

UNIVERSIDAD JAUME I

ESTUDIO DE LOS RECURSOS Y PROGRAMACIONES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL PARA ENFERMOS MENTALES (C.R.I.S.)

Revisión y seguimiento de un caso con un perfil C.R.I.S.

Pablo Bojados Rodríguez

2015 - 2016

En el presente estudio se ofrece una revisión de la intervención y resultados obtenidos de un caso único por el psicólogo Pablo Bojados Rodríguez durante su periodo de prácticas formativas en el Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón, en el curso 2014-2015, durante su formación en el Máster Universitario en Neuropsicología, Salud y Psicopatología realizado en la Universidad Jaume I de Castellón. El usuario elegido para realizar dicho trabajo es un joven de 21 años de edad que acude al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (C.R.I.S.) del Centro Gran Vía desde noviembre de 2013.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSITAT
JAUME • I

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
(R.D. 1393/2007)**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y
PSICOBIOLOGÍA

ESTUDIO PRESENTADO POR:

D. Pablo Bojados Rodríguez

TUTORIZADO POR:

Dña. C.R.I.S.tina Botella Arbona

SUPERVISADO POR:

Dña. María Rodríguez Rubio

Castellón, Septiembre de 2015

“La mente es como el agua. Cuando está calmada y en paz, puede reflejar la belleza en el mundo. Cuando está agitada, puede tener al paraíso enfrente y no lo refleja”.

David Fischman

ESTUDIO DE UN C.R.I.S.. REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN ESTUDIO CLÍNICO DE CASO ÚNICO.

ÍNDICE.

I. MARCO TEÓRICO.

-
1. Introducción del estudio.
 - 1.1. Definición de Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales.
 - 1.2. Objetivos y planes de intervención de un C.R.I.S.
 - 1.3. Perfil de usuario de un C.R.I.S.
 - 1.4. Equipo interdisciplinar que compone un C.R.I.S.
 2. Descripción del recurso.
 - 2.1. Presentación del Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón De La Plana.
 - 2.2. Presentación del recurso C.R.I.S. del Centro Gran Vía.
 - 2.3. Recursos Humanos.
 - 2.4. Recursos Materiales.
 - 2.5. Programaciones e intervenciones realizadas desde el equipo interdisciplinar.
 - 2.5.1. Departamento de psicología.
 - 2.5.2. Departamento de terapia ocupacional.
 - 2.5.3. Departamento de trabajo social.
 - 2.5.4. Departamento médico.
 - 2.5.5. Profesionales de atención directa.
 - 2.6. Población atendida.
 3. Organización del recurso.
 - 3.1. Horario general de actividades.
 - 3.2. Objetivos terapéuticos de las actividades programadas.
 - 3.3. Valoración del recurso y su funcionamiento.

II. MARCO EMPÍRICO

-
4. Revisión del estudio de caso único.
 - 4.1 Presentación del caso.
 - 4.2 Objetivos planteados.
 - 4.3 Tratamiento propuesto.
 - 4.4 Resultados obtenidos.
 - 4.5 Seguimiento.
 - 4.6 Valoración de los resultados del seguimiento.
 5. Discusión y conclusiones.
 6. Referencias bibliográficas.

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO.

En el presente estudio se ofrece una revisión de la intervención y resultados obtenidos de un caso único por el psicólogo Pablo Bojados Rodríguez durante su periodo de prácticas formativas en el Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón, en el curso 2014-2015, durante su formación en el Máster Universitario en Neuropsicología, Salud y Psicopatología realizado en la Universidad Jaime I de Castellón. El usuario elegido para realizar dicho trabajo es un joven de 21 años de edad que acude al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (C.R.I.S.) del Centro Gran Vía desde noviembre de 2013.

En primer lugar se realiza una contextualización del caso a través de una descripción del recurso en el que se encuentra el sujeto y las herramientas de las que se dispone para trabajar con un perfil de usuario que cuenta con una o varias patologías mentales. Durante dicha descripción se abordarán tanto los recursos humanos con los que se cuenta como las diferentes intervenciones y abordajes terapéuticos que se llevan a cabo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de sus usuarios.

Una vez ubicado al lector y contextualizado el presente estudio se muestra la estructura de intervención elaborada para dar solución a las diferentes problemáticas del usuario a través de un marco de orientación empírica. Desde el marco empírico se abordan los pasos seguidos para la evaluación del presente caso, la propuesta teórica del psicólogo y los resultados obtenidos en dicha intervención.

El estudio concluye con un análisis del mantenimiento de dichos resultados, transcurrido un año desde la intervención realizada por el psicólogo en prácticas. En dicho análisis, se realizará una valoración psicométrica, comparando las puntuaciones obtenidas en las pruebas post-tratamiento con las obtenidas después de un año, y se complementará dicha valoración con las indicaciones de los profesionales del recurso en el que se encuentra el usuario, los familiares del mismo y su propia percepción de su vida en la actualidad.

1.1. DEFINICIÓN DE CENTRO DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL PARA ENFERMOS MENTALES.

De acuerdo a la ORDEN de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales [2006/X5452], los centros de rehabilitación e integración social (C.R.I.S.), se definen como *servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a enfermos mentales crónicos, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios*. Asimismo, atendiendo a las premisas de dicha orden, la plantilla de atención directa para un centro de rehabilitación e integración social deberá contar con un equipo interdisciplinar formado por un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta ocupacional o técnico superior de integración social y un equipo de educadores y/o monitores.

Por otra parte, tal y como especifica la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), junto con el Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS) y la Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES) (2007), se puede detallar esta definición genérica, detallando una serie de características que deben ser inherentes al Centro de Rehabilitación Psicosocial o como mínimo deseables en un recurso de este tipo:

- El centro debe estar insertado al máximo en la comunidad de referencia. Su función implica facilitar la utilización de todos los recursos socio-comunitarios del entorno, por lo que una localización aislada o lejana de los lugares comunes de convivencia dificulta, en gran medida, las tareas a desempeñar.
- Relacionado con el punto anterior, es un dispositivo que no está diseñado “hacia dentro”, es decir, cuyo objetivo final no es que los usuarios acudan a sus instalaciones, sino que es una plataforma desde donde trabajar la normalización y la integración, por lo que en la medida de lo posible se deben externalizar al máximo sus actuaciones y actividades.
- El Centro de Rehabilitación cobra sentido al formar parte de una red extensa de atención sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos o sistemas que intervienen, o sería deseable que intervinieran, sobre los usuarios derivados.
- El Centro de Rehabilitación no es un suministro de prestaciones a los usuarios (por ejemplo económicas, comidas, etc.) sino que es un activador de aquellos recursos necesarios para su integración.

1.2. OBJETIVOS Y PLANES DE INTERVENCIÓN DE UN C.R.I.S.

El objetivo general en rehabilitación psicosocial es facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial et. al., 2007).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, en su Artículo 3 al enunciar sus principios inspiradores en los apartados f) y g), respalda con fuerza de ley la razón de ser de los Centros de rehabilitación, propugnando: “la personalización de la atención teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor grado de oportunidades”. Asimismo el apartado g) establece la necesidad de disponer medidas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.

Este objetivo general incluye aspectos, como son el residencial o el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas, que trascienden las posibilidades del Centro de Rehabilitación Psicosocial (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial et. al., 2007). Los objetivos específicos del Centro son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales. Es decir:

- Dotar al usuario de habilidades sociales y de resolución de conflictos interpersonales necesarias para que éste pueda llevar a cabo el mayor número de roles socialmente valiosos.
- Entrenar las habilidades de la vida diaria básicas e instrumentales necesarias para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Promover la educación para la salud modificando conductas de riesgo y articulando conductas de protección.
- Asesorar, informar y apoyar a las familias cuidadoras para que tengan una interacción lo más adecuada y positiva posible con su familiar afectado de una enfermedad mental grave, a la vez que se habilitan los soportes necesarios para asegurar el apoyo necesario a estas familias cuidadoras (asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, etc.).
- Proporcionar soporte y apoyo comunitario a los usuarios, organizando actividades propias que sirvan para estructurar la rutina diaria y para fomentar intereses personales y también apoyando a los usuarios que lo necesiten en la utilización de recursos comunitarios normalizados.

En resumen se puede decir que la rehabilitación de personas con enfermedad mental grave de curso crónico tiene como metas por un lado el ajuste a la vida diaria del usuario y por otro la mejora de la calidad de vida, ayudando a estas personas a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar en la sociedad que le rodea tan activa e independientemente como sea posible (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial et. al., 2007).

Por lo que respecta a la metodología de intervención, atendiendo al itinerario global de un usuario que deba ser atendido en un centro de dichas características, recorrerá las siguientes fases:

1. Derivación.

Se debe garantizar que la persona que va a ser usuaria del Centro de Rehabilitación Psicosocial cuente con un profesional de referencia en el Servicio de Salud Mental,

que será el que realice la derivación en coordinación con los Equipos de Valoración, una vez que han diseñado el Plan Individual de Atención. Por otra parte, es importante, que esta fase, que se tengan presentes los siguientes aspectos:

- La derivación deberá ir acompañada de la máxima información posible sobre el usuario, tanto desde la perspectiva médica como desde la del funcionamiento psicosocial y entorno social.
- La atención en el Centro de Rehabilitación debe ser entendida como una intervención especializada y limitada en el tiempo dentro de un proceso personal mucho más prolongado. Es decir, el usuario debería estar siendo atendido de forma continuada en un Centro de Salud Mental de referencia, que sería el responsable de su continuidad de cuidados y con el que se deberían coordinar todas las actuaciones que se llevaran a cabo sobre el usuario en el Centro de Rehabilitación.

La introducción del usuario al recurso se realiza de forma progresiva y lo menos traumática posible. En primer lugar se realiza una recepción llevada a cabo por la persona que se determine (habitualmente suele ser el profesional de referencia para el nuevo usuario). Los objetivos de este primer contacto son los de presentar al usuario el equipo de trabajo, el espacio físico y las actividades y programas, conocer las expectativas que el usuario y la familia tienen del recurso y comenzar el trabajo de motivación para la implicación del usuario en un proceso de rehabilitación (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial et. al., 2007).

2. Evaluación.

Esta fase parte de una valoración previa tanto de las discapacidades y necesidades como, sobre todo, de las capacidades y recursos que el usuario posee.

El tiempo aproximado de duración es de unas 6 a 10 horas, siendo evaluado el usuario y su familia a través de citas sucesivas con el tutor y el trabajador social, con citas en el recurso y visitas domiciliarias (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial et. al., 2007). La evaluación se alarga en el tiempo a través de un Grupo de Acogida y de las actividades de apoyo y soporte social en las que el usuario quiera participar mientras dura esta fase, mediante las cuales se pretende observar al usuario en el desempeño real de sus habilidades y capacidades.

La evaluación inicial se realiza atendiendo a cuatro fuentes: el propio usuario, la familia, la observación directa de los profesionales del C.R.I.S. y la información remitida por los servicios formales implicados en la derivación, llevándose a cabo en el centro de rehabilitación y en el contexto del usuario.

Se recoge información de las áreas siguientes:

- Autocuidados.
- Autonomía personal.
- Integración Social.
- Aspectos Cognitivos.
- Autocontrol.
- Habilidades Sociales.

- Medicación y tratamiento.
- Familia.
- Psicopatología.
- Aspectos laborales.

3. Plan Individualizado de Rehabilitación.

El Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.) consiste en un contrato de intervención activo y consensuado en el que están implicados los usuarios, sus familiares y los profesionales del recurso.

Dicho plan deben tener o reflejar las siguientes características:

- Evaluación de déficit y capacidades. En el proceso de rehabilitación son de interés tanto las dificultades que presenta el usuario como sus capacidades, potencialidades, intereses, etc.
- Delimitación clara de objetivos. El método más adecuado de actuar es desglosar los objetivos de rehabilitación en objetivos principales y los objetivos urgentes, aquellos encaminados a posibilitar los procesos de rehabilitación.
- Plan estructurado, secuencial e individual. Estructura y secuenciación de los objetivos planteados.
- Delimitación en el tiempo. Se deben marcar unos tiempos para favorecer la motivación e implicación de los usuarios e impedir entrar en una dinámica de cronicidad, tanto del usuario como de los profesionales del centro.
- Adecuación al contexto del usuario. El plan debe tener en cuenta las características del entorno del usuario, sus apoyos o falta de los mismos, las facilitaciones o dificultades que proporciona su contexto ambiental y socio-familiar y todos aquellos elementos externos que pueden modular, mediatizar o impedir la consecución de los objetivos marcados.
- Adecuación a las expectativas del usuario. Un P.I.R. debe recoger las expectativas y necesidades del usuario y adecuarlas a las posibilidades reales que evalúe el profesional.
- Implicación del usuario y la familia en la confección y desarrollo del plan.
- Salida real de reinserción. Es necesario prever en el P.I.R. la salida o salidas probables que pueden ser operativas y adecuadas para un usuario.
- Evaluación continua del desarrollo del P.I.R. y sus resultados. De forma continua habrá que realizar una evaluación y adecuación del P.I.R.

4. Intervención.

Consiste en la puesta en marcha de las actividades necesarias de los programas pertinentes para cumplir los objetivos marcados en el P.I.R.

El trabajo de rehabilitación psicosocial se realiza a través de programas de intervención, encaminados hacia tres objetivos fundamentales:

- La disminución y el control de las recaídas,

- La mejora de todos los déficit psicosociales que lleva aparejada la enfermedad mental grave de larga evolución y
- El mantenimiento en las mejores condiciones posibles de los usuarios más deteriorados.

5. Seguimiento y apoyo comunitario.

El seguimiento es el trabajo final dentro del protocolo de actuación. Una vez alcanzados los objetivos definidos en el P.I.R. y encaminada ésta hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos.

Este seguimiento tiene previsto apoyarse en contactos periódicos con el usuario de alta de la fase de intervención por un tiempo no determinado con anterioridad. Esta fase de seguimiento se lleva a cabo a través de contactos periódicos ya sea mediante citas programadas, visitas domiciliarias o contactos telefónicos.

1.3. PERFIL DE USUARIO DE UN C.R.I.S.

Tal y como se especifica en el trabajo de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial editado por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2007), las personas con enfermedad mental grave, población diana de un C.R.I.S., cuentan, además de la sintomatología específica del trastorno diagnosticado, con un severo déficit en su desempeño social. Este déficit no está provocado únicamente como resultado del proceso psicopatológico, sino que también influyen en él las características personales y las del medio en el que vive la persona, los apoyos externos que pueda tener, etc. Es decir, los déficits en el funcionamiento psicosocial no se deben en exclusiva a la enfermedad mental, por lo que, unido a un tratamiento psicoterapéutico adecuado, la respuesta social y el apoyo profesional pueden solventar o paliar estas dificultades.

Por tanto, el enfoque técnico en rehabilitación debe basarse en minimizar las capacidades y variar la respuesta social que provoca la minusvalía, bien capacitando al usuario mediante entrenamientos específicos, instauración de hábitos, etc., o bien ofertando directamente el soporte social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable (que supone el tener responsabilidades, el interaccionar con otras personas, el llevar a cabo tareas compartidas, el estructurar el tiempo personal, etc.).

1.4. EQUIPO INTERDISCIPLINAR QUE COMPONE UN C.R.I.S.

Tal y como establece la ORDEN de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales. [2006/X5452] la plantilla mínima de atención directa para un centro con una capacidad de 50 plazas estará formada por:

- Un director (psicólogo).
- Dos psicólogos.

- Un trabajador social.
- Un terapeuta ocupacional o técnico superior de integración social.
- Dos educadores/monitores.

Por su parte, en caso de contar con una capacidad de 70 plazas, la plantilla estará formada por:

- Un director (psicólogo).
- Tres psicólogos.
- Un trabajador social.
- Un terapeuta ocupacional o técnico superior de integración social.
- Tres educadores/monitores.

Asimismo, el centro tendrá que garantizar los servicios generales de gestión, administración, limpieza, mantenimiento y vigilancia y contención con medios propios o externos, que aseguren su adecuación al número de plazas y correcta prestación de estos servicios (Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales [2006/X5452], los centros de rehabilitación e integración social, 1997).

2. DESCRIPCIÓN DEL RECURSO.

2.1. PRESENTACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PERSONAS DEPENDIENTES GRAN VÍA DE CASTELLÓN DE LA PLANA.

La Clínica Geriátrica El Castillo es la empresa adjudicataria de la Gestión Integral del Centro Especializado de Atención a la Dependencia “Gran Vía” de Castellón de la Plana, propiedad de la Consellería de Justicia y Bienestar Social.

La empresa pertenece a Grupo El Castillo, con una experiencia de 30 años en el ámbito de la geriatría y atención a personas en situación de dependencia.

