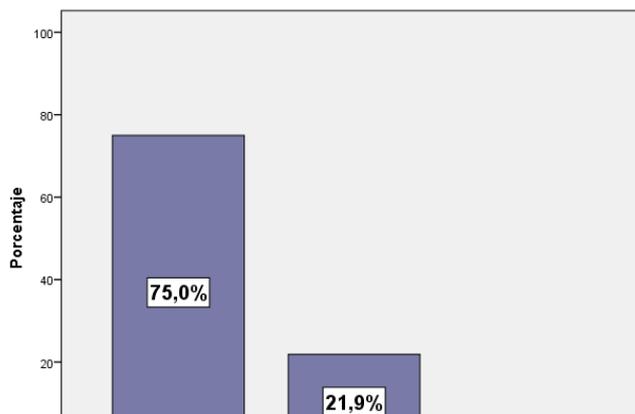
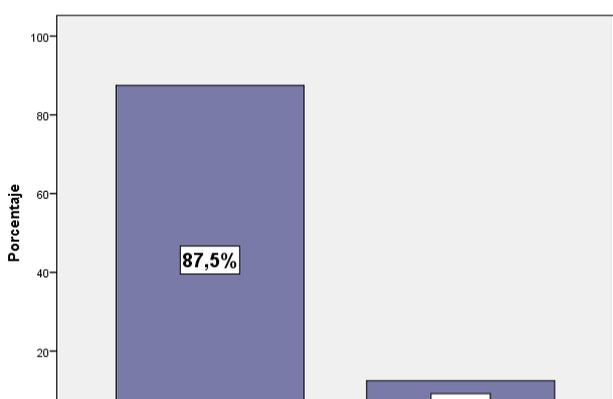


Gráfico 3: Empeoramiento de la autonomía de gestión.

Gráfico 54: Mejoría de la autonomía de gestión.

Tabla 20: Resultados autonomía de gestión.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA DOS PUNTOS	1	2,5
	MEJORA UN PUNTO	7	17,5
	IGUAL, SE MANTIENE	24	60,0
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

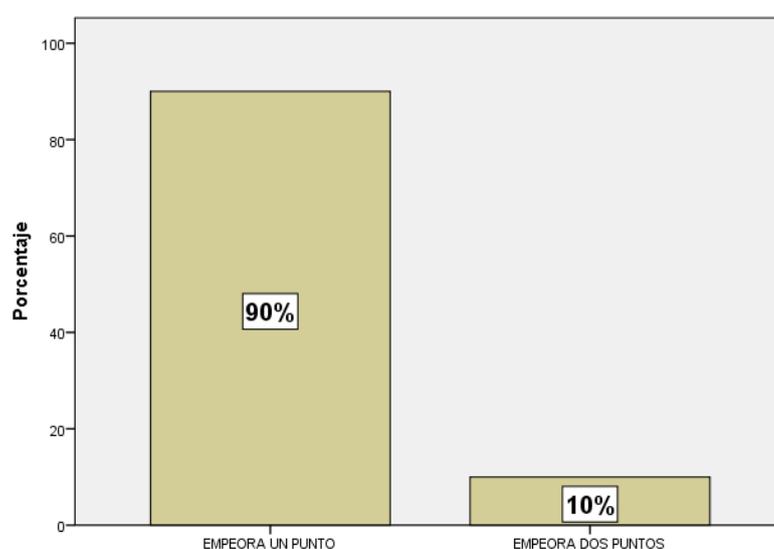
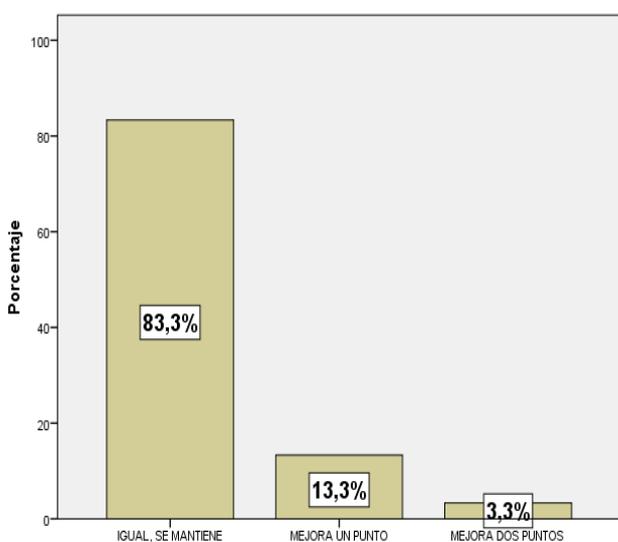


