

**Madrid 10 de septiembre de 2003**

*Madrid 10 de septiembre de 2003*



# **Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Transtorno Mental Grave**

**Documento de Consenso**





**MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES**

**2003**



el Año Europeo de las personas con discapacidad

SECRETARÍA GENERAL  
DE ASUNTOS SOCIALES

**INSTITUTO DE MIGRACIONES  
Y SERVICIOS SOCIALES**

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN  
Y EVALUACIÓN

# REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

## DOCUMENTO DE CONSENSO

CORREO ELECTRÓNICO:

[odc.imserso@mtas.es](mailto:odc.imserso@mtas.es)



AVDA. DE LA ILUSTRACIÓN, S/N  
CON VTA. A GINZO DE LIMIA, 58  
MADRID  
TEL. 913 638 602  
FAX: 913 638 733

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales.  
Instituto de Migraciones y Servicios sociales (IMSERSO).

**Coordinación:**

Walk, rehabilitación y desarrollo integral S.L.L.

**Comité técnico:**

José Carlos Baura Ortega.

Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO

Esther López Martín-Berdinos.

Jefa de Área de la Subdirección de planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO

José María García Martín.

Jefe del Área del Plan de Acción. IMSERSO

Adela Sanz Rufín.

Jefa del Servicio de Formación Especializada. IMSERSO

Pilar Durante Molina.

Responsable de programas de Salud Mental. Walk, rehabilitación y desarrollo Integral, S.L.L.

Blanca Noya Arnaiz.

Responsable de programas domiciliarios. Walk, rehabilitación y desarrollo Integral, S.L.L.

### **Expertos participantes en los grupos de trabajo:**

Alcazar Casanova, Félix. Servicio de Salud Mental. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Blasi Ras, Ramón. Psiquiatra Social, Presidente y Director Médico de la Asociación ARAPDIS, Vicepresidente y Representante de Cataluña de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, Secretario para España y Europa de la WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), Secretario para Europa de la WASP (Asociación Mundial de Psiquiatría Social), Secretario General de la MESPA (Sociedad de Psiquiatría Social del Mediterráneo). Cataluña.

Cabrera Herrera, Asunción. Psicóloga. Coordinadora del Programa de Viviendas Tuteladas para Enfermos Mentales. Diputación de Badajoz. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Cano Pérez, Leonor. Psicóloga. Jefa del Servicio de Enfermos Mentales Crónicos. Dirección General de Integración Social de Discapacitados. Consellería de Bienestar Social, Generalitat Valenciana.

Chico del Río, Mercedes. Coordinadora del Centro de Rehabilitación Psicosocial. Responsable de Programas. Consorcio Hospitalario de Burgos. Hospital Fuente Bermeja.

Domínguez, Ana Isabel. Psicóloga. Responsable del Hospital de Día. Jefe del Departamento de Psicología. Hospital Aita Menni. Mondragón.

Domper Tornil, Jaime. Médico Psiquiatra. Plan de Salud Mental de la Junta de Castilla-La Mancha.

Durante Molina, M<sup>a</sup> del Pilar. Terapeuta Ocupacional. Responsable de programas de Salud Mental. Walk, rehabilitación y desarrollo integral S.L.L. Madrid.

Fernández Portes, Luis. Asesor Técnico del Departamento de Programas, Evaluación e Investigación de FAISEM. Andalucía.

Girón Martínez, Francisco. Director CRMF de Albacete. IMSERSO.

Gómez Pastor, Inmaculada. Psicóloga. Directora-Gerente del CRMF de Madrid. IMSERSO.

González Cases, Juan. Psicólogo. Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Alcalá de Henares", Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Hernández Blázquez, Mar. Psicóloga. Coordinadora de la Minirresidencia "Aravaca". Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ibáñez Basterrica, Kattalin. Jefa de Sección de Programación y Evaluación. Consejería de Servicios Sociales. Gobierno de Navarra.

López Marugán, M<sup>a</sup> Antonia. Jefa de Servicio de Atención a Discapacitados, Inmigrantes y otros Colectivos. Instituto de SS.SS. de la Región de Murcia.

López Pardo, Andrés. Asesor Técnico del Departamento de Programas, Evaluación e Investigación de FAISEM. Andalucía.

Noya Arnaiz, Blanca. Terapeuta Ocupacional. Responsable de Programas Domiciliarios. Walk, rehabilitación y desarrollo integral, S.L.L. Madrid.

Rivas Fernández, Ana M<sup>a</sup>. Dirección Técnica de Atención a Personas Mayores y con Discapacidad. Junta de Castilla y León.

Rodríguez González, Abelardo. Psicólogo. Coordinador del Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ruesgas Salgado, Esther. Trabajadora Social. Departamento de personas con discapacidad y otros colectivos de exclusión social. Dirección General de Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja.

Sarasola, Aurora. Médico Psiquiatra. Experta en Inserción Laboral. Aragón.

Sobrino Calzado, Teodosia. Psicóloga. Coordinadora del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Rehabilitación Laboral “Vazquez de Mella”, Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Sopeña, Carlos. Director-Gerente de COINRE. Cataluña.

Valle López, Rosa M<sup>a</sup> del. Médico Psiquiatra. Experta en Rehabilitación. Médico adjunto de la Unidad de Subagudos de Centros Hospitalarios Torribera. Diputación de Barcelona.

Velasco, Avelino. Psicólogo. FEAFES. Madrid.

Verdugo, Silvia. Psicóloga. Técnico de Inserción Laboral del Proyecto INICIA. Gobierno de Cantabria.

Vilda, M<sup>a</sup> Teresa. Psicóloga. IMSERSO.

**Expertos participantes en el grupo de consenso e internet:**

Artal Simón, Jesús. Médico Psiquiatra. Director General de Planificación. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

Bonet y Dalmau, Pere. Médico Psiquiatra. Jefe del Departamento de Salud Mental de la Red Asistencial de Manresa. Director del Proyecto MOSAIC. Cataluña

Florit Robles, Alejandro. Psicólogo. Director del Centro de Rehabilitación psicosocial y Minirresidencia “Retiro”, Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Profesor Asociado de Psicología de la UCM.

García, José M<sup>a</sup>. Psicólogo. IMSERSO

Guinea, Ricardo. Médico, Psicoterapeuta. Presidente de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial.

Guzmán Lozano, Sergio. Terapeuta Ocupacional. Centros Asistenciales Torribera. Diputación de Barcelona.

Lastra, Ismael. Responsable del proyecto INICIA. Gobierno de Cantabria.

Marti Tusquets, José Luis. Psiquiatra, Profesor Emerito de Psiquiatria Social. Cataluña.

Melendo, José Jaime. Psiquiatra. Coordinador de Programas Asistenciales. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Comunidad de Madrid.

Navarrón Cuevas, Emilia. Terapeuta Ocupacional. Comunidad Terapéutica “Virgen del Rocio”. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

Pérez Pérez, M<sup>a</sup> Luisa. Trabajadora Social. Responsable del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. Servicio de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Seva Díaz, Antonio. Médico Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatria de la Universidad de Zaragoza.

Simón Expósito, Miguel. Psicólogo. Subdirector de Salud Mental y Recursos sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

Vázquez Valverde, Carmelo. Profesor titular de Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

**Coordinación técnica y elaboración final del documento:**

Pilar Durante Molina

Blanca Noya Arnaiz

## PREFACIO

Los trastornos mentales crónicos no constituyen sólo un problema de salud sino que afectan muy profundamente a todas las esferas de la vida de los individuos como son su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Otra dificultad que han de vencer estas personas es la de vivir con el estigma social que supone la enfermedad.

