



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Trabajo Social
2015 – 2016

Trabajo Fin de Grado

VIVIR – SANA – MENTE

**Programa de Rehabilitación Psicosocial para mejorar
la calidad de vida en las personas con enfermedad
mental grave**

HEALTHY LIVING

**Psychosocial Rehabilitation Program to improve the
quality of life of people with serious mental disease**

Autora: Rebeca Vicién Andrés

Directora: M^a José Lacalzada



INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
1. INTRODUCCIÓN	6
2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA	9
3. SOCIALIZACION Y AGENTES DE SOCIALIZACION	15
DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	20
1. OBJETIVOS	22
2. METODOLOGÍA.....	23
A. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	23
B. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.....	25
C. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	32
3. ACTUACIONES Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR	33
A. PROGRAMA INTEGRAL REHABILITADOR	33
B. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y DE ATENCIÓN INTEGRAL	34
a. VIVIR – SANA- MENTE	34
b. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	34
c. ACTUACIONES EN LA INTERVENCIÓN	35
VIVIR- SANA- MENTE	42
PROGRAMA DE ACTIVIDADES	44
A. HABILIDADES SOCIALES	45
1. CONCIENCIA DE UNO MISMO	48
2. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y DE EXPRESIÓN	50
3. CONTROL DE EMOCIONES	51
B. PAUTAS Y HABITOS SALUDABLES	53
1. CAMBIOS ALIMENTICIOS.....	55
2. EJERCICIO FÍSICO	57
3. ESTILOS DE VIDA	59
4. SUSTANCIAS TÓXICAS	61
C. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES Y ACTIVIDADES	64
1. RECURSOS HUMANOS	64
2. RECURSOS MATERIALES.....	65
D. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO Y ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES	66
E. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACION	67
CONCLUSIONES	68
VALORACION PERSONAL	71
ANEXOS	72



ENTREVISTAS AL EQUIPO PROFESIONAL Y USUARIO..... 72

BIBLIOGRAFÍA 84

INTRODUCCIÓN

El tema del presente proyecto se centra en la elaboración de un Programa de intervención de Rehabilitación Psicosocial orientado a reforzar las habilidades sociales destinadas a personas que padecen trastornos mentales graves donde su objetivo principal es:

Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental grave en su entorno social cotidiano en España partiendo de la Reforma psiquiátrica, haciendo una mirada política social fundamentada en los derechos humanos fundamentales.

La reforma psiquiátrica en España, supuso un antes y un después en el ámbito de la Salud Mental, desde una mirada retrospectiva y cronológica se puede apreciar el gran avance y cambio llevado a cabo.

Las personas con enfermedad mental grave, son personas físicas con los mismos derechos y obligaciones que cualquier otra persona, y como tal es necesario apartar aquella discriminación social negativa y ese estigma social que viene arrastrando desde hace muchos años.

Para llevar a cabo esta mejora de calidad, partiremos de la elaboración y sistematización de un programa de intervención que llamaremos **"VIVIR-SANA-MENTE"**, donde su objetivo general es cambiar los estos estilos de vida con un tratamiento integral en la aplicación de pautas saludables y de bienestar, incidiendo específicamente, en los aspectos más relevantes como la alimentación, el ejercicio físico y la autoestima del paciente, con el fin de mejorar y llegar a ser personas menos dependientes, respecto al autocuidado y autorrealización de una vida social normalizada.

El principal motivo por el que se ha seleccionado este tema es el deseo de ampliar un mayor conocimiento sobre la enfermedad mental

y de cómo mejorar su calidad de vida dentro de la vida social, familiar y laboral, con el fin de llegar a un pleno desarrollo humano y una inserción social normalizada.

Una medida facilitadora a la hora de realizar dicho proyecto es la continuada aproximación y realización del Practicum de Intervención en la asociación ASAPME.

Este trabajo surge con un objetivo muy claro, poder mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental grave en España, partiendo desde la Reforma psiquiátrica.

Dar una visión más amplia de la Enfermedad mental, dejando a un lado el estigma social y la discriminación que viene ligada a esta enfermedad, acompañada desde hace mucho tiempo.

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La reforma psiquiátrica ha producido un cambio en el contexto ideológico y organizativo que ha transformado los modos de actuación en salud mental, pasando de un modelo institucional-manicomial a un modelo comunitario, modificando la forma de analizar y valorar la problemática y las posibilidades de la integración social del enfermo mental grave.

La emergencia, necesidad y el desarrollo del campo de rehabilitación psicosocial, supuso un paso dentro del contexto, propiciado por la reforma de la atención psiquiátrica y el desarrollo de un modelo de atención comunitario.

Por lo tanto, la reforma psiquiátrica llevo consigo consecuencias e implicaciones para el campo de la rehabilitación psicosocial, además de una evolución de esta población.

Significa una ruptura radical, desde los siglos XVI al XIX, **la institucionalización** se convirtió en la principal respuesta social frente al problema de la pobreza, la enfermedad y la marginación, el **hospital** constituyó el instrumento de control social a la vez que refugio y albergue para pobres, locos, inválidos y marginados. El **manicomio se centro** en la institución específica para la atención del enfermo mental, tratamiento y curación del trastorno mental grave.

Según Espinosa (1980); Aparicio (1993), «La asistencia psiquiátrica en España estaba organizada según un modelo institucional e institucionalizador, poco a poco se fue articulando a lo largo del siglo XIX».

A lo largo de todo este periodo, **la psiquiatría** va adquiriendo los cimientos necesarios dentro del **marco institucional manicomial**, el manicomio se va consolidando como principal forma de atención a la enfermedad mental, desempeñando diferentes funciones.

Por un lado, funciones médica, de tratamiento y curación, cuya eficacia es escasa por la ausencia de terapéuticas eficaces y por las precarias condiciones de atención y de vida dentro de ellos (masificación, escasez de personal, precariedad de medios y de condiciones, etc.).

Y por otro lado, una función social, proporcionando un lugar de asilo y refugio protegido para aquellos que no cuentan con medios, ni capacidad para afrontar la vuelta a la sociedad.

Por último, una función de control social de protección de la sociedad frente al loco y a su conducta, así como el lugar de contención de un grupo de población, entre la psiquiatría y la justicia, que incluye a psicópatas o sociópatas, cuyas formas de estilos de vida resultan excéntricas o no son aceptadas por la mayoría social. (ALVAREZ URÍA, 1983).

Las instituciones psiquiátricas acabaron por segregar y excluir a estas personas con enfermedad mental grave además de prestar pésimas condiciones de vida y masificarlas, con una gran falta de medios y escaso personal, donde realizaban pocas actividades terapéuticas o rehabilitadoras. Todo esto desencadenó consecuencias negativas para la población internada, como la cronificación institucional, el deterioro y despersonalización de estas personas, unido a una gran marginación por parte de la sociedad.

Hasta después de la II Guerra Mundial, no se conformó un movimiento de transformación ante la situación que se estaba viviendo en la atención psiquiátrica.

Ante la penosa situación de la asistencia psiquiátrica un núcleo de psiquiatras crearon en 1927 **La Liga de Higiene Mental** la cual va a crear un labor de sensibilización a la población y a los poderes públicos sobre los problemas de salud mental, «organizando las llamadas misiones y semanas de salud mental que recorrieron el país en este intento de movilización y conciencia social». (Desviat, 1994).

El nacimiento y desarrollo de los procesos de la reforma psiquiátrica, durante los años cuarenta hasta los sesenta, fue debido a factores sociales, ideológicos, médicos, económicos y políticos, los cuales facilitaron el contexto de cambio.

Los elementos que consolidaron el inicio de la reforma psiquiátrica en diferentes países (Francia, Inglaterra, Estados Unidos y más tarde Canadá o Italia y España, el cual se incorporó el último) fueron los siguientes:

Tras la construcción y el objetivo de llevar a cabo un Estado de Bienestar, donde poder tener una sociedad más libre, democrática y tolerante con las diferencias y minorías, dio lugar a una ideología sobre los derechos humanos de los enfermos mentales, con una sensibilización especial sobre su situación y énfasis en sus derechos como ciudadanos de tener una vida lo mas plena y digna posible en la sociedad. (Desviat, 1994. Espinosa, 1986. Talbott, 1984. Pilling, 1991).

También se dirigió hacia una perspectiva más integrada, donde los factores psicológicos y sociales van a tener un mayor peso, además de la introducción de los nuevos modelos de salud pública en las instituciones psiquiátricas y la concienciación social sobre la pésima situación de los hospitales psiquiátricos y de los pacientes internados. Y la aparición de la medicación neuroléptica y su aplicación eficaz para el control de la sintomatología supusieron todo ellos un cambio para la salud mental.

Según Desviat (1994), «En cada país los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica se desarrollaron de manera diferente, según las condiciones sociopolíticas y las características de sus sistema sanitario general, en todos ellos se dieron determinadas condiciones».

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA

El referente conceptual de **reforma psiquiátrica** se entiende por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.

Con la puesta en marcha de recuperar el papel terapéutico o buscar nuevos dispositivos alternativos, con la finalidad de que esa desinstitucionalización vaya dirigida a una reinserción social en la comunidad y que esa atención pase del hospital a la comunidad.

Por lo tanto, el intento por articular servicios y dispositivos alternativos en la comunidad es necesario para poder cubrir las necesidades del enfermo mental para facilitar su desinstitucionalización y su mantenimiento en la sociedad.

La aplicación de un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social), desde un enfoque integrado hacia la atención en salud mental parte de la implicación de los tres niveles fundamentales los cuales son: la prevención, atención y rehabilitación.

La hospitalización debe ser un complemento de los servicios comunitarios y los modelos de atención sanitaria deben estar basados en la salud pública o comunitaria. Todo esto se pretende articular desde una lógica de continuidad de cuidados que asegura la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Estas son, por lo tanto, las líneas rectoras que han informado sobre la ideología y organización de los procesos de la reforma psiquiátrica.

En España la reforma psiquiátrica se puso en marcha con retraso respecto al resto de países, adquirió carta de naturaleza en **1985 con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica** (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985), la cual delimito los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica y propuso a la Administración la implantación de un nuevo modelo de atención a la Salud Mental basado en la comunidad..

En 1983 se lleva a cabo **la reforma de Código Civil** (art. 21) que recoge la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales y establece con ella la regulación de los internamientos y la necesidad de su autorización por parte del juez, los autorizan salvaguardan, bajo la necesaria tutela jurídica. Todo esto llevado a cabo con el objetivo de la modificación en el reconocimiento de los derechos del enfermo mental y en su consideración como ciudadanos de pleno derecho.

Los principios fundamentales en los cuales se sustenta la reforma psiquiátrica en España, se recogen en *el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* publicado en abril de 1985.

El eje de atención se organiza en torno al Centro de Salud Mental comunitario, a través de equipos multiprofesionales que trabajan con una responsabilidad territorializada en relación y coordinación con la

atención primaria, los servicios sociales y otros recursos comunitarios.

Por lo tanto, la continuidad de cuidados se convierte en un criterio fundamental de trabajo con base en una sectorización de la atención y de la gestión de los servicios.

La hospitalización se convierte en un elemento más de la atención comunitaria, con énfasis en la necesidad de potenciar programas de rehabilitación para el enfermo mental y articular una adecuada red de recursos, propone un sistema de evaluación y registro y coordinación nacional del proceso de reforma. Indica la pertinencia de mejorar y organizar la adecuada formación profesional en la Salud Mental y la implicación de los servicios sociales.

La Ley General de Sanidad de 1986 expone alguno de los temas tratados anteriormente, configuro la creación de un Sistema Nacional de Salud en España. Se establecieron así las bases legislativas para la reforma de la atención psiquiátrica y la implantación de un modelo comunitario.

Como resultado de todo el proceso de la reforma psiquiátrica y basándonos en el Informe elaborado por la Oficina del Defensor del pueblo y la espléndida revisión de Aparicio (1993, *op, cita*), se puede observar y analizar que la situación es muy heterogénea ya que el proceso de desinstitucionalización se ha desarrollado también de un modo muy desigual y en algunos lugares ni siquiera se ha iniciado.

El desarrollo de recursos alternativos comunitarios de rehabilitación y reinserción social es una de las asignaturas pendientes y un desafío para la atención comunitaria y su integración, ya que se conforma como pieza esencial para el buen desarrollo del proceso de reforma y desinstitucionalización, y hoy en día apenas se pueden dar datos fiables en este campo.