Gráfico 55: Mejoría en el manejo de los recursos socio-sanitarios.

Gráfico 56: Empeoramiento en el manejo de los recursos socio-sanitarios.

Tabla 21: Resultados manejo de recursos socio-sanitarios.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA DOS PUNTOS	1	2,5
	MEJORA UN PUNTO	4	10,0
	IGUAL, SE MANTIENE	25	62,5
	EMPEORA UN PUNTO	9	22,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

Tabla 22: Empeoramiento de la competencia personal y autocontrol.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	5	12,5
Perdidos	Sistema	35	87,5
Total		40	100,0

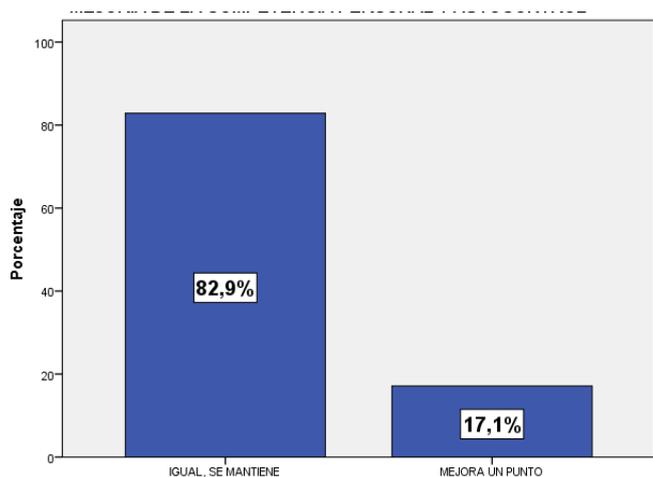


Gráfico 57: Mejoría de la competencia personal y autocontrol.

Tabla 23: Resultados competencia personal y autocontrol.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	6	15,0
	IGUAL, SE MANTIENE	29	72,5
	EMPEORA UN PUNTO	5	12,5
	Total	40	100,0

Tabla 24: Empeoramiento de las relaciones interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTOS	7	17,5
Perdidos	Sistema	33	82,5
Total		40	100,0

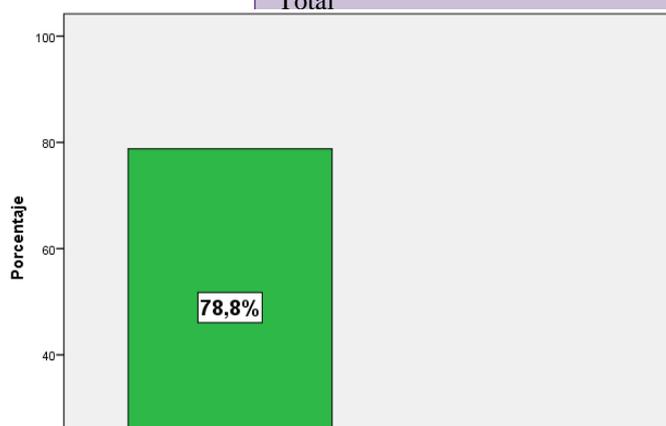


Gráfico 58: Mejoría de las relaciones interpersonales.