El Centro Especializado de Atención a la Dependencia “Gran Vía” está distribuida en cinco plantas:

- En la planta baja se encuentran los servicios generales de cocina y lavandería, vestuarios del personal, despachos, almacenes, sala de personal, además de parte de las estancias para el Centro de Día de Alzheimer como son una sala de estar y un comedor. El centro también dispone de un jardín interior en su planta baja para el ocio y actividades de los residentes del centro donde se trabaja en un pequeño huerto.
- En la primera planta se ubica el despacho de Dirección, Coordinación, Psicólogo, Sala Médica, Peluquería y Podología, así como el Gimnasio de Rehabilitación y la Sala Polivalente para los usuarios del Centro de Día de Alzheimer.
- En la segunda planta se ubica la Residencia para Alzheimer, con un total de 17 plazas, y las estancias de día y residenciales para personas con Discapacidad Física con 40 plazas, 24 de ellas para estancia diurna. Dispone de despacho de fisioterapia y rehabilitación así como de diferentes salas de estar y comedor de planta.
- En la tercera planta se sitúa el CEEM, Centro Específico para Enfermos Mentales Crónicos, con un total de 40 plazas y dotado con una sala médica de planta, farmacia, zonas comunes, talleres y 2 terrazas destinadas al ocio.
- La cuarta planta está destinada al Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (C.R.I.S.), con un total de 70 plazas. Esta planta está dotada de numerosas aulas rehabilitadoras y ocupacionales, destacando entre ellas el “apartamento” de entrenamiento de AVDs (Actividades de la Vida Diaria), sala de Musicoterapia con un amplio abanico de instrumentos musicales y las aulas de pintura y de informática, así como salas de estar, y los diferentes despachos de profesionales y comedor.
- En la quinta y última planta, que actualmente no se encuentra habilitada, se encuentra el Centro de Día con 60 plazas para Personas con Daño Cerebral Sobrevenido, formado por 2 salas de rehabilitación, varios talleres para la realización de aulas rehabilitadoras, ocupacionales y lúdicas, despachos de profesionales, dos salas médicas y diversas salas destinadas al descanso y el comedor de planta.

El equipo multidisciplinar del Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía dispone de un equipo médico conformado por un médico y un psiquiatra. Apoyando a la atención médica disponen de un equipo de enfermería y fisioterapia.

Por lo que respecta a la atención social, psíquica y de ocio el centro cuenta con psicólogos, trabajadores sociales, TASOCs, terapeutas ocupacionales y de ocio, educadores, cuidadores y auxiliares (ver Tabla 1. Organigrama).

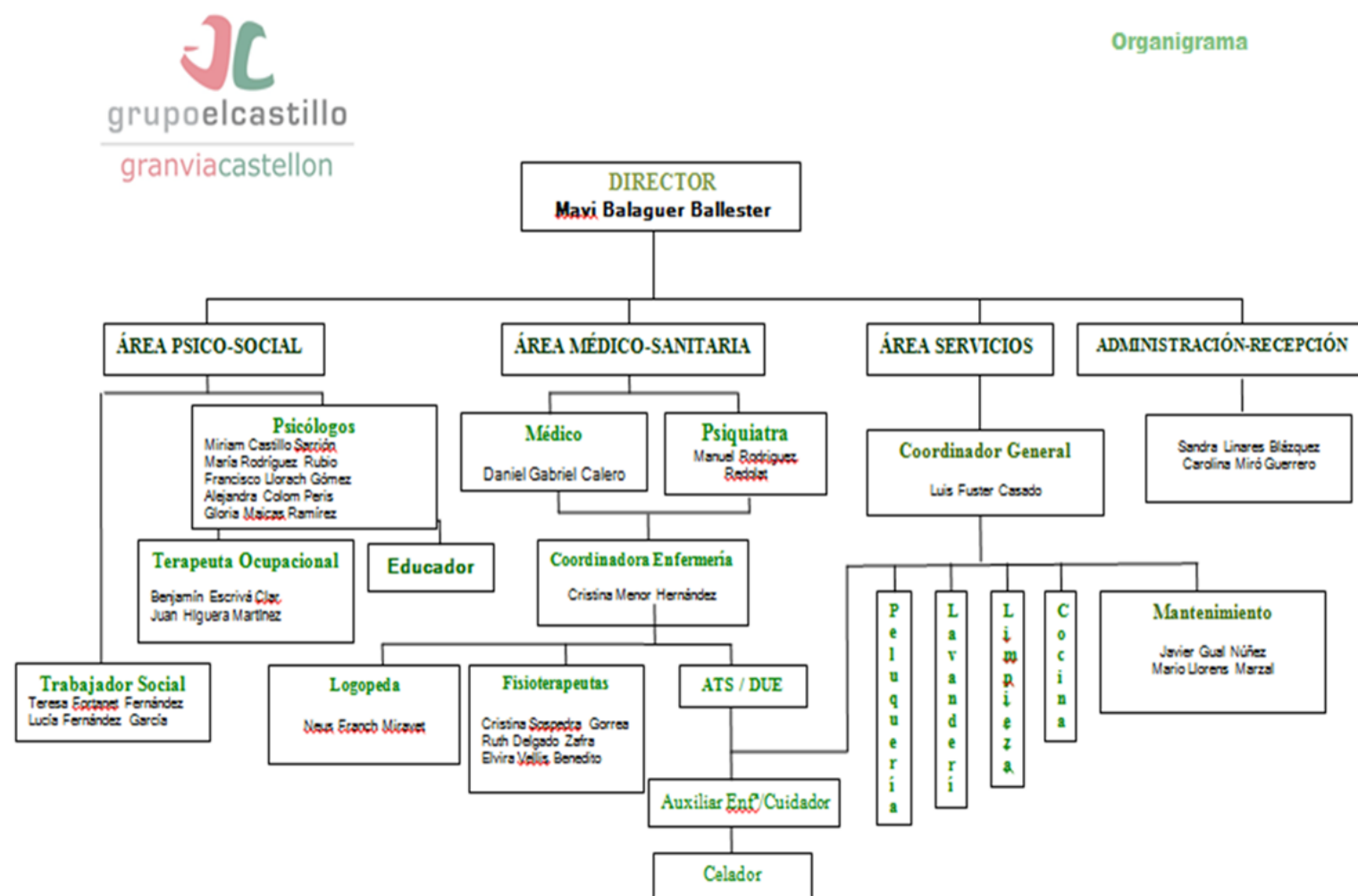


Tabla 1. Organigrama Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía, Castellón.

Los profesionales del centro valoran la situación Bio-Psico-Social del usuario, por primera vez, en el momento de su ingreso. Se realiza una exploración física y psicológica realizada por los profesionales de cada recurso.

Con la información recabada por los distintos profesionales se coordinan las actuaciones estableciendo una valoración conjunta que ayude a los profesionales a planificar la intervención y determinar las necesidades de los usuarios incluso la derivación a otros profesionales como los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Efectuándose seguimientos posteriores de los casos, bien por periodos temporales, bien por que cambie sustancialmente la situación del usuario.

La definición del trabajo realizado por los profesionales del Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón no puede quedar debidamente complementada sin mencionar el concepto de trabajo en equipo con el cuentan. El equipo multidisciplinar de cada recurso se encuentra en continua interacción laboral a través de diversas formas de comunicación:

- Reuniones multidisciplinarias de cada recurso. Todos los recursos del Centro Gran Vía realizan reuniones semanales en las que se lleva a cabo un seguimiento específico del mantenimiento del recurso y de la evolución de los usuarios atendidos. Cada profesional expresa las experiencias y opiniones generadas acerca de los puntos establecidos para cada reunión, aportando una visión más completa de los temas a tratar.
- Reuniones de P.I.R. y reevaluación de P.I.R. De manera periódica, los profesionales de cada recurso, se reúnen para poner en común los avances de cada usuario en su proceso de rehabilitación psicosocial. En estas reuniones cada profesional da su impresión acerca de los cambios encontrados los objetivos planteados para cada uno de ellos. En función de los resultados obtenidos, el P.I.R. puede sufrir variaciones con el objetivo de adaptar este a las necesidades de cada individuo.
- Memoria. Anualmente, todos los profesionales del centro llevan a cabo una memoria conjunta en la que se indica la evolución de cada recurso, los programas llevados a cabo por cada profesional, los resultados obtenidos durante el año y todas aquellas cuestiones que pueden resultar de interés para garantizar la máxima eficacia de la intervención multidisciplinar para los usuarios de cada recurso.
- Uso de TICs. El Centro Gran Vía cuenta con herramientas que facilitan al trabajador la comunicación con el resto de profesionales del centro. Todos los despachos cuentan con equipos informatizados y acceso a Internet, protegido con claves de acceso para cada trabajador. El personal tiene una cuenta de correo electrónico, especialmente diseñada para cuestiones laborales, de la que pueden hacer uso para ponerse en contacto con todos los profesionales del centro, aspecto que facilita la comunicación entre ellos en momentos en los que se requiere una rápida respuesta. Por otra parte, los despachos y las salas principales de cada planta, cuentan con un servicio de telefonía en el que los profesionales se pueden poner en contacto con todos los trabajadores y facilita, por otro lado, la comunicación con los familiares de los usuarios de cada recurso. Además de estos servicios, el Centro Gran Vía cuenta con un servidor de megafonía, situado en el área de recepción, con el que se puede solicitar la

asistencia de cualquier trabajador de manera rápida y eficaz al punto en el que sea necesaria su ayuda.

- Celebración y participación de los usuarios y residentes del Centro Gran Vía en las principales fiestas populares. Desde el Centro Gran Vía se apuesta por la integración plena y la generación de sentimiento de grupo de todos sus usuarios a través de la participación y celebración de las principales fiestas populares –fiestas como la Navidad, la Magdalena, Semana santa o el aniversario del Centro Gran Vía. Los usuarios y residentes del centro decoran las instalaciones y preparan actuaciones que comparten con el resto de compañeros, contando en todo momento con la ayuda y el apoyo de los trabajadores de cada recurso.
- Grupo El Castillo cuenta con el reconocimiento oficial por su Sistema de Calidad. Este Sistema de Calidad consiste en la elaboración de registros que permiten el control y evaluación de las funciones, actividades, objetivos, planes de actuación y protocolos utilizados en los centros de dicha empresa. Se trata de un sistema que se encuentra totalmente instalado y es ejercido por todos los profesionales de los centros del Grupo El Castillo.

2.2. PRESENTACIÓN DEL RECURSO C.R.I.S. DEL CENTRO GRAN VÍA.

La cuarta planta va destinada al C.R.I.S., Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales, con un total de 70 plazas. Esta planta está formada por diversas aulas para la realización de todo tipo de talleres rehabilitadores y ocupacionales, destacando entre ellos el “departamento” de entrenamiento de AVD’s (Actividades de la Vida Diaria) básicas e instrumentales, sala de Musicoterapia con un amplio abanico de instrumentos musicales y las aulas de pintura y de informática, así como salas de estar, y los diferentes despachos de los profesionales y el comedor de planta. Los residentes del CEEM hacen uso de ella cuando tiene que realizar los programas y talleres de rehabilitación psicosocial indicados en cada caso. La cuarta planta también cuenta con aulas específicas de formación para los profesionales del centro, dicha formación se lleva a cabo de manera periódica (Centro Gran Vía, Recurso C.R.I.S., Dpto. Psicología, 2014).

El recurso C.R.I.S. del Centro Gran Vía atiende a personas diagnosticadas con una o varias enfermedades mentales graves. El perfil de usuario de este recurso es el de personas que, pese a la gravedad de su enfermedad mental, muestran un grado suficiente de autonomía como para no necesitar un recurso con mayor grado de contención. Los usuarios/as con Trastorno Mental Grave presentan alteraciones de las funciones cognitivas básicas, que son las causantes de los problemas que presentan en las relaciones interpersonales y en la adaptación social, así como uno de los factores que determinan la evolución del usuario, el beneficio que éste pueda obtener de los programas de rehabilitación y la percepción subjetiva de su calidad de vida. Asimismo, el recurso cuenta con usuarios diagnosticados de más de una patología (comorbilidad patológica) y usuarios que cuentan con una adicción a determinados tóxicos y una enfermedad mental grave (patología dual).

Algunas de las enfermedades mentales o del desarrollo cognoscitivo que se encuentran en el recurso son las siguientes:

- Retraso Mental o Discapacidad Intelectual de grado leve.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos sexuales debido a factores psicológicos.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos relacionados con sustancias.

2.3. RECURSOS HUMANOS.

Dadas las características de los usuarios del recurso del C.R.I.S. (Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales) del Centro Especializado de Atención a la Dependencia "Gran Vía" el equipo multidisciplinar se compone de un equipo de psicología, formado por dos psicólogas, un terapeuta ocupacional y un equipo de tres educadores con funciones de atención directa al usuario del recurso. La figura del psiquiatra es también muy importante en el presente recurso, contando con este profesional de referencia en la Unidad de Salud Mental (USM) y apoyándose en el psiquiatra del propio Centro Gran Vía para realizar valoraciones semestrales y atender en situaciones de urgencia. Por su parte, el Centro Gran Vía cuenta con un Departamento de enfermería que atiende las necesidades sanitarias de los usuarios y residentes de los recursos que forman parte de dicho centro. Asimismo, se cuenta con un departamento de trabajo social, formado por dos trabajadoras sociales, que trabajan con el objetivo de cubrir las necesidades de los usuarios a través de la facilitación del acceso a los recursos socio-sanitarios existentes y procurar la protección y el bienestar del individuo en su área socioeconómica y cultural.

El equipo multidisciplinar del recurso del C.R.I.S, una vez realizada la historia clínica, establece un horario personalizado con aquellos talleres que se adecuan a las necesidades psico-sociales del nuevo ingreso, adaptando periódicamente estas actividades a medida que el usuario va adquiriendo nuevas destrezas o se detectan nuevas necesidades que deben ser adecuadamente abordadas para garantizar su adaptación al centro y su posterior rehabilitación y fomento de autonomía.

2.4. RECURSOS MATERIALES.

El recurso C.R.I.S. cuenta con una programación variada y de carácter integral con el objetivo de trabajar las diferentes áreas del usuario y propiciar con ello su integración en la sociedad. Para llevar a cabo dicha programación es necesario contar con unas instalaciones adecuadas y adaptadas al perfil de usuarios de dicho recurso. Atendiendo a dichas necesidades, inherentes al proceso de rehabilitación psicosocial de estas personas, el C.R.I.S. del Centro Gran Vía cuenta con tres salas habilitadas para la realización de las actividades programadas, una sala adaptada con instrumentos musicales y un equipo audiovisual, una sala con un equipo informatizado y una habitación equipada con una cocina completa y material para el trabajo de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. También se cuenta con baños adaptados y duchas diferenciadas por sexos.

Por otro lado, el centro se encuentra perfectamente ubicado en la ciudad de Castellón, contando con un polideportivo cercano al mismo, con el que los usuarios pueden acceder para practicar diferentes actividades físicas.

2.5. PROGRAMACIONES E INTERVENCIONES REALIZADAS DESDE EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

Con el objetivo de alcanzar las metas propuestas dentro del proceso de rehabilitación psicosocial y el P.I.R. específico de los usuarios del recurso C.R.I.S. del Centro Gran Vía, se establecen una serie de programaciones, elaboradas y coordinadas desde el departamento de psicología y el departamento de terapia ocupacional, integradas y adaptadas a las diferentes necesidades del usuario.

Elaboradas las programaciones, el equipo de educadores desarrollan las diferentes actividades, atendiendo a los objetivos y metas planteados, y dejan constancia de las mismas en las denominadas *fichas de sesión*, documento que contiene los siguientes apartados:

- Nombre del taller.
- Justificación de la actividad.
- Objetivos generales de dicha actividad.
- Objetivos específicos.
- Materiales necesarios para la elaboración de la actividad.
- Usuarios participantes.
- Metodología.

Una vez planteadas y puestas en marcha las diferentes actividades, los técnicos supervisan periódicamente los talleres, atendiendo tanto a la información aportada por el educador que imparte el taller como los registros de valoración de las actividades que estos, y los propios usuarios, cumplimentan una vez finalizada la actividad.

Las programaciones abordan las diferentes necesidades que los usuarios, necesidades que surgen, principalmente, debido a su patología y aspectos relacionados, requieren para mejorar su funcionamiento en la sociedad. Atendiendo a esta premisa, las programaciones elaboradas y puestas en marcha en el recurso del C.R.I.S. del Centro Gran Vía son las siguientes:

➤ **PROGRAMA DE HABILIDADES COGNITIVAS.**

De acuerdo a la idea de que las enfermedades mentales crónicas conllevan, asociadas a sus brotes y a la toma de psicofármacos, un deterioro importante en las habilidades cognitivas del individuo que padece dicha enfermedad (que varía en gravedad según el caso), el programa de Habilidades Cognitivas se realiza para atender a las necesidades que presentan los usuarios del recurso en función del grado de deterioro cognitivo observado en el momento del ingreso, en áreas específicas como los diferentes sistemas de memoria a corto y largo plazo, sistema atencional y concentración, lenguaje (expresión oral y escrita, y comprensión lectora), razonamiento y/o capacidad visuoconstructiva.

➤ **PROGRAMA DE INGLÉS.**

El programa de inglés se realiza para atender la demanda que presentan algunos usuarios del recurso, teniendo en cuenta que es uno de los idiomas más hablado y reconocido como lengua oficial en muchos lugares del mundo, además de que potencia el trabajo de actividades de carácter cognitivo. Por tanto, dicho programa no surge únicamente de la necesidad de abordar el deterioro cognitivo inherente a la enfermedad mental grave, sino que también se genera atendiendo a las inquietudes y motivaciones de los propios usuarios, generando en ellos iniciativa y disfrute en las actividades y dinámicas que se plantean en el recurso.

➤ **PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES.**

Uno de los principales problemas con los que se encuentra la persona con un trastorno mental crónico en su vida diaria es el de establecer relaciones interpersonales eficaces y funcionales. Debido a los propios síntomas negativos de la enfermedad o como efecto secundario de la medicación, la habilidad para la expresión de sentimientos y para la expresión de necesidades, deseos o la formulación de peticiones se ven en gran medida afectadas, con las consiguientes limitaciones y dificultades. Por otro lado, las herramientas de resolución de conflictos interpersonales se encuentran mermada por un desarrollo disfuncional y unos hábitos insuficientes y/o negativos en la confrontación de este tipo de situaciones sociales.