El cambio de paradigma que en su día supuso la reforma psiquiátrica y la desinstitutionalización, no estuvo acompañado de los necesarios recursos comunitarios, recayendo el peso de la atención de forma muy considerable en la familia.

La debilidad en la implantación del modelo comunitario ha motivado que el movimiento asociativo de familiares y afectados, los profesionales y la sociedad en general estén reclamando desde hace tiempo los recursos sociales a que tienen derecho.

El documento de consenso que hoy presentamos, nace de la preocupación del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) por los colectivos especialmente vulnerables y con el objetivo de mitigar el riesgo de exclusión social y dar respuesta a estas legítimas demandas.

El Instituto, a partir de las Jornadas sobre "*Salud Mental: problemas de adaptación e integración social de las personas con enfermedad mental crónica*" celebradas en Enero de 2002, en donde estas necesidades sin resolver volvieron a ponerse de manifiesto, impulsó la creación de un grupo de expertos que ha elaborado el presente documento: "**Rehabilitación e Integración de las personas con trastornos mentales graves**".

Dicho grupo, integrado por profesionales de distintos ámbitos, comunidades autónomas, entidades privadas, movimiento asociativo..., dedicados a la atención de estas personas, ha trabajado en las tres áreas fundamentales para el adecuado funcionamiento de estas personas en la sociedad:

- Rehabilitación Psicosocial
- Vivienda
- Integración laboral

En cada uno de los apartados se describen y analizan los dispositivos necesarios desde un modelo comunitario, completo, integral, integrado con el resto de recursos, continuado y progresivo.

Para esta intervención integrada desde los servicios sanitarios y sociales se propone la metodología de la gestión del caso con el fin de garantizar la continuidad del plan de intervención así como establecer los necesarios circuitos de coordinación y derivación. Con ello se pretende corregir el desarrollo desigual de los dispositivos asistenciales, mejorar la "buena práctica", optimizar los recursos disponibles y crear los que sean necesarios.

Los principios sobre los que se asienta el documento son el control de calidad tanto de los procesos como de los servicios, la formación y reciclaje de los profesionales y de la comunidad, la investigación y las consideraciones éticas tanto de la atención prestada como de la práctica profesional.

El resultado del esfuerzo y el trabajo de este grupo de expertos pretende ser un documento marco que impulse las políticas de integración e inserción social de este colectivo. Su objetivo es claro: mejorar la calidad de vida y la participación activa en la comunidad, promoviendo un marco sociosanitario de intervención imprescindible en la atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada y sus familias.

Este documento responde claramente a la preocupación del IMSERSO por facilitar a estas personas y sus familias las oportunidades efectivas de llevar una vida digna y normalizada en la sociedad.

A la vista del resultado de este trabajo, se requiere un esfuerzo constante de todos los agentes intervinientes para impulsar este nuevo modelo de intervención, desde el principio de la corresponsabilidad de todas las instancias e instituciones, aunando esfuerzos y coordinando actuaciones entre los diferentes sectores implicados para conseguir optimizar los recursos existentes y crear nuevos dispositivos que garanticen a la persona que sufre una enfermedad mental y a su familia una vida digna.

Madrid, junio de 2003

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	9
INTRODUCCIÓN .....	11
TRASTORNO MENTAL GRAVE: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA .....	13
Definición .....	13
Prevalencia .....	13
DETECCIÓN DE PROBLEMAS .....	15
En relación con la población a atender .....	15
En relación a los recursos y la organización .....	17
REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL: FILOSOFÍA Y PRÁXIS .....	21
Rehabilitación psicosocial: Definición, principios y praxis .....	22
Objetivos de la rehabilitación psicosocial .....	22
Población atendida .....	23
Metodología y estrategias de intervención en rehabilitación psicosocial .....	23
Los profesionales de la rehabilitación psicosocial .....	24
Cartera de servicios .....	25
FORMACIÓN Y RECICLAJE DE LOS PROFESIONALES Y DE LA COMUNIDAD .....	27
INVESTIGACIÓN .....	29
CALIDAD ASISTENCIAL. CLAVES PARA LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	31
PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE PRÁXIS .....	35
ANÁLISIS ECONÓMICO Y NECESIDADES PRESUPUESTARIAS .....	37
BIBLIOGRAFÍA .....	39
ANEXOS .....	43
Anexo 1: Unidades de salud mental: Programa de rehabilitación y seguimiento de las personas con TMG .....	45
Anexo 2: Hospital de día .....	47
Anexo 3: Unidad de hospitalización breve .....	49
Anexo 4: Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación .....	51
Anexo 5: Unidad específica de rehabilitación psicosocial .....	53
Anexo 6: Centro de día .....	59
Anexo 7: Recursos comunitarios de convivencia y vivienda .....	61
Anexo 8: Programas de rehabilitación laboral .....	69
Anexo 9: Prestaciones económicas .....	77
Anexo 10: Otros recursos de apoyo comunitario .....	79



# 1. PRESENTACIÓN

La rehabilitación psicosocial se define como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del Trastorno mental grave (TMG). Esta filosofía se ha de articular en un proceso continuado, con distintos eslabones interdependientes, para la práctica profesional, iniciándose en el momento del diagnóstico y desarrollándose a lo largo de la trayectoria de vida de la persona. La rehabilitación de las personas con TMG ha de ser una prestación más dentro de los servicios sanitarios, siguiendo la filosofía que la sustenta y con el apoyo de los recursos sociales se logrará alcanzar el objetivo último de integración plena en la sociedad.

La prevalencia de trastorno mental en estudios epidemiológicos comunitarios en nuestro país está en torno al 20%, siendo las cifras de prevalencia anual de esquizofrenia y psicosis paranoide entre el 0,1 y el 2,4%, oscilando las cifras medias entre el 0,3 y el 0,6 %. Esto equivale a que a lo largo de un año por cada 100.000 habitantes, unos 20.000 tendrán algún tipo de trastorno mental de los cuales una proporción se resolverá sin tratamiento, otra será atendido en Atención Primaria y otra será atendida en los servicios de Salud Mental (aproximadamente un 4% según el modelo de Goldberg y Huxley). Por cada 100.000 hab., anualmente, entre 300 y 600 individuos tendrán trastornos psicóticos (sin incluir las psicosis afectivas) y un 40% aproximadamente de éstos necesitarán utilizar recursos de rehabilitación.

**Tabla 1. Estimación de necesidades de plazas de rehabilitación**

Dispositivo	Plazas/100.000 hab.mínimas	Plazas/100.000 hab.óptimas
Unidad específica de rehabilitación psicosocial	20	50
Centros de día y actividades ocupacionales	20	50
Centros de rehabilitación laboral/Talleres protegidos/ apoyo al empleo normalizado	15	30
Unidad residencial	20*	20*
Minirresidencia / CEEM	20/40	50
Pisos /viviendas tutelados/as	20	50
Viviendas supervisadas / autónomas	20	50
Pensiones supervisadas	5	10

\* Depende de la existencia previa de personas hospitalizadas con grave deterioro psicosocial.