Tabla 25: Resultados relaciones interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	7	17,5
	IGUAL, SE MANTIENE	26	65,0
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	Total	40	100,0

Tabla 26: Empeoramiento con la familia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	8	20,0
Perdidos	Sistema	32	80,0
Total		40	100,0

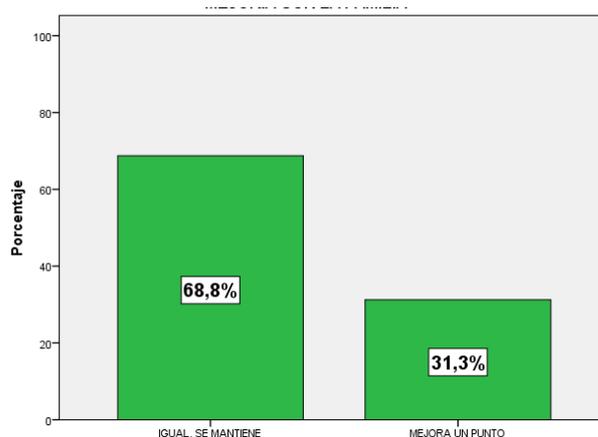


Tabla 27: Resultados familia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	10	25,0
	IGUAL, SE MANTIENE	22	55,0
	EMPEORA UN PUNTO	8	20,0
	Total	40	100,0

Gráfico 59: Mejoría con la familia.

Tabla 28: Empeoramiento de los aspectos cognitivos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	8	20,0
Perdidos	Sistema	32	80,0
Total		40	100,0

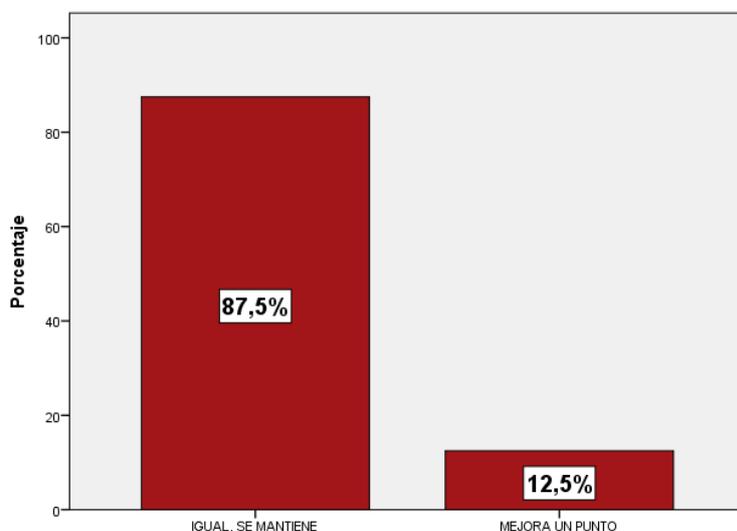


Gráfico 60: Mejoría de los aspectos cognitivos.

Tabla 29: Resultados aspectos cognitivos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	4	10,0
	IGUAL, SE MANTIENE	28	70,0
	EMPEORA UN PUNTO	8	20,0
	Total	40	100,0

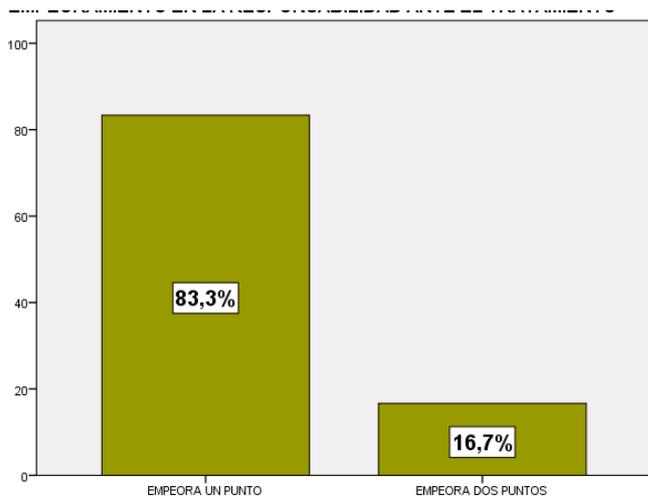


Gráfico 61: Empeoramiento en la responsabilidad ante el tratamiento.