El entrenamiento en Habilidades Sociales permite al usuario el aprendizaje para establecer unas relaciones personales más satisfactorias, paliando las frustraciones y el aislamiento social que en la mayoría de casos padecen. Por tanto, este programa se convierte en un área principal e imprescindible en cualquier programa integral de rehabilitación psicosocial de la persona con enfermedad mental crónica.

➤ **PROGRAMA DE ACTUALIDAD (TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD).**

A causa de los trastornos mentales que padecen los usuarios del recurso C.R.I.S. del Centro Gran Vía, se han podido dar hospitalizaciones de larga duración que han llevado al usuario a no tener el contacto idóneo con el medio social, al mismo tiempo

que tienen dificultades en las habilidades cognitivas que pueden hacer que las noticias, las nuevas tecnologías o los sucesos diarios no sean del todo atendidos y comprendidos por los usuarios. Asimismo, el taller de actualidad orienta hacia la realidad tanto en tiempo, espacio, como en persona, lo que proporciona al usuario mayor comprensión de aquello que le rodea, y produce un aumento en la sensación de control y genera una autoestima positiva.

➤ **PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN.**

El programa de Psicoeducación se realiza para atender las necesidades que presentan los usuarios en función del grado de conciencia de enfermedad observado en el momento del ingreso, en áreas específicas como conocimiento de su enfermedad y su generación, detección de pródromos o los factores de riesgo y factores protectores de cada individuo. La psicoeducación favorece la generación de la conciencia de enfermedad, aumentando su conocimiento y comprensión de la misma y de sus fases, y los distintos tratamientos farmacológicos y psicosociales que existen.

Con este tipo de actividades psicoeducativas se entrena el conocimiento de las estrategias para detectar los efectos secundarios de la medicación, conocer y entender la incompatibilidad entre la enfermedad mental y el consumo de sustancias tóxicas, identificar los pródromos de cada usuario, así como entrenar las actitudes positivas y aumentar motivación para la adhesión al tratamiento, ayudando a aumentar la calidad de vida.

➤ **PROGRAMA “BUENOS DÍAS”.**

El programa “buenos días” pretende incorporar al individuo al grupo, entendiéndose este como un espacio en el que se va a desarrollar su proceso de rehabilitación. El usuario abandona por tanto la individualidad y se pluraliza en un contexto de personas que tienen una situación parecida a la suya. Desde el programa “buenos días” no se pretende abandonar la individualidad del usuario con sus características propias si no plantear un abordaje individual en un contexto plural.

Desde esta perspectiva, se entiende que una actividad en grupo a primera hora de la mañana ayuda al individuo en tres aspectos concretos, por un lado, le orienta en la realidad que va a vivir a lo largo de la mañana o de la tarde en las diferentes actividades que tiene, por otro lado refuerza el sentimiento de grupo compartiendo con sus grupo de iguales un momento distendido y en tercer lugar ayuda a desarrollar un interés por el mundo en el que vive y en el que se desarrolla.

➤ **PROGRAMA MANEJO DEL DINERO.**

La intervención terapéutica se dirige a intervenir en las funciones cognitivas, en el aprendizaje y en el aumento directo de la responsabilidad a la hora de gestionar y manejar el dinero. Con el taller de Manejo del Dinero se fomenta la de autonomía en este campo y se favorece la generación de una actitud responsable, necesaria en la gestión económica. Por otro lado, al tratarse de una tarea en la que se facilita la interacción con otros usuarios, permite el uso de habilidades sociales y de resolución de conflictos interpersonales, que también se verán trabajadas en situaciones simuladas y/o reales como pedir el cambio después de una compra, uso del dinero

necesario para hacer una determinada compra y/o conocer y comprobar el dinero sobrante a devolver después de la adquisición de un determinado producto.

➤ **PROGRAMA DE DEPORTE.**

Los beneficios de la práctica de deporte, como método de intervención en el ámbito de la salud mental han sido contrastados de manera extensa. Desde un punto de vista terapéutico la práctica de deporte dirigido, en un contexto grupal, mejora la autoestima y la comunicación, aumenta la capacidad de autonomía, motivación, adquisición de responsabilidad, necesidad de superación, potencia la autodisciplina y va dirigido a un trabajo en equipo, reforzando así el vínculo en el grupo de iguales. A nivel físico la práctica deportiva favorece el trabajo cardio-respiratorio, mejora el equilibrio, regula el tono muscular, aumenta el control de habilidades motoras, desarrolla atención y coordinación, facilita la orientación espacial y la lateralidad. A nivel psicológico, el deporte ayuda al individuo a desarrollar la afectividad, emotividad, el control de impulsos, la percepción espacial, la planificación, mejora la autoestima; al ser liberador de endorfinas, la práctica deportiva es gratificante en sí misma, y crea un campo adecuado y sencillo para la auto-superación, busca establecer objetivos personales a alcanzar para poder superarse día a día.

➤ **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. COCINA.**

Las actividades de la vida diaria son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas. De todas las Avds, las que tienen que ver con la alimentación, son las que adquieren una mayor importancia dado que tienen relación con la propia supervivencia de la persona. De hecho, personas con grandes alteraciones cognitivas, mantienen ciertos hábitos de alimentación básica, fundamentalmente provocado por la demanda física que la falta de alimento provoca. Una mejora en los hábitos culinarios, mejora el estado físico, a través del fomento de una dieta equilibrada y natural, por otro lado, la estrategia de planificación, elaboración y degustación incide de manera positiva en una mejora a nivel emocional, además de convertirse en un adecuado estímulo cognitivo. Esta actividad, al ser realizada en grupo, ayuda al desarrollo de las habilidades sociales, comunicación y/o resistencia a la frustración.

Como cualquier otro taller incluido en un programa de fomento de la autonomía de las AVD-BASICAS, el objetivo final es que el usuario adquiera la mayor autonomía posible en la elaboración de menús sencillos y adaptados al ámbito doméstico.

➤ **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. TAREAS DOMÉSTICAS.**

El objetivo fundamental que se persigue desde un departamento de Terapia Ocupacional es tratar de conseguir unas cotas de autonomía lo más altas posibles en todas las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, con el objeto de conseguir una vida lo más independiente posible. Se trata de una actividad dirigida a la promoción de la autonomía, invitando al usuario a participar en las responsabilidades del cuidado del hogar tanto si viven en pareja, solos o con la familia. De acuerdo a la idea de que cada sujeto tiene un ritmo diferente, no sólo físico, sino también emocional y social, el profesional responsable de llevar a cabo dicho taller

debe ser capaz de adaptarse a un ritmo ajeno salvaguardando al sujeto del desarrollo de destrezas en soledad. La labor educativa contribuirá a la adecuación y coordinación de los ritmos generales y personales, de manera que se posibilite el adecuado funcionamiento del programa.

El programa abarca los aspectos básicos para el adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionado con las tareas de limpieza del hogar, cuidado de la ropa, uso de electrodomésticos, etc.

➤ **PROGRAMA DE AUTOIMAGEN Y ASEO PERSONAL.**

Se trata de una actividad dirigida a la promoción de la autonomía, invitando al usuario a participar en las responsabilidades de su autocuidado. El programa abarca los aspectos básicos para el adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionado con el autocuidado, independencia y autonomía personal.

➤ **PROGRAMA DE JARDINERIA.**

Mediante el programa de jardinería se pretende desenvolver la capacidad de desempeño del usuario, a través del desarrollo de las capacidades básicas pertenecientes a los sistemas internos del organismo tales como los sistemas músculos-esqueléticos, circulatorio, pulmonar, neurológico, cognitivo.

El ambiente que produce un trabajo de jardinería impacta la participación ocupacional a través de a) otorgar oportunidades y recursos y b) creando las condiciones que desafían y demandan ciertas condiciones de participación en las personas.

➤ **PROGRAMA DE EDUCACIÓN VIAL.**

Las intervenciones terapéuticas, dentro del programa de educación vial, intervienen tanto en el conocimiento general como en el conocimiento específico de la normativa vial, para hacer a los usuarios capaces de conocer, respetar y ser conscientes de las consecuencias a la hora de respetar la normativa tanto como conductor como peatón. Al sentirse conocedor de todo lo nombrado, se fomenta en el usuario, además de un aumento de su propia seguridad, verá aumentada su autonomía por lo que se estimula la generación de una autoestima positiva.

➤ **PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD.**

El programa de Psicomotricidad se realiza con el objetivo de favorecer el desarrollo de las áreas social, emocional y física, por lo que es importante hacer participe al grupo de usuarios del recurso de las diferentes actividades que se proponen en las sesiones semanales. Adquiriendo un mejor dominio sobre el propio cuerpo se implementarán la autonomía y la autoestima, facilitando con ello una mejora en el funcionamiento social.

➤ **PROGRAMA PRODUCTIVO-MANUALIDADES.**

Los usuarios con Trastorno Mental Grave presentan alteraciones de las funciones cognitivas básicas, que serían las causantes de los problemas que presentan en las relaciones interpersonales y en la adaptación social. Además muchos de ellos presentan problemas en la coordinación motriz y en la motricidad fina, ya sea causa de la enfermedad o de los efectos secundarios de la medicación.

Es importante tener en cuenta que los usuarios del C.R.I.S. pasarán gran parte de su tiempo en el centro, por ello y para aumentar su adhesión a las actividades, la decoración y personalización de las aulas-taller va a ser tarea de ellos.

Las manualidades que se diseñen para obtener posteriormente juegos de rehabilitación cognitiva, además de favorecer su coordinación motriz les motivará a realizar la rehabilitación por ser ellos parte activa de la construcción del juego.

➤ **PROGRAMA DE INFORMÁTICA.**

Para las personas afectadas de una enfermedad mental grave, con un deterioro en una o varias de sus habilidades cognitivas, la informática se convierte en una herramienta útil que posibilita medios y procedimientos para reunir, almacenar, transmitir y procesar información. Todos estos elementos permiten potenciar las habilidades cognitivas a través de la percepción visual y de las operaciones de procesamiento de la información. Se trata, pues, de introducir la informática como medio de aprendizaje a través de un programa adaptado que a ayudar a desarrollar la creatividad, el aprendizaje, las relaciones interpersonales, nuevas habilidades y como instrumento terapéutico.

➤ **PROGRAMA DE VIDEOFORUM.**

El programa de vídeo-forum permite trabajar aspectos relacionados con las áreas cognitiva y social, promoviendo la reflexión sobre distintas temáticas y ayudando a comprender mejor las situaciones o problemas que se plantean. Con el visionado de películas, documentales y programas, previamente supervisados por el equipo técnico, se favorece también la puesta en práctica de lo aprendido en HHSS, aceptando y respetando las opiniones de los compañeros. Por otro lado, se ofrece al usuario una oportunidad de ocio saludable, puesto que, con esta actividad, se facilita un espacio distendido y agradable fortaleciendo las relaciones sociales entre los participantes. Como técnica específica para la rehabilitación de la persona afectada de una enfermedad mental grave, el vídeo-forum acerca al grupo a problemas y situaciones puntuales y propias, que al ser tratadas como ajenas favorecen la reflexión.

➤ **PROGRAMA DE MÚSICA.**

El programa de música fomenta el desarrollo de la creatividad, el aprendizaje, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés. Al mismo tiempo la musicoterapia tiene dos objetivos básicos: Trabajar la atención y la expresión de las personas, ayudando a su vez a mejorar los síntomas negativos característicos de las enfermedades mentales crónicas.

A través del programa de música se estimulará tanto la percepción auditiva, a través de diferentes estilos musicales, como la expresión emocional ante una gran variedad de sonidos y ritmos musicales.

2.5.1. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

El C.R.I.S. del Centro Gran Vía de Castellón, atendiendo al número de usuarios que puede acoger en su recurso, cuenta con dos psicólogas a jornada completa. El perfil de psicólogo del recurso cuenta con una formación en todas las áreas relevantes de la psicología de la salud, psicopatología y rehabilitación psicosocial.

Las funciones de las psicólogas del recurso abarcan, por un lado, todas las áreas psicológicas del individuo, es decir, cubren las áreas cognitiva, emocional y comportamental, y, por otra parte, atienden el contexto social y familiar del usuario, a través de intervenciones individuales, con sesiones familiares, y grupales, con talleres como el de psicoeducación familiar. Concretamente, las funciones del psicólogo en dicho recurso se concretan en lo siguiente:

- Acogida del nuevo usuario y acompañamiento en las dinámicas del recurso.
- Entrevista con usuarios de nuevo ingreso y sus familiares/cuidadores.
- Administración de pruebas psicométricas para valorar:
 - Estado de ánimo.
 - Conciencia de enfermedad.
 - Funciones cognitivas.
- Elaboración de programaciones.
- Generación de Programas Individualizados de Rehabilitación para cada uno de los usuarios del recurso.
- Supervisión de los talleres impartidos en el recurso.
- Atención individualizada y grupal de los usuarios del recurso.
- Realización de talleres específicos:
 - Buenos días.
 - Psicoeducación usuarios.
 - Psicoeducación familias.
- Organización de reuniones interdisciplinarias con los técnicos del recurso.
- Coordinación con otros recursos.
- Intervención psicológica individual y colectiva.
- Seguimiento de sintomatología y estado general de los usuarios.
- Formación y actualización profesional.

2.5.2. DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.

El departamento de terapia ocupacional cuenta con un terapeuta ocupacional, encargado de supervisar, programar y evaluar, en coordinación con el departamento de psicología, todas las acciones terapéuticas que se ponen en marcha en el recurso, así como supervisar y evaluar el trabajo de los educadores en los talleres que se imparten. Asimismo, la función del terapeuta ocupacional es esencial en el proceso de rehabilitación del usuario, a través de la elaboración de técnicas, métodos y actuaciones que tienen como objetivo la prevención y mantenimiento de la salud, favoreciendo la autonomía y la reinserción posible del individuo en todas sus áreas vitales: laboral, mental, física y social. Concretamente, las funciones del terapeuta ocupacional en dicho recurso se concretan en lo siguiente:

- Acogida del nuevo usuario y acompañamiento en las dinámicas del recurso.
- Entrevista con usuarios de nuevo ingreso y sus familiares/cuidadores.
- Intervenciones individuales y grupales, específicas de su departamento.
- Supervisión de los talleres y dinámicas del recurso.

- Elaboración e impartición de talleres específicos:
 - Talleres orientados a la estimulación y práctica de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Formación y actualización profesional.
- Búsqueda de recursos externos como herramienta para favorecer la autonomía de los usuarios.

2.5.3. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

El Departamento de trabajo social del recurso del C.R.I.S., compartido con el resto de recursos que forman el Centro Gran Vía, cuenta con dos trabajadoras sociales en régimen de jornada completa. Las funciones del departamento de trabajo social se dividen en dos grandes intervenciones, la primera de ellas dirigida a la atención directa de los residentes y usuarios del Centro Gran Vía, atendiendo a las demandas y necesidades, no solo de los propios usuarios, sino también de las familias y cuidadores principales. Por otro lado, la intervención del departamento de trabajo social se enfoca en la gestión de la documentación relativa a su departamento y la coordinación con otros agentes sociales y dispositivos externos al recurso.

2.5.4. DEPARTAMENTO MÉDICO Y ENFERMERÍA.

El departamento de salud se encuentra formado por un médico de atención primaria y un psiquiatra. Asimismo se cuenta con un equipo de enfermería que cubre tanto los turnos de día como el turno de noche, asegurando su presencia de manera continua. El departamento de salud cubre todas las necesidades relativas al seguimiento de salud físico y mental de los usuarios y residentes del recurso, con un control exhaustivo que se hace patente a través de diferentes revisiones:

- Revisión general. Controles analíticos generales (hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento y anormales de orina, etc...) y a demanda de otros especialistas.
- Revisión psiquiátrica especializada. Control y seguimiento derivado de la farmacología administrada.
- Coordinación y derivación a otros facultativos especialistas. En aquellos casos en los que los usuarios y/o residentes presenten patología somática que requiera de diagnóstico y tratamiento especializado, se procede a derivarlos mediante interconsulta al facultativo especialista correspondiente.

2.5.5. PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA.

El C.R.I.S. del centro Gran Vía de Castellón cuenta con tres educadores especializados en el área de salud mental, encargados de la elaboración de las actividades y dinámicas que se llevan a cabo en el recurso con los usuarios del mismo. Cada educador tiene asignados los talleres de los que son responsables, teniendo asignada la cumplimentación de la documentación específica para cada uno de ellos.

El equipo de educadores se encuentra coordinado por el departamento de psicología y terapia ocupacional, manteniendo una comunicación directa con los técnicos del recurso. Asimismo,

con el objetivo de procurar una comunicación fluida y eficaz entre el equipo técnico y el equipo de educadores, se llevan a cabo reuniones semanales en las que todos los educadores están presentes y expresan en cada una de ellas aquellos aspectos relevantes en cuanto al estado y comportamiento de los usuarios en los talleres, así como las posibles dificultades o inquietudes que puedan surgir en relación al modo de proceder de las actividades propuestas.

2.6. POBLACIÓN ATENDIDA.

El perfil de usuario del C.R.I.S. del Centro Gran Vía de Castellón es un perfil de persona diagnosticada con una o varias enfermedades mentales graves pero que, debido a sus características intrínsecas y su control de la enfermedad, no es necesario un régimen hospitalario o el ingreso en un recurso con mayor nivel de contención.

Por lo que respecta a las características de los usuarios, se trata de un recurso heterogéneo tanto en aspectos personales del individuo, como la edad o el género, como en el manejo y evolución de la enfermedad. Atendiendo a estas premisas, los usuarios del C.R.I.S. del Centro Gran Vía responden al siguiente perfil:

- Sexo: Ambos sexos, aunque se observa un mayor de varones (Ratio 60-40%).
- Edad: Rango que oscila entre los 20 y 50 años de edad.
- Patologías diagnosticadas.
 - Retraso Mental o Discapacidad Intelectual de grado leve.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - Trastornos de personalidad.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos del estado de ánimo.
 - Trastornos sexuales debido a factores psicológicos.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Trastornos relacionados con sustancias.