En la tabla nº 1 se recoge la estimación de necesidades en cuanto a los recursos de rehabilitación. Esta estimación está muy determinada por la capacidad de la propia comunidad (sus familias, los recursos sociales y laborales...) para acoger a estos individuos. Pero aunque lo deseable es que la integración sea en la medida de lo posible en recursos normalizados para muchas personas esto no es posible así y deben existir suficientes plazas de recursos específicos. Por otra parte estos recursos permiten el apoyo y la descarga de las redes sociales naturales de estos individuos, que de no contar con ellos pueden romperse y favorecer los procesos de exclusión.

Este apartado es, sin lugar a dudas, el más deficitario en todas las CCAA y el que influye de modo más determinante en el desarrollo satisfactorio de la Reforma Psiquiátrica. La atención de calidad para las personas con enfermedades graves y crónicas exige una atención integral que abarca tanto los aspectos sanitarios como sociales.

Desde Servicios Sociales es necesario crear un proyecto unificado y específico a nivel de recursos en apoyo y complementación de la asistencia sanitaria y dentro de un proyecto global de rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. Debe ser un modelo completo (con recursos adecuados, suficientes y a todos los niveles), integral (que cubra todas las necesidades y déficit a este nivel), integrado con los demás recursos (tanto de rehabilitación sociocultural como socio laboral), continuado (sin limitaciones, ni déficit, ni interrupciones, etc...) progresivo (de los recursos más protegidos o menos autónomos hasta los menos protegidos y más autónomos, los recursos normalizados) y comunitario (en la comunidad y con la comunidad).

Igualmente, deben articularse todas las medidas de apoyo a la integración laboral de las personas que padecen un trastorno mental grave, desde los establecimientos y programas de rehabilitación y orientación laboral, a las medidas de apoyo a los empresarios que contratan a personas de este colectivo.

El objetivo final debe ser la integración normalizada, como derecho natural y dignidad social, volver al lugar de origen si es posible, a su barrio y a su familia, y a su grupo social de referencia y si no es posible intentar llegar a un nivel o situación lo más cercana posible a su lugar de origen.

## 2. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación es un proceso que implica a dos partes principales: La sociedad y el individuo. La sociedad, porque ha de ejercer un papel activo en dos sentidos fundamentales, por un lado, brindando oportunidades al individuo para que se desarrolle e integre de forma normalizada en la misma, y por otra favoreciendo una cultura social y una actitud de aceptación de la diferencia del otro, de todos. El individuo, porque ha de trabajar para lograr una mejora de su desempeño.

La rehabilitación, por otra parte, no es un conjunto de técnicas y medidas compensatorias. Es, ante todo, una filosofía de trabajo, una filosofía de vida que ha de estar presente en la atención que se brinda a las personas desde el momento que se diagnostica un trastorno mental grave. Junto con la rehabilitación, se ha de tener en cuenta la integración del individuo en la comunidad.

La integración no se dirige primariamente hacia la persona con trastorno mental grave, sino hacia el medio y la sociedad, hacia un proceso común de cambio de las circunstancias de la vida y su adaptación a las necesidades de todos los afectados y por último –pero no menos importante– hacia el cambio de las relaciones entre las personas concernidas, sean personas con discapacidad o no. La integración significa igualdad social e interpersonal bajo el reconocimiento de la diferencia. Hablamos, pues, de factores contextuales facilitadores.

La integración y la rehabilitación son mutuamente determinantes. La rehabilitación sólo tiene sentido junto con la integración. Es cierto que todas las actividades de rehabilitación deberían significar integración. No sería cierto, sin embargo, decir que la integración sólo se puede llevar a cabo con la rehabilitación. La integración con éxito depende fundamentalmente de la actitud de la sociedad y su receptividad hacia la idea de que una persona con discapacidad debería tener oportunidades iguales y no ser marginada ni segregada.

La normalización y la desinstitucionalización no pueden ser por sí mismas condiciones suficientes para una verdadera integración de las personas con discapacidad. Esto exige también el rechazo de una comprensión de la rehabilitación que se concentre únicamente en la transformación de la persona discapacitada y su adaptación a unas circunstancias sociales determinadas. Habría que añadir a esta idea equivocada de la rehabilitación el concepto de aceptación de la diferencia. La aceptación de la diferencia significa además no sólo tolerar al otro, necesidades y requisitos divergentes, sino también –más allá de esto– darles lugar y la posibilidad de desarrollarse en su diferencia, no sólo soportando al otro sino también queriendo al otro en su calidad de diferente.

La integración de las personas discapacitadas no se puede determinar meramente por la calidad de las instituciones para su rehabilitación, sino que sólo puede experimentarse en la vida diaria, en el tiempo dedicado al ocio, la escuela, la formación laboral, el trabajo y la aceptación de las discapacidades de la persona, en el respeto a su diferencia en todos estos lugares, en la comunicación diaria y cooperación entre personas discapacitadas y no discapacitadas.

Una política global de rehabilitación debería estar orientada pues por el principio del medio menos restrictivo, el derecho de las personas discapacitadas a elegir libremente entre diferentes opciones, la cercanía de los servicios a la comunidad y los programas de apoyo individualizados.

Con el propósito de poner en marcha este tipo de práctica se necesita un número de servicios que ofrezcan apoyo y consejo para las personas con trastorno mental grave y que influyan también en su medio para que pueda transformarse y adaptarse a las necesidades de las propias personas discapacitadas. Con el propósito de llevar a cabo esta tarea, los servicios de rehabilitación necesitan estructuras organizativas correspondientes, empleados cualificados y deben tener a su disposición métodos de trabajo profesionales.

La relación entre los profesionales especialistas en rehabilitación y las personas con TMG debería orientarse por el principio “la mayor autonomía e independencia posible, tanto apoyo como sea necesario”.

Todo lo que mejore la autoconfianza de la persona con TMG mejora su integración. Las personas con TMG deben por lo tanto ser estimuladas a formular y luchar por sus propios intereses y necesidades.

Los programas de rehabilitación integral no tienen respuestas estandarizadas ni soluciones que puedan prescribirse, sino que tienen que ver con procesos individualizados complejos que han de encontrar la solución más adecuada en función a las necesidades y habilidades de las personas con discapacidad.

Todas las opciones y medidas de rehabilitación deben determinarse por el principio de individualización. Entendemos por individualización la necesidad de hacer justicia, dentro del proceso de rehabilitación, a la multiplicidad de precondiciones individuales, necesidades y objetivos, habilidades y potenciales que la persona con TMG, en este caso, trae al proceso, proporcionando apoyo y oportunidades de desarrollo de una forma que sea lo más adecuada al individuo.

En este contexto, es imperativo que se conciba un plan de rehabilitación individual que se construya a partir de la valoración de cada caso y de una revisión de los servicios comunitarios accesibles disponibles. La individualización necesita de la continua interrupción de rutinas que se introducen en todas las organizaciones. La fosilización burocrática es un peligro no sólo para las instituciones sino también para los servicios basados en la comunidad que corren el riesgo de degenerar en instituciones también, razón por la cual la supervisión continua y el desarrollo de servicios deberían ser parte de los estándares de la política moderna de rehabilitación.

## 3. TRASTORNO MENTAL GRAVE: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

### 3.1. DEFINICIÓN

El término TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) engloba diversos tipos de entidades nosológicas, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social y que han de ser atendidos en diversos recursos asistenciales de la red de atención psiquiátrica y social.