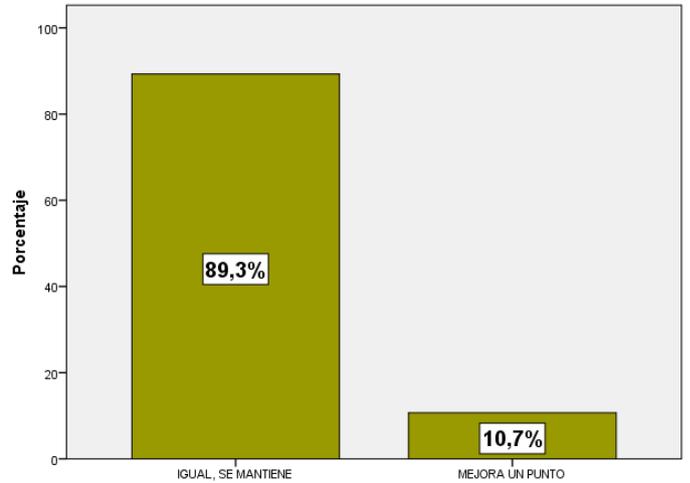


Gráfico 62: Mejoría en la responsabilidad ante el tratamiento.

Tabla 30: Resultados responsabilidad ante el tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	3	7,5
	IGUAL, SE MANTIENE	25	62,5
	EMPEORA UN PUNTO	10	25,0
	EMPEORA DOS PUNTOS	2	5,0
	Total	40	100,0

Tabla 31: Empeoramiento en la conciencia de enfermedad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	10	25,0
Perdidos	Sistema	30	75,0
Total		40	100,0

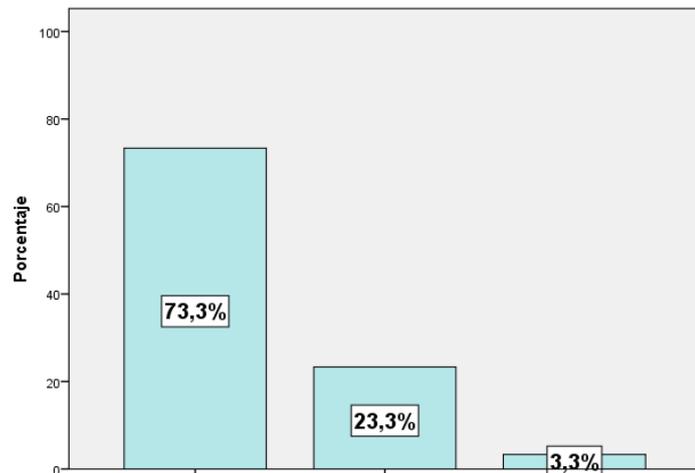


Gráfico 63: Mejoría en la conciencia de enfermedad.

Tabla 32: Resultados conciencia de enfermedad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA DOS PUNTOS	1	2,5
	MEJORA UN PUNTOS	7	17,5
	IGUAL, SE MANTIENE	22	55,0
	EMPEORA UN PUNTO	10	25,0
	Total	40	100,0

Tabla 33: Empeoramiento en el número de ingresos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	2	5,0
Perdidos	Sistema	38	95,0
Total		40	100,0