No se observa una prevalencia significativamente mayor en ninguna de las patologías diagnosticadas.

- Factores de riesgo. Entre los más relevantes se encuentran los factores derivados del consumo de tóxicos y relaciones familiares disfuncionales.

3. ORGANIZACIÓN DEL RECURSO.

El recurso se organiza a través de la asignación de las actividades e intervenciones valoradas para cada usuario, atendiendo previamente a su P.I.R. y los objetivos asignados para cubrirlo. Una vez determinadas las intervenciones, se establecen unos horarios específicos para cada una de ellas, cubriendo la jornada de la mañana y la jornada de la tarde.

El equipo técnico, junto con el equipo de educadores, organiza y supervisa cada mañana las diferentes actividades que cubrirán cada jornada, asegurando contar con los recursos materiales y humanos necesarios para poder llevarlas a cabo con normalidad.

3.1. HORARIO GENERAL DE ACTIVIDADES.

Las actividades que se llevan a cabo en el recurso atienden a la siguiente estructuración:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30h-10:00h	Buenos Días/Actualidad	Buenos Días/Psicomotricidad	Buenos Días/Deporte	Buenos Días/Actualidad	
10:00h-11:00h	HHSS G1/G2 Psicomotricidad	Salud Juegos G1/Juegos G2 Cocina	Inglés G2/Deporte Psicomotricidad	RRCC/FOL HHSS G1 Relajación G1/G2	OCIO/CELEBRACIÓN CUMPLEAÑOS
11:00h-11:30h	Descanso				
11:30h-12:40h	T. de Grupo HHCC G1/G2 Piscina	Psicoeducación Productivo G1/G2 Cocina	Productivo G1/G2 Lectura	HHCC G1/G2 Piscina	
12:40h-12:55h	Descanso				
12:55h-13:45h	Productivo Cultura General/Piscina	Música Inglés G1/Tareas Domésticas	Cultura General/Música	Manejo del Dinero G2/Piscina	
15:30h-16:00h	Buenas Tardes	Cocina	Arteterapia / Videoforum	Buenas Tardes	
16:00h-17:00h	Medios de Comunicación	HHSS G1/G2 Cocina		Informática HHCC G1/G2	

17:00h-17:15h	Descanso		Descanso
17:15h-18:30h	Fitness	Relajación/Productivo Tareas Domésticas/T. Integración Laboral	Psicoeducación

* PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR: DOS SESIONES AL MES

El horario de actividades puede verse afectado en fechas concretas como festividades o celebraciones específicas del centro. En dichas festividades se realizan actividades especiales, con un mayor número de actividades de ocio y dinámicas de grupo. Por otro lado, las actividades que

3.2. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.

Todas las programaciones cuentan con objetivos específicos, a desarrollar en función del tipo de actividad y/o dinámica que se propone para cada una de ellas, pero también cuentan con objetivos comunes, enfocados de un modo transversal, que permiten abordar las siguientes áreas:

- Funciones cognitivas. A través de actividades específicas de entrenamiento en habilidades cognitivas o con tareas, tales como la realización de actividades de la vida diaria, talleres de manualidades o el ejercicio físico, que exigen que el usuario haga uso de herramientas tales como la atención o la memoria de trabajo, permiten un entrenamiento continuo de dichas habilidades, potenciando aquellas que se encuentran preservadas y mejorando las funciones cognitivas mermadas por la enfermedad.
- Habilidades sociales y de resolución de conflictos interpersonales. El trabajo en equipo, la necesidad de coordinación entre usuarios para poder abordar las diferentes demandas que traen consigo las dinámicas del recurso permiten al usuario encontrarse en multitud de situaciones interpersonales que requieren de él la respuesta más adaptativa, con el objetivo de poder funcionar como grupo y hacer de las relaciones sociales un estímulo agradable y adaptativo.
- Gestión y expresión emocional. La diversidad de actividades que se presentan en el recurso fomentan la experimentación de emociones derivadas de multitud de situaciones interpersonales e individuales de consecución de objetivos (aspecto que genera emociones positivas como la alegría o el orgullo) y de fracaso (generando emociones negativas de tristeza, envidia y otras derivadas de la frustración). El usuario tendrá, en todas estas situaciones, la oportunidad de experimentar emociones y de valorar las maneras más adaptativas de gestión y expresión de las mismas. El trabajo de los profesionales del recurso será el de facilitar dicha experimentación y acompañar a los usuarios en la mejor elección posible para su gestión y expresión.

- Conciencia de enfermedad. El trabajo interdisciplinar permite que los usuarios, además de ser conocedores de la etiqueta diagnóstica y la sintomatología asociada, puedan experimentar y vivenciar, de un modo seguro y controlado, las limitaciones y problemáticas que trae consigo la enfermedad mental, así como las formas de poder ejercer un mayor control de la misma.
- Conducta. Las diferentes programaciones están diseñadas para estimular al usuario y acompañarle en diferentes situaciones que van a requerir conductas determinadas, tanto en lo que respecta a la consecución de una actividad concreta, como formas adecuadas de comunicación y conflictos que requerirán una respuesta adaptativa y funcional.
- Motivación y disfrute. Un objetivo importante, presente en cada una de las actividades propuestas en el recurso, es el fomento de la motivación y el acompañamiento al usuario en nuevas actividades que puedan generar en él disfrute y diversión. Se acompaña al usuario y se estimula su participación e iniciativa, ayudándole a descubrir nuevas aficiones o potenciando las ya existentes.
- Redefinición del autoconcepto y estimulación de una autoestima positiva. A través de la diversidad de actividades y propuestas que ofrece el recurso se favorece que los usuarios generen nuevas aptitudes que definan su autoconcepto y mejoren su autoestima y sentimiento de valía personal.
- Fomento de autonomía. Desde el equipo técnico del recurso, se aborda la rehabilitación psicosocial a través de la estimulación de una actividad autorregulada, favoreciendo la autonomía y la independencia en todas aquellas actividades que forman parte de la vida cotidiana de los usuarios.

3.3. VALORACIÓN DEL RECURSO Y SU FUNCIONAMIENTO.

La experiencia vivida en el Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón ha permitido ejercitar de una manera práctica las herramientas adquiridas durante la formación académica en el Máster en Psicopatología General Sanitaria, gracias al rol profesional asignado desde la dirección del centro. El psicólogo en prácticas, recibiendo, en todo momento, el tratamiento y la consideración de un compañero de trabajo más, siempre bajo la supervisión y el apoyo del equipo de psicología, ha realizado todas las funciones propias de la figura del psicólogo en el Centro Gran Vía.

La experiencia vivida durante las prácticas en el Centro Gran Vía ha permitido el afianzamiento de los siguientes conocimientos:

EVALUACIÓN CLÍNICA.

Práctica externa en los aspectos principales que se deben tener en consideración para llevar a cabo una apropiada evaluación clínica:

- Uso de los instrumentos adecuados.
- Establecimiento de un buen rapport.

- Uso de pautas adecuadas de observación durante las entrevistas clínicas.
- Correcta interpretación de los datos obtenidos durante la evaluación clínica.
- Conocimiento de la evolución y mejoría experimentada a lo largo del proceso terapéutico.

El trabajo en el centro ha permitido el conocimiento del estado biopsicosocial del usuario elegido para el estudio de caso único y también del resto de usuarios y residentes de los diferentes recursos. Por otro lado, el Centro Gran Vía ha permitido la actualización de las principales medidas de evaluación y su correcta interpretación.

TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS.

Otro aspecto importante trabajado durante la estancia en prácticas es el uso y aplicación de los tratamientos psicológicos empíricamente validados para las diferentes patologías diagnosticadas al usuario elegidos para el estudio de caso único:

- Documentación apropiada acerca de los tratamientos empíricamente validados existentes para cada patología.
- Elección apropiada de las técnicas de intervención psicológica para el tratamiento de los diferentes trastornos psicológicos.
- Uso de la metodología de intervención específica ante un estudio de caso único y establecimiento de los controles adecuados durante la intervención terapéutica.
- Valoración del trabajo realizado y los efectos de la intervención terapéutica en el usuario.

Además de la puesta en práctica de los conocimientos necesarios para aplicar una adecuada intervención terapéutica, la distribución de las horas de prácticas en el centro también ha permitido la experimentación práctica del trabajo de la figura del psicólogo con usuarios que cuentan con diferentes patologías, así como el protocolo a seguir en cada caso. Por otro lado, desde el Centro Gran Vía, se han podido conocer los protocolos de intervención psicológica a los familiares de los usuarios y residentes de los diferentes recursos con el objetivo de resolver los diferentes conflictos que aparecen o pueden aparecer en relación a la patología diagnosticada de sus familiares. Conflictos tales como:

- Escasa/nula información acerca de la enfermedad del familiar.
- Efecto burnout de los familiares/cuidadores principales de los usuarios/residentes del centro. Los motivos suelen ser:
 - Falta de formación.
 - Infraestructuras inadecuadas en el hogar.

- Desinformación en cuanto a recursos disponibles para ayudar a los cuidadores.
- Problemas de relación entre familiares.
- Posibles indicios de conflicto entre los familiares/cuidadores principales y los usuarios/residentes del centro.
- Patologías psicológicas de los familiares/cuidadores principales derivadas de la situación familiar conflictiva.
 - Trastornos del estado de ánimo.
 - Depresión.
 - Ansiedad.
 - Déficit intelectual.
 - Trastornos de personalidad no especificados.

La definición del trabajo realizado por los profesionales del Centro de Atención Especializada a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón no puede quedar debidamente complementada sin mencionar el concepto de trabajo en equipo con el que cuentan. El equipo interdisciplinar del recurso C.R.I.S. del Centro Gran Vía se encuentra en continua interacción laboral a través de diversas formas de comunicación:

- Reuniones multidisciplinares de cada recurso. Todos los recursos del Centro Gran Vía realizan reuniones semanales en las que se lleva a cabo un seguimiento específico del mantenimiento del recurso y de la evolución de los usuarios atendidos. Cada profesional expresa las experiencias y opiniones generadas acerca de los puntos establecidos para cada reunión, aportando una visión más completa de los temas a tratar.
- Reuniones de P.I.R. y reevaluación de P.I.R. De manera periódica, los profesionales de cada recurso, se reúnen para poner en común los avances de cada usuario en su proceso de rehabilitación psicosocial. En estas reuniones cada profesional da su impresión acerca de los cambios encontrados los objetivos planteados para cada uno de ellos. En función de los resultados obtenidos, el P.I.R. puede sufrir variaciones con el objetivo de adaptar este a las necesidades de cada individuo.
- Memoria. Anualmente, todos los profesionales del centro llevan a cabo una memoria conjunta en la que se indica la evolución de cada recurso, los programas llevados a cabo por cada profesional, los resultados obtenidos durante el año y todas aquellas cuestiones que pueden resultar de interés para garantizar la máxima eficacia de la intervención multidisciplinar para los usuarios de cada recurso.
- Uso de TICs. El Centro Gran Vía cuenta con herramientas que facilitan al trabajador la comunicación con el resto de profesionales del centro. Todos los despachos cuentan con equipos informatizados y acceso a Internet, protegido con claves de acceso para

cada trabajador. El personal tiene una cuenta de correo electrónico, especialmente diseñada para cuestiones laborales, de la que pueden hacer uso para ponerse en contacto con todos los profesionales del centro, aspecto que facilita la comunicación entre ellos en momentos en los que se requiere una rápida respuesta. Por otra parte, los despachos y las salas principales de cada planta, cuentan con un servicio de telefonía en el que los profesionales se pueden poner en contacto con todos los trabajadores y facilita, por otro lado, la comunicación con los familiares de los usuarios de cada recurso. Además de estos servicios, el Centro Gran Vía cuenta con un servidor de megafonía, situado en el área de recepción, con el que se puede solicitar la asistencia de cualquier trabajador de manera rápida y eficaz al punto en el que sea necesaria su ayuda.

- Celebración y participación de los usuarios y residentes del Centro Gran Vía en las principales fiestas populares. Desde el Centro Gran Vía se apuesta por la integración plena y la generación de sentimiento de grupo de todos sus usuarios a través de la participación y celebración de las principales fiestas populares –fiestas como la Navidad, la Magdalena, Semana santa o el aniversario del Centro Gran Vía. Los usuarios y residentes del centro decoran las instalaciones y preparan actuaciones que comparten con el resto de compañeros, contando en todo momento con la ayuda y el apoyo de los trabajadores de cada recurso.
- Grupo El Castillo cuenta con el reconocimiento oficial por su Sistema de Calidad. Este Sistema de Calidad consiste en la elaboración de registros que permiten el control y evaluación de las funciones, actividades, objetivos, planes de actuación y protocolos utilizados en los centros de dicha empresa. Se trata de un sistema que se encuentra totalmente instalado y es ejercido por todos los profesionales de los centros del Grupo El Castillo.

MARCO EMPÍRICO

4. REVISIÓN DEL ESTUDIO DE CASO ÚNICO.

4.1. PRESENTACIÓN DE CASO ÚNICO.

El presente estudio clínico se lleva a cabo con el usuario de C.O., un joven de 21 años de edad que acude al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (C.R.I.S.) ubicado en la cuarta planta del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón desde el 22 de noviembre de 2013. Los familiares de C.O. acuden al centro siguiendo las recomendaciones del psiquiatra de referencia, quién indica la necesidad de plantear un programa de rehabilitación conductual y terapia ocupacional en un centro hospitalario y, de esta forma, establecer límites y la posibilidad posterior de integración en un programa de Centro de Día u Hospital de Día mientras persista su actitud oposicionista y manipuladora en el ámbito familiar y social.

Durante la entrevista de ingreso al recurso, a la que asiste acompañado por su padre, refieren que los médicos no saben lo que tiene y que no se puede realizar un diagnóstico fiable hasta los 24-25 años. Piensan que tiene esquizofrenia paranoide pero es joven para saberlo.

El usuario del recurso del C.R.I.S. no describe bien su sintomatología, refiriendo que a veces se pone nervioso, reconoce haber tenido alucinaciones auditivas pero al intentar sondear el tipo de éstas se retrae en sí mismo mostrándose ausente. No reconoce más sintomatología.

Según el informe de derivación de su psiquiatra de referencia el usuario presenta Retraso Mental Leve y Trastorno de control de impulsos. Desde su infancia presenta un cuadro clínico por trastorno de conducta y trastorno de control de impulsos en el curso de un retraso mental leve. Las conductas inapropiadas consisten en actos de estimulación sexual compulsivos, accesos bulímicos, heteroagresividad dirigida a sus seis hermanos, adicción al tabaco, indisciplina, desinhibición en las relaciones sociales, etc.

Durante la entrevista realizada por el psicólogo en prácticas el 24 de diciembre de 2014, el usuario refiere no tener claros los motivos por los que acude al recurso del C.R.I.S. Sabe que tiene una minusvalía asociada pero desconoce los motivos, sospechando que la razón de esta minusvalía son sus problemas para tolerar la cafeína.

C.O. confiesa haber sufrido alucinaciones auditivas en las que escuchaba atracciones de feria. Refiere haber sufrido esas alucinaciones hace unos 3 meses aproximadamente antes de la entrevista. También refiere haber cursado ideas delirantes de referencia. En ellas tenía la certeza de que el personal del recurso del C.R.I.S. hablaba continuamente de él de forma negativa. Actualmente dice no tener estos pensamientos y reconoce no estar justificados.

El usuario refiere haber tenido problemas de ansiedad aunque no encuentra un desencadenante de esos episodios. Sí refiere tener una baja tolerancia a la cafeína, condición que se ve reflejada en aquellos momentos en los que ha presentado hormigueos en cara y extremidades, temblores y nerviosismo cuando ha consumido alguna bebida con cafeína. Es consciente del daño que estas bebidas le hacen pero confiesa haber tomado bebidas con alto contenido en cafeína (Red bull, Monster, etc.) en la actualidad.

C.O. indica estar preocupado por su peso. Explica que, cuando era más joven, tenía sobrepeso (refiere haber pesado entre 98 y 99 kilos) y sus hermanos se burlaban de él. EL usuario es consciente de que actualmente no tiene problemas de sobrepeso (su peso actual es de 70 kilos aproximadamente con una altura de 1'78 cm) pero le gustaría estar más delgado. Confiesa que sus hermanos le siguen llamando "gordo" y eso le hace sentir mal. Tiene un peso meta (60 kilos) que está muy por debajo de su peso ideal teniendo en cuenta su altura. La conducta de comprobación que utiliza para controlar su peso es el pesado continuado en una báscula. Confiesa saltarse comidas (principalmente el desayuno) y, aunque explica que no pasa hambre, se han producido varios robos planificados en supermercados para coger comida no saludable o poco nutritiva (chocolate, bollería industrial, etc.). Refiere tener momentos en los que come de forma compulsiva todo lo que encuentra por delante y, aunque durante la entrevista indica que no realiza conductas compensatorias como purgas o deporte excesivo, durante las sesiones de psicoeducación confiesa vomitar dos veces por semana con el objetivo de perder peso. En dichas sesiones también refiere comer para aliviar su ansiedad en situaciones de discusión familiar.