Hasta el momento no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMG y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados. Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987), la cual incluye tres dimensiones a considerar:

1. **Diagnóstico:** Se incluyen los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad. En la clasificación CIE-10 serían los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 y F33.3.
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** El tiempo ha de ser superior a dos años.
3. **Presencia de discapacidad:** Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.<sup>1</sup>

No obstante, se podría considerar que las actuaciones de tipo rehabilitador (asesoramiento, psicoeducación, atención a familias, prevención de recaídas, adherencia al tratamiento, etc...) deberían ir dirigidas a pacientes que reúnan criterios evolutivos menos restrictivos. Así:

- "Tiempo previsto de utilización de recursos sanitarios de al menos 2 años" (Criterios evolutivos asistenciales); o
- "Tiempo previsto de evolución del trastorno presente de al menos 2 años" (Criterios evolutivos psicopatológicos).

### 3.2. PREVALENCIA

A la hora de establecer la prevalencia del TMG se encuentran dos dificultades principales: La poca consistencia de la definición del TMG en términos prácticos y, por otro lado, la metodología utilizada para su identificación.

<sup>1</sup> No obstante, a pesar de utilizar estos criterios, se pueden obtener grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o de la metodología utilizada para su identificación.

Dos son los estudios más significativos actualmente en relación a la prevalencia del TMG: Londres (Thorncroft, 1998) y Verona (Tansella, 1998). El primero estudia la población en general y el segundo población atendida, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, no siendo comparables las cifras resultantes.

La prevalencia en usuarios con psicosis, según el estudio de Verona, es de 3.41/1000 habitantes. La prevalencia anual de psicosis, según el estudio de Londres es de 7.84/1000 habitantes.

Si se aplican los tres criterios NIMH de TMG la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1000 habitantes en el de Verona. El 31% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse TMG aplicando tales criterios.

## 4. DETECCIÓN DE PROBLEMAS

### 4.1. EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN A ATENDER

El conjunto de problemas identificados se encuadra en los siguientes apartados. Cada uno hace referencia a un conjunto de necesidades de mejora en cuanto a la atención prestada a esta población.

#### **Necesidad de adecuar la situación de estas personas, los derechos que les corresponden y los medios para garantizar sus derechos**

Las personas con TMG viven, en general, en peores condiciones que el conjunto de la población, tienen niveles más bajos de ingresos y de ocupación laboral, peor salud, relaciones sociales más limitadas y una vida menos autónoma y satisfactoria. Las necesidades por tanto no son solo sanitarias sino también de residencia, de ocupación, de desarrollo personal, de integración social.

Por otro lado, comparten derechos a participar en los recursos de la sociedad, sin embargo su conocimiento de los derechos de ciudadanía y en concreto del cuidado de la salud es escaso (consentimiento informado, alternativas terapéuticas, modalidades de ingreso...), raramente demandan servicios y se adaptan a los programas y servicios que se les ofrecen.

Se identifican también, en este colectivo, una serie de condicionantes que hacen que su situación social, como ciudadano de pleno derecho, se vea vulnerada y en ocasiones sufra abusos por la desprotección en que se encuentra. La protección y defensa de sus derechos debe ser una obligación de los servicios de atención y tratamiento de esta población.

Por último, del estudio de la situación jurídica se observa la necesidad de una mejor regulación de este aspecto para que se garantice la protección a la salud y por otro lado no se mermen otros derechos de estas personas.

#### **Necesidades de colectivos especiales**

Se constata la presencia de grupos de población con dificultades para el acceso real a los servicios de atención comunitaria: Personas que viven en un medio rural disperso y con baja densidad de población, sin domicilio fijo, en situación de marginación y pobreza, aquellas de origen extranjero o que pertenecen a minorías étnicas, aquellas ingresadas en cárceles...

#### **Necesidades de apoyo a la red natural**

Las familias, que constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario a las personas con TMG, se encuentran con situaciones que llevan al fenómeno descrito como "sobrecarga familiar". La convivencia puede suponer dificultades y conflictos y los familiares se encuentran con escasos recursos para hacer frente a los problemas. Los programas de apoyo, información y asesoramiento a las familias son una pieza importante en la rehabilitación psicosocial.

Junto a esta línea de acción, también hemos de considerar la necesidad de trabajar en la sensibilización social para mejorar la integración de estas personas en su propio contexto social. El estigma acompaña a los enfermos mentales y se manifiesta en comportamientos de rechazo o exclusión. Las personas con enfermedades mentales tienden a relacionarse con su propia familia y las posibilidades de acceso al empleo normalizado son escasas. Son necesarios planes para la integración en el empleo y en los recursos comunitarios normalizados.

### **Necesidades de asistencia sanitaria y social**

En los estudios de las características de las personas que sufren este tipo de trastorno encontramos:

- Mayor vulnerabilidad al estrés
- Dificultades para afrontar las demandas del ambiente
- Déficit en las destrezas y capacidades y la manera de ponerlas en juego para manejarse autónomamente
- Dificultades para interactuar socialmente, con pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan sólo a su familia, lo que conduce al aislamiento social
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y, por tanto, dependencia económica, pobreza y marginación
- Alteración conductual grave (agresividad, intentos de suicidio, conducta sexual inadecuada, atentados contra la propiedad...), complicada con situaciones de consumo, que conduce frecuentemente a problemas legales

Estos elementos definitorios del trastorno nos muestran que las necesidades y problemas intrínsecos a la población diana son múltiples y complejos e incluyen tanto aspectos psiquiátricos o sanitarios como psicosociales. En la literatura se suelen describir las siguientes necesidades:

- Una primera necesidad está relacionada con la terminología. Hoy en día todavía encontramos bajo el mismo epígrafe un colectivo extenso y heterogéneo con características y necesidades diferentes. Hasta el momento actual no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMG y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y prevalencia y así planificar adecuadamente los cuidados.
- El acceso al sistema sanitario en los diferentes momentos o periodos de la enfermedad, que no siempre está garantizado: Un adecuado proceso de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico para el control de la sintomatología, prevención y/o control de recaídas y atención en crisis, tanto en servicios ambulatorios como mediante hospitalización.

- ❑ A pesar del control sintomatológico, los déficits y las discapacidades persisten y dificultan el funcionamiento autónomo y la integración social. La atención mediante programas de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social de manera flexible y continuada son necesarios para favorecer el ajuste social.
- ❑ El desempleo y la exclusión laboral están presentes en la realidad de las personas con TMG. Los programas de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo forman parte del conjunto de necesidades a atender. Se debe considerar en su doble vertiente:
  - *Intervención con la personas que sufre TMG.* La formación y orientación para facilitar el acceso al mercado laboral y la continuación en el mismo, en ocasiones mediante programas adaptados de formación ocupacional.
  - *Intervención hacia el medio.* Se requieren acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral mediante el empleo protegido o el apoyo apoyo en el empleo.
- ❑ En ocasiones estas personas carecen de apoyo o cobertura familiar, lo que supone grandes dificultades para el acceso a un alojamiento con adecuadas condiciones de supervisión y seguimiento. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria a esta población, un abordaje incorrecto a este problema acarrea consecuencias negativas como el incremento de reingresos hospitalarios, el uso inadecuado de la atención hospitalaria, la dificultad para desinstitucionalizar usuarios internados, el aumento de situaciones de marginación social y también se cita la sobrecarga de algunas familias desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo. Es necesario disponer de alternativas de vivienda ya atención residencial para cubrir las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión para una vida de calidad en la comunidad.
- ❑ Las carencias económicas que provienen de las dificultades intrínsecas a la enfermedad para lograr una autosuficiencia económica, provocan un aumento la marginación social y/o un aumento también de la sobrecarga familiar. Es necesario garantizar la cobertura de las necesidades económicas mínimas mediante el acceso a los sistemas de prestaciones económicas.