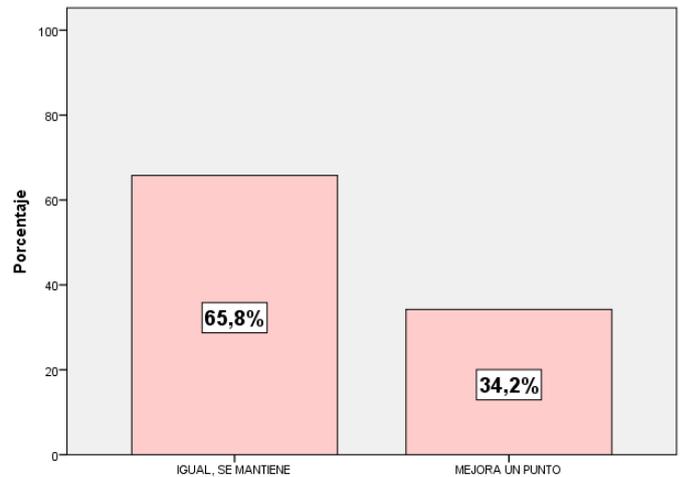


Gráfico 64: Mejoría en el número de ingresos.

Tabla 34: Resultados número de ingresos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	13	32,5
	IGUAL, SE MANTIENE	25	62,5
	EMPEORA UN PUNTO	2	5,0
	Total	40	100,0

Tabla 35: Empeoramiento en el número de crisis.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	3	7,5
Perdidos	Sistema	37	92,5
Total		40	100,0

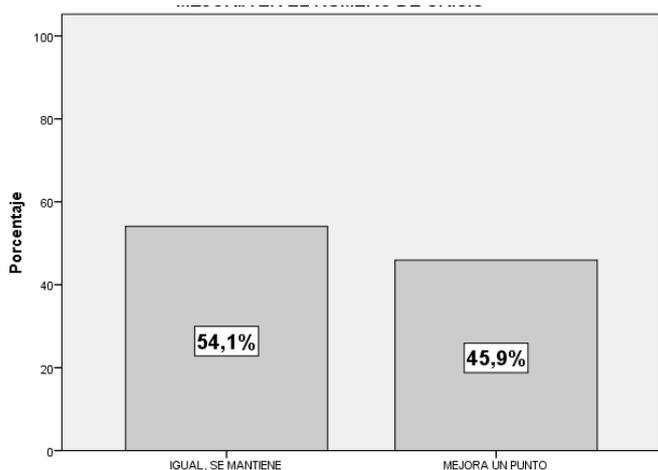


Gráfico 65: Mejoría en el número de crisis.

Tabla 36: Resultados número de crisis.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	17	42,5
	IGUAL, SE MANTIENE	20	50,0
	EMPEORA UN PUNTO	3	7,5
	Total	40	100,0

Tabla 37: Resultado total escala Cronicidad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA OCHO PUNTOS	1	2,5
	MEJORA SEIS PUNTOS	2	5,0
	MEJORA CINCO PUNTOS	1	2,5
	MEJORA CUATRO PUNTOS	3	7,5
	MEJORA TRES PUNTOS	2	5,0
	MEJORA DOS PUNTOS	4	10,0
	MEJORA UN PUNTO	3	7,5
	IGUAL, SE MANTIENE	4	10,0
	EMPEORA UN PUNTO	7	17,5
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	2,5
	EMPEORA TRES PUNTOS	1	2,5
	EMPEORA CUATRO PUNTOS	5	12,5
	EMPEORA SIES PUNTOS	1	2,5
	EMPEORA SIETE PUNTOS	2	5,0
	EMPEORA NUEVE PUNTOS	2	5,0
	EMPEORA ONCE PUNTOS	1	2,5
	Total	40	100,0

7MÁS RESULTADOS ESCALA OBSERVACIONAL

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Tabla 38: Mejora el grado de implicación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	10	90,9
	MEJORA UN PUNTO	1	9,1
	Total	11	100,0

Tabla 39: Mejora el nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	9	81,8
	MEJORA UN PUNTO	2	18,2
	Total	11	100,0

Tabla 40: Mejora la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	9	81,8
	MEJORA UN PUNTO	2	18,2
	Total	11	100,0