Durante la entrevista, C.O. manifiesta que, a la edad de 11 años, tuvo una serie de conductas sexuales con su primo, de 4-5 años de edad, con el que miraba pornografía en aquel momento, situación que provocó una fuerte discusión familiar. A consecuencia de esta situación, la familia y el resto de la comunidad religiosa a la que pertenecen achacan la minusvalía del usuario a tal acontecimiento, provocando en C.O. la interiorización de tal creencia. Desde aquella situación, C.O. muestra una re-experimentación de ese suceso cada vez que inicia relaciones íntimas con otras personas, sintiéndose incapaz de llevar a cabo relaciones sexuales plenas. Refiere sentirse muy culpable por lo sucedido. El usuario verbaliza que, cada vez que ha tenido algún encuentro sexual con una chica, no ha sido capaz de llegar al orgasmo con esa pareja sexual, por lo que termina deteniendo esas relaciones y retirándose para masturbarse él sólo, alcanzando de esta manera el orgasmo.

Cuando se le pregunta por la opinión que tiene su familia de este tipo de aspectos, el usuario refiere que, desde su comunidad, se prohíbe tanto las relaciones sexuales fuera del matrimonio, como imaginarse manteniendo esas relaciones sexuales en un contexto de masturbación individual, por lo que el usuario experimenta sentimientos de culpabilidad cada vez que se masturba (refiere masturbarse dos o tres veces a la semana).

El usuario también re-experimenta el suceso vivido con su primo menor de edad cuando se encuentra con niños y niñas de otras familias de la comunidad religiosa a la que pertenece, mostrando rechazo y ansiedad ante estas situaciones. Cuando se le pregunta por los motivos de esa reacción ansiosa contesta que lo que más le preocupa es lo que puedan pensar otras personas de él y que pueda darse un mal entendido si le ven cerca de un niño.

De acuerdo a las valoraciones realizadas por el psicólogo en prácticas durante el mes de diciembre de 2014 y el mes de enero de 2015 el usuario C.O. cumple criterios diagnósticos para las siguientes patologías:

- F70 Discapacidad intelectual leve (317).

- F50.2 Bulimia nerviosa, gravedad moderada (307.51).
- F52.32 Eyaculación retardada, Adquirida, Situacional, de gravedad Moderada (302.74).

4.2. OBJETIVOS PLANTEADOS.

Partiendo de las patologías encontradas en el usuario y el tiempo disponible para la realización de la psicoterapia, la intervención se lleva a cabo manteniendo la siguiente estructura:

- NÚMERO DE SESIONES: 15-18
- DURACIÓN DE LAS SESIONES: 90 minutos
- FRECUENCIA DE LAS SESIONES: 4 días a la semana (adaptando la sesión al horario de las actividades que el usuario realiza en el recurso del C.R.I.S.).

De acuerdo a la información recogida a lo largo de la evaluación psicología del usuario C.O. los objetivos que se plantean para la intervención terapéutica son los siguientes:

- ✓ Extinguir las conductas purgativas e instaurar unos hábitos alimentarios saludables.
- ✓ Modificar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos del usuario acerca de la comida y el aspecto físico.
- ✓ Favorecer una conciencia plena de la patología existente y de los verdaderos motivos por los que tiene asignada una minusvalía.
- ✓ Generar una actitud crítica acerca de los prejuicios y creencias previas acerca de la sexualidad.
- ✓ Mejorar las habilidades sociales y comunicativas del usuario en contextos de relación con personas de su sexo contrario.
- ✓ Procurar una mejora de su auto concepto y valía personal.

4.3. TRATAMIENTO PROPUESTO.

Para alcanzar los objetivos propuestos, teniendo presente la documentación previamente recogida sobre los protocolos de tratamiento empíricamente validados para las diferentes patologías encontradas en el sujeto C.O., el tratamiento propuesto es el siguiente:

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO BASADO EN LA EVIDENCIA.

TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA TCA.

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO.

El objetivo de este primer módulo es proporcionar al usuario C.O. toda la información necesaria sobre el trastorno y aspectos relacionados. Los puntos trabajados en este módulo son los siguientes:

- Definición del problema y aspectos relacionados.
 - Desajuste en la alimentación.
 - Aspectos negativos de saltarse comidas y su ineficacia para perder peso.
 - Aspectos negativos del vómito y su ineficacia para perder peso.
 - Teoría del “Set Point”/Tasa metabólica.
 - Peso meta (60 Kilos para una altura de 1’78 cm). Peso no saludable teniendo en cuenta su IMC.
 - Conductas de comprobación. Pesado en báscula.
- Introducir Índice de masa corporal (IMC).
- Relación de los malos hábitos de alimentación con los hurtos de comida en los supermercados.
- Causas y mantenedores del problema. Dependencia/afectación de las opiniones de sus familiares.
- Introducción del programa de tratamiento que se va a llevar a cabo y la necesidad del mismo.
 - Introducción del modelo cognitivo.
 - Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
 - Exposición de situaciones sociales.
- Otras dudas. En este módulo también se resolverán todas las dudas que le surjan al paciente acerca del problema.
- * TALLERES DIRIGIDOS POR ENFERMERIA. Dentro de los protocolos de tratamiento empíricamente validados se considera recomendable habilitar un módulo específico en el que se explica con detenimiento la intervención en los TCA desde el punto de vista de enfermería.
 - Importancia de los nutrientes.
 - Cuatro grupos de alimentos.
 - Cambios en los requerimientos de energía.
 - Distribución de la proporción de nutrientes.
 - Balance energético. Gasto metabólico necesario.

- Elaboración de menús.

2. MÓDULO MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

El objetivo de este módulo es facilitar al usuario el deseo de cambiar, ayudándole a que tome conciencia de dónde se encuentra y dónde querría estar, fomentando en él la necesidad de un cambio en su actitud para solucionar el problema. Las actividades que se llevan a cabo en este módulo para mejorar la implicación del usuario son las siguientes:

- Describir la situación actual en la que se encuentra y qué aspectos le gustaría mejorar.
- Describir como imagina su vida sin su problema.

3. MÓDULO COGNITIVO.

El objetivo de este módulo es abordar los pensamientos automáticos o creencias irracionales que se producen en C.O., y facilitarle creencias alternativas, realistas y más positivas acerca de su peso y la importancia del mismo.

En este módulo también se aborda la dependencia que muestra C.O., a los comentarios que sus hermanos realizan sobre su peso y que mantienen, e incluso exacerban, la sintomatología de nuestro caso.

El primer paso a seguir es identificar la sobrevaloración del peso. En el caso que nos ocupa, al no tratarse de un TCA específico, cabe la posibilidad de que la importancia que le da C.O. al peso sea menor de lo esperable. De todos modos, este ejercicio nos ayuda a conocer, no solo cuál es la importancia que C.O. otorga a la figura y control del peso, sino también cuánto valora aspectos como la familia, amigos, etc.

Para llevar a cabo este propósito se elabora una lista con aspectos importantes para C.O., y se le indicará que los valore a través de una escala Likert de 0 a 10 (0= “nada importante para mí”; 10= “Importancia máxima en mi vida”).

Con estos datos se construye una gráfica circular que nos ayude a comprobar, de un modo más visual, la importancia que C.O. otorga a cada aspecto de su vida.

Esta actividad permite también identificar actividades importantes para C.O., en las que pueda verse comprometido y que, de poder llevarse a cabo, nos permitan redefinir su autoconcepto y mejorar su autoestima.

Una vez obtenidos estos datos acerca de la importancia que tiene para el usuario del recurso del C.R.I.S. su aspecto físico se procederá a discutir el acuerdo o desacuerdo que pueda tener con la distribución mostrada en la gráfica. Esta discusión permite introducir la técnica de la Reestructuración Cognitiva.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**MÓDULO 1. PRESENTACIÓN DEL MODELO ABC.**

El primer paso para introducir la base lógica de la técnica de reestructuración cognitiva consiste en explicarle al usuario del recurso del C.R.I.S. la importancia del papel de los pensamientos en las emociones.

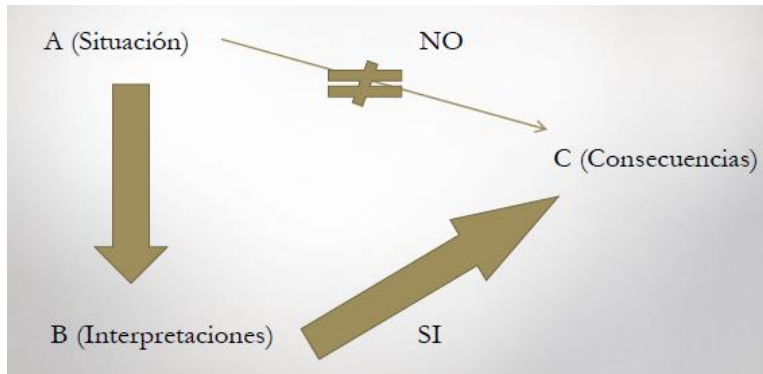


Figura 1: Modelo ABC Beck.

MÓDULO 2. CÓMO IDENTIFICAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES O PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

Una vez presentado el modelo del ABC y destacado la importancia de las interpretaciones de las creencias o pensamientos irracionales, a continuación es relevante que el usuario entienda en qué consisten ese tipo de creencias.

¿Qué son las creencias irracionales?

El psicólogo en prácticas explicará a C.O., que las creencias irracionales son interpretaciones **equivocadas** que hacemos de situaciones que ocurren en nuestras vidas. Por otro lado, ayudamos al usuario C.O. a relacionar estos pensamientos con conductas tales como los atracones (comer emocional) que lleva a cabo después de experimentar esa emoción negativa.

Características de las creencias irracionales o pensamientos automáticos negativos:

1. **Son automáticos:**
2. **Comienzan muy a menudo con “debería o debo” “tendría o tengo que”.**
3. **Incluyen términos absolutos:**
4. **Tienden a dramatizar:**

Para que C.O., entienda mejor las características de las creencias irracionales, se ponen ejemplos de algunas de ellas. Además, se le anima a que recuerde alguna creencia irracional con estas características que haya tenido durante la semana pasada o en algún momento de su vida.

Una vez enseñado al usuario del recurso del C.R.I.S. las características de las creencias irracionales, a continuación se le explica **cómo identificarlas**. Para ello se le indicará que siga los siguientes pasos:

- 1º. Observa las situaciones en las que te sientes deprimido, culpable, angustiado, ansioso o con alguna otra emoción perturbadora.
- 2º. Fíjate en los pensamientos que tienes en esos momentos en los que estás sintiendo esas emociones.
- 3º. Identifica los pensamientos que tengan las características de las creencias irracionales que ya se han comentado.

Para entrenarle en la detección de este tipo de pensamientos, se le pide que como tarea para casa anote dichos pensamientos en un auto-registro. En dicho registro, C.O., anotará las situaciones a lo largo de la semana en las que se haya sentido perturbado emocionalmente (triste, ansioso, enfadado...) con el objetivo de detectar los pensamientos que se le pasan por la mente en dichas situaciones, prestando especial atención a los pensamientos que posean las características ya señaladas. Además de la fecha y la situación, el usuario anota la emoción asociada al pensamiento y evalúa la intensidad de la misma en una escala de 0 a 10 (0= ninguna intensidad; 10= máxima intensidad), el pensamiento o pensamientos que le acudan a su mente, evaluando también el grado de creencia en los mismos en una escala de 0 a 100 (0= "no lo creo en absoluto"; 100= "lo creo totalmente") y su comportamiento.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO (0-100)	EMOCIÓN (0-10)	COMPORTAMIENTO

MÓDULO 3. CÓMO RETAR LOS PENSAMIENTOS O CREENCIAS IRRACIONALES.

Una vez que el psicólogo en prácticas le ha enseñado al usuario a conocer las características de las creencias irracionales y a identificarlas, el siguiente paso es enseñarle a dudar de dichas creencias o pensamientos irracionales. Es necesario ponerlas a prueba y ver si es el único modo de ver las cosas. Para ello, el terapeuta utiliza el diálogo socrático con la finalidad de conseguir que, por medio de preguntas, sea el propio usuario el que genere evidencias, pensamientos alternativos y llegue a sus propias conclusiones siguiendo una serie de pasos que se presentan a continuación.

1º. Identificar el pensamiento negativo y la emoción asociada:

El psicólogo en prácticas pide a C.O., que identifique el pensamiento negativo que se va a poner a prueba y evalúe su grado de creencia en el mismo en una escala de 0 a 100 y la emoción asociada a ese pensamiento (p.ej., tristeza, ansiedad,...) y que valore también la intensidad de la misma en una escala de 0 a 10.

2º. Buscar evidencias que fundamenten dicho pensamiento:

Se trata de analizar las evidencias o pruebas a favor y en contra de que se cumpla o sea cierto el pensamiento irracional o automático (¿En qué se basa para pensar que el pensamiento es cierto? ¿Cómo llega a la conclusión de que el pensamiento es cierto? ¿Es un hecho o una opinión? ¿Qué información refuta ese pensamiento? ¿En qué ocasiones el pensamiento ha demostrado no ser cierto?).

Pruebas a favor	Pruebas en contra

3º. Pensar en la probabilidad real de que el pensamiento es cierto:

Teniendo en cuenta las evidencias a favor y en contra analizadas en el paso anterior, se trata de pensar y valorar de nuevo la probabilidad real de que ocurra o sea cierto el contenido del pensamiento irracional en una escala de 0 a 100.

4º. Generar pensamientos alternativos:

Se trata de generar posibles pensamientos alternativos más realistas, más objetivos y menos negativos a ese pensamiento automático y evaluar el grado de creencia en este o estos pensamientos más realistas en una escala de 0 a 100.

5º. Desdramatizar:

Este paso consiste en quitarle hierro al asunto, es decir, pensar si las consecuencias que tendría lo que dice el pensamiento irracional realmente son tan catastróficas.

6º. Valorar la utilidad del pensamiento negativo:

Consiste en preguntarse para qué sirve el pensamiento irracional, qué ventajas tiene. Se trata de valorar la utilidad del pensamiento negativo tanto a nivel emocional como comportamental.

7º. Reevaluar la creencia en el pensamiento negativo y la intensidad de la emoción:

Para finalizar, el psicólogo en prácticas hace un pequeño resumen de los pasos anteriores y reevaluará el grado de creencia que tiene C.O., en el pensamiento negativo (0-100) y la intensidad de la emoción (0-10). El objetivo es comprobar si después de desdramatizar el pensamiento y valorar la utilidad del mismo, ha disminuido aún más el grado de creencia en el mismo y la intensidad de la emoción negativa que experimental C.O.

Una vez introducidos los pasos de la discusión cognitiva, se le entrega al usuario un auto-registro más completo que le permita registrar los pensamientos alternativos más realistas y evaluar su grado de creencia en los mismos.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO (0-100)	EMOCIÓN (0-10)	PENSAMIENTO ALTERNATIVO (0-100) EMOCIÓN (0-10)	COMPORTAMIENTO

ENTRENTAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Una vez clara la técnica de reestructuración cognitiva y observado cierta flexibilidad cognitiva por parte del usuario para cuestionar sus pensamientos irracionales y cambiar estos por unos pensamientos más realistas y positivos, el siguiente paso es ayudar al paciente a buscar la mejor solución a sus problemas diarios. C.O. verbaliza que, ante las discusiones producidas con sus familiares y los insultos y burlas de sus hermanos acerca de su peso, o del peso que tuvo en el pasado y que todavía se lo recuerdan, a pesar de encontrarse en un rango de peso saludable (IMC = 20'45), su respuesta para afrontar ese tipo de situaciones es, entre otras, comer de manera desproporcionada para aliviar su nerviosismo y ansiedad.

Por este motivo se considera fundamental dotar a C.O. de herramientas que le permitan afrontar estas situaciones de un modo más funcional y adaptivo. Para alcanzar este objetivo se utiliza la técnica de solución de problemas. Los pasos que se llevan a cabo son los siguientes:

INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

PASOS DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

- **ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA.**

Se trabaja con la actitud que presenta el usuario a la hora de enfrentarse a un problema o a una situación determinada. Lo que se pretende es que C.O. muestre una adecuada actitud que le permita aceptar que los problemas son parte de la vida diaria y que hay que sentirse capaz de hacerles frente. Esto además le ayudará a reconocer las situaciones problema cuando se nos presentan y a no responder de forma impulsiva, en su caso, a través de la ingesta de comida de forma compulsiva.

- **FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.**

El objetivo fundamental de esta fase es evaluar el problema y establecer qué quiere conseguir C.O. Para ello, usuario y psicólogo en prácticas trabajan conjuntamente y se llevarán a cabo una serie de tareas principales. Estas tareas son, en primer lugar, buscar toda la información relacionada con el problema. C.O. actuará como un investigador para recoger todos los datos necesarios para hacer una buena formulación de la situación. De esta manera, se logra especificar operacionalmente el problema, empleando términos

claros y concretos, así como determinar las causas que favorecen la aparición y mantenimiento del problema y las variables realmente relevantes.

- **GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.**

En esta fase se plantea como tarea principal que C.O. genere el mayor número posible de alternativas para que sea más probable encontrar soluciones eficaces a su problema o para conseguir la meta o metas propuestas. Para ello se seguirán los principios básicos de la técnica de Brainstorming de Osborn (1963).

- **TOMA DE DECISIONES.**

En la fase anterior, C.O. ha generado un conjunto de alternativas posibles para resolver su problema. El psicólogo en prácticas ha actuado como guía en este proceso. Llega ahora el momento de elegir la o las alternativas más apropiadas, que se convierte en el objetivo principal de esta fase.

VALORAR LAS CONSECUENCIAS	
Alternativa:	
Consecuencias positivas:	Consecuencias negativas:
-	-
-	-
-	-
Total:	Total:

- **PUESTA EN PRÁCTICA Y VERIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

Una vez C.O. ha elegido la mejor alternativa con la que poner solución a su problema, el siguiente paso que ha de dar es la puesta en práctica.