En el ámbito de la **rehabilitación y soporte comunitario** del enfermo mental crónico hay que resaltar el papel que deben desempeñar los servicios sociales. Su implicación es fundamental para atender la mayor parte de las necesidades y problemáticas de este colectivo, que son de naturaleza psicosociales y social (pérdida de autonomía, aislamiento social, problemas de alojamiento, desempleo, problemas familiares, etc.) y para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

Los servicios sociales según el art. 20 en la Ley General de Sanidad, deben ofrecer el conjunto de prestaciones sociales básicas que apoyen su integración y como desde el nivel de servicios sociales especializados a través de la implantación de recursos específicos de rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y soporte social.

Pero como se puede analizar la implicación del sistema de servicios sociales es todavía escasa, factor determinante en la insuficiente dotación de este tipo de recursos y el limitado desarrollo de la rehabilitación en España.

Otro punto esencial de la reforma psiquiátrica a analizar es el de **trasladar el peso de la asistencia del hospital a la atención en la comunidad** mediante equipos o dispositivos de salud mental ambulatorios con responsabilidad territorial y trabajando en coordinación con los equipo de atención primaria.

Se observa que en este ámbito se ha producido un aumento, según el Informe del Defensor del pueblo indica que hasta 1991 se habían desarrollado 387 equipamientos en todo el país.

Aunque se ha avanzado decididamente en esta área, quedan muchas lagunas por cubrir y bastantes desafíos que atender.

En relación con la **atención en salud mental de los profesionales** se observa que se ha producido una evolución positiva, incrementándose el número de psiquiatras y psicólogos en los servicios comunitarios públicos en los que se ha introducido otros profesionales como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...

Para finalizar este análisis del **modelo comunitario a implantar era que la hospitalización cuando fuera necesaria**, habría que hacerse en unidades dentro de hospitales generales, haciendo realidad el principio de no discriminación del enfermo mental respecto de otro tipo de enfermos. Según el Informe del Defensor del Pueblo cifraba en 1.379 las camas existentes en 1991, con un notable incremento respecto a la situación anterior.

En resumen, en nuestro país se viene desarrollando un proceso de reforma psiquiátrica que ha incorporado a España a la corriente de la psiquiatría comunitaria y la ha acercado a los modelos comunitarios vigentes en nuestro entorno. Este proceso tubo un impulso importante en los años 1983-1989 y a partir de los años noventa se ha producido un cierto enlentecimiento, cuando no estancamiento. Pero hay logros irreversibles que han permitido una transformación de la atención psiquiátrica y de la situación y consideración del enfermo mental crónico.

Aun es pronto para poder tener una valoración completa y global de la misma, pues todavía es un proceso en marcha, y aunque parecen consolidados algunos principios esenciales, sus ritmos de desarrollo son muy desiguales en las diferentes comunidades autónomas.

Un obstáculo importante que dificulta una evaluación precisa de la misma es la ausencia de datos nacionales y de estudios globales que analicen los diferentes aspectos, junto con la falta de indicadores consensuados que permitan contrastar el alcance de los objetivos y logros conseguidos.

Por lo que la reforma en España tiene por delante importantes desafíos y uno de ellos es la planificación realista y ajustada de programas de atención a la cronicidad en la comunidad y el aumento de red de recursos de rehabilitación y soporte social donde poder ofrecer una atención integral al enfermo mental como persona y como ciudadano, dándole el cuidado y apoyo precisos para su mantenimiento en la comunidad, por todo esto el Programa VIVIR-SANA- MENTE se encargará de hacer frente a estos desafíos y de acabar con estos retos que tanta preocupación suscitan.

El futuro de estas personas con trastornos mentales graves debe estar dirigido hacia una nueva oportunidad, donde su objetivo principal sea el de mejorar la calidad de vida e integración social con un desarrollo pleno personal y social. Este debe ser el reto de todos.

3. SOCIALIZACION Y AGENTES DE SOCIALIZACION

Según Rocher (1990) la **socialización** es: «Proceso mediante el cual el ser humano aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir».

La socialización implica tres **aspectos básicos**:

1. **La adquisición de la cultura.** Proceso que comienza al nacer, continua a lo largo de la vida y acaba con la muerte. El período más intenso de socialización es en la primera infancia, ya que es cuando el ser humano tiene más cosas que aprender y lo hace más rápidamente, aprende una vez que interioriza las pautas de comportamiento y las integra a la propia personalidad.

2. **Integración de la cultura en la personalidad.** Cuando se interioriza las pautas de comportamiento, se dejan de percibir como algo impuesto artificialmente desde fuera, y se conforman parte de nuestro modo de ser.

3. **Adaptación al entorno social.** La consecuencia de lo anterior es la adaptación de la persona a su entorno social (familia, al grupo...). Pertenecer a un entorno social es compartir ideas suficientes como para identificarse con un «nosotros».

Por lo tanto si la persona no desarrolla una buena socialización, se detectara una ineficiencia en su desarrollo pleno, producido por la carencia de una buena **adquisición de la cultura**; donde se interioriza las pautas de comportamiento y las integra a la propia personalidad, una mala **Integración de la cultura en la**

personalidad; interioriza las pautas de comportamiento, se dejan de percibir como algo impuesto desde fuera, y se conforman parte de nuestro modo de ser y una mala **Adaptación al entorno social**, la adaptación de la persona a su entorno social (familia, al grupo...), compartir ideas suficientes como para identificarse con un «nosotros».

Esta adaptación en el proceso de la socialización se produce a tres niveles biológico, afectivo y mental.

A **nivel biológico** la persona socializada en una sociedad ha desarrollado unas necesidades fisiológicas, unos gustos, unas actitudes corporales.

A **nivel afectivo**, la cultura canaliza la expresión de unos sentimientos y reprime otros. Unas sociedades favorecen más que otros la expresión de la agresividad, o de la ternura, o del amor.

Por último, la socialización proporciona, a **nivel mental** (de pensamiento), unas categorías mentales, unas imágenes, unos conocimientos sin los cuales no se desarrollarían la inteligencia, la memoria y la imaginación.

Por lo tanto podemos decir que si una persona se ha desarrollado en los tres niveles, tanto biológico (necesidades fisiológicas, unos gustos, unas actitudes corporales), como a **nivel afectivo**, (la expresión de unos sentimientos y represión de otros) y a **nivel mental** (categorías mentales, unas imágenes, unos conocimientos sin los cuales no se desarrollarían la inteligencia, la memoria y la imaginación), podremos decir que habrá alcanzado el máximo desarrollo personal y tendrá una vida normalizada.

Para poder llegar a tener una salud mental plena y un desarrollo social normalizado e integrado es necesario que las personas en cada

etapa o ciclo de su vida vayan cumpliendo cada función o tarea que le corresponda, y de este modo alcanzara un bienestar social y personal.

Por esto es tan importante que se tenga en cuenta los agentes de socialización, porque si algo falla, ellos son los responsables de que la persona no se desarrolle de manera normalizada, es necesario que cada agente cumpla su función en cada etapa de su ciclo vital, de este modo se evitara llegar algún tipo de ineficiencia en el desarrollo en algún ámbito o momento de su vida, unida a una falta de desarrollo, lo que conllevara a la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad mental grave.

Existen dos tipos de socialización. En primer lugar, la **socialización primaria (familia y grupos de iguales)**, la cual se lleva a cabo durante la infancia y a través de la que se convierten en miembros de la sociedad. Por tanto, es absolutamente imprescindible para poder llevar una vida social normalizada.

La familia desempeña una importante función en relación con la socialización primaria, la cual supone interiorización de componentes afectivos, normativos y cognitivos. Para que esta sea satisfactoria es necesario que el niño se eduque en un clima emocional apropiado y con una relación estable con un adulto que le atienda.

Desde el programa VIVIR-SANA-MENTE, nos encargamos de ayudar a todas las familias que necesiten algún tipo de apoyo psicológico o social desde la asistencia familiar, donde un equipo de psicólogos, trabajadores sociales entre otros profesionales, les acompañaran para cualquier necesidad.

Y por otro lado, en segundo lugar, se encuentra la **socialización secundaria (escuela y empresa)** que, a diferencia de la primaria,

no implica un componente emotivo, pues a través de ella se interiorizan roles propios de la división del trabajo.

Desde el Programa VIVIR-SANA-MENTE intentamos ser partícipes de esta socialización, ayudando desde aquí a que el usuario amplíe sus relaciones sociales y sus conocimientos, que vaya adquiriendo de manera formal hábitos, rutinas, comportamiento sociales y que además interiorice los roles propios de la división del trabajo, con el fin de su desarrollo futuro como persona.

Por lo que es fundamental que el proceso de socialización se lleve a cabo para que todas las personas, adquieran una vida normalizada y plena en todos los ámbitos de su vida, y tengan un buen desarrollo tanto físico como mental.

Es muy importante tener en cuenta los agentes socializadores ya que ejercen gran influencia en el desarrollo de la personalidad, con sus propias pautas y valores o costumbres.

La familia es el principal agente de socialización, favorece y desarrollo individual, **la escuela** las formadoras de habilidades socio-cognitivas y afectivas, las que se irán modificando o perfeccionando según el modo de relacionarse y comportarse ante las diferentes situaciones y por último **los medios de comunicación** son un medio de socialización, los cuales fomentan y facilitan ciertas construcciones mentales por donde transcurre luego el pensamiento de las personas en sociedad.

Por lo tanto, estas son las bases de nuestro desarrollo personal y social, y por lo que son necesarias tenerlas bien estructuradas y formadas desde que nacemos y nos desarrollamos en todos los ciclos de nuestra vida, para poder llegar a tener una salud mental plena y un desarrollo social normalizado e integrado.

Es importante centrarse en el punto de partida de acción de los agentes de socialización con la finalidad de ver que en nuestra madurez como personas consolidadas, no hemos desarrollado ningún trastorno mental grave, ya que si en cada ciclo evolutivo adquirimos las bases socio-afectivas necesarias y adecuadas, será tarea fácil enfrentarse y resolver conflictos de manera pacífica, responder a un elogio o practicar la empatía poniéndose en el lugar de otra persona, respetando los derechos de los demás y de la misma manera hacer respetar los propios. Además de saber mantener buenas relaciones interpersonales o saber comunicarse de manera asertivamente acerca de nuestros sentimientos e ideas. De este modo se promoverán estados de calma y optimismo que nos permitirán alcanzar nuestros objetivos personales, tomando así decisiones responsables y evitando conductas de riesgo, consolidando el bienestar mental pleno.

El objetivo del Programa VIVIR- SANA-MENTE ES, es rehabilitar, formar y educar, creando unas bases normalizadas y plenas en el desarrollo personal, mental y social en una persona.

Desde el programa se cree que es indispensable que una persona se desarrolle plenamente si no cuenta con una buena estructuración del proceso de socialización desde que nace hasta que muere, en todos los ciclos vitales, a demás es muy importante la presencia de los agentes sociales como son la familia, escuela y amigos, ya que estructuran o modelan la personalidad del individuo en el transcurso de su vida.

Por lo que se cree que las personas que sufren o padecen algún tipo de enfermedad mental grave, es debido, a que en algún momento de su vida ha fallado algún componente (agentes de socialización) o algún proceso de socialización.

DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Este Programa “Vivir - Sana - Mente” está diseñado desde una línea rehabilitadora, nueva e innovadora, con el objetivo de cubrir las necesidades sociales que sufren las personas con enfermedad mental grave, en las cuales son necesarias actuar con la mayor brevedad y rapidez posible, con el fin de que estas personas lleguen a desarrollarse como personas plenas mentales, aceptadas socialmente, con el fin último de llegar a una inserción en la vida laboral y social, demostrando que pueden desarrollar y desempeñar cualquier tipo de actividad y competencia.

El conocimiento de otros programas en uso y actividad, da lugar al conocimiento de muchos matices en las actividades posteriores contempladas, pero también del conocimiento de voces que no funcionan lo suficientemente bien.

Por lo tanto este programa integral rehabilitador, lo que propone es un trabajo preventivo y personalizado, el cual es realizado en consecuencia al conocimiento de otros Programas y observaciones participativas.

Este proyecto es una elaboración personal contando el aprendizaje y la adquisición de conocimientos en la observación participante, de las prácticas realizadas en el campo de Salud Mental, en la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (Zaragoza) donde me ha servido como base y sostén de peso para mi proyecto.

En cuanto a las actuaciones y actividades a desarrollar en el proyecto, he diseñado un programa integral rehabilitador, llamado VIVIR-SANA- MENTE, donde se basa en sesiones y actividades psicoeducativas y de atención integral, para reforzar las habilidades sociales y emocionales de las personas que padecen enfermedad mental.

Tanto los objetivos como las actuaciones de intervención son comunes en todos los programas de rehabilitación psicosocial en el ámbito de la Salud Mental.

Los matices de mi proyecto se encuentran en las actividades realizadas en las diferentes sesiones del programa VIVIR-SANAMENTE, que se dividen en dos temáticas; la primera se centra en las habilidades sociales, que cuenta con las sesiones de *Conciencia de uno mismo*, *Técnicas de relajación* y *Control de emociones*, centradas en el bienestar mental; la autoestima.