#### 4.2. EN RELACIÓN A LOS RECURSOS Y LA ORGANIZACIÓN

La importancia otorgada a la rehabilitación junto con la implantación y desarrollo de recursos y servicios específicos para la asistencia sanitaria y social de las personas con TMG ha sido muy desigual en las diferentes Comunidades Autónomas. A pesar de la divergencia en el desarrollo, en los estudios consultados se describen una serie de problemas comunes que se presentan a continuación.

## **Desarrollo desigual de los dispositivos asistenciales**

Existe una indefinición y falta de consenso sobre la denominación de los recursos de rehabilitación. Aparecen dispositivos similares en su función con distintos nombres y dispositivos con el mismo nombre que realizan funciones muy diferentes.

La dotación de recursos y el desarrollo del sistema varía mucho de unos territorios a otros. Los datos muestran una importante desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre áreas sanitarias de una

misma comunidad o misma provincia (rural vs. urbano). Por otro lado, no existen, en todos los territorios, sistemas de recogida de información fiables y consensuados entre instituciones y profesionales respecto al desarrollo de la red de asistencia. Además, la diferente titularidad de los recursos, servicios sociales, sanitarios, asociaciones, fundaciones privadas, etc., provoca mayor diversidad de los registros.

## **Problemas en relación a la elección del tratamiento**

Las personas con TMG y de curso crónico no reciben en ocasiones el tratamiento más apropiado basado en los conocimientos y evidencia científica disponible, bien por desconocimiento, por falta de recursos o por otros motivos. En ocasiones, la asistencia a estas personas se limita a la aplicación de tratamientos farmacológicos y a unos cuidados médicos y hosteleros de calidad. Hoy en día se conocen los resultados de programas completos de rehabilitación psicosocial que muestran la bondad terapéutica de estas aplicaciones. Se observa que todavía la investigación y la práctica clínica no avanzan de la mano.

Dentro de esta misma cuestión –el tratamiento– podemos señalar que no contamos con un modelo de mínimos terapéuticos que pueda definirse como “la buena práctica” en la asistencia a la persona con enfermedad mental severa. En la actualidad se han desarrollado diversos modelos de asistencia, diversos programas, diversos tratamientos, etc., cuantos y cuales son los indicados y garantizan la buena práctica está por consensuar y refrendar.

## **Carencia de recursos intermedios**

Los servicios de salud mental se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población. Los servicios de salud mental están siendo desbordados por la demanda de la sociedad y como resultado los usuarios con menos recursos (económicos y psicosociales) corren el riesgo de no ser atendidos, de cronificarse o de pasar a engrosar las bolsas de la marginación o de la exclusión. En el estudio del Ararteko se constata un uso diferencial de los recursos comunitarios; así los centros de salud mental son muy utilizados, con sobrecarga de atención, mientras otros dispositivos son poco conocidos (centros de empleo especial, programas de atención domiciliaria, centros de rehabilitación, etc.). Los datos recogidos también ponen de manifiesto que el fuerte incremento de demandas de atención extrahospitalaria no se ha acompañado de un incremento similar en las previsiones presupuestarias o en los recursos humanos destinados a

satisfacerlas. A pesar del consenso sobre la necesidad y utilidad de los recursos comunitarios la red de asistencia presenta grandes deficiencias como un déficit de hospitales o centros de día, escasos programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, saturación de los programas de atención ambulatoria, etc. Este déficit es mayor en los recursos relacionados con el empleo, la formación o la vivienda. La respuesta asistencial también es insuficiente y con escaso desarrollo de tratamientos psicosociales para las nuevas situaciones clínicas de elevada prevalencia e importante impacto como es la presentación simultánea de trastorno mental y dependencia de sustancias.

### **Problemas en relación a la articulación del sistema de asistencia**

El sistema de servicios es escaso, insuficiente, fragmentado y descoordinado. Esta descoordinación genera ineficacia y duplicidad y dificulta la optimización de recursos. Los usuarios reciben una atención parcelada, poco coordinada y con escaso impacto de los tratamientos psicosociales que han demostrado utilidad y eficacia. Cada día se hace más evidente la necesidad de clarificar las responsabilidades y desarrollar el llamado "espacio sociosanitario" sistema de asistencia coordinado, complementario y flexible entre los servicios sociales y sanitarios.

La necesidad de coordinación se observa no solo entre los servicios sociales y sanitarios, sino también entre todos aquellos implicados en la asistencia, entre la atención primaria y la atención a la salud mental, entre los servicios intra y extrahospitalarios, entre los servicios públicos y los promovidos por las asociaciones, con los servicios de mediación en la búsqueda de empleo, etc. La coordinación se plantea como un carácter instrumental, esto es mejorar la calidad de la respuesta a las necesidades.

### **Problemas en relación a modo de entender la rehabilitación, la filosofía de la intervención**

El conjunto de profesionales que componen los equipos de asistencia –desde organizaciones de asistencia hasta de planificación– también están condicionando el desarrollo de la rehabilitación. Las ideologías y actitudes que sustentan determinan, en muchas ocasiones, la práctica clínica y los sistemas de organización. La situación actual denota la existencia de actitudes dispares. Es necesario consensuar y aunar criterios pero también impregnar de una filosofía y marco de conocimientos común para un desarrollo integral de la asistencia. Ejemplos de esta cuestión son las dificultades para dar un significado común a la palabra "rehabilitación" que puede llegar a ser entendida como un lugar, un programa o una filosofía de actuación. Otro dato encontrado está en relación al estatus de la "rehabilitación" frente a otro tipo de intervenciones. El sistema de salud prioriza otras patologías frente a la cronicidad. La primacía de lo agudo lleva a que la rehabilitación se implemente como recurso al final de un proceso o por exclusión.

### **Necesidad de evaluar los servicios**

Cuantificar el problema sigue siendo una necesidad del sistema de asistencia. A qué población se debe atender —“censo de personas con trastorno mental grave”—, qué ratio de servicios/personal y cual es el coste de la asistencia, siguen siendo unas cuestiones importantes. Otro problema ligado a este es que no se aplica de manera uniforme un sistema de evaluación de la eficacia, tanto de las intervenciones como de los costes, que permita garantizar su financiación sea cual fuera el sistema de gestión empleado por cada comunidad autónoma. No hay que olvidar las dificultades que se encuentran también para evaluar las técnicas y los instrumentos utilizados así como la actuación de los profesionales encargados de recursos y de programas.

## 5. REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. FILOSOFÍA Y PRÁXIS

En el momento actual, todavía en muchos lugares no se ha conseguido dar la prioridad pertinente a las necesidades de tratamiento y rehabilitación que presentan las personas con TMG. En el año 2003, más de treinta años después del inicio de los programas de desinstitucionalización y del desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, el acceso a servicios y programas de rehabilitación de calidad para estas personas es aún la excepción, no la norma. Estas personas, además siguen sufriendo el estigma y la discriminación en la asistencia sanitaria y en sus opciones de formación y de empleo entre otras.