AUTO-REGISTRO

SOLUCIÓN ELEGIDA	
PASOS SEGUIDOS	
ACTITUD	
AYUDA EXTERNA	
¿SOLUCIONA EL	

PROBLEMA?	
EMOCIÓN	ANTES: DURANTE: DESPUÉS:
AUTO-REFUERZO	

MÓDULO 4. MÓDULO CONDUCTUAL.

Desde el inicio del tratamiento, se facilita al usuario y su familia, una serie de registros que nos permiten conocer los avances del tratamiento y su mejora o empeoramiento en sus hábitos alimentarios. Teniendo en cuenta el retraso mental leve que padece el usuario y la posibilidad de manipular los registros, se toma la decisión de hablar con los familiares para que sean ellos los que cumplimenten los registros.

Los registros que se utilizan durante el tratamiento de la bulimia nerviosa son los siguientes:

➤ REGISTRO DE CONDUCTAS DE COMPROBACIÓN (PESADO)

Desde el recurso del C.R.I.S. del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía se informa al psicólogo en prácticas que el sujeto C.O. muestra conductas obsesivas de pesado, demandando de forma continuada acudir al despacho de enfermería para poder pesarse. El personal del recurso optó por prohibir al usuario pesarse en el centro.

Con el objetivo de medir la intensidad de la demanda y el deseo de pesarse para comprobar su peso actual se solicita al equipo del recurso del C.R.I.S. permitir al usuario C.O. pesarse cada vez que lo demande, de tal manera, se espera obtener una primera línea base acerca de la cantidad e intensidad de demandas realizadas para utilizar la báscula del centro, durante la intervención terapéutica del psicólogo en prácticas.

Las variables del registro de la conducta de comprobación de C.O. son las siguientes:

FECHA	HORA	INTENSIDAD DE LA DEMANDA (1-3)	PESO INDICADO	VERBALIZACIONES DEL USUARIO TRAS EL PESADO

NOTA: INTENSIDAD DE LA DEMANDA (1-3). Escala Likert de 1 a 3:

1. Baja. Lo pide una única vez y cuando se le indica el momento para poder pesarse lo acepta sin necesidad de volver a repetirle la indicación.

2. Media. Acepta la indicación del momento del día en el que podrán atenderlo para pesarse pero necesita volver a preguntarlo en una o en más de una ocasión para asegurarse del momento indicado.

3. Alta. Una vez indicado el momento en el que podrá pesarse reitera insistentemente su intención de querer pesarse.

Es importante tener en cuenta que el usuario deberá conocer su IMC y el significado de las conductas de comprobación antes de comenzar el pesado en el centro.

➤ **REGISTRO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS.**

Entre sus hábitos alimentarios se encuentra el ayuno durante la mañana (se salta principalmente el desayuno y de forma esporádica el almuerzo) y las comidas abundantes entre horas. Por este motivo se lleva a cabo un registro, cumplimentado por la madre de C.O., para controlar los hábitos alimentarios del sujeto.

Las variables que quedan reflejadas en el registro son las siguientes:

FECHA	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA	COMIDA ENTRE HORAS

➤ **SEGUIMIENTO DE LAS CONDUCTAS PURGATIVAS.**

A pesar de la buena disponibilidad de los padres del usuario C.O. para colaborar en el tratamiento de su hijo, los métodos educativos que utilizan se basan en el castigo físico y represivo, de tal manera que cualquier conducta disruptiva de C.O. es corregida, por sus padres, con conductas agresivas y con la prohibición de asistir al recurso del C.R.I.S., asistencia que, para el usuario, es muy positiva y reforzante. Teniendo en cuenta estos aspectos y observando, durante la entrevista realizada a los padres del usuario, la sensibilidad que muestran con aquellos aspectos relacionados con los hábitos alimentarios y del aspecto físico, se toma la decisión, para evitar consecuencias negativas para C.O., de no informar a los familiares de las conductas purgativas de su hijo. Por ello, no se llevarán a cabo registros en su domicilio para valorar el uso de esta conducta compensatoria durante la intervención terapéutica. En su lugar, se opta por valorar la presencia de estas prácticas durante las sesiones, que por otro lado, al ser diarias, no supone un esfuerzo memorístico por parte del usuario C.O.

5. MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

El objetivo de este módulo es hacer un repaso de lo trabajado en las sesiones anteriores y de los cambios experimentados por el usuario C.O. a lo largo de la intervención terapéutica. Se

facilita al usuario un documento con aquellos puntos más importantes que se han ido trabajando a lo largo de las sesiones y que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo que se le puedan presentar en su día a día. Los puntos considerados como más relevantes son los siguientes:

- Las burlas y menosprecios de otras personas acerca de nuestro peso, a pesar de no ser, en muchas ocasiones, objetivas o reales, provocan en nosotros un profundo malestar que se traduce en una visión distorsionada de nuestro cuerpo. Por tanto, es importante que cuestionemos de manera objetiva estos comentarios despectivos y utilicemos argumentos veraces para desmontarlos.
- Este estado de malestar con nuestro cuerpo lleva a que utilicemos métodos que, además de no hacernos perder peso, resultan gravemente perjudiciales para nuestra salud.
- Una de las explicaciones sobre la inutilidad de estos métodos para perder peso la encontramos en la teoría del "Set Point". Esta teoría nos explica que cuando el cuerpo detecta un desajuste en nuestra alimentación pone en marcha mecanismos para restablecer su equilibrio. Uno de esos mecanismos es el hambre.
- El hambre puede alcanzar niveles insoportables, lo que nos lleva a comer más cantidad de alimento del que consumiríamos si lleváramos a cabo las cinco comidas diarias, por lo que, con el ayuno, en lugar de perder peso, terminamos aumentándolo.
- La mejor manera de determinar si nuestro peso es saludable es a través del cálculo de nuestro IMC. El IMC establece una serie de rangos de peso, perder o ganar uno o dos kilos no resulta una medida objetiva de nuestro cambio corporal, por lo que el pesado continuado no nos resulta útil.
- Métodos como la provocación del vómito tampoco resultan útiles para perder peso. Además de no ser eficaz las consecuencias físicas que lleva consigo la provocación del vómito son extremadamente negativas y no compensa el peso que pueda llegar a perderse con esta práctica. Algunas de las consecuencias son daños en el riñón, anomalías neurológicas (se ven reflejadas a través de espasmos musculares u hormigueos en las piernas), daños en la boca y el paladar, deterioro de los dientes (en casos crónicos puede ocasionar la pérdida de la dentadura), etc.
- El mejor método para mantener un peso saludable es realizar las cinco comidas diarias (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), llevar una alimentación variada y realizar ejercicio físico de manera moderada.
- La interpretación que hacemos de determinadas situaciones propician un estado de ánimo negativo, aspecto que nos hace vulnerables a recaer y volver a hábitos alimentarios negativos. Para evitar este tipo de consecuencias nos resultará siempre útil seguir los pasos de la técnica de reestructuración cognitiva. Debemos tener presente que son las interpretaciones que hacemos de determinadas situaciones las que nos hacen generar emociones negativas y nos llevan a realizar conductas que no nos son saludables (p.ej. el

atracción o la provocación del vómito). Por ello, es importante que aprendamos a detectar nuestros pensamientos irracionales, que los juzguemos y comprobemos su veracidad y, una vez estén debidamente cuestionados, busquemos pensamientos alternativos más realistas y veraces.

- En ocasiones, los métodos que utilizamos para resolver los problemas que nos surgen en nuestro día a día, lejos de solucionar nuestros problemas, nos provocan un profundo malestar y, en muchos casos, empeoran nuestro problema. Para poder utilizar las soluciones más efectivas a nuestros problemas, nos resultará muy útil seguir los pasos de la técnica de solución de problemas. Aprender a valorar los aspectos positivos y negativos de nuestras alternativas de solución nos ayudará a elegir los métodos más eficaces para afrontar nuestros problemas.

TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA EL TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO.

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO.

La estructura que se llevará a cabo en este módulo seguirá los siguientes puntos:

- Comunicación del diagnóstico del Retraso Mental Leve y explicación de los aspectos característicos de dicha patología.

Partiendo de la idea de que el término retraso mental puede suponer para el usuario un daño a nivel emocional innecesario, se utilizará el término discapacidad intelectual o déficit de las capacidades intelectuales/adaptativas.

- Relación de los factores cognitivos con la ejecución de las relaciones sexuales.

A pesar de que el protocolo de tratamiento cuenta con un módulo específico donde se abordarán todos aquellos factores cognitivos que afectan al desempeño sexual es importante que se introduzcan este tipo de factores que propician las dificultades orgásmicas que presenta el usuario.

2. MÓDULO MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

Se establece en este protocolo de tratamiento para el trastorno orgásmico masculino un nuevo módulo de motivación para el cambio, más breve que el primero, que ayude a C.O. a delimitar aquellas conductas relacionadas con su área social/sexual que le gustaría poder mejorar.

Para este módulo se le ofrece al usuario la instrucción de escribir aquellos aspectos que le gustaría poder realizar normalmente y que supondría una mejora en su vida.

3. MÓDULO COGNITIVO.

En este módulo deben quedar clarificados los factores cognitivos que interfieren durante la conducta sexual. Los puntos que se encuentran identificados son los siguientes:

- Ansiedad de ejecución.
- Valores y creencias morales.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Miedos irracionales respecto al orgasmo.
- Otros pensamientos irracionales/desadaptativos.

Con el objetivo de ayudar a C.O. a identificar y modificar todas aquellas cogniciones que entorpecen sus conductas sexuales, se establece un apartado en el que, a través de la técnica de *Reestructuración Cognitiva*, se pone a prueba todos aquellos pensamientos que surgen cuando mantiene algún tipo de conducta sexual y que interfieren en su normal funcionamiento. Una vez identificados estos pensamientos y puestos a prueba con la técnica sugerida, se generan nuevos pensamientos que generen actitudes más positivas con respecto al sexo.

Por otro lado, en la ansiedad que manifiesta el usuario C.O. no llevar a cabo de manera adecuada una relación sexual o ser rechazado por una posible pareja sexual se infiere la necesidad de aplicar una técnica que ayude al usuario a prever este tipo de conflictos y ayudarlo a encontrar el mejor método para poder solventarlos. Para ello se hará uso de la técnica de *Solución de problemas*.

4. MÓDULO CONDUCTUAL.

Actualmente C.O. no cuenta con una pareja sexual estable por lo que no es posible llevar a cabo las técnicas conductuales propuestas en los protocolos de tratamiento empíricamente validado donde se abordan aquellas conductas sexuales que se llevan a cabo con la pareja sexual y que, se presupone, aparecen dificultades que impiden al sujeto alcanzar el orgasmo.

El objetivo de este módulo es ayudar al usuario C.O. a poner a prueba las habilidades cognitivas trabajadas en las sesiones previas, exponiéndole a aquellas situaciones sociales temidas en las que le produce ansiedad relacionarse con mujeres que le generan una atracción física. Este tipo de situaciones resultan difícilmente controlables en ambientes externos a la terapia porque suponen la interacción con personas externas a la misma y no podemos manejar las reacciones de los demás. Para poder generar un ambiente controlado en el que poder observar las conductas del usuario ante este tipo de situaciones se lleva a cabo la técnica de *exposición* en situaciones previamente preparadas a través de *ensayos de conducta en un juego de roles*.

TÉCNICA DE EXPOSICIÓN.

- DELIMITAR LAS CONDUCTAS PROBLEMA. En esta fase pedimos al usuario que nos describa todas aquellas situaciones/estímulos que teme. En el caso concreto de C.O. la principal situación que le produce ansiedad es el contacto con una mujer que le genera una atracción física, mostrándose nervioso e incómodo cuando tiene que entablar una

conversación. Es en esta situación cuando aparecen aquellos pensamientos irracionales o desadaptativos en los que cree que la otra persona tiene una mala opinión de él y le genera el temor a ser rechazado. Por este motivo, se trabaja con esta situación introduciendo moduladores que permitan regular la ansiedad del usuario. La situación se lleva a cabo en el contexto de un juego de roles en el que participa el usuario y una educadora del recurso.

- INTRODUCIR LA ESCALA DE USAS. En esta fase de la técnica se organizan los moduladores de la situación temida en función del nivel de ansiedad que le producen. Para establecer el nivel de ansiedad se utiliza una escala Likert de 0 a 10 especificando el valor de cada número.

SITUACIÓN	MODULADOR	ANSIEDAD
		0 - 10
		0 - 10
		0 - 10
		0 - 10

- SELECCIONAR LA SITUACIÓN DE LA JERARQUÍA DE EXPOSICIÓN, SEGÚN LOS NIVELES DE DIFICULTAD. Se debe empezar por aquellos moduladores que generen en C.O. niveles de ansiedad moderados (4-5 USAs).

Antes de cada ensayo se le pide al usuario que identifique los pensamientos automáticos que cree que pueden aparecer y la intensidad de la emoción. A través de la discusión cognitiva se ponen a prueba esos pensamientos y se generan alternativos (estos se dejan escritos en un papel para que C.O pueda consultarlos a lo largo de todo el ensayo).

Además de los pensamientos alternativos queda señalado el objetivo de cada sesión de exposición. Este objetivo/meta debe ser apropiado: realista, concreto, comportamental (observable) y bajo nuestro control.

- EXPOSICIÓN A LA PRIMERA SITUACIÓN DE LA JERARQUÍA.

Durante el ensayo se le pide al usuario C.O. que indique sus niveles de ansiedad cada 2-3 minutos. Una vez finalizado el ensayo se valoran, junto con el usuario, los resultados obtenidos y como se ha visto durante la prueba.

5. MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

El objetivo de este último módulo es hacer un repaso de lo trabajado en las sesiones anteriores y de los cambios experimentados a lo largo de la terapia.

Los puntos clave que se hacen constar en el documento referente a la intervención del trastorno orgásmico masculino son los siguientes:

- Aunque las personas expresamos nuestras respuestas sexuales de manera distinta, existe un ciclo en nuestra respuesta sexual que se puede diferenciar en cuatro etapas: Fase de excitación, Fase de meseta o mantenimiento, Fase orgásmica y Fase de resolución. En muchas ocasiones la dificultad para alcanzar una u otra fase se deben a factores psicológicos.
- Manifestar ansiedad durante las relaciones sexuales, tener prejuicios acerca de la sexualidad o experimentar sentimientos de culpabilidad durante el acto sexual son algunos ejemplos de factores cognitivos que dificultan o entorpecen una o varias de las fases que forman parte del ciclo de nuestra respuesta sexual.
- Resulta útil ser críticos con este tipo de pensamientos y analizar tanto su veracidad como su utilidad. Sabemos que la sexualidad es una forma saludable y placentera de contacto con nuestro propio cuerpo y una forma de expresión y comunicación de nuestro afecto, pero no por ello debemos hacer uso de nuestra sexualidad en cualquier momento o de cualquier manera. Es importante que procuremos elegir un momento y un lugar adecuados que nos permitan disfrutar de nuestra sexualidad sin interferir en los demás.
- La comunicación es un elemento esencial en las relaciones que mantenemos con las personas que nos rodean; también en la sexualidad supone una herramienta básica para crear y mantener relaciones sanas y duraderas.
- Evitar aquellas situaciones que nos resultan incómodas o nos producen ansiedad mantiene ese malestar y no soluciona nuestros problemas. Debemos recordar que la ansiedad, a medida que nos mantenemos en la situación ansiógena, disminuye y nos permite verificar que esas situaciones no son tan catastróficas como creíamos en un principio.
- Cometer errores forma parte de nuestro aprendizaje, por lo que si evitamos aquellas situaciones que creemos que no vamos a saber solventar, difícilmente podremos mejorar nuestras habilidades, por lo que resulta aconsejable que afrontemos aquellas situaciones que nos dan miedo o nos producen ansiedad para poder poner en práctica nuestras habilidades y, de no ser válidas, poder adquirir nuevos conocimientos que nos ayuden a valernos por nosotros mismos.

TRATAMIENTO PARA EL RETRASO MENTAL LEVE.

El recurso del C.R.I.S. del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón al que el usuario C.O. está ingresado cuenta con los recursos materiales y humanos para hacer frente al objetivo de lograr una mejora significativa en el nivel de adaptación social. Para ello, el usuario cuenta con un horario especializado donde lleva a cabo una programación de actividades que se detalla a continuación:

1. Programa “Buenos días”. Actividad que se desarrolla por las mañanas y que tiene como objetivos generales facilitar el encuentro de los usuarios, ayudar a orientar a los usuarios en los horarios específicos, fomentar la adquisición de una rutina específica que se mantendrá a lo largo del curso, generar un clima en los talleres que motive a la realización de las actividades el resto del día, tomar conciencia del entorno que nos rodea y la de las noticias que en el ocurren y crear un sentimiento de grupo. Por otro lado, este programa permite desarrollar habilidades cognitivas de orientación temporo espacial y a nivel social permite poner en práctica las habilidades trabajadas en el programa de habilidades sociales. La actividad suele comenzar con una revisión general del estado de los usuarios y, finalizada esa parte, se sigue el siguiente esquema:
 - a. Evaluación de las actividades del fin de semana y puesta en común repasando que cosas importantes les han pasado o han pasado en su entorno.
 - b. Repaso de las actividades del centro, puesta en común de las dificultades surgidas, problemáticas, cambios, etc.
 - c. Planificación de las actividades para el fin de semana.
2. Programa Deporte. Actividad que tiene como objetivos, además de mejorar el estado físico general de los usuarios, fomentar las relaciones interpersonales, reforzar el sentimiento de grupo, y mantener y recuperar habilidades cognitivas superiores del usuario. Los deportes prioritarios en este programa son los deportes de equipo.
3. Programa de Actualidad y Prensa. Actividad que tiene como objetivos la integración social del usuario y el desarrollo de habilidades cognitivas. La actividad propuesta se llevará a cabo a través del análisis de la actualidad global del fin de semana. Tratamiento de la información local. Debate individual o grupal de las diferentes noticias.
4. Programa Planificación del Ocio y Tiempo Libre. El objetivo principal es desarrollar y fomentar la autonomía e independencia de los usuarios del recurso. Por otro lado, también les permite mejorar su autoestima y aprender a manejar el estrés. Las actividades se proponen en función de la disponibilidad y la oferta en instituciones cercanas.
5. Programa Piscina. Mismo enfoque que el programa de deporte. La actividad se lleva a cabo dos días a la semana.
6. Programa Habilidades Cognitivas. Entre sus objetivos generales se encuentra el desarrollo y mantenimiento de las habilidades cognitivas, la motricidad fina y coordinación, y habilidades sociales y personales. Las actividades se dividen en cuatro niveles de dificultad dependiendo del grado de deterioro cognitivo así como del nivel intelectual. Son tres los bloques que componen este programa: 1) Lenguaje, 2) Cálculo y 3) Atención y Memoria.