La segunda trabaja las pautas y hábitos saludables donde se centra en el bienestar físico de las personas con enfermedad mental, con las actividades llamadas: *Cambios alimenticios*, *Ejercicio físico*, *Estilos de vida* y *Sustancias tóxicas*.

Otro matiz sería la elaboración de los niveles de intervención diseñadas para mejorar la calidad del enfermo mental así como las fichas diseñadas, la escala de habilidades sociales, con el objetivo de evaluar las habilidades sociales que dispone o carece el usuario.

El plan individualizado de rehabilitación, se realiza en todos los programas de rehabilitación psicosocial ya que es común y necesario para tener una ficha informativa, orientativa y para obtener un seguimiento del enfermo.

Aunque estos matices realizados por mí tienen diferencias con respecto a otros programas de rehabilitación psicosocial, todos los profesionales que se dedican a este campo siguen unas pautas, procedimientos y herramientas comunes, por las que muchas veces es difícil diferenciar lo innovador de un nuevo proyecto.

De todas maneras, estas son las herramientas y bases comunes, pero lo característico y lo que de verdad diferencia al resto de los demás programas de rehabilitación psicosocial, es la forma, ganas,

implicación, motivación de los profesionales que trabajan, por lo que es muy importante disponer de unos profesionales que verdaderamente cumplan esa calidad que exige el programa.

1. OBJETIVOS

El objetivo principal es fomentar la capacidad de autonomía y desde la dignidad de la persona, estructurar su medio más próximo y su entorno socio-laboral.

A través la puesta en marcha de un Programa de Actividades, Psicoterapias individuales o de grupo y de las Asambleas o Asistencias Psicológicas hacia los familiares de estas personas que sufren algún trastorno mental grave.

El Programa que he diseñado, está elaborado para ponerse en marcha en Centros de Día, con el fin de que paciente recupere sus habilidades sociales y sea capaz de vivir e integrarse en sociedad.

Los principios básicos del programa se centran en la autonomía, calidad, continuidad y derivación a recursos externos, la multidisciplinariedad, el trabajo en equipo, la colaboración de instituciones y entidades en materia sanitaria y recursos sociales y la buena coordinación del equipo multidisciplinar, formación e investigación.

2. METODOLOGÍA

A. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

«Cuando hablamos de observación participante nos referimos a la técnica de recogida de información que consiste en observar a la vez que participamos en las actividades del grupo que se está investigando». (Malinowski, 1982).

La observación participante realizada en las prácticas ha servido para conocer la problemática de las personas con enfermedad mental en todo su contexto y por tanto en reconocer, los indicadores que ayudaran a indagar en los problemas, retos o desafíos que persisten y en lo que hay que incidir. El programa Vivir- Sana- Mente tiene el objetivo y el reto de lidiar y acabar con todas las deficiencias que sufren las personas con trastorno mental grave, con el fin de mejorar su situación y su calidad de vida.

Esta observación ha permitido conocer bien al colectivo de Salud mental, en concreto el funcionamiento del Centro de día de ASAPME y su Servicio de Atención Domiciliaria con personas que sufren trastorno mental grave, donde ha sido necesario introducirse en ella y recoger datos día a día sobre su vida cotidiana.

En las prácticas en el Centro de Día se ha podido ir recogiendo todos los datos e información sobre las personas con trastorno mental grave en cuanto a sus necesidades y demandas requeridas, la atención recibida por los profesionales del centro, la ayuda que recibe para el desarrollo de su vida social y laboral.

Además de todo el desarrollo y funcionamiento del Programa de Actividades y el Trato recibido por los familiares de estos usuarios. En cuanto a la observación del Equipo profesional, se aprecia como es el

trato especializado hacia la persona con enfermedad mental grave, como se lleva a cabo la resolución eficaz para la gestión de la calidad de la empresa.

En la práctica profesional se ha observado que métodos deben utilizarse y cuáles no, para beneficiar el desarrollo del paciente y para resolver los problemas que con más frecuencia se les presentan, además de apreciar cómo se desarrolla un buen ambiente dentro de un equipo multidisciplinar.

También es característica la observación acerca de la necesidad de tener una formación específica para trabajar con personas que padecen algún tipo de enfermedad mental grave, ya que muchas veces no existe esta formación o cualificación como ocurre en el caso del voluntariado.

Dentro de la observación participante acerca de las funciones y competencias en la práctica profesional del Trabajador Social, ha sido relevante ver el trato especializado a la persona con enfermedad mental grave, las herramientas o métodos que ha utilizado para beneficiar el desarrollo del paciente desde la dignidad y la autonomía personal y como ha hecho frente a los problemas que con más frecuencias se le presentan.

Y por último, señalar su papel dentro del equipo profesional acerca de crear un buen ambiente y la cuestión significativa a la hora de plantearse acerca de si el Trabajador social desempeña la función propia del Trabajador Social.

B. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Las entrevistas semiestructuradas van dirigidas hacia los profesionales de centros donde trabajan en el ámbito de Salud Mental como es la Fundación Rey Ardid, donde ejercen sus competencias y por otro lado se dirige también a pacientes con enfermedad mental grave, con el fin y el objetivo de detectar limitaciones, problemas o necesidades no cubiertas, para reincidir así, sobre nuevas propuestas de mejora.

En un primer momento se pasaran una entrevista, que consistirá en una serie de preguntas abiertas, en concreto cinco, dirigidas a todo el equipo multidisciplinar (Psicólogos, terapeutas ocupacionales,...). También se realizara una entrevista, a 2 usuarios del (con esquizofrenia y trastorno bipolar), consistirá en 5 preguntas abiertas.

En una segunda instancia se realizara una entrevista especial a la TS, haciendo referencia a temas relacionados con funciones del TS, burocracia, enfermedad mental y calidad.

Todas las entrevistas irán dirigidas a aproximar, en la mayor medida de lo posible el bienestar de las personas con enfermedad mental, detectar aquellas necesidades que no son cubiertas completamente por los enfermos mentales, y de este modo lograr una mejora plena de la calidad en la vida de estas personas.

Desde el programa VIVIR-SANA-MENTE considera importante, para mejorar la atención y las necesidades de las personas con enfermedad mental grave establecer o realizar **un trato especializado /individualizado para estas personas**, según las entrevistas realizadas el terapeuta ocupacional, el psicólogo y los trabajadores sociales coincidieron en que es importante tener un trato individualizado, debido a que cada paciente es diferente (patologías, enfermedades), tiene unas necesidades individuales y específicas y cada uno actúa de una manera determinada.

Por lo que es necesario centrarse en los intereses y motivaciones que tiene el usuario de manera individual y desde ahí se programan los objetivos. Además como remarco el Trabajador social así es como lo marcan los principios de la rehabilitación social.

Otro indicador importante que se plantea en esta investigación, es el hecho de ***cómo beneficia al paciente, el profesional desde su práctica profesional.***

Desde las entrevistas, el terapeuta ocupacional comentó que es necesario centrarse en recuperar la autonomía, marcar una determinada estructura con rutinas y de este modo reforzar autoestima y volverse a sentirse útiles, recuperando parte de la vida que llevaban antes y terminar con su problema de salud mental, con la rehabilitación.

Desde el programa VIVIR-SANA-MENTE este es uno de los objetivos, reforzar las habilidades sociales, en este caso la autoestimo, desde la rehabilitación psicosocial y de este modo reinsertar a estas personas con trastornos mentales en sociedad, disfrutando de una vida normalizada un bienestar personal y social pleno.

El psicólogo afirmó que desde la psicología se trabaja sobre la persona, en hacer entender al paciente lo que ha vivido, tener presentes sus vivencias y comprender sus emociones.

Estas personas tienen problemas para relacionarse con otras personas, sufren de bloqueos emocionales etc., todo lo que tiene que ver habilidades sociales en una persona.

En el programa, todas las sesiones están destinadas en reforzar y ayudar a adquirir o mejorar las habilidades sociales pero desde las actividades: conciencia de uno mismo, control de emociones y estilos de vida, se encargan de trabajar con todas esa carencias que la persona padece, con el objetivo de lidiar todos los bloqueos

emocionales, además de que trabajen y adquieran conocimientos y pautas para su vida personal y su entorno social.

Es importante conocer desde la posición de los profesionales, ver ***si se cubren las necesidades de todos los usuarios***; todos los profesionales coinciden en las entrevistas, en que no se cubren todas las necesidades, hay algunos con los que no se puede intervenir.

Debido a que hay una gran cantidad de usuarios y el personal muchas veces no es el que les gustaría, además algunas de las personas que ingresan no realizan las actividades del centro, otros se quedan un poco colgados por la edad que tienen.

Los profesionales están de acuerdo en que las necesidades principales sí que se cubren con el programa que se adaptan a las necesidades del colectivo.

El psicólogo afirmó; que desde el trabajo grupal se refuerzan las habilidades sociales y de este modo evoluciona el colectivo, muchas veces los usuarios saben relacionarse pero se relaciona mal, a veces tienen habilidades pero no saben manejarlas adecuadamente.

Otro indicador importante es si es necesario tener una formación específica para trabajar con personas que padecen enfermedad mental grave.

Los profesionales estaban de acuerdo en que es necesario tener una formación específica, porque si atiendes a alguien de manera individual debes conocer desde tu departamento, pero también desde los otros ámbitos y departamentos en el tema de fármacos, ayudas, los procesos de psicología, el tratamiento con el psiquiatra porque si estas todo el día con el paciente es necesario saber toda la información del, donde vive su entorno, las actitudes, en mi opinión

considero que no todo el mundo está cualificado para estar en salud mental.

El psicólogo afirmó que; no es suficiente trabajar con la persona solo, hay que trabajar con familias, entornos.

En cuanto al tema del voluntariado y los servicios a domicilio, legalmente no hay formación específica, pero afirman que sería bueno que lo hubiera, debido a que si no la intervención se queda corta. En trabajo social hay un Máster familiar y de salud mental

Para finalizar es representativo ***señalar los problemas más frecuentes que se les presentan a los profesionales en su puesto de trabajo y mediante que métodos hace frente a ellos***

El terapeuta ocupacional comentó que su principal problema es que está solo para los 68, falta tiempo y espacio, y no se puede intervenir con todos, no se puede hacer todas las actividades de las que te gustaría hacer, ya que es difícil juntar a todos, porque no hay dos perfiles iguales y no se puede trabajar con todos lo mismo.

Comenta que separaría a los usuarios según unos niveles, en función de su nivel cognitivo, coeficiente intelectual, ya que a veces interviene de manera individual y aprecia carencias que no se están cubriendo.

Otra problemática es que de las personas que entran muchos salen, pero otros desarrollan el proceso de la puerta giratoria salen del centro y vuelven a entrar. Algunos hay que derivarlos a media estancia o a larga estancia, hoy en día están funcionando al 30%, no funcionan del todo bien. Por lo que Existe un Colapso de centros de día, además muchos de los enfermos no son conscientes de la enfermedad, no te puedes marcar grandes metas porque es muy difícil, yo siempre digo que estamos de sostén.

Según el psicólogo los problemas más frecuentes son la falta de implicación con su propio proyecto de vida, muchas personas que

vienen, que no vienen voluntariamente, empujadas por medico familia, aunque firmen consentimiento, cuentan con una sobreprotección familiar, por lo que esto en la intervención se nota.

Para cubrir todas las necesidades y todos los problemas debe contar y trabajar con todos: La familia, médico o psiquiatra.

En el Programa VIVIR-SANA-MENTE como desde la Fundación Rey Ardid de lo que se trata es de trabajar mediante la rehabilitación, reforzando las habilidades sociales como son la asertividad, conducta agresiva asertiva y pasiva.

Según el Trabajador social muchas veces la problemática más frecuente es la entrada de una familia desesperada que no conoce cómo reaccionar y convivir con su hijo.

Se realiza un seguimiento familiar, con actividades de Psicoeducación, el usuario en este caso es una persona que no tiene proyecto de vida, trauma crisis, no hay conciencia de enfermedad, por lo que la implicación es fundamental con ellos, ya que no tienen ningún amigo, solo tienen a sus padres mala relación, conseguir esos amigos, no saben trabajar cuando viene la enfermedad estaban estudiando, crisis de desempleo problemas.

Además tenemos de fondo el estigma social de estas enfermedades, con esquizofrenia, es un obstáculo para encontrar trabajo, donde desde el Programa VIVIR-SANA-MENTE, trabaja con apaliar esta problemática.