La organización de un sistema integral, coordinado y suficiente de atención comunitaria a la población con TMG debe pivotar sobre la columna vertebral de los Servicios de Salud Mental Comunitarios (o de los programas específicos en los servicios de Atención Primaria, como ocurre en algunas comunidades autónomas). Estos servicios, han de desarrollar un programa de rehabilitación y seguimiento, que ha de estar sustentado por una amplia y variada red de recursos específicos de atención, tratamiento, rehabilitación, atención residencial, integración laboral y soporte comunitario, que cubran la necesidades específicas de esta población. Estos recursos a los que nos referimos son los siguientes:

- Programa de rehabilitación y seguimiento de la persona con TMG en los servicios o unidades de salud mental (ya sea especializada o primaria) (anexo 1).
- Hospital de día (anexo 2).
- Unidad de hospitalización breve (anexo 3).
- Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación (anexo 4).
- Unidad específica de rehabilitación psicosocial (en unas CC.AA. se trata de centros dependientes de servicios sociales, en otras son unidades dentro del hospital psiquiátrico o de los servicios de salud mental comunitaria, dependientes de sanidad) (anexo 5).
- Alternativas residenciales comunitarias (anexo 7).
- Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo (anexo 8).
- Apoyo económico (anexo 9).
- Otros recursos comunitarios de apoyo (agencias para la tutela del adulto, clubes sociales, asociaciones...) (anexo 10).

## 5.1. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS Y PRAXIS

La rehabilitación psicosocial se define como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del TMG. Esta filosofía se articula en un proceso continuado, con distintos eslabones interdependientes, para la práctica profesional, iniciándose en el momento del diagnóstico y desarrollándose a lo largo de la trayectoria de vida de la persona. La rehabilitación de las personas con TMG ha de ser una prestación más dentro de los servicios sanitarios, siguiendo la filosofía que la sustenta, y con el apoyo de los recursos sociales se logrará alcanzar el objetivo último de integración plena en la sociedad.

Los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial son, entre otros, los siguientes:

- ❑ La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con TMG a una ciudadanía plena y digna.
- ❑ Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación, según sus objetivos y sus planes personales.
- ❑ La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- ❑ Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles sociales normalizados dentro de la comunidad.
- ❑ La rehabilitación ha de propiciar la autonomía y la independencia de la persona, con todo lo que ello conlleva.
- ❑ Debe ofrecer el apoyo que cada persona necesite, de forma individual, durante todo el tiempo que ésta precise.
- ❑ La rehabilitación ha de basarse en el principio de individualización: Cada individuo es único y el proceso de rehabilitación ha de serlo igualmente.
- ❑ Implica y ha de mantener una expectativa positiva sobre el individuo y su potencial de desarrollo.
- ❑ Se han de revisar constantemente los servicios, de los programas y los procesos con el fin de garantizar la calidad de la intervención.

La rehabilitación psicosocial es, por otra parte, “el proceso cuya meta global es ayudar a las personas que por sufrir un TMG necesitan apoyo para reintegrarse en la comunidad de un modo normalizado, promoviendo la mejora de su funcionamiento psicosocial y desarrollando aquellos dispositivos necesarios para su consecución”.

Los programas de rehabilitación psicosocial han de estar concebidos para apoyar el desarrollo del potencial del individuo, trabajando con él y con el entorno.

## 5.2. OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La meta es mejorar la calidad de vida de estas personas, que asuman la responsabilidad de sus propias vidas, que actúen activamente en la comunidad y que se manejen con autonomía en su entorno social.

### Los objetivos principales de la Rehabilitación Psicosocial son:

- Favorecer y posibilitar el desarrollo de todo el potencial de la persona, mediante la adquisición o recuperación de la competencia necesaria para el funcionamiento ocupacional adecuado dentro de la comunidad, en términos de normalización y calidad de vida.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad y con la comunidad, fomentando un funcionamiento autónomo, integrado e independiente del individuo y generando una cultura de normalización en el entorno.
- Ofrecer el seguimiento y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de forma autónoma y normalizada.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro personal, marginalidad y/o institucionalización.

### 5.3. POBLACIÓN ATENDIDA

Como primera aproximación es preciso mencionar dos grandes grupos:

1. El que forman los individuos provenientes de los antiguos Hospitales Psiquiátricos, con una, en general, larga historia institucional, baja expresión de necesidades, acostumbrados a vivir en lugares estructurados y con mucha normativa, y para los que el simple cambio de entorno representa un reto importante.
2. El de los individuos que podemos denominar de la comunidad, habitualmente más jóvenes, con mayores diferencias personales en términos de las necesidades que expresan, mayores expectativas y demandas y potencialmente más exigentes.

El perfil general de los usuarios de los programas de rehabilitación será:

- Personas con TMG que presenten deterioro o dificultad significativa en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Edad entre 18 y 65 años. Ambos sexos.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada.
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el centro.

### 5.4. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El proceso de rehabilitación psicosocial tendrá un carácter voluntario, flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas expresadas por cada usuario y teniendo en consideración su entorno socio-comunitario concreto. Este proceso se articulará de acuerdo al plan individualizado de rehabilitación establecido con y por cada usuario. No olvidaremos en ningún momento que la intervención ha de estar dirigida a la vez hacia el apoyo al usuario y hacia la modificación del medio ambiente.

Dada la necesidad de utilizar simultáneamente varios servicios tanto del sistema sanitario como del sistema social, se hace precisa la utilización de una metodología de trabajo determinada: **la gestión del caso**.

La gestión del caso, requiere del establecimiento de mecanismos de coordinación y circuitos de derivación. Tales mecanismos garantizarán, en un ámbito geográfico determinado, una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios, así como la continuidad del Plan de rehabilitación e integración social establecido.

Al establecer los mecanismos de coordinación y los circuitos de derivación se han de especificar:

- Responsables
- Procedimientos
- Normas de acceso y derivación

Los circuitos de coordinación institucionales deben ser circuitos profesionales, y no deben basarse sólo en la buena voluntad de sus integrantes y en sus ganas de coordinarse.

La comunicación entre los dispositivos de rehabilitación ha de ser constante y fluida, así como la comunicación y el apoyo a servicios normalizados de la comunidad.

La coordinación implica los distintos momentos en que se articulan los Programas, incluyendo tanto los aspectos generales de planificación y evaluación periódicas de recursos y actuaciones, como las intervenciones individuales sobre los distintos usuarios, en cada uno de los dispositivos y subprogramas concretos y además exige una estructura organizativa clara, incluyendo el nivel autonómico, provincial y el de cada dispositivo y usuario.

En cualquier momento del proceso se ha de contar con un equipo multiprofesional que actuará de forma inter y transdisciplinar.

Se consensuarán las técnicas y abordajes más apropiados para la evaluación y el trabajo con cada usuario. Las técnicas y abordajes utilizados han de estar encaminados a mejorar la función del individuo, su actividad, su participación y los factores ambientales en los que se desenvuelve.

También deberán potenciarse programas y actuaciones para el “cuidado a los cuidadores”.

## 5.5. LOS PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El perfil de los profesionales de la rehabilitación psicosocial es:

- Estar formados y tener habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinar, con voluntarios, con grupos de ayuda mutua y cuidadores
- Tener una formación específica en salud mental y en rehabilitación psicosocial:
  - Conocer en todas sus dimensiones la enfermedad mental, especialmente aquellas patologías relacionadas con el TMG.
  - Conocer y llevar a la práctica la filosofía y principios de la rehabilitación psicosocial.