7. Programa de Habilidades Sociales. Actividad que tiene como objetivo desarrollar la autonomía e independencia de los usuarios. El programa se divide en cuatro bloques:
- a. Bloque I.
 - i. Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal.
 - ii. Primeras habilidades sociales.
 - b. Bloque II.
 - i. Asertividad.
 - ii. Empatía.
 - iii. Habilidades sociales en diferentes situaciones de la vida cotidiana.
 - iv. Habilidades sociales avanzadas.
 - c. Bloque III.
 - i. Técnicas de resolución de problemas.
 - d. Bloque IV.
 - i. Trabajar la autoestima y la pertenencia al grupo.
8. Programa Psicomotricidad. El objetivo de este programa es fomentar la capacidad sensitiva y perceptiva, a partir de la estimulación de sensaciones del propio cuerpo. Las actividades se preparan de acuerdo a las tablas específicas proporcionadas por el Departamento de Fisioterapia y el protocolo de relajación facilitado por el Departamento de Psicología.

4.4. RESULTADOS OBTENIDOS.

Con el objetivo de valorar, de un modo empírico y objetivable, los cambios producidos en el sujeto elegido para el estudio de caso único, tras la intervención terapéutica, se lleva a cabo una nueva evaluación post-tratamiento, utilizando algunos de los instrumentos seleccionados durante la fase de diagnóstico (ver Anexo 4. Evaluación post-tratamiento). A continuación se presentan las pruebas seleccionadas en el post-tratamiento y los resultados obtenidos, comparándolos con los resultados reflejados durante la fase de evaluación.

- BIS-11. Escala de impulsividad de Barrat.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
I. COGNITIVA: 16	I. COGNITIVA: 8
I. MOTORA: 13	I. MOTORA: 8
I. NO PLANEADA: 22	I. NO PLANEADA: 14
I. TOTAL: 51	I. TOTAL: 30

INTERPRETACIÓN. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución como puntuación para la interpretación de los resultados. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron: Impulsividad Cognitiva: 9,5; Impulsividad Motora: 9,5; Impulsividad no Planeada: 14; Puntuación Total: 32,5 (Bodes García y cols., 2002). Atendiendo a la mediana de distribución utilizada para la interpretación de los resultados observamos una disminución significativa en el nivel de impulsividad del usuario C.O. en todas las dimensiones.

- R-459 ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSIGHT.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN: 12/14	PUNTUACIÓN: 14/14

INTERPRETACIÓN: A pesar de que el usuario ya mostraba una conciencia de enfermedad elevada, observamos en los resultados post-tratamiento que se produce una mejora en su conocimiento sobre la enfermedad, principalmente en la etiología y las características específicas de su enfermedad.

- SFS – AI. Birchwood, Smith y cols. 1990 (R. Jiménez G^a-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón). Escala de funcionamiento social.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114 PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90 NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR. DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 3. Medio Riesgo. RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 5. Medio Riesgo. INFORMACIÓN. P.D: 0. Alto Riesgo.	PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114,29 PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90 NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR. DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 6. Bajo Riesgo RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 6. Bajo Riesgo INFORMACIÓN. P.D: 4. Bajo Riesgo

INTERPRETACIÓN: Los datos indican un buen funcionamiento social del usuario a nivel global. Se observa una mejoría en los datos obtenidos acerca las relaciones familiares y de la información disponible acerca de su enfermedad.

- BPRS. Lukoff, D.; Nuechterlein, K.H. & Ventura, J. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7.	PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7.
1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN Preocupación somática: 4 Ansiedad: 3 Depresión: 1 Culpa: 6 TOTAL: 14	1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN Preocupación somática: 1 Ansiedad: 1 Depresión: 1 Culpa: 1 TOTAL: 4
2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO Desorganización conceptual: 1 Grandiosidad: 1 Alucinaciones: 1 Contenido inusual del pensamiento: 1 TOTAL: 4	2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO Desorganización conceptual: 1 Grandiosidad: 1 Alucinaciones: 1 Contenido inusual del pensamiento: 1 TOTAL: 4
3. ANERGIA Aislamiento emocional: 2 Retardo Motor: 1 Afecto Embotado: 1 Desorientación: 2 TOTAL: 6	3. ANERGIA Aislamiento emocional: 1 Retardo Motor: 1 Afecto Embotado: 1 Desorientación: 1 TOTAL: 4
4. ACTIVACIÓN Tensión: 1 Manierismos y posturas: 1 Excitación: 1 TOTAL: 3	4. ACTIVACIÓN Tensión: 1 Manierismos y posturas: 1 Excitación: 1 TOTAL: 3
5. HOSTILIDAD Hostilidad: 5 Suspiciousidad: 1 No cooperatividad: 1 TOTAL: 7	5. HOSTILIDAD Hostilidad: 1 Suspiciousidad: 1 No cooperatividad: 1 TOTAL: 3

INTERPRETACIÓN: Se observa una mejora significativa en las subescalas “Ansiedad-Depresión”, “Anergia” y “Hostilidad” del BPRS, especialmente en las subescalas “Ansiedad-Depresión” y “Hostilidad”. En las subescalas “Trastorno de pensamiento” y “Activación” no se observan cambios.

Por otro lado, además de la puntuación obtenida, la entrevista realizada durante la administración del BPRS permite evidenciar la mejora significativa en conciencia de enfermedad y en el manejo de la misma.

- BITE (Test de investigación bulímica, Edimburgo) (Henderson y Freeman, 1987).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 22	PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 1
PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 6	PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 0

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en posible sintomatología bulímica y gravedad de la misma. El usuario C.O. no cumple criterios diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria.

- EAT-26 (Cuestionario de las actitudes hacia la comida) (Garner y Garfinkel, 1979. Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN F. I (Restricción alimentaria): 15	PUNTUACIÓN F. I (Restricción alimentaria): 0
PUNTUACIÓN F. II (Bulimia y preocupación por la alimentación): 9	PUNTUACIÓN F. II (Bulimia y preocupación por la alimentación): 0
PUNTUACIÓN F. III (Control oral): 0	PUNTUACIÓN F. III (Control oral): 1
PUNTUACIÓN TOTAL: 24	PUNTUACIÓN TOTAL: 1

INTERPRETACIÓN: Se observa una mejora significativa en las tres subescalas del EAT-26. El usuario C.O. no muestra sintomatología bulímica.

- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS (MGH).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
A. INTERÉS: 2	A. INTERÉS: 2
A. EXCITACIÓN: 2	A. EXCITACIÓN: 2
A. ORGASMO: 4	A. ORGASMO: 2
A. ERECCIÓN: 2	A. ERECCIÓN: 2
A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 4	A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 2

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en el área “orgasmo” y el área “satisfacción global”.

4.4. SEGUIMIENTO.

El tratamiento propuesto por el psicólogo en prácticas culmina en abril de 2015 con resultados favorables en todas las áreas intervenidas. Un año después del tratamiento propuesto, en abril de 2016, el psicólogo en prácticas se reúne con el usuario, con sus familiares y con la psicóloga

de referencia para valorar el estado del usuario y la continuidad de las mejoras obtenidas una vez culminado el tratamiento.

ENTREVISTA FAMILIAR.

Se elabora una entrevista semiestructurada con los padres del usuario para conocer cuál es su impresión del estado de C.O. y los cambios que hayan podido observar después de un año desde la última evaluación por parte del psicólogo en prácticas. La entrevista se estructura en los siguientes apartados:

- Conciencia de problema.
- Gestión y expresión emocional.
- Comportamiento general en el hogar.
- Conductas y hábitos alimentarios actuales.
- Comunicación y expresión de la sexualidad en el hogar.
- Conductas sexuales del usuario.

Atendiendo a las respuestas obtenidas por parte de los padres del usuario C.O. se concluyen las siguientes premisas:

1. Por lo que se refiere a la conciencia de enfermedad del usuario, los familiares indican un cambio significativo en la detección de la sintomatología asociada a la enfermedad, permitiendo la elaboración y puesta en marcha de herramientas que permiten al usuario poder controlar dicha sintomatología de manera más eficaz. Concretamente, observan un mayor control de impulsos, mejora en la gestión de la ansiedad y una mayor eficacia en la resolución de conflictos interpersonales.
2. En cuanto a la gestión y expresión emocional, informan que, a pesar de observar mejoría, continúan indicando dificultades en el manejo de la frustración, situación que se intensifica cuando no acceden a alguna de sus demandas o se produce un conflicto de convivencia entre los hermanos.
3. Refieren, de manera general, un mejor comportamiento de C.O. en casa en cuanto a la ayuda que este dispensa en la realización de tareas del hogar y observan una mejor relación entre ellos, los padres, y el usuario. Por otro lado, no observan mejoría en la relación que mantiene con uno de sus hermanos, diagnosticado también de enfermedad mental grave, continuando con una relación tensa con múltiples conflictos en el hogar.
4. Por lo que respecta a los hábitos alimentarios, los padres de C.O. observan una mejor actitud ante la comida, mostrándose menos obsesionado e ingiriendo los alimentos con más calma. Por otro lado, refieren que el usuario no ha vuelto a acudir a un supermercado a robar comida, aspecto que justifican por que C.O. no ha vuelto a coger dinero a escondidas en casa. C.O. se muestra menos obsesionado por su físico, a pesar de que continua verbalizando su deseo de tener un cuerpo más atlético. No refieren haber observado conductas purgativas o comportamientos que pudieran hacer sospechar de su uso.

5. Por último, en cuanto a las conductas sexuales del usuario C.O., se cuenta con menor información por parte de los padres, hecho que se explica por los valores inculcados desde la comunidad religiosa a la que pertenecen.

INFORMACIÓN APORTADA POR LA PSICÓLOGA DE REFERENCIA.

La psicóloga de referencia del usuario C.O. nos facilita información referente a las siguientes áreas:

1. **ÁREA COGNITIVA.** El usuario mantiene las funciones cognitivas preservadas y se observa una mejora significativa en su capacidad de razonamiento. Por otro lado, señala dificultades en las relaciones interpersonales, dificultades derivadas de una actitud suspicaz intermitente, de la que también suele hacer uso con algunos de los profesionales del recurso.
En cuanto la conciencia de enfermedad, la psicóloga de referencia refiere encontrar una mejora en el conocimiento de la etiqueta diagnóstica pero observa dificultades para relacionar algunos de sus comportamientos y creencias automáticas con su patología.
2. **ÁREA COMPORTAMENTAL.** El usuario muestra una mejoría en sus relaciones interpersonales dentro del recurso y refiere una mejora en la relación con sus padres, aspecto del que la psicóloga es conocedora por la información aportada por el usuario y por sus padres. Por otro lado, destaca un comportamiento adecuado en la participación de las actividades del recurso, mostrando iniciativa y motivación en cada una de las actividades propuestas, especialmente en actividades deportivas.
Por lo que respecta a comportamientos sexuales, se informa de que se desconoce si el usuario ha mantenido conductas sexuales durante el último año, y en sesiones individuales, el usuario refiere a su psicóloga no haber tenido pareja hasta la fecha.
3. **ÁREA EMOCIONAL.** Se observa una mejora en la gestión de la frustración aunque el usuario muestra dificultades para comunicar sus propias emociones, observando una tendencia a reprimirlas o a ocultarlas a través del aislamiento en situación de experimentación de emociones, principalmente negativas.

INFORMACIÓN APORTADA POR EL USUARIO.

Con el objetivo de valorar, de un modo empírico y objetivable, los cambios producidos en el sujeto elegido después de un año desde la intervención planteada por el psicólogo en prácticas, se lleva a cabo una nueva evaluación utilizando los instrumentos seleccionados durante el post-tratamiento. A continuación se presentan las pruebas seleccionadas con las puntuaciones obtenidas durante el pre y el post-tratamiento.

- BIS-11. Escala de impulsividad de Barrat.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
I. COGNITIVA: 16	I. COGNITIVA: 8	I. COGNITIVA: 9,5
I. MOTORA: 13	I. MOTORA: 8	I. MOTORA: 8
I. NO PLANEADA: 22	I. NO PLANEADA: 14	I. NO PLANEADA: 14
I. TOTAL: 51	I. TOTAL: 30	I. TOTAL: 31,5

INTERPRETACIÓN. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución como puntuación para la interpretación de los resultados. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron: Impulsividad Cognitiva: 9,5; Impulsividad Motora: 9,5; Impulsividad no Planeada: 14; Puntuación Total: 32,5 (Bodes García y cols., 2002). Atendiendo a la mediana de distribución utilizada para la interpretación de los resultados observamos una disminución significativa en el nivel de impulsividad del usuario C.O. en todas las dimensiones. Comparando con los resultados del post-tratamiento, se observa un ligero empeoramiento en la *Impulsividad Cognitiva*.

- R-459 ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSIGHT.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
PUNTUACIÓN: 12/14	PUNTUACIÓN: 14/14	PUNTUACIÓN: 14/14

INTERPRETACIÓN: A pesar de que el usuario ya mostraba una conciencia de enfermedad elevada, observamos en los resultados post-tratamiento que se produce una mejora en su conocimiento sobre la enfermedad, principalmente en la etiología y las características específicas de su enfermedad. Dicha mejora se mantiene después de un año.

- SFS-AI. Birchwood, Smith y cols. 1990 (R. Jiménez G^a-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón). Escala de funcionamiento social.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114	PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114,29	PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114,29
PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90	PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90	PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR.	NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR.	NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR.
DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 3. Medio Riesgo.	DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 6. Bajo Riesgo	DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 6. Bajo Riesgo
RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 5. Medio Riesgo.	RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 6. Bajo Riesgo	RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 5. Medio Riesgo
INFORMACIÓN. P.D: 0. Alto Riesgo.	INFORMACIÓN. P.D: 4. Bajo Riesgo	INFORMACIÓN. P.D: 4. Bajo Riesgo

INTERPRETACIÓN: Los datos indican un buen funcionamiento social del usuario a nivel global. Se observa una mejoría en los datos obtenidos acerca las relaciones familiares y de la información disponible acerca de su enfermedad. La puntuación general se mantiene después de un año. Se observa un empeoramiento en la puntuación referente a la relación familiar.

- BPRS. Lukoff, D.; Nuechterlein, K.H. & Ventura, J. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7. 1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN Preocupación somática: 4 Ansiedad: 3 Depresión: 1 Culpa: 6 TOTAL: 14	PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7. 1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN Preocupación somática: 1 Ansiedad: 1 Depresión: 1 Culpa: 1 TOTAL: 4	PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7. 1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN Preocupación somática: 2 Ansiedad: 1 Depresión: 1 Culpa: 1 TOTAL: 5
2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO Desorganización conceptual: 1 Grandiosidad: 1 Alucinaciones: 1 Contenido inusual del pensamiento: 1 TOTAL: 4	2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO Desorganización conceptual: 1 Grandiosidad: 1 Alucinaciones: 1 Contenido inusual del pensamiento: 1 TOTAL: 4	2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO Desorganización conceptual: 1 Grandiosidad: 1 Alucinaciones: 1 Contenido inusual del pensamiento: 1 TOTAL: 4
3. ANERGIA Aislamiento emocional: 2 Retardo Motor: 1 Afecto Embotado: 1 Desorientación: 2 TOTAL: 6	3. ANERGIA Aislamiento emocional: 1 Retardo Motor: 1 Afecto Embotado: 1 Desorientación: 1 TOTAL: 4	3. ANERGIA Aislamiento emocional: 1 Retardo Motor: 1 Afecto Embotado: 1 Desorientación: 1 TOTAL: 4
4. ACTIVACIÓN Tensión: 1 Manierismos y posturas: 1 Excitación: 1 TOTAL: 3	4. ACTIVACIÓN Tensión: 1 Manierismos y posturas: 1 Excitación: 1 TOTAL: 3	4. ACTIVACIÓN Tensión: 1 Manierismos y posturas: 1 Excitación: 2 TOTAL: 4
5. HOSTILIDAD Hostilidad: 5 Susplicia: 1 No cooperatividad: 1 TOTAL: 7	5. HOSTILIDAD Hostilidad: 1 Susplicia: 1 No cooperatividad: 1 TOTAL: 3	5. HOSTILIDAD Hostilidad: 1 Susplicia: 2 No cooperatividad: 1 TOTAL: 4

INTERPRETACIÓN: Se observa, en el post-tratamiento, una mejora significativa en las subescalas "Ansiedad-Depresión", "Anergia" y "Hostilidad" del BPRS, especialmente en las subescalas "Ansiedad-Depresión" y "Hostilidad". En las subescalas "Trastorno de pensamiento" y "Activación" no se observan cambios.