*Por último y no menos importante es necesario conocer la **función de un Trabajador social en un Centro de estas características***

El trabajador comento que lo que realiza es una valoración del estudio psicosocial, elabora un diagnostico que damos al equipo, planificamos las aéreas de manera individual, las del trabajador social

son la familia, la red social, formación laboral, actividades de la vida diaria instrumentales.

Tras realizar la entrevista al usuario afirmo que recibe una buena atención, por parte de los profesionales, percibe una buena atención y siempre buscan soluciones a sus problemas.

Al preguntarle acerca de que si él creía en que sus necesidades prevalecen para los profesionales del centro ante cualquier circunstancia, el comento que sus necesidades prevalecen ante cualquier circunstancia porque miran por su bienestar y por su bien general, y siempre se han preocupado por que tuviera una vivienda, una alimentación sana, y están procurando a que haga ejercicio.

A la hora de hablarle de los profesionales en función de cómo cree que le ayudan a su desarrollo en la vida social y laboral, nos comentó que Laboralmente le ayudan con un taller, que sirve para dar ideas e indicaciones, para ver que caminos elegir y seguir hacia el empleo... Y en el tema social le ayudan reforzando mis habilidades sociales.

A la pregunta de que si él creía que el Programa de actividades se adapta a todas sus necesidades y si cambiaría algo, contesto que el programa de actividades, se adapta a sus necesidades y siempre le ayudan pero con matices. Lo que cambiarían seria alguna cosa del taller de memoria, que sea más entretenido y le gustaría actividades más lúdicas o de ocio, como una barbacoa.

Según el usuario afirmo que su familia recibe un buen trato por parte de todo el equipo profesional, ya que ayudan a todas las necesidades que ellos tengan

Por lo que todas estas entrevistas junto con la observación participante, ha servido como referente para elaborar el Programa VIVIR-SANA-MENTE.

Desde de un primer momento se ha contado con toda la información recogida en las practicas realizadas en ASAPME, desde la observación participante, y en una segunda instancia, las entrevistas realizadas en la Fundación Rey Ardid que ha servido como contraste y como segunda experiencia en la recogida de información de los profesionales y usuarios.

Tras la realización de las entrevistas a los profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas) y a los usuarios de la Fundación Rey Ardid, han salido claras conclusiones acerca de las problemáticas, necesidades y carencias las cuales, lo que trata el programa VIVIR-SANA-MENTE, es acabar con ellas, trabajando y reforzando las habilidades sociales de cada usuario, con la ayuda de la familia, y teniendo en cuenta aquellos obstáculos que impiden la realización de estas.

Los profesionales están de acuerdo en que se debe incidir en mejorar la calidad de vida de estas personas, en tener en cuenta los impedimentos que dificultan el proceso de rehabilitación psicosocial, como es la falta de participación del usuario, la necesidad de tener más espacio para realizar las actividades, tener en cuenta el factor de disponer de más tiempo, más profesionales de los que hay; monitores que estén pendiente de los usuarios más dependientes, una mayor formación profesional para tratar con personas con enfermedad mental grave, en el tema de voluntariado y las personas que se encargan del servicio de atención a domicilio, entre otros indicadores que se deben de tener en cuenta en este proceso de educación y rehabilitación, el cual el Programa VIVIR-SANA-MENTE, lo tendrá presente para que de este modo se consiga una calidad en todos los aspectos y para todas las personas integrantes en este proceso, tanto usuarios, como familias como profesionales.

C. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa se desarrolla desde unas bases fundamentadas en Preservar la dignidad y la autonomía de las personas que sufren algún trastorno mental grave y de este modo asegurar la calidad de vida y promoción en estas personas en el ámbito de la salud mental.

Se centra en la prevención, tratamiento y rehabilitación, se llevaran a cabo intervenciones a través de diferentes sesiones, para que sean capaces de afrontar las discapacidades de los trastornos que padecen.

Además de esto se mejorara los sistemas de información en salud mental, para un mejor conocimiento de la enfermedad, y dejar a un lado ese estigma social.

En definitiva, el diseño de este programa de Actividades tiene como finalidad reconducir y optimizar el ajuste social de estas personas.

Por lo tanto, el análisis de los resultados tras su aplicación, es el que dará cuenta de si los resultados esperados están en relación a los obtenidos en el intento de mejorar la calidad de vida con las personas que padecen un trastorno mental grave.



3. ACTUACIONES Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR

A. PROGRAMA INTEGRAL REHABILITADOR

El objetivo del programa es el de promover el **autocuidado** con enfermos mentales graves, con un tratamiento integral junto con el programa psicoeducativo, pautas y consejos, orientados al enfermo, buscando soluciones para mejorar la autoestima y desempeñar buenos hábitos.

Apreciar que la mayoría de las veces su patología va asociada a unos aspectos negativos de estilos de vida como el sedentarismo, dietas inadecuadas, consumo de sustancias tóxicas, que contribuyen al **estigma social** que les rodea y que perjudica en su integración.

Por lo tanto se parte de esta base y se incide en estos estilos de vida con el programa de tratamiento integral, en la aplicación de pautas saludables y de bienestar, incidiendo en los aspectos más relevantes como la alimentación, el ejercicio físico y la autoestima del paciente.

Finalmente se observara un cambio de estilo de vida en sus cuidados mejorando su autoestima, autocuidados y autorrealización a la hora de ser más independiente y autónomo en la realización de las AVD y también con el objetivo de desarrollar una integración y participación activa en la sociedad laboral y social, así como un desarrollo de habilidades cognitivas y sociales.

Después de que el paciente asista a este programa integral y haya finalizado realizaremos un seguimiento y evaluación para estudiar los cambios de cada usuario. La participación en este programa es voluntaria.

B. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y DE ATENCIÓN INTEGRAL

a. VIVIR – SANA- MENTE

El programa Vivir- Sana- Mente se fundamenta en objetivos terapéuticos y reinsertadores, donde su finalidad será mejorar el autoestima y los buenos hábitos (alimentación, ejercicio físico...)

La intervención de este programa con el enfermo con un trastorno mental grave, implica procesos complementarios que requieren ser promovidos de forma específica.

Es necesario tener en cuenta estos procesos complementarios como:

1. Los Aspectos clínicos del trastorno, donde su finalidad sea recuperar la salud.
2. El Cambio y rehabilitación del paciente, don su objetivo sea superar los efectos negativos sobre la persona.
3. La Continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo después de que el paciente termine con el programa.

b. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

1. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los usuarios que se presenten al programa y el grado donde intervenir.
2. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y adaptación al entorno.
3. Optimizar una fututa reincorporación social.

c. ACTUACIONES EN LA INTERVENCIÓN

El programa Vivir- Sana- Mente abre las puertas a todas aquellas personas que sufren enfermedad mental no es necesario y exclusivo que sean derivados de algún centro de Salud en concreto, pero también pueden venir desde una prescripción médica y atención clínica.

Los que vienen prescritos por el psiquiatra, mencionan que necesitan con urgencia un programa rehabilitador donde pongan en manifiesto actividades de habilidades sociales y cognitivas para un buen desarrollo del paciente.

El programa se centra en la rehabilitación y en un futuro donde la reinserción social y laboral prime como objetivo esencial y básico.

Por lo tanto antes de entrar a formar parte en el programa es necesario que los nuevos usuarios faciliten la siguiente información para abrirles una nueva ficha en el programa:

Se requiere de Documentación, **Historial Clínico**, donde haga referencia a la información necesaria sobre su diagnóstico clínico y la aplicación del tratamiento médico que está llevando a cabo.

Y en última estancia se elaborara un **Programa Individualizado de Rehabilitación** al nuevo usuario, para hacer una escala de evaluación de las buenas habilidades y deficiencias que el enfermo pueda padecer, para después situarle en un nivel de intervención u otro, y de este modo mejorar la calidad de gestión, trabajo y buen resultado para el paciente.

PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REABILITACION (PIR)

«El PIR consiste en la articulación ordenada y sistemática del total del proceso a seguir con el rehabilitando. Es una programación ajustada a sistema método. Tiene como preliminar la evaluación que lo justifica y en la que se fundamenta. No ha de haber duda de que sólo es posible elaborarlo si previamente se ha evaluado. Sin los datos, las conclusiones y las hipótesis explicativas inferidas de la evaluación inicial, no tendría sentido establecer con fundamento y acierto los apartados que lo componen». (JAIME A. FERNÁNDEZ, et alius (EDITORES) 2010.)

Por lo que en el programa contara con un Programa Individualizado de Rehabilitación, donde se realizara el estudio de cada enfermo mental grave con el fin de determinar:

1. Evaluación de la enfermedad mental.
2. Nivel de intervención.
3. Asignación de objetivos y actividades, dependiendo del nivel de apoyo requerido.
4. Planificación, seguimiento y evaluación de los usuarios del programa.

Es necesario también tener en cuenta el factor tiempo, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios a trabajar.

EL NIVEL DE INTERVENCIÓN

Para establecer el nivel de intervención debe utilizarse, la **Escala de evaluación de habilidades**, también junto con otros métodos de evaluación y de recogida de información que se consideran necesarias y nos pueden proporcionar una información detallada de las habilidades y deficiencias del enfermo.

La escala de evaluación de habilidades ha sido elaborada por el autor del Programa Vivir- Sana- Mente para señalar y destacar, las sesiones en las cuales podrá participar la persona con enfermedad mental con un trato más especializado/ individualizado o por otro lado donde pueda realizar las sesiones de manera autónoma e independiente.

La división de niveles de intervención lo que determina claramente es, la necesidad de que cada usuario dependiendo de sus discapacidades mentales o deficiencias pueda desarrollar la tarea de manera adecuada e igualitaria con el resto del grupo, es decir, no separándolos en diferentes grupos si no que lo realizara de manera conjunta con el resto de usuarios, requiriendo una persona específica y cualificada, la cual le ayude a resolver la tarea realizada en la sesión en el caso de que lo necesitase.

Este programa busca la integración social en el entorno más próximo, por lo tanto desde las propias sesiones se suscita a esa integración con un apoyo de atención más especializado, no separa ni segrega sino que incluye y une, son valores y principios en el que se sustenta este programa.

Por lo que el resultado de la evaluación de las habilidades, dará lugar a las áreas funcionales del enfermo que realizara de forma autónoma las actividades de la vida cotidiana, a diferencia de las áreas deficitarias que señalan y remarcan la imposibilidad de adaptación a su entorno.

Las habilidades llevadas a cabo en el programa y en las cuales se va a trabajar y reincidir son las siguientes:

<p>1. Habilidades sociales</p>	<p>BIENESTAR MENTAL: AUTOESTIMA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de uno mismo: <ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto - Autoimagen - Automotivación - Autoconfianza. • Técnicas de relajación, de expresión. (autocontrol emocional). • Control de emociones. <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol - Confiabilidad - Adaptabilidad - Empatía - Motivación
<p>2. Pautas y Hábitos saludables</p>	<p>BIENESTAR FISICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios alimenticios <ul style="list-style-type: none"> - Consejos y pautas para una buena alimentación. • Ejercicio físico <ul style="list-style-type: none"> - Como influye el ejercicio en nuestras vidas - Ventajas del ejercicio físico. • Estilos de vida <ul style="list-style-type: none"> - Pautas para rutinas y buenos estilos de vidas. - Como influye la vida sedentaria en nuestras vidas. • Sustancias Tóxicas <ul style="list-style-type: none"> - Factores negativos del abuso de sustancias químicas. - Sustancias químicas más consumidas, como afectan.

Según la evaluación del equipo multidisciplinar y la valoración que realice el Trabajador Social, los usuarios que van a participar en el siguiente programa se dividirán en los siguientes niveles:

- **Nivel 1: Respuesta Positiva**

Requiere de un seguimiento.

Puede realizar con normalidad las actividades.

Buena integración con los compañeros.

- **Nivel 2: Respuesta Parcial/Intermedia**

Requiere de un seguimiento más determinado.

Puede realizar con alguna dificultad las actividades.

Precisa de un apoyo concreto en las actividades.

- **Nivel 3: Respuesta Negativa**

Requiere de un control exhaustivo.

Realiza con dificultades las actividades.

Requiere de un apoyo para redirigir las actividades.

Se adapta e integra mal con los compañeros.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION EN EL PROGRAMA

Una vez elaborado el PIR del paciente, se establecerá un plan de periodicidad para realizar un seguimiento y evaluación.

El equipo deberá reunirse al menos dos veces al mes, dependiendo de la urgencia que se considere.

El plan de evaluación y seguimiento se llevara a cabo desde el inicio y entrada, hasta que el usuario finalice y salga del programa.



ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (ANEXO 1)

Nombre y apellido del usuario:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

NUMERO:

NIVEL DE INTERVENCION:

Nivel 1

Nivel 2

Nivel 3

EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES

1. Autoestima

- Confianza en sí mismo
- Autoconciencia de quien eres
- Aceptación personal
- Responsabilidad personal
- Autoasertividad
- Cuentas con propósitos futuros
- Integridad personal
- Seguridad en sí mismo

Marque con una cruz X:

Aceptable	Deficiente	Muy deficiente

2. Autocuidados

- Higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse)
- Higiene en el hogar
- Cuidado de sus cosas personales

3. Autonomía personal

- Capacidad para realizar trámites económicos
- Capacidad para gestionar propiedades materiales
- Capacidad para cumplir rutinas establecidas y horarios.
- Autonomía:
 - para movilizarse (a través de transportes)
 - para ir a consultas medicas.
 - Para realizar actividades lúdicas

4. Autocontrol

- Manejo en situaciones de ansiedad o estrés
- Manejo en situaciones de agresividad (física/verbal)
- Autolesiones
- Riesgo de suicidio
- Adicciones

5. Relaciones interpersonales

- Red social familiar
- Red social de pares (amigos, compañeros)
- Interés para participar en actividades grupales
- Aislamiento

6. Funcionamiento cognitivo

- Capacidad de relacionarse y mantener conversaciones
- Capacidad para hablar
- Claridad de habla
- Capacidad de atención
- Capacidad de resolución de problemas

7. Medicación y tratamiento

- Conciencia de enfermedad
- Actitud ante el tratamiento
- Responsabilidad ante la toma de medicación

Nombre y apellido del usuario:
 Fecha de nacimiento:
 Fecha: NUMERO:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION (PIR)

1- OBJETIVOS

GENERALES:

ESPECIFICOS (Concretos, priorizados, temporizados):

2- ACTIVIDADES

	Actividad	Profesional	Horario semanal
Actividad 1			
Actividad 2			
Actividad 3			
Actividad 4			

Total de horas:

3- APOYO ESPECIALIZADO: no
 Sí Nombre y apellidos.....

4- SEGUIMIENTO:

TUTOR.....
 Fecha de la próxima evaluación.....

En.....a.....de.....de.....

Fdo.: El Coordinador

VIVIR- SANA- MENTE

Según la teoría de Descartes, define que el cuerpo y la mente actúan de manera independiente en consecuencia a nuestros actos. El programa quiere demostrar que llevando a cabo unos buenos hábitos saludables y un bienestar emocional conjunto, lleva a la idea de que un cuerpo sano da lugar a una mente sana.

A continuación la explicación de la estructura del Programa Rehabilitador de Actividades, que se llevara a cabo posteriormente en Centros de Día; se conforma de una serie de ejercicios, tareas o actividades, donde su objetivo principal se halla en la mejora de autoestima y control de emociones, además de adquirir mayor conocimiento de buenos hábitos y pautas saludables basadas en alimentación y de actividades físicas saludables entre otros.

El programa está destinado para personas con trastorno mental grave, los cuales muchas veces no pueden ser atendidos en entornos más comunitarios para su rehabilitación y reinserción. Muchos presentan grandes déficits en su autocuidado, se encuentran con poca autoestima y no disponen de unos buenos hábitos.

Este programa cuenta con 50 plazas, donde se atienden personas con edades de entre 18 y 65 años, su participación en el programa siempre es de forma voluntaria.

El objetivo final es el de estimular las habilidades sociales de estas personas ajustadas siempre a cada situación o contexto, donde puedan desarrollarse como personas independientes y plenas, con el fin de evitar el aislamiento social, fomentando las habilidades de comunicación, para que de este modo sean capaces de resolver los

problemas que se les presentan en la vida diaria y poder mejorar sus interacciones sociales.

Las actividades siempre se realizara de forma grupal, se centrara entre grupos de 10 personas como máximo, para poder atender a cada usuario de manera más cercana y con una atención especializada. Serán grupos homogéneos según sus capacidades y su déficits.

Las técnicas utilizadas durante el desarrollo de cada una de las actividades se desarrollaran dando instrucciones de lo que hay que hacer en cada sesión y utilizando las clases de manera expositivas teórico – prácticas, con el objetivo de una mejor comprensión y calidad.



PROGRAMA DE ACTIVIDADES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					
9:00	EVALUACIÓN		ASISTENCIA FAMILIAR		EVALUACIÓN
10:00	<i>Conciencia de uno mismo</i>	<i>Control de emociones</i>	<i>Estilos de vida</i>	<i>Sustancias Tóxicas</i>	<i>Control de emociones</i>
11:00	<i>Cambios alimenticios</i>	<i>Sustancias Tóxicas</i>	<i>Ejercicio físico</i>	<i>Cambios alimenticios</i>	<i>Conciencia de uno mismo</i>
11:00	DESCANSO				
11:30	<i>Estilos de vida</i>	<i>Técnicas de Relajación</i>	<i>Técnicas de Relajación</i>	<i>Técnicas de Relajación</i>	<i>Ejercicio físico</i>
12:30	ASISTENCIA FAMILIAR				ASISTENCIA FAMILIAR

Para la eficacia y calidad del Programa de actividades en todas las se realizaran un control de asistencia que consistirá en el análisis de los siguientes puntos:

- Total de personas asistentes al programa.
- Total de participantes en casa sesión.
- Ausencias injustificadas en cada sesión.
- Abandonos del programa.
- Abandonos en las sesiones.
- Personas que finalizan en el Programa de Actividades.
- Resultados de las personas que han finalizado en el Programa de Actividades.

A. HABILIDADES SOCIALES

BIENESTAR MENTAL: AUTOESTIMA

Para hablar y trabajar en el desarrollo de las habilidades sociales es necesario mencionar a varios autores que se involucraron en la materia como Liberman y Eckam (1989) los cuales afirmaron que las personas con problemas psiquiátricos, que son incapaces de comunicar con claridad sus sentimientos y deseos, son más vulnerables al sufrimiento físico y emocional. Además los déficits en Habilidades sociales (HS) pueden contribuir a empeorar sus síntomas y amenazar su capacidad de cuidarse y afrontar los estresores de la vida diaria.

Además numerosos estudios han avalado la eficacia de los programas de entrenamiento en HS en una serie de situaciones sociales que incluyen habilidades básicas de conversación, asertividad, habilidades para desenvolverse en el medio, así como de manejo de medicación y otras áreas de funcionamiento en la comunidad (Hersen y Bellack, 1976).

A finales de la década de los 60, Wallace introduce los denominados modelos de habilidades sociales con resolución de problemas (Finch y Wallace, 1977) que incorpora a los programas de entrenamiento clásico las capacidades para percibir y discriminar la información emitida y evaluar las situaciones sociales (además de las capacidades conductuales o motoras de emitir respuestas, ya presentes en modelos anteriores).

Liberman, De Risi y Mueser (1989) introducen algunos aspectos. En su definición, enfatizan la consecución de un fin determinado (objetivos) e incluyen los aspectos cognitivos y topográficos que son necesarios para llegar a esa meta, definen habilidad social como la capacidad del sujeto para conseguir sus objetivos instrumentales e

interpersonales. Distinguen por tanto, dos componentes funcionales del término.

Por un lado, las habilidades instrumentales útiles para que una persona obtenga independencia y beneficios materiales, tales como dinero, vivienda, servicios etc.

Y por otro lado, las habilidades interpersonales que posibiliten que el individuo haga amigos, disfrute de relaciones íntimas, muestre afecto...

Para este autor la principal diferencia entre ambos estriba en que el peso de los elementos afectivos sería mucho mayor cuando se hace referencia a Habilidad interpersonal que cuando se trata de habilidad instrumental.

Por lo tanto, es necesario evaluar cada caso teniendo en cuenta sus déficits y sus competencias para llegar a conductas las cuales habrá que modificar o reforzar, además de plantearse los objetivos concretos con cada uno de los usuarios respecto de los problemas detectados y por último plantear la sesión del programa que se ha de llevar a cabo.

Por lo que el terapeuta responde a la sesión asignada y se adapta a las necesidades del grupo.

Para mejorar su calidad de vida es necesario tener en cuenta, las tensiones sociales/interpersonales en el ámbito familiar, laboral, relaciones con amigos y compañeros o problemas o tensiones en los dispositivos red de atención (médicos, psiquiatras...), además de las incapacidades instrumentales relacionadas con la inhabilidad de conseguir los objetivos materiales debido a sus problemas de comunicación y por último la calidad de ejecución topográfica en aspectos verbales (ritmo, volumen, fluidez...) como paraverbales (gestos, postura, contacto visual...

JUSTIFICACIÓN

Se trata de un trabajo semanal de sesiones de 50 minutos, donde cada profesional impartirá cada sesión llevando a cabo la aplicación y seguimiento del programa, además de seguir una serie de pautas:

1. Saludo grupal.

Cada uno de los asistentes comentara como se encuentra y compartirá algunas de sus preocupaciones con el resto del grupo.

2. Presentación del tema de la sesión.

Se presenta el tema en el que se va a trabajar en la sesión, se darán las instrucciones y pautas.

3. Exposición.

Tras la explicación del tema, se realizaran una serie de ejercicios, los cuales tras 30 minutos se expondrán de manera oral con los demás compañeros.

4. Debate.

Se debate y se reflexiona sobre el tema tratado.

5. Despedida grupal.

Se concluye la tarea y se mandan pequeñas tareas para la próxima sesión, con el fin de mejorar su desarrollo cognitivo en función de trabajar rutinas, memoria y responsabilidad.

1. CONCIENCIA DE UNO MISMO

JUSTIFICACIÓN

Sesión diseñada para el entrenamiento de habilidades sociales, ya que las interacciones sociales mejoran satisfactoriamente nuestra calidad de vida y la de los demás propiciando de esta forma un mayor éxito social.

El reforzamiento del Yo como persona plena y la autoestima, da lugar a una mejor integración social, lo que hará que podamos resolver problemas cotidianos, mantener amistades, desempeñar un trabajo etc.

Por lo tanto se considera necesario el aprendizaje de habilidades sociales en personas con enfermedad mental grave, con el objetivo de mejorar sus comportamientos sociales, que sean más estables y adaptados, y de este modo se reducirá la ansiedad social mejorando así las respuestas de interacción en la vida diaria, evitando su aislamiento social.

▪ **SESION 1: CONCIENCIA DE UNO MISMO**

CONCIENCIA DE UNO MISMO	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
1. AUTOCONCEPTO Y AUTOIMAGEN	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Conciencia de uno mismo. Autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto - Autoimagen <p>Parte II Comunicación no verbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distancia/proximidad - Contacto físico - Apariencia personal <p>Parte III Criticas y opiniones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herramientas y mecanismos para afrontarlas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de uno mismo y mejorar la autoestima. - Favorecer y potenciar el comportamiento asertivo - Aprender a expresar y aceptar opiniones y críticas.
1. AUTOMOTIVACIÓN Y AUTOCONFIANZA	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Motivación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación - Compromiso - Optimismo <p>Parte II Herramientas para la potenciación de autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a detectar e interpretar nuestras percepciones. - Conocer la motivación y como potenciarla.
EVALUACION			
Evaluación inicial: Evalúa Capacidades y carencias afectivas. Centrándose en el autoestima, control de emociones, y expresión emocional con su entorno.		Evaluación final: Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las capacidades emocionales, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.	

2. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y DE EXPRESIÓN.

JUSTIFICACIÓN

Se trabajan con el objetivo de lograr cambios emocionales en las personas con enfermedad mental grave, con actividades como musicoterapia, técnicas de relajación y talleres artísticos, ya que estas actividades demuestran que mejoran aquella sintomatología negativa emocional y la autoestima.

• SESION 2: TECNICAS DE RELAJACION Y DE EXPRESION

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
1. RELAJACION	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Dialogo. - Técnicas de relajación - Técnicas de respiración - Estiramientos relajantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación - Técnicas de relajación - Técnicas de respiración - Técnicas de estiramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregulación de emociones. - Control del estrés y ansiedad.
2. ARTETERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Ejecución de la tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artesanía de barro - Artesanía de mimbre - Mandálas - Pintura 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo creativo. - Desarrollo y expresión emocional - Control de estrés y ansiedad.

EVALUACION	
<p>Evaluación inicial:</p> <p>Evalúa Capacidades y carencias afectivas. Centrándose en el autoestima, control de emociones, y expresión emocional con su entorno.</p>	<p>Evaluación final:</p> <p>Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las capacidades emocionales, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.</p>

3. CONTROL DE EMOCIONES

JUSTIFICACIÓN

Esta sesión se centra en las competencias afectivas como; el autocontrol, la confiabilidad, la adaptabilidad, la empatía y la motivación.

Las personas con enfermedad mental grave, en muchos casos, no son capaces de gestionar de manera adecuada las emociones, lo que conlleva a que no afronten de manera correcta las exigencias del entorno, y da lugar a una mala adaptación del entorno.