Tabla 41: Mejora la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	9	81,8
	MEJORA UN PUNTO	2	18,2
	Total	11	100,0

Tabla 42: Resultado Escala Observacional ABVD.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA TRES PUNTOS	1	9,1
	MEJORA DOS PUNTOS	1	9,1
	MEJORA UN PUNTO	2	18,2
	IGUAL, SE MANTIENE	7	63,6
	Total	11	100,0

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Tabla 43: Empeoramiento del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	4	44,4
Perdidos	Sistema	5	55,6
Total		9	100,0

Tabla 44: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	4	44,4
	MEJORA UN PUNTO	1	11,1
	Total	5	55,6
Perdidos	Sistema	4	44,4
Total		9	100,0

Tabla 45: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTOS	5	55,6
Perdidos	Sistema	4	44,4
Total		9	100,0

Tabla 46: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	4	44,4
Perdidos	Sistema	5	55,6
Total		9	100,0

Tabla 47: Empeoramiento de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	11,1
Perdidos	Sistema	8	88,9
Total		9	100,0

Tabla 48: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	7	77,8
	MEJORA UN PUNTO	1	11,1
	Total	8	88,9
Perdidos	Sistema	1	11,1
Total		9	100,0

Tabla 49: Mejoría de la higiene a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	8	88,9
	MEJORA UN PUNTO	1	11,1
	Total	9	100,0

Tabla 50: Resultado total AIVD.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	2	22,2
	IGUAL, SE MANTIENE	3	33,3
	EMPEORA DOS PUNTOS	3	33,3
	EMPEORA TRES PUNTOS	1	11,1
	Total	9	100,0

REHABILITACIÓN COGNITIVA I

Tabla 51: Empeoramiento del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	7,1
Perdidos	Sistema	13	92,9
Total		14	100,0

Tabla 52: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	13	92,9
Perdidos	Sistema	1	7,1
Total		14	100,0

Tabla 53: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	7,1
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	7,1
	Total	2	14,3
Perdidos	Sistema	12	85,7
Total		14	100,0

Tabla 54: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	12	85,7
Perdidos	Sistema	2	14,3
Total		14	100,0

Tabla 55: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	14	100,0

Tabla 56: Empeoramiento de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	7,1
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	7,1
	Total	2	14,3
Perdidos	Sistema	12	85,7
Total		14	100,0

Tabla 57: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	12	85,7
Perdidos	Sistema	2	14,3
Total		14	100,0

Tabla 58: Resultado total Rehabilitación Cognitiva I.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	9	64,3
	EMPEORA UN PUNTO	3	21,4
	EMPEORA DOS PUNTOS	2	14,3
	Total	14	100,0

REHABILITACIÓN COGNITIVA II

Tabla 59: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	13	92,9
	MEJORA DOS PUNTOS	1	7,1
	Total	14	100,0

Tabla 60: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA TRES PUNTOS	1	7,1
Perdidos	Sistema	13	92,9
Total		14	100,0

Tabla 61: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	12	85,7
	MEJORA TRES PUNTOS	1	7,1
	Total	13	92,9
Perdidos	Sistema	1	7,1
Total		14	100,0

Tabla 62: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	13	92,9
	MEJORA UN PUNTO	1	7,1
	Total	14	100,0

Tabla 63: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	14	100,0

Tabla 64: Resultado total Rehabilitación Cognitiva II.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA CINCO PUNTOS	1	7,1
	MEJORA UN PUNTO	1	7,1
	IGUAL, SE MANTIENE	11	78,6
	EMPEORA TRES PUNTOS	1	7,1
	Total	14	100,0

HABILIDADES SOCIALES

Tabla 65: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	21	95,5
	MEJORA UN PUNTO	1	4,5
	Total	22	100,0

Tabla 66: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	4,5
Perdidos	Sistema	21	95,5
Total		22	100,0