- Conocer las técnicas y abordajes de valoración e intervención adecuadas en la práctica de rehabilitación psicosocial.

Entre las disciplinas implicadas en la rehabilitación psicosocial destacamos: la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional, el trabajo social, la educación social y la enfermería psiquiátrica. También estarán implicadas otras figuras técnicas y auxiliares tales como el técnico superior de inserción social, el técnico de talleres, el educador o monitor de rehabilitación psicosocial, el monitor de talleres, etc.

En todos los recursos, los equipos serán multidisciplinares, manteniendo una metodología de trabajo en equipo inter y transdisciplinar. El número de profesionales en cada recurso vendrá determinado por el número de usuarios, el tipo de recurso y los objetivos del mismo.

## 5.6. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios que ha de presentar un recurso de rehabilitación psicosocial ha de estar en consonancia con sus objetivos.

En todo caso se contemplarán:

- La valoración del funcionamiento y la discapacidad de la personas y de los factores contextuales implicados.
- La valoración de necesidades de la persona (y de su entorno).
- La intervención (mediante el uso de técnicas, abordajes, programas, etc.) sobre las funciones corporales, la actividad y la participación y el ambiente del individuo, que vayan orientadas a lograr el funcionamiento adecuado de la persona y la mejora de su estado.
- Coordinación, asesoramiento y apoyo a recursos normalizados.
- Control de calidad del proceso y el servicio.



## 6. FORMACIÓN Y RECICLAJE DE LOS PROFESIONALES Y DE LA COMUNIDAD

Con el fin de poder llevar a cabo el trabajo de rehabilitación e integración social de las personas con TMG desde la filosofía presentada y desde los primeros escalones de atención en salud, es necesario que los profesionales de atención sanitaria y social estén preparados para ello. Así, entendemos necesario:

### En relación a los profesionales:

- La presencia de asignaturas relacionadas con la rehabilitación y la integración social de las personas con TMG en la formación de pregrado (medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, educación social...)
- Facilitar, a través de las universidades, el periodo de Prácticum para alumnos que cursan diplomaturas y licenciaturas que guarden relación con la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave, tales como Medicina, Psicología, Pedagogía, Terapia ocupacional, Enfermería, Trabajo social, Educación social, etc.
- Módulos profesionales específicos sobre la materia
- Rotación y formación en los cursos de especialización (MIR y PIR), al igual que lo señalado para la formación de pregrado.
- Prever y planificar la Formación Continua de los profesionales, de forma que garantice la formación y reciclaje en materia de rehabilitación psicosocial a los profesionales que interveienen en el campo.
- Facilitar y guiar la autoformación (participación en cursos de postgrado, seminarios, congresos...).
- Participación en grupos de trabajo para mejorar la atención.
- Supervisión de la actuación individual.

Hemos venido señalando a lo largo del documento la importancia que tiene el medio social en la rehabilitación e integración de las personas con TMG. Por ello es importante que **la comunidad también se forme** a través de:

- Psicoeducación a la comunidad de forma sistemática.
- Psicoeducación y formación de familiares y voluntariado.
- Programas de preparación de la comunidad para que aprenda a convivir con las personas con TMG, las conozca y las acepte a través de su diferencia.
- Programas de canalización de posibles problemas.
- Programas de información y asesoramiento a entidades y asociaciones sin fin de lucro, fundaciones y cualquier otra modalidad.



## 7. INVESTIGACIÓN

Con el fin de poder seguir avanzando y mejorando en el trabajo de rehabilitación e integración de las personas con TMG, será necesario fomentar la investigación sobre:

- Las técnicas que son y pueden ser eficaces en el abordaje de los problemas que presentan estas personas para el desarrollo de una vida de calidad.
- Creación de instrumentos y metodología para trabajar con los factores contextuales para que sean facilitadores.
- Modelos y metodología de intervención
- Los procesos de calidad
- La incidencia y la prevalencia real en nuestra población
- Los aspectos neurofisiológicos
- Los aspectos etiológicos...

Será pues necesario, dotar económicamente partidas de investigación cuando se desarrollen recursos de atención y tratamiento para personas con TMG, potenciando, mediante becas, líneas de investigación para profesionales que intervienen en la problemática de las personas con TMG, dentro y fuera del ámbito universitario, de lo contrario seguiremos copiando modelos que no se ajustan a las características de nuestra población y nuestra cultura.



## 8. CALIDAD ASISTENCIAL. CLAVES PARA LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD

Los profesionales que trabajan en programas de Rehabilitación e Integración Social y Laboral de personas con Trastorno Mental Grave, se quejan con frecuencia de que en este sector de actividad no existe una cultura orientada a realizar el trabajo en base a objetivos cuantificables, ni de analizar de forma sistemática en qué medida se cumplen dichos objetivos. Como consecuencia de lo anterior resulta difícil, cuando no imposible, que las entidades puedan evaluar sus resultados, analicen las tendencias de esos resultados a lo largo del tiempo y puedan compararlos con los obtenidos por otros programas del mismo sector de actividad.

La implantación progresiva de una cultura y de programas de calidad en las organizaciones viene a paliar este déficit favoreciendo, entre otras cosas, la evaluación sistemática de aquellos aspectos que les son relevantes, permitiendo objetivar resultados y compararse entre ellos siempre orientados a la mejora continua.

El objetivo de este apartado no es otro que el de, tal como se plantea en el título, aportar de una forma muy práctica algunas claves: 1/ sobre las ventajas que puede tener para las organizaciones que trabajan en rehabilitación e integración social y laboral de personas con TMG la implantación de sistemas de calidad y 2/ sobre las diferentes posibilidades que existen para hacerlo.

### 8.1. CALIDAD ASISTENCIAL: DEFINICIÓN OPERATIVA, BASES Y RAZONES PARA IMPLANTARLA

Más allá de las múltiples definiciones de calidad que se manejan en el ámbito científico-técnico podemos aproximarnos a un concepto de calidad más cercano y manejable por todos nosotros: la calidad es algo tan natural para cualquier persona y para cualquier organización, como reflexionar sobre lo que haces cada día para mejorar. Podemos definirla como "el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" o como "las propiedades o características de las cosas que las define y las hace comparables para saber si son mejores o peores".

Por su parte, "la atención de Calidad es el tipo de atención que maximiza el bienestar de la persona, después de tener el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus causas".

Para ser operativos, los sistemas de calidad asistencial no se quedan en una definición o en unas buenas intenciones, sino que como un elemento de la gestión, aportan herramientas que nos facilitan y hacen rigurosa la tarea desde la óptica científico-técnica: métodos de trabajo que nos permiten profundizar sobre los problemas, registrar datos, informatizarlos, trabajarlos, corregir lo que no funciona, etc...; todo ello sin olvidar que el punto de partida es "analizar y reflexionar para mejorar la atención que prestamos a los usuarios", aspecto este fundamental para evitar que nuestro trabajo camine hacia el deterioro.