Por lo tanto esta sesión es fundamental para desarrollar y potenciar aquella inteligencia afectiva o emocional, y para mejorar el autocontrol de esas emociones, en muchos casos negativas.

Por lo que el desempeño de un buen control de emociones en las personas con enfermedad mental, lograra mejorar su calidad de vida y su promoción como persona.

• **SESION 3: CONTROL DE EMOCIONES**

CONTROL DE EMOCIONES	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
1. AUTOCONTROL	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Gestionar nuestras emociones. Autorregulación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol. <p>Parte II Las emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer nuestras emociones - Reconocer los emociones de las otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las emociones en nosotros y en los demás. - Aprender técnicas para gestionar nuestras emociones. - Aprender qué es el estrés y cómo influye y afrontarlo. - Aprender estrategias de resolución de problemas
2. CONFIABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Conocer y Defender los derechos personales.</p> <p>Parte II Confianza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer e identificar la autoestima - Mecanismos de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender que es y cómo influye la confianza y la seguridad en uno mismo. - Aprender técnicas de confianza y seguridad en sí mismo.
3. ADAPTABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Comprensión de los demás</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional - Necesidades <p>Parte II Desarrollo de los demás</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender que es el cambio y cómo influye en nosotros. - Aprender mecanismos de adaptación al cambio.
4. EMPATIA Y MOTIVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I. Estilos de Comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asertividad, pasividad y agresividad. <p>Parte II La empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos empáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender y reconocer que es la empatía y la motivación. - Aprender el comportamiento empático.

EVALUACION

Evaluación inicial:

Evalúa Capacidades y carencias afectivas. Centrándose en el autoestima, control de emociones, y expresión emocional con su entorno.

Evaluación final:

Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las capacidades emocionales, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.

B. PAUTAS Y HABITOS SALUDABLES

BIENESTAR FÍSICO

Existen variables que explican la calidad de vida desde el punto de vista psicosocial: trabajo, relaciones sociales, bienestar subjetivo, salud, ocio etc.

El ocio es una fuente importante de bienestar. Sin embargo, muchas personas tienen un ocio insatisfactorio y de baja calidad. Entre ellas podrían encontrarse la mayoría de los enfermos mentales crónicos, los cuales poseen "ocio forzado", puesto que lo que tienen es un exceso de tiempo libre, que no es ocupado de manera que les produzca satisfacción.

Existe un amplio cuerpo de literatura que quiere que los soportes sociales mejoren las oportunidades del individuo para el restablecimiento. Kayloe y Zimpfer (1987). Moxley (1988), Frazer y Deslewsky (1985) y Schoenfeld, Havlevy, Hemley y Rufh (1986) señalan que el soporte social reduce las recidivas y ayuda a las personas a mantenerse en la comunidad. A menudo las redes sociales de apoyo para las personas que sufren problemas psiquiátricos severos tienen que ser construidas y los individuos deben aprender a usarlas.

JUSTIFICACIÓN

Se trata de un trabajo semanal de sesiones de 50 minutos, donde cada profesional impartirá cada sesión llevando a cabo la aplicación y seguimiento del programa, además de seguir una serie de pautas:

6. Saludo grupal.

Cada uno de los asistentes comentara como se encuentra y compartirá algunas de sus preocupaciones con el resto del grupo.

7. Presentación del tema de la sesión.

Se presenta el tema en el que se va a trabajar en la sesión, se darán las instrucciones y pautas.

8. Exposición.

Tras la explicación del tema, se realizaran una serie de ejercicios, los cuales tras 30 minutos se expondrán de manera oral con los demás compañeros.

9. Debate.

Se debate y se reflexiona sobre el tema tratado.

10. Despedida grupal.

Se concluye la tarea y se mandan pequeñas tareas para la próxima sesión, con el fin de mejorar su desarrollo cognitivo en función de trabajar rutinas, memoria y responsabilidad.

1. CAMBIOS ALIMENTICIOS

JUSTIFICACIÓN

Esta sesión está centrada en dar unos buenos hábitos y pautas alimenticias, ya que el organismo necesita combustible y un mantenimiento continuado para funcionar adecuadamente.

El cuerpo humano requiere de alimentos saludables, de ejercicio y una buena actitud mental, para mantenerse sano y desarrollar su potencial al máximo

La OMS indica; “Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”.

Por lo tanto una dieta saludable, unida de un ejercicio continuado ayudara a las personas con enfermedad mental a mejorar su calidad de vida y su integración social.



• **SESION 1: CAMBIOS ALIMENTICIOS**

CAMBIOS ALIMENTICIOS	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none">- Instrucciones- Exposición teórica-práctica del tema tratado.- Feedback- Debate	<p>I ¿Qué es una buena nutrición?</p> <ul style="list-style-type: none">- Pirámide nutricional.- Planificación alimenticia. <p>II Beneficios de una buena alimentación</p> <ul style="list-style-type: none">- Beneficios de una buena alimentación.- Desventajas de una mala alimentación.	<ul style="list-style-type: none">- Reconocer los básicos de una alimentación sana- Desarrollar y organizar los alimentos en buenas dietas.- Reconocer lo que conlleva una mala alimentación. Enfermedades.

EVALUACION

Evaluación inicial:

Evalúa el conocimiento sobre si dispone o no de unos buenos hábitos alimenticios. Centrándose en el seguimiento del aprendizaje de una buena alimentación, control de malos hábitos, y utilización de buenas técnicas.

Evaluación final:

Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las técnicas, instrucciones y temario de la sesión, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.

2. EJERCICIO FÍSICO

JUSTIFICACIÓN

Esta sesión se centra en la importancia que tiene el ejercicio físico en nuestras vidas.

Está demostrado que realizar de forma regular una actividad física, es muy beneficiosa en la prevención, el desarrollo y la rehabilitación de la salud, además ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.

La realización de realizar ejercicio físico también está ligada a una buena alimentación y dietas equilibradas.

El ejercicio físico, contribuye y favorece a establecer un bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona; la memoria, rapidez de ideas...

Además promueve sensaciones como el optimismo o la euforia, al tiempo que se mejora la autoestima de las personas, lo que produce beneficios en diferentes enfermedades.

Por lo tanto es esencial y fundamental la práctica continuada de cualquier actividad física como, andar, correr, etc., o realizar algún deporte colectivo, que ayuda a reforzar las relaciones sociales y a establecer grandes vínculos afectivos.

Por lo que, por el contrario los desequilibrios alimenticios suelen relacionarse más bien con una Vida Sedentaria y carente de ejercitación física.



• **SESION 2: EJERCICIO FÍSICO**

EJERCICIO FÍSICO	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none">- Instrucciones- Exposición teórica-práctica del tema tratado.- Feedback- Debate	<p>Parte I</p> <p>Educación física.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ejercicio Físico y tipos.- Elaboración de programa físico recreativo <p>Parte II</p> <p>Beneficios del Ejercicio físico</p> <ul style="list-style-type: none">- Beneficios psicológicos- Beneficios biológicos	<ul style="list-style-type: none">- Reconocer como influye el ejercicio en nuestras vidas- Estimular cambios conductuales- Establecer rutinas de ejercicio físico.- Estimular la motivación- Aprender a establecer una Organización correcta de su tiempo libre- Aprender a manifestar de manera adecuada una actitud satisfactoria ante un éxito y de frustración ante el fracaso.

EVALUACION

Evaluación inicial:

Evalúa el conocimiento acerca de la Educación Física y las Capacidades de los enfermos mentales para realizar las actividades físicas, en cuanto a su desarrollo, motivación y superación.

Evaluación final:

Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las técnicas, instrucciones y temario de la sesión, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.

3. ESTILOS DE VIDA

JUSTIFICACIÓN

Esta sesión se centra en como adquirir unos hábitos y estilos de vida saludable, ya que las personas con enfermedad mental en muchas ocasiones no siguen unas pautas correctas de alimentación, ejercicio físico, y además muchos consumen sustancias tóxicas por lo que aun más se agrava la enfermedad, todo esto unido a una vida sedentaria, por lo que no es nada beneficioso para su salud ni para su bienestar.

Las personas que se encuentren en esta sesión aprenderán a identificar, qué es un estilo de vida saludable cuáles son los factores que repercuten para lograr a un estilo de vida saludable y los mecanismos, rutinas y hábitos, necesarios para llevarlos a cabo.

Además serán capaces de reconocer los efectos y consecuencias de una vida sedentaria y las acciones que deben de evitar para no caer en ella.

Por lo tanto, la finalidad de esta clase será, la adquisición de un aprendizaje sobre la Salud y Bienestar, en cuanto a un bienestar físico, social y mental.



• **SESION 3: ESTILOS DE VIDA**

ESTILOS DE VIDA	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones - Exposición teórica-práctica del tema tratado. - Feedback - Debate 	<p>Parte I Salud y Bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bienestar físico - Bienestar social - Bienestar mental <p>Parte II Estilo de Vida Saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> - La alimentación - El ejercicio físico - La prevención de la salud - El trabajo, - La relación con el medio ambiente y la actividad social. <p>Parte III Vida Sedentaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos y consecuencias - Mecanismos y herramientas para evitar una vida sedentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conocimientos a cerca de un bienestar vital completo - Identificar cuáles son los factores para llegar a un estilo de vida completo y mejorar cada uno de ellos. - Adquirir y aprender y ejecutar, mecanismos para llevar a cabo un estilo de vida saludable. - Reconocer los efectos y consecuencias de una vida sedentaria.

EVALUACION	
<p>Evaluación inicial:</p> <p>Evalúa la capacidad de aprender y analizar, los estilos de vida saludable, teniendo en cuenta todos los factores que se establecen en este contexto, además de Controlar y manejar herramientas y mecanismos de rutinas de cambio, en función de mejorar sus estilos de vida.</p>	<p>Evaluación final:</p> <p>Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las técnicas, instrucciones y temario de la sesión, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.</p>

4. SUSTANCIAS TÓXICAS

JUSTIFICACIÓN

Esta sesión está especialmente centrada en el análisis de la relación que tiene muchas veces el consumo de tóxicos con personas que padecen algún tipo de enfermedad mental grave.

Por lo tanto es necesario saber que el abuso de sustancias tóxicas causa la activación directa del sistema cerebral, por lo que se experimenta alteraciones en la mente y el estado de ánimo.

Esta activación inhibe la capacidad de concentración, lo que puede dar lugar a alteraciones significativas en la vida cotidiana de una persona.

Después de un uso prolongado de estas sustancias, los individuos suelen desarrollar una dependencia a estas sustancias. Estas alteraciones impiden que el adicto pueda suspender el uso de las sustancias.

Por lo tanto es necesario que se establezca esta sesión con la finalidad de aprender y reconocer las causas y factores de Riesgo del Abuso de Sustancias, los Efectos que pueden padecer y por ultimo conocer los Trastornos más concurrentes, de este modo favoreceremos en la contribución de ayudar a dejar cualquier adicción a alguna sustancia tóxica que padezcan y del mismo modo para evitar futuros dependientes.



• **SESION 4: SUSTANCIAS QUÍMICAS**

SUSTANCIAS QUÍMICAS	METODOLOGÍA	CONTENIDO	OBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none">- Instrucciones- Exposición teórica-práctica del tema tratado.- Feedback- Debate	<p>Parte I</p> <p>Drogodependencia</p> <ul style="list-style-type: none">- Rasgos comunes- Principales Drogas <p>Parte II Causas y factores del abuso de sustancias tóxicas</p> <p>Parte III Trastornos más comunes</p> <ul style="list-style-type: none">- Trastornos afectivos- Trastornos de ansiedad- Adicciones- Trastornos psicóticos- Trastornos relacionados a la tercera edad	<ul style="list-style-type: none">- Lograr la aceptabilidad con uno mismo de reconocer dependencia- Aprender y reconocer las causas y factores de Riesgo del Abuso de Sustancias- Conocer e identificar los Trastornos más concurrentes- Favorecer en la contribución de ayudar a dejar cualquier adicción.- Evitar futuros dependientes.

EVALUACION

Evaluación inicial:

Evalúa la capacidad de aceptabilidad con uno mismo de reconocer dependencia hacia una sustancia tóxica, con el fin de reconocer posteriormente los factores de riesgo, con el objetivo de favorecer en la contribución de ayudar a dejar cualquier adicción y de Evitar futuros dependientes.

Evaluación final:

Se evalúa si ha adquirido correctamente todas las técnicas, instrucciones y temario de la sesión, con el seguimiento individual y grupal, en conjunto con el PIR.