Tabla 67: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	21	95,5
Perdidos	Sistema	1	4,5
Total		22	100,0

Tabla 68: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	22	100,0

Tabla 69: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	22	100,0

Tabla 70: Resultado total Habilidades Sociales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA UN PUNTO	1	4,5
	IGUAL, SE MANTIENE	20	90,9
	EMPEORA UN PUNTO	1	4,5
Total		22	100,0

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Tabla 71: Mejoría del grado de participación a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	12	85,7
	MEJORA DOS PUNTOS	2	14,3
	Total	14	100,0

Tabla 72: Empeoramiento del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTOS	1	7,1
Perdidos	Sistema	13	92,9
Total		14	100,0

Tabla 73: Mejoría del nivel de esfuerzo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	11	78,6
	MEJORA DOS PUNTOS	2	14,3
	Total	13	92,9
Perdidos	Sistema	1	7,1
Total		14	100,0

Tabla 74: Mejoría de la interacción con el grupo a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	14	100,0

Tabla 75: Empeoramiento de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPEORA UN PUNTO	1	7,1
Perdidos	Sistema	13	92,9
Total		14	100,0

Tabla 76: Mejoría de la higiene personal a lo largo de la actividad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	IGUAL, SE MANTIENE	13	92,9
Perdidos	Sistema	1	7,1
Total		14	100,0

Tabla 77: Resultado total Educación para la salud.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEJORA CUATRO PUNTOS	2	14,3
	IGUAL, SE MANTIENE	10	71,4
	EMPEORA UN PUNTO	1	7,1
	EMPEORA DOS PUNTOS	1	7,1
	Total	14	100,0

6.8 RESULTADOS ENCUESTA DE PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE ASAPME

Tabla 78: Días de la semana que los usuarios acuden al centro.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	1	2,1
	2	2	4,2
	3	8	16,7
	4	9	18,8
	5	28	58,3
	Total	48	100,0

Tabla 79: Sentimiento de cambio al acudir al centro.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Peor que antes de ir a ASAPME	1	2,1
	Igual que antes de ir a ASAPME	7	14,6
	Mejor que antes de ir a ASAPME	40	83,3
	Total	48	100,0

Tabla 80: Nivel de autonomía/independencia del usuario desde que acude al centro.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Han disminuido	2	4,2
	Igual que antes	27	56,3
	Han aumentado	19	39,6
	Total	48	100,0

Tabla 81: Higiene personal desde que acude a ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Peor que antes de ir a ASAPME	1	2,1
	Igual que antes de ir a ASAPME	26	54,2
	Mejor que antes de ir a ASAPME	21	43,8
	Total	48	100,0

Tabla 82: Salidas a la calle autónomamente desde que acudes a ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Han disminuido	2	4,2
	Igual que antes	22	45,8
	Han aumentado	24	50,0
	Total	48	100,0

Tabla 83: Estado de salud visto desde la perspectiva del usuario desde que acude a ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Peor que antes de ir a ASAPME	3	6,3
	Igual que antes de ir a ASAPME	18	37,5
	Mejor que antes de ir a ASAPME	27	56,3
	Total	48	100,0

Tabla 84: Estado de ánimo del paciente desde que acude a ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Peor que antes de ir a ASAPME	2	4,2
	Igual que antes de ir a ASAPME	16	33,3
	Mejor que antes de ir a ASAPME	30	62,5
	Total	48	100,0

Tabla 85: Relación con la familia desde que el usuario acude a ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Igual que antes de ir a ASAPME	29	60,4
	Mejor que antes de ir a ASAPME	19	39,6
	Total	48	100,0

Tabla 86: Relación con los amigos desde que el usuario va al centro.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Peor que antes de ir a ASAPME	1	2,1
	Igual que antes de ir a ASAPME	23	47,9
	Mejor que antes de ir a ASAPME	24	50,0
	Total	48	100,0

Tabla 87: Satisfacción al participar en ASAPME.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	48	100,0