Por otro lado, además de la puntuación obtenida, la entrevista realizada durante la administración del BPRS permite evidenciar la mejora significativa en conciencia de

enfermedad y en el manejo de la misma. Por lo que respecta al seguimiento, se observa, a grandes rasgos, un mantenimiento de la puntuación obtenida en el post-tratamiento. Aunque con un aumento poco significativo, se observa un empeoramiento en las escalas *Ansiedad-depresión* (con un aumento de un punto en la variable preocupación somática), *Activación* (con aumento de un punto en la variable activación) y *Hostilidad* (con aumento de un punto en la variable suspicacia).

- BITE (Test de investigación bulímica, Edimburgo) (Henderson y Freeman, 1987).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 22 PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 6	PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 1 PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 0	PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 1 PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 0

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en el post-tratamiento en posible sintomatología bulímica y gravedad de la misma. El usuario C.O. no cumple criterios diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria. Mantiene puntuación en el seguimiento. Se descarta trastorno de conducta alimentaria.

- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS (MGH).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 1 AÑO
A. INTERÉS: 2 A. EXCITACIÓN: 2 A. ORGASMO: 4 A. ERECCIÓN: 2 A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 4	A. INTERÉS: 2 A. EXCITACIÓN: 2 A. ORGASMO: 2 A. ERECCIÓN: 2 A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 2	A. INTERÉS: 2 A. EXCITACIÓN: 1 A. ORGASMO: 2 A. ERECCIÓN: 1 A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 2

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en el área "orgasmo" y el área "satisfacción global". En el seguimiento se mantienen las mejoras.

4.5. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.

A raíz de los resultados obtenidos y de la información aportada por la familia y la psicóloga de referencia, se observa un mantenimiento de las mejoras observadas durante el post-tratamiento.

El usuario C.O. mantiene una disminución general en el nivel de impulsividad, aspecto que se vivencia en una mejora conductual en el hogar y una actitud más resolutiva de interacción interpersonal. También se vivencia dicho mantenimiento en el control de la ingesta de alimentos, sobre todo con la ingesta derivada a estados emocionales alterados o intensos o en los hurtos de comida que realizaba en supermercados en el pasado. Por otro lado, el ligero empeoramiento en la escala de Impulsividad Cognitiva del BIS-11 deja reflejada su problemática en la interpretación de determinadas situaciones de carácter interpersonal, con una respuesta suspicaz en alguna de ellas.

Por lo que respecta a la conciencia de enfermedad de C.O., se evidencia, después de un año, el cambio observado tras el tratamiento. El residente muestra una conciencia clara de su patología y de la sintomatología asociada. Por otro lado, la psicóloga de referencia advierte que el usuario muestra dificultades para relacionar las reacciones suspicaces que muestra en ocasiones tras un conflicto interpersonal con las patologías diagnosticadas, aspecto que actualmente se está trabajando desde el recurso.

También se evidencia un mantenimiento en la mejora en la adquisición y uso de habilidades sociales y de resolución de conflictos interpersonales. Está mejoría no sólo queda reflejada entre su grupo de iguales, sino que también se evidencia en su relación con sus padres y hermanos. Por otro lado, sigue observándose una relación complicada con su hermano mayor, diagnosticado de enfermedad mental grave.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se detecta un mantenimiento de la mejoría indicada tras el tratamiento. C.O. mantiene unos hábitos y rutinas alimentarios adecuados, cumpliendo con las indicaciones trabajadas por el departamento de enfermería del Centro Gran Vía en cuanto a la variedad de alimentación y número de comidas necesarias. Además, C.O. continúa practicando ejercicio físico de un modo saludable, mejorando su bienestar y su salud física.

Por último, por lo que respecta a su respuesta sexual, no tenemos datos que puedan indicar una mejora en su capacidad para alcanzar el orgasmo dentro de una relación sexual con pareja, aspecto que se debe a la ausencia de esta durante este tiempo. Por otro lado, el usuario sí informa de alcanzar el orgasmo durante la masturbación. También refiere sentirse más cómodo con su sexualidad y ha detectado una mejoría en su relación con personas de su sexo opuesto, mostrándose más desinhibido y extrovertido cuando interacciona con mujeres.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso nos permiten concluir que los tratamientos elegidos para abordar las diferentes patologías que presentaba el usuario del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía han sido los adecuados.

El usuario, desde el inicio del estudio, mostró una buena disposición a participar y llevar a cabo las pautas asignadas por el psicólogo en prácticas, facilitando con ello el proceso terapéutico establecido. A pesar de la buena disposición del usuario durante todo el proceso terapéutico, la complejidad de las patologías presentadas exigía una intervención más extensa y prolongada de lo que ha sido posible establecer en este estudio, atendiendo a la temporalización establecida de las prácticas de fin de máster. Por este motivo, los resultados deben ser interpretados con la debida cautela, siendo necesario un seguimiento, como el realizado en el presente estudio, que nos permitiera comprobar los efectos del tratamiento en los nuevos hábitos de vida del usuario, tanto en lo referente a su conducta alimentaria como en su capacidad de resolución de conflictos interpersonales, desde los que incluimos sus relaciones sexuales y su actitud ante las mismas.

En primer lugar, en lo referente al trastorno de la conducta alimentaria, atendiendo a los resultados obtenidos, podríamos decir que el proceso terapéutico seguido durante la intervención realizada por el psicólogo en prácticas ha sido adecuado, siguiendo las técnicas con mayor apoyo empírico según los datos de la APA (*American Psychiatric Association*, 2000). El vínculo terapéutico establecido entre el psicólogo en prácticas y el usuario ha propiciado una adecuada adherencia al tratamiento, a pesar de que las reservas del usuario a la hora de compartir la totalidad de las conductas disruptivas referentes a sus hábitos alimentarios (cómo la realización de conductas purgativas) propiciaron un cambio en el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria durante el proceso de tratamiento, cambio que, por otro lado, no supuso grandes reajustes en la propuesta de tratamiento. Atendiendo al perfil estándar de las personas diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria, dicha desconfianza y tendencia a ocultar este tipo de rituales alimentarios entran dentro de lo habitual y de lo esperable en las intervenciones de los trastornos de la conducta alimentaria (Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008). A pesar de las dificultades propias de la patología, la buena disposición del usuario y el trabajo psicoeducativo previo, han propiciado la buena adherencia al tratamiento citada anteriormente. El tratamiento de elección para la bulimia nerviosa, un tratamiento cognitivo-conductual, adaptado a las características del usuario (recordamos que C.O. cuenta con una discapacidad intelectual leve), se ha llevado a cabo sin mayores complicaciones, fomentando la ruptura y modificación de las creencias disfuncionales del usuario con respecto a la comida y, posteriormente, un cambio significativo en sus hábitos alimentarios. Por otro lado, dicho tratamiento ha permitido favorecer la adquisición de nuevas habilidades de resolución de conflictos interpersonales, ayudando al usuario a encontrar una alternativa a los atracones y al comer emocional que utilizaba en el pasado para solucionar dichos conflictos. Otro aspecto relevante del tratamiento ha sido la intervención dirigida a una redefinición del autoconcepto del usuario, promoviendo una mejora en su autoestima, muy vinculada a su

peso corporal antes del tratamiento. Asimismo, la colaboración de la familia, informando al psicólogo en prácticas de los cambios en los hábitos alimentarios durante el tratamiento y colaborando en la cumplimentación de los registros de control de conductas alimentarias, ha sido relevante y de gran ayuda durante todo el proceso terapéutico. Por otro lado, el seguimiento realizado después de un año de la intervención en esta área, confirma la consolidación de los cambios observados por el usuario, mostrando nuevas rutinas y hábitos alimentarios, y haciendo uso de nuevas estrategias para abordar situaciones ansiógenas, situaciones que en el pasado propiciaban los atracones.

Otro de los puntos relevantes en el estudio del presente caso único es el tratamiento realizado para abordar el trastorno orgásmico masculino. Debido a la situación sentimental actual de C.O., por la que actualmente no tiene una pareja sexual y refiere no mantener relaciones sexuales esporádicas con nadie, el tratamiento se ha enfocado hacia el área cognitiva de la patología, trabajando específicamente en las creencias irracionales del usuario acerca de las relaciones sexuales y el sentimiento de culpabilidad que generaba la realización de las mismas. Los resultados, por lo que respecta al aprendizaje del usuario, la generación de nuevas creencias adaptativas y racionales con respecto a la sexualidad, han sido significativamente positivos, mejorando la visión del usuario sobre la conducta sexual y minimizando el sentimiento de culpabilidad que le generaba mantener relaciones sexuales o practicar conductas sexuales de autoexploración sexual como la masturbación. A pesar de estos resultados, el tratamiento realizado ha dejado algunos aspectos importantes por abordar. Uno de ellos es la intervención con los familiares acerca de la sexualidad de su hijo. Tal y como quedó reflejado en la historia clínica del usuario, los familiares pertenecen a una comunidad religiosa con una visión conservadora de la sexualidad humana. Esta situación propició que la educación sexual de C.O. estuviera orientada hacia la prohibición y el pecado de mantener relaciones sexuales fuera del sacramento del matrimonio, generando con ello un sentimiento de culpabilidad por la realización de conductas sexuales. A pesar de la conveniencia de la intervención familiar, dados sus principios religiosos se valoró como poco oportuno el abordaje de este tema con los familiares del usuario. El segundo aspecto relevante que no pudo ser trabajado, tal y como hemos comentado anteriormente, al no disponer de una pareja sexual, son las prácticas sexuales del usuario. Durante el módulo psicoeducativo del tratamiento se generaron habilidades y recomendaciones para las diferentes prácticas sexuales, tanto individuales como con una posible pareja sexual, pero dicho contenido teórico hubiera quedado debidamente complementado con una valoración y revisión de las prácticas sexuales del usuario, permitiendo unos resultados más objetivos de los cambios reales de C.O. en este aspecto. El seguimiento realizado después de un año no ha permitido obtener información relevante sobre el comportamiento sexual del usuario, debido en gran medida a que C.O. no cuenta con una pareja sexual y, por la información que nos aporta, durante este año no ha habido encuentros sexuales con ninguna persona. Por otro lado, si hemos encontrado un mantenimiento del cambio del usuario en cuanto a su actitud y percepción de las relaciones sexuales, aspecto que facilita la comunicación del usuario con personas de su sexo opuesto al no vivir estas experiencias con la ansiedad con la que lo hacía en el pasado.

Por último, en el caso de la discapacidad intelectual leve, el recurso cuenta con un dispositivo completo de talleres y actividades que intervienen en esta discapacidad por lo que la intervención realizada por el psicólogo en prácticas ha ido encaminada a proporcionar la información necesaria para que C.O. conozca dicho diagnóstico, la sintomatología relacionada y las causas del mismo. Uno de los aspectos más relevantes de esta intervención para la situación del usuario ha sido el trabajo realizado con el objetivo de desmontar las creencias irracionales y negativas que tenía acerca de su patología y las causas de la misma, sintiéndose, previamente al tratamiento, el único y máximo responsable de su situación. El seguimiento no nos ha permitido obtener información sobre cambios positivos, aunque si se observa una mejora en la funcionalidad y adaptación de C.O. en multitud de situaciones interpersonales y de desempeño personal.

Por tanto, atendiendo a los resultados obtenidos podemos concluir que, a pesar de las dificultades derivadas de la disposición temporal de las prácticas de fin de máster y la complejidad propia de las patologías diagnosticadas, se ha observado un progreso significativo en el usuario, mejorando su estado de ánimo, sus habilidades comunicativas y de resolución de conflictos y su capacidad para generar creencias alternativas razonables y más positivas a sus pensamientos automáticos y negativos. Dentro de esta mejoría significativa, quedan algunos aspectos pendientes de abordaje, tales como una intervención más exhaustiva con los familiares y un seguimiento pormenorizado de los hábitos alimentarios y sexuales del usuario. Estos resultados favorables se han mantenido después de un año, aspecto que nos permite inferir la validez de las intervenciones realizadas y la buena disposición del usuario desde el inicio del tratamiento.

LIMITACIONES.

Tal y como se indicaba anteriormente, la complejidad de las patologías presentadas exigía una intervención más extensa de lo que ha sido posible establecer. En el caso de los tratamientos con validación empírica para los trastornos de la conducta alimentaria, se establece que la duración media para abordar dichas patologías es de aproximadamente un año (Perpiñá et al., 2006). Por otro lado, debido a la temporalidad de las prácticas, no ha sido posible hacer un seguimiento adecuado de las conductas sexuales de C. O., por lo que no se han podido valorar los resultados del trabajo cognitivo establecido para el abordaje del trastorno sexual identificado en el usuario. Esta limitación, por otro lado, si se ha podido corregir durante el seguimiento posterior, constatando la necesidad del mismo.

Otro de los objetivos terapéuticos que no han podido ser debidamente abordados durante el tratamiento del usuario C.O. es la intervención familiar. La baja implicación de los familiares en el tratamiento establecido desde el recurso del CRIS y las creencias de la comunidad religiosa a la que pertenecen, junto a la percepción de aspectos como la sexualidad o la alimentación adecuada, han dificultado una adecuada intervención con los padres de C.O., por lo que ha sido necesario reforzar dicha intervención con el usuario, a nivel individual, para dotarle de herramientas que le permitan solventar posibles conflictos familiares debido a estos temas. A pesar de la buena disposición posterior, durante la entrevista realizada en el seguimiento

anual, siguen quedando por abordar aquellas situaciones y conductas vinculadas a las relaciones sexuales, aspecto que resulta incómodo para la familia de C.O. debido a los preceptos de la comunidad religiosa a la que pertenecen.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Amador J. A. (2013). Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). Universidad de Barcelona, Facultad de psicología, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). DSM-IV-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Elsevier Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Editorial American Psychiatric Publishing.
- Ballester R., Gil M^a D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 7(1), 95-104.
- Ballester R., Gil M^a D. (1997). Intervención psicológica en las disfunciones sexuales. En Pascual L. M., Ballester R. (Eds.). *La práctica de la Psicología de la Salud: Programas de Intervención* (pp. 175-203). Valencia: Editorial Promolibro.
- Baños M^a R., Perpiñá C. (2009). Exploración Psicopatológica. Madrid: Editorial Síntesis.
- Benedet M^a J. (2002). Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva. Madrid: Editorial Observatorio de la Discapacidad.
- Bordalejo D., Boullosa O., Hadid E., Puricelli M., Romero E., Tannenhaus L., Vietiez A., Vázquez G. (2012). Correlación entre impulsividad, temperamento, carácter y performance neurocognitiva en pacientes bipolares eutímicos. *Alcmeon*, 18(1), 5-16.
- Butcher J. N., Miineka S., Hooley J. M. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En Butcher J. N., Miineka S., Hooley J. M. (Eds.), *Psicología Clínica* (pp. 297-323). Madrid. Editorial Pearson.
- Consejería de asuntos sociales (2002); *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención* (Documento inédito). Gobierno del principado de Asturias.
- Crespo M., Labrador F. J., De la Paz, M^a L. (2008). Trastornos sexuales. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. (dirs.), *Manual de psicopatología, Edición revisada, Volumen I* (pp. 309-353). Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Fuentes I., Romero M., Dasí C., Ruiz J. C. (2010). Versión abreviada del WAIS-III para su uso en la evaluación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 22(2), 202-207.
- Gilar, R. (2003); *Adquisición de habilidades cognitivas. Factores en el desarrollo inicial de la competencia* (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- González F. M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Madrid: Editorial Ciencias Médicas.

- Granero M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197.
- Gregory R. J. (2012). Pruebas psicológicas: Historia, principios y aplicaciones. Sexta edición. Madrid: Editorial Pearson.
- Grupo el Castillo. Descripción Centro Gran Vía de Castellón. www.grupoelcastillo.com. Recuperado de <http://www.grupoelcastillo.com/grupo-el-castillo/centros/castellon>.
- Hernández, B. (2000). *El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias*. Documentos de Trabajo Social, nº 52.
- Iribarren M., Jiménez M., García J. M., Rubio G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 49-60.
- Jorquera M. (2014). Tratamiento cognitivo comportamental para la bulimia nerviosa. (Tesis doctoral). Universidad Jaume Primer, Facultad de ciencias de la salud, España.
- Labrados F. J., Crespo M (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 3(13), 428-441.
- LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. En R. C. Rosen y S. R. Leiblum: *erectile disorders: Assessment and treatment*. Guilford Press.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602
- Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R. J. (2006); *Trastornos de las funciones ejecutivas*. Revista de Neurología. Vol. 42, Supl. 3, págs. 45-50.
- Pelechano V. (2009). El retraso mental. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. (dirs.), *Manual de psicopatología*, Edición revisada, Volumen II (pp. 533-547). Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Perpiñá C. (2010). Trastornos alimentarios. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 125-157). Madrid: Editorial Pirámide.
- Perpiñá C., Botella, C., Baños R. (2006). Evaluación de los trastornos alimentarios. En Caballo V. E. (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Volumen II: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos (pp. 211-233). Madrid: Editorial Pirámide.
- Roca E., Roca B. (2002). Publicaciones y materiales para la psicoterapia. Recuperado el 17 de febrero de 2015, de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm#resena>.

Rosselli M. (2010). Trastorno global de aprendizaje: retardo mental. En Rosselli M., Matute E., Ardila A. (Eds.). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México, D. F. Editorial Manual moderno.

Vallina O., Lemos S., García A., Otero A., Alonso M., Gutiérrez A. M. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10(2), 459-474.