El programa además cuenta con programas complementarios de evaluación y asistencia familiar:

<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACIÓN Reunión de para intercambiar información y propuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> - reunión con el equipo multidisciplinar - reunión del equipo con los usuarios
<ul style="list-style-type: none"> • ASISTENCIA FAMILIAR, orientación y apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo psicológico familiar.

CONCLUSIONES

La aplicación del programa que se prevé ofrece una oportunidad de estudio muy relevante dentro del contexto de intervención psicosocial.

El entrenamiento de habilidades sociales en las personas con enfermedad mental es muy importante a la hora de su integración y adaptación social.

El diseño de este programa de Actividades tiene como finalidad reconducir y optimizar el ajuste social de estas personas.

Por lo tanto, el análisis de los resultados tras su aplicación, es el que dará cuenta de si los resultados esperados están en relación a los obtenidos en el intento de mejorar la calidad de vida con las personas que padecen un trastorno mental grave.



C. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES Y ACTIVIDADES

1. RECURSOS HUMANOS

Equipo de atención integrado por:

1. Trabajador social
2. Psicólogo
3. Educador social
4. Terapeuta ocupacional
5. Personal sanitario (enfermero, médico- psicólogo)

Las funciones de estos profesionales, debe ser la atención intervención v en todo momento si es necesario, además deben conocer la patología mental de los pacientes del programa.

Deben establecer diferentes niveles y grados de intervención, es decir según el grado de enfermedad, intervenir en un grado u otro.

Realizar evaluación de sus habilidades y definir y ejecutar las actividades a realizar con estos pacientes.

Por último deben reunirse para hablar de un avance de mejora sobre los usuarios e ir orientando la línea futura de reinserción social.

Es necesario que se establezca un coordinador responsable del equipo multidisciplinar, será elegido por el grupo. El coordinador realizara trabajo de coordinación para el buen funcionamiento del programa.

2. RECURSOS MATERIALES.

Los recursos materiales corresponderán a aquellos indispensables para el buen funcionamiento del programa. Es necesario mostrar intereses sobre la disposición necesaria de materiales con el fin de evitar retrasos en el proceso de aplicación del programa de intervención o para que no se produzca una suspensión de las actividades fijadas.

Organización común profesional: lugar en el cual se encuentra el equipo multidisciplinar actuado de manera conjunta y desarrollando las tareas o actividades educativas, terapéuticas, deportivas, ocupacionales...

Organización específica: se dirige a las actividades especiales únicamente a los pacientes con enfermedad mental como en las actividades como psicomotricidad, habilidades sociales, autoestima...



D. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO Y ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES

<ul style="list-style-type: none">▪ Habilidades sociales ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO: - 2 Psicólogos- 2 Trabajador Social- 1 Educador Social- 1 Sanitario	<p>BIENESTAR MENTAL: AUTOESTIMA.</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>SESION 1: CONCIENCIA DE UNO MISMO:</u> (1 Psicólogo y 1 Trabajador Social)<ul style="list-style-type: none">- Autoconcepto- Autoimagen- Automotivación- Autoconfianza. • <u>SESION 2: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, DE EXPRESIÓN.</u> (1 Psicólogo y 1 Educador Social) • <u>SESION 3: CONTROL DE EMOCIONES:</u> (1 Trabajador social)<ul style="list-style-type: none">- Autocontrol- Confiabilidad- Adaptabilidad- Empatía- Motivación
<ul style="list-style-type: none">▪ Pautas y Hábitos saludables ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO: - 2 Psicólogos- 2 Trabajador Social- 2 Terapeuta Ocupacional- 2 Educadores Sociales- 2 Sanitarios	<p>BIENESTAR FISICO</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>SESION 1: CAMBIOS ALIMENTICIOS</u> (1 Trabajador Social Y 1 Psicólogo)<ul style="list-style-type: none">- Consejos y pautas para una buena alimentación. • <u>SESION 2: EJERCICIO FÍSICO</u> (1 Terapeuta Ocupacional y Educador Social)<ul style="list-style-type: none">- Como influye el ejercicio en nuestras vidas- Ventajas del ejercicio físico. • <u>SESION 3: ESTILOS DE VIDA</u> (1 Terapeuta Ocupacional y Educador Social)<ul style="list-style-type: none">- Pautas para rutinas y buenos estilos de vidas.- Como influye la vida sedentaria en nuestras vidas. • <u>SESION 4: SUSTANCIAS TOXICAS</u> (1 Trabajador Social y 1 Psicólogo)<ul style="list-style-type: none">- Factores negativos del abuso de sustancias químicas.- Sustancias químicas más consumidas, como afectan.



E. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACION

A la hora de hablar sobre el presupuesto y las fuentes de financiación, se insiste en el hecho de que no es un presupuesto añadido, si no que forma parte dentro del propio trabajo, además se puede contar con el apoyo del voluntariado siempre que se insista en su cualificación y formación dentro de la institución.

CONCLUSIONES

Tras la realización de las prácticas en ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) y las entrevistas realizadas en la Fundación Rey Ardid, se ha estimado una serie de conclusiones, donde teniendo en cuenta estos resultados, es posible y necesario mejorar la atención y las necesidades de las personas que padecen trastorno mental grave.

Lo primero de todo es indispensable tener una formación específica para trabajar con personas que padecen enfermedad mental grave.

Se debe conocer la Salud Mental desde tu departamento profesional, pero también desde los otros ámbitos y departamentos en el tema de fármacos, ayudas, los procesos de psicología, el tratamiento con el psiquiatra etc. Es necesario para conocer toda la información del paciente. Según la investigación realizada, los profesionales consideran que no todo el mundo está cualificado para estar en salud mental.

En cuanto al tema del **voluntariado y los servicios a domicilio**, legalmente no hay formación específica, pero afirman en las entrevistas que son necesarios una formación profesional específica, si no la intervención se queda corta.

Por otro lado es importante la actuación especializada/individualizada para estas personas, cada paciente es diferente con unas patologías o enfermedades por lo que tienen unas necesidades individuales y diferenciadas, lo que hace que cada uno actúe de una manera determinada.

Según la observación participante y las entrevistas coinciden en que, es necesario centrarse en los intereses y motivaciones que tiene

el usuario de manera individual y desde ahí elaborar el programan con unos objetivos determinados y de este modo conseguir recuperar la autonomía con rutinas y reforzando así las habilidades sociales.

Este Objetivo de reforzar las habilidades sociales, es llevado a cabo desde la rehabilitación psicosocial, con el fin de reinsertar a estas personas con trastornos mentales en sociedad, disfrutando de una vida normalizada un bienestar personal y social pleno.

Según la observación participante y las entrevistas realizadas coincide, **en que aunque las necesidades principales sí que se cubren en el programa, no son todas las necesarias**, debido a la gran cantidad de usuarios, a un personal escaso, falta de motivación por parte de usuarios que ingresan, lo que hace que no se pueda intervenir con todos, la edad de los usuarios que hacen que se queden colgados, sin olvidarse del factor tiempo ya que es escaso, hace que no se pueda hacer todas las actividades que te gustaría hacer, a demás de la falta de conocimiento del enfermo acerca de su enfermedad ya que no son conscientes y la falta de implicación con su propio proyecto de vida unida a la sobreprotección familiar.

*Otra conclusión de esta investigación es el hecho de **La dificultad de juntar a todos***, porque no hay dos perfiles iguales y no se puede trabajar con todos lo mismo, es necesario separar a los usuarios según unos niveles, en función de su nivel cognitivo, coeficiente intelectual, ya que a veces se intervine de manera individual y se aprecia carencias que no se están cubriendo.

Otro indicador de la investigación que coincide con los profesionales es el **problema de que muchos de los que salen del centro vuelven a entrar, es el proceso de la puerta giratoria**, existe un colapso en los centros de día, lo que dificulta y ralentiza el

proceso del usuario, unos porque se estancan y no evolucionan, y por otro lado porque los nuevos usuarios no pueden ingresar.

Otra conclusión a destacar, es necesario trabajar conjuntamente con todas las personas implicadas en el proceso del enfermo mental; La familia, e médico o psiquiatra, entorno social, los profesionales etc.

Según los profesionales **El trabajo grupal** favorece y refuerza las habilidades sociales del enfermo mental y a su vez evoluciona el colectivo.

Otro indicador es el hecho de que todos los profesionales de Salud mental luchan con terminar con la fuerte **estigmatización y discriminación hacia las personas que padecen enfermedades mentales**, obstáculo el cual impide encontrar trabajo e impide integrarse socialmente como uno más.

VALORACION PERSONAL

Deberíamos centrarnos más, en que las personas con enfermedad mental grave, no son personas diferentes al resto de la sociedad, es decir, nosotros los miramos desde una realidad diferente pensando que la nuestra es la verdaderamente correcta y aceptada por la sociedad. Pero es necesario ver más allá de nuestra realidad, ampliar nuestra visión y pensar que su realidad es diferente, pero también correcta y normal, es su realidad, lo cual debe ser competente como profesional, empatizar con esa visión que nos aleja de su "yo" con todas las características intrínsecas y extrínsecas que le rodea.

Es necesario conectar con los pacientes como profesional y como persona.

Como personas vulnerables debe orientarse previamente a quienes van a intervenir con ellas, tal como se viene contemplando en la cuestión de la formación del voluntariado.

Debemos plantearnos la función del trabajador social, es decir, si realiza una actuación burocrática, donde el papel que realiza es cubrir necesidades de la empresa o verdaderamente realiza el papel del TS.

Plantearse si el objetivo principal es la empresa o es realmente el paciente que viene demandando una serie de necesidades y pidiendo ayuda debido a su enfermedad, es decir, si prima más la cantidad de números y beneficios al final de año de la empresa o el resultado de personas con enfermedad mental que tras la ayuda profesional, son personas "curadas", y vuelven a desarrollarse como personas plenas y capaces en la sociedad.

Una de las Líneas de investigación a seguir sería, las familias y su factor como agente de socialización en el desarrollo, evolución y tratamiento de la enfermedad mental grave.

ANEXOS

ENTREVISTAS AL EQUIPO PROFESIONAL Y USUARIO

TERAPEUTA OCUPACIONAL

- 1. ¿Cómo profesional consideras importante un trato especializado /individualizado a la persona con enfermedad mental grave? ¿Por qué?**

Si lo considero importante, considero que cada paciente es diferente y actúa de diferente manera, cada uno es un mundo. Me centro en los intereses y motivaciones que tiene el usuario de manera individual y desde ahí se programan los objetivos, no puedes programar objetivos comunes, cada uno tiene unas necesidades diferentes.

- 2. ¿En su práctica profesional, de que maneras cree que beneficia al desarrollo del paciente?**

Se benéfica al paciente centrándose en recuperar la autonomía, marcar una determinada estructura, que tengan una rutina y reforzar autoestima y volverse a sentir útiles, y de este modo recuperar parte de la vida que llevaban antes y terminar con su problema de salud mental, con la rehabilitación.

- 3. ¿Cree que se cubren las necesidades de todos los usuarios? ¿Por qué?**

No se cubren todas necesidades, hay algunos con los que no se puede intervenir, porque derivan de muchos centros o zonas. Algunas de las personas que ingresan no realizan las

actividades del centro, otros se quedan un poco colgados por la edad que tienen y otros no sabes bien donde derivarlos y no hay control, o están en casa por estar malos.

4. ¿Para trabajar con personas con enfermedad mental grave, es necesario tener una formación específica? ¿Por qué?

Si es necesario información específica, en la carrera es importante que exista una formación específica de salud mental, porque si atiendes a alguien de manera individual debes conocer desde tu departamento, pero también desde los otros ámbitos y departamentos en el tema de fármacos, ayudas, los procesos de psicología, el tratamiento con el psiquiatra porque si estas todo el día con el paciente es necesario saber toda la información de él, donde vive su entorno, las actitudes, en mi opinión considero que no todo el mundo está cualificado para estar en salud mental.

5. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le presentan en su puesto de trabajo? ¿Mediante que métodos hace frente a ellos?

El principal problema es que estoy sola para los 68, falta tiempo y no se puede intervenir con todos, no se puede hacer todas las actividades de las que te gustaría hacer, además es difícil juntar a todos, porque no hay dos perfiles iguales y no se puede trabajar con todos lo mismo, es muy difícil. Separaría según niveles, en el nuevo plan para septiembre se van a dividir más los grupos según los profesionales, en función de su nivel cognitivo, coeficiente intelectual, a veces intervengo de

manera individual si veo que hay carencias que no se están cubriendo.

Es necesario más espacio, no otra terapeuta, pero más monitores, hay alguno que necesita monitor 24h, ya que es un proceso lento pero se van consiguiendo cosas.

De las personas que entran muchos salen, otros desarrollan el proceso de la puerta giratoria salen del centro y vuelven a entrar. Algunos hay que derivarlos a media estancia o a larga estancia, hoy en día están funcionando al 30%, no funcionan del todo bien.