El hecho de trabajar en la clave de la calidad, es decir de la mejora continua, requiere de una serie de pilares, entre los cuales los profesionales -desde su experiencia práctica- destacan los siguientes:

- El liderazgo: que los responsables de la organización dirijan y conduzcan este proceso hacia la mejora continua.
- Creación progresiva de una cultura de calidad en la organización.
- Orientar todo el esfuerzo a cubrir las necesidades y expectativas no sólo de aquellos a quienes atienden, los usuarios, sino de aquellos junto a quienes prestan el servicio, sus compañeros de trabajo. Eso requiere enfocar la tarea tanto a unos como a otros y las herramientas para ello son además de las encuestas de expectativas y satisfacción de usuarios, familiares y trabajadores, la observación y la escucha activa para poder facilitarles lo que requieren.
- La implicación de todos los profesionales y el trabajo en equipo.

Las razones para implantar un sistema de calidad son muy variadas, por lo que la organización debe preguntarse "para qué quiere hacerlo", ya que los motivos condicionan la elección del sistema de calidad más adecuado a implantar en esa institución concreta. Los motivos para comenzar a trabajar en gestión de calidad serían:

- Abordar cambios estratégicos.
- Mejorar la imagen externa de cara a los usuarios, la administración (o quienes compran los servicios), la sociedad...
- Mejorar la práctica asistencial.
- Introducir en la organización una cultura de calidad.
- Mejorar las relaciones internas con la dirección o entre las diferentes disciplinas.
- Aumentar la responsabilización incrementando la participación de los mandos intermedios y/o de los profesionales con un objetivo de descentralizar la gestión.
- Sensibilizar hacia la importancia de prestar una buena atención al paciente, no solo cubriendo sus necesidades sino respondiendo a sus expectativas.
- Cumplir una normativa. Acreditarse.

La implantación de programas de Calidad, puede abordarse desde dos ópticas:

Los **Sistemas Externos** de calidad (permisos de apertura, aspectos ligados a contratación, sistemas de consenso, certificación - acreditación ISO o Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), reconocimiento a la excelencia: EFQM, Baldrige). La situación según el RECAS en centros sanitarios del Estado Español es la siguiente: Veinticuatro con acreditación ISO (2 de ellas trabajan con personas con TMG). Tres con reconocimiento a la excelencia, puntuación superior a 400 puntos tras evaluación según el modelo EFQM (una de ellas atiende a personas con TMG). Tres organizaciones sanitarias con acreditación JCAHO.

La incorporación de **Programas Internos** de calidad, puede adoptar dos ópticas que no son excluyentes: 1/ Por posibilidades de mejora (la organización trata de responder a la pregunta *¿qué podemos mejorar?*), 2/ A través de los sistemas de monitorización (la



entidad se formula la siguiente pregunta: *De lo que hacemos, ¿qué es o más importante y cómo aseguramos que lo estamos haciendo con un nivel de calidad correcto?*

Las Comunidades Autónomas pueden ser un ejemplo de esta diversidad a la hora de abordar la implantación de programas de Calidad Asistencial, existiendo algunas de ellas que combinan diferentes sistemas externos de evaluación (combinación de certificación ISO, con reconocimiento a la excelencia de la EFQM; consenso sobre indicadores para análisis y comparación de tendencias entre centros del mismo sector de actividad) y otras que partiendo del Modelo Europeo propician la implantación de sistemas internos de calidad en los centros ..... Esta diversidad es perfectamente trasladable a las diferentes organizaciones que trabajan en el ámbito de la Rehabilitación Psiquiátrica e Integración Social y Laboral, sin obviar las dificultades manifestadas por los profesionales para consolidar estos programas sobre todo porque la reflexión, el análisis, y la sistematización del trabajo de calidad base de la mejora continua, requieren un tiempo a menudo imposible de encontrar debido sobre todo a la importante primacía que tiene la asistencia directa a los usuarios en los centros. La falta de tiempo es uno de los principales problemas que se van a encontrar los servicios de atención para consolidar los sistemas de calidad.



## 9. PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE PRAXIS

Como en cualquier otro servicio de atención y apoyo a los ciudadanos, las exigencias éticas respecto a la asistencia prestada y respecto a la prácticas profesionales han de ser claras y seguidas por todos los profesionales/trabajadores. Dichos planteamientos no sólo son acordes con la filosofía y modelos en los que se apoyan los recursos comunitarios (entre otros) sino que son pilares fundamentales de dichos modelos, y se plantean tanto desde el derecho de las personas como desde la obligación de los profesionales.

Desde la mayoría de los planteamientos teóricos en línea con el modelo que se sigue en este tipo de recursos se plantean las cuestiones éticas que se describen a continuación. Sin embargo, el llevarlas fielmente a la práctica parece ser el punto débil en el que se tropieza con frecuencia. Hablar de respeto y de derechos implica también respetar y reconocer los derechos con las acciones, la infraestructura, los planes de atención y las expectativas hacia el usuario. Respetar las decisiones del usuario significa no intentar manejarle para que las cambie y no ignorarlas o no darle oportunidad para expresarlas. Hablar del usuario es hablar de personas como nosotros, ni más ni menos, igual; nosotros tenemos los conocimientos técnicos y ellos su vida, su derecho a vivirla como ellos elijan y su derecho a nuestro apoyo con nuestro conocimiento técnico (no con nuestra moral ni con nuestros "prejuicios"). Los principios son:

- ❑ **Confidencialidad.** La Ley General de Sanidad, L.O. 14/1986, garantiza el derecho del usuario a la confidencialidad de toda la información relacionada con su enfermedad (art. 10, confidencialidad, información y consentimiento informado). La confidencialidad no es sólo una responsabilidad legal, también es una responsabilidad deontológica, un compromiso derivado de nuestra ética profesional.
- ❑ **Información y consentimiento informado.** Nos referimos a la información planteada al usuario (o a personas allegadas), relativa a la enfermedad, su tratamiento, el pronóstico o los objetivos de mejora planteados.
- ❑ **Derecho a tratamiento.** El derecho a recibir la mejor atención en salud mental exige una evaluación continuada de los programas, de los recursos y de nuestra práctica profesional.
- ❑ **Respeto a la toma de decisiones, a la autonomía.** El respeto a la autonomía del individuo (en la medida en la que la persona esté capacitada para tomar decisiones, esto es, siempre que no sea una persona bajo tutela), debe estar presente y ser una realidad en cada momento.
- ❑ **Respeto a la persona y a su integridad física, mental y emocional.**



## 10. ANÁLISIS ECONÓMICO Y NECESIDADES PRESUPUESTARIAS

El análisis de los aspectos económicos y criterios de calidad en salud, y más concretamente en el área de la salud mental y la rehabilitación psicosocial, constituye un ámbito de estudio de importancia creciente.

La aparición y desarrollo de nuevos modelos de atención a la persona con TMG, orientados a la desinstitucionalización de los pacientes y su tratamiento en el entorno comunitario, ha generado, por una parte, un aumento y diversificación de la demanda de servicios de atención a este colectivo (rehabilitación psicosocial), así como la necesidad de evaluar las nuevas "prestaciones" y los modelos en su conjunto.

En la revisión bibliográfica que se ha realizado, todos los estudios concluyen en la dificultad de realizar un análisis global del coste de la atención comunitaria de las personas con TMG. De hecho, los estudios que existen, tanto en España como en el extranjero, se refieren al análisis concreto de grupos específicos de pacientes, en un área de salud geográfica determinada, con delimitación temporal, y con metodologías diferentes, y orientado el foco de interés hacia el análisis de variables muy distintas (organización de servicios y costes de