Existe un Colapso de centros de día, además muchos de los enfermos no son conscientes de la enfermedad, no te puedes marcar grandes metas porque es muy difícil, yo siempre digo que estamos de sostén.

PSICÓLOGO

1. ¿Cómo profesional consideras importante un trato especializado /individualizado a la persona con enfermedad mental grave? ¿Por qué?

Son Personas con necesidades múltiples con grandes carencias, por lo que cuanto más individualizado es el programa mejor es la atención y los trabajos grupales se realizan en función de las personas con mismas necesidades en relación con el trastorno mental que padecen, algunas veces se desarrolla un intervención grupal distintas, pero los grupos son más potentes tienen la fuerza de llegar a más personas, los compañeros ejercen más fuerza que el profesional.

2. ¿En su práctica profesional, de que maneras cree que beneficia al desarrollo del paciente?

Desde la psicología se trabaja sobre la persona, que entienda lo que ha vivido, tener siempre presentes sus vivencias, comprender sus emociones, y dar sentido a lo que ha sufrido y todo eso no es fácil, las vivencias de una persona con trastorno mental grave es muy intensa, le dificulta para otras tareas, como relacionarse con otras personas, le lleva a tener carencias, bloqueo emocional etc., todo lo que son las habilidades sociales en una persona.

En muchos casos se aísla porque en otras ocasiones ha vivido situaciones que no han sido buenas, y el resultado es su protección social y emocional.

3. ¿Cree que se cubren las necesidades de todos los usuarios?

Es complicado hay muchos usuarios, el personal muchas veces no es el que nos gustaría, las necesidades principales sí que se cubren, con el programa que se adaptan a las necesidades del colectivo, ahora evoluciona no tanto a las habilidades sociales, si no es un colectivo más hacia el reforzamiento de consumo de tóxicos, trastorno de personalidad, esquizofrenia o trastorno psicótico, hay un porcentaje alto. Cada vez evoluciona a una intromisión de socialización disfuncional, son grupos que no funcionan bien ya que delinquen o consumen.

Cubrir desde una manera individualizada también a los grupos, se da respuesta de este modo a todas las necesidades que se presentan para integrar en la sociedad.

Desde el trabajo grupal se refuerzan las habilidades sociales y de este modo evoluciona el colectivo, muchas veces los usuarios saben relacionarse pero se relaciona mal, a veces tienen habilidades pero no saben manejarlas adecuadamente.

Las personas con Trastornos de personalidad, la manera de relacionarse es disfuncional, se caracterizan por la excesiva invasión de otra persona, la persona es como una montaña rusa emocional, ciclotimia, pasa de estar demasiado enganchado de una persona a no quererla, ciclos complicados que se den en una persona en este tipo de trastorno de una semana 4 veces, inestabilidad emocional, es necesario trabajarlo, esto es fruto de una pobre identidad, persona que se valora poco a sí misma, experiencias que crean ese estilo de personalidad que se adapta a un ambiente.

**4. ¿Para trabajar con personas con enfermedad mental grave, es necesario tener una formación específica?
¿Por qué?**

No hay especialidad, considero que habría que formarse en la intervención de los contextos con las personas, terapia familiar... no es suficiente trabajar con la persona solo, hay que trabajar con familias, entornos. Trabajar con el contexto, comunidad, familias, ocupar espacios comunitarios, generar emociones en esos espacios, es lo que nos hace integrarnos.

En el tema de voluntarios y servicios a domicilio, legalmente no hay nada específico, en psicología. Es necesario pero no está legalizado, sería bueno que lo tuviera.

En trabajo social hay un Máster familiar y de salud mental. La intervención se queda corta, hay que tener más información.

5. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le presentan en su puesto de trabajo? ¿Mediante que métodos hace frente a ellos?

Falta de implicación con su propio proyecto de vida, muchas personas que vienen, que no vienen voluntariamente, empujadas por medico familia, aunque firmen consentimiento, sobreprotección familiar, no tienen decisiones propias las decisiones no son en función de lo que las personas querían, la intervención se nota es diferente.

La familia tiene y genera problemas, o médico o psiquiatra, al no estar motivada no cumple los objetivos, hay que trabajar con todos, no está solo en el diagnóstico.

Falta de participación, asistencia, colectivos donde al sentirse vulnerables cualquier situación social le genera malestar interno, hacen esfuerzo venir al centro, la exposición de los demás, sentirse evaluado etc. Grado muy alto de exposición sería ir a tomar un café, hay personas que no lo aguantan, hay que trabajar gradualmente sobre esto para que se integre mejor.

Intentamos con la rehabilitación, trabajar la asertividad, conducta agresiva asertiva y pasiva.



ENTREVISTAS AL TRABAJO SOCIAL

1. ¿Cómo profesional consideras importante un trato especializado/individualizado a la persona con enfermedad mental grave? ¿Por qué?

Si es indispensable, cada paciente tiene su plan individual de rehabilitación, los marcan los principio de la rehabilitación.

Importante el programa de rehabilitación psicosocial como algo indispensable no se puede avanzar con un trastorno mental, en mi opinión creo que falta gente de pasar por estos dispositivos.

2. ¿Cómo Trabajador Social, como cree que se puede beneficiar el desarrollo del paciente desde la dignidad y la autonomía personal? ¿De qué maneras?

Ofreciendo programas que lleven a la autonomía, ya que no tienen proyecto de vida, es tanto tiempo estancado, que es como si estuvieran parados.

Sin expectativas de futuro no hay camino motor para seguir, consiguiendo actividades con la estimulación trabajando con la parte sana hay un avance, también mejorando las relaciones sociales.

3. ¿Con su aportación profesional, cree que favorece la evolución de las personas con enfermedad mental grave? ¿Cómo las favorece?

Es necesario que se cumplan los objetivos del plan individual, el hecho de venir, la estructuración horaria que conlleva, el contacto con otras personas, el trabajo con las familias, supone menos crisis y recaídas.

4. ¿Cuál es la función de un Trabajador social en un Centro de estas características?

Hacemos la valoración del estudio psicosocial, elaboramos un diagnóstico que damos al equipo, planificamos las áreas de manera individual, las del trabajador social son la familia, la red social, formación laboral, actividades de la vida diaria instrumentales.

En función de cada área se realizan intervenciones individuales o en equipo, asesoramiento, relaciones sociales, grupos para mejorar red social, en formación, búsqueda activa de empleo todas las semanas, para que mejore la motivación y de este modo volver al mercado de trabajo.

5. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le presentan en su puesto de trabajo referidos a la salud mental? ¿Mediante que métodos hace frente a ellos?

Una Familia desesperada que no conoce cómo reaccionar y convivir con su hijo, madre bloqueada que no sabe cómo seguir, se realiza un seguimiento familiar, con actividades de Psicoeducación, el usuario en este caso es una persona que no tiene proyecto de vida, trauma crisis, no hay conciencia de enfermedad, por lo que la implicación es fundamental con ellos, no tienen ningún amigo, solo tienen a sus padres mala relación, conseguir esos amigos, no saben trabajar cuando viene la enfermedad estaban estudiando, crisis de desempleo problemas.

Además tenemos el estigma social de estas enfermedades, con esquizofrenia, es un obstáculo para encontrar trabajo.



TRABAJADOR SOCIAL 2

1- ¿Cómo profesional consideras importante un trato especializado/individualizado a la persona con enfermedad mental grave? ¿Por qué?

Es la base, cada persona con una enfermedad mental es un mundo, lleva la enfermedad de una forma, es necesario centrar el tratamiento. Todo el mundo necesita un trato especial.

2- Como Trabajador Social, ¿cómo cree que se puede beneficiar el desarrollo del paciente desde la dignidad y la autonomía personal? ¿De qué maneras?

En todos los aspectos, simplemente con escucharlos aunque sea una tontería, te lo agradecen y lo aprecian, si lo haces bien, les beneficia tanto ellos como para ti, siempre cuentan contigo.

3- ¿Con su aportación profesional, cree que favorece la evolución de las personas con enfermedad mental grave? ¿Cómo las favorece?

No se cubren todas las necesidades, quedan mucho por trabajar, se cubren la mayoría o a priori, necesitan por la crisis rehabilitación, ya que están desconectados de la realidad y muchas se quedan el aire.

También se favorece con el trato individualizado atendiendo a sus demandas, haciéndose participes de ellos, la motivación y el cambio es lo más importante en el proceso.



4- ¿Cuál es la función de un Trabajador social en un Centro de estas características?

Añado lo que ha dicho mi compañero, considero también importante la implicación del trabajador social, todo cambia ellos se relacionan contigo, desde el principio ellos perciben tu nivel de implicación, es un sostén, le empuja pueden contar para cualquier cosa.

5- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le presentan en su puesto de trabajo referidos a la salud mental? ¿Mediante que métodos hace frente a ellos?

La sobrecarga de la familia, como manejar la atención de la familia, hacerles ver que puede tener consecuencias en la enfermedad.

Cuando llegan aquí los enfermos, tienen síntomas negativos, con el simple hecho de disminuir eres un flojo en el discurso habitual, cuando eso cambia ves cómo cambia también la actitud del paciente.

El estigma es muy complicado, la gente en centros de días está estable, la gente piensa que nunca lo puede tener y muchos de los que tiene enfermedad mental no es consciente de su enfermedad.

Trabajar con eso importante y complicado. Incluso el comunicar al resto de la familia que tiene una enfermedad mental es difícil, todo el trato es diferente y en la sociedad también. Hay que trabajar con las redes sociales, los amigos, la confianza con los demás.



- **ENTREVISTAS AL USUARIO**

1. **¿Considera que recibe una buena atención de los profesionales del centro? ¿Por qué?**

Recibo una buena atención, con los profesionales que trato, me atienden bien y buscan soluciones a mis problemas.

2. **¿Cree que sus necesidades prevalecen para los profesionales del centro ante cualquier circunstancia? ¿Por qué?**

Mis necesidades prevalecen ante cualquier circunstancia porque miran por mi bienestar y por mi bien general, se han preocupado por que tuviera una vivienda, una alimentación sana, y están procurando a que haga ejercicio.

3. **¿Cómo cree que el profesional ayuda a su desarrollo en la vida social y laboral? ¿Por qué?**

Laboralmente me ayudan con un taller, que sirve para dar ideas e indicaciones, para ver que caminos y seguir hacia el empleo, te encaminan aunque sea protegido. Y en el tema social me ayudan reforzando mis habilidades sociales.

4. **¿Cree que el Programa de actividades se adapta a todas sus necesidades? ¿Cambiaría usted algo?**

El programa de actividades, se adapta a mis necesidades y me ayudan pero con matices, cambiar alguna cosa del taller de



memoria, que sea más entretenido y me gustaría actividades más lúdicas o de ocio, como una barbacoa.

5. ¿Cree que su familia recibe buen trato y atención en las actividades específicas para ellos? ¿Cambiaría algo?

Aunque ahora mismo no tengo una buena relación con mi familia, sé que reciben buen trato por parte de todo el equipo profesional, ayudan a todas las necesidades que ellos tengan.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Uria, Fernando, *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del S.XIX*, Barcelona, Tusquets, 1983.

Desviat, 1994. Espinosa, 1986. Talbott, 1984. Pilling, 1991.

Desviat, *La reforma psiquiátrica*, S.A. DORSA, 1994.

Fernández, Jaime, Touriño, Rafael, Benítez, Natalia, Abelleira, Cristina (eds.), *Evaluación de Rehabilitación Psicosocial*, Valladolid, FEARP, 2010.

Malinowski, Bronislaw, *Estudios de psicología primitiva: el Complejo de Edipo*, Ediciones Paidós Ibérica, 1982.

Muñoz Vidal, José María, «La importancia de la socialización en la educación actual», *N-14*, (2009).

Robles Peñaloza, Alberto, «Competencia comunicativa», (2011), accesible en línea en http://eformadores.redescolar.ilce.edu.mx/revista/no13_07/competencia_Comunicativa.pdf.

Rodríguez, Abelardo, *Rehabilitación Psicosocial de personas con Trastornos Mentales Graves*, Madrid, 1997.

Romagnoli, Claudia, «¿Qué son las habilidades socio-afectivas y éticas?» (2011), accesible en línea en http://valoras.uc.cl/wpcontent/uploads/2010/09/habilidades_socioafectivas.pdf.

Pérez Gómez, Ángel, «Las funciones sociales de la escuela: de la reproducción a la reconstrucción crítica del conocimiento y la experiencia», (2011).

Sanhueza, Gabriela, «Desarrollo de habilidades sociales en niños, niñas y jóvenes internos en hogares de menores en protección simple», (2011), accesible en línea en <http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/79.pdf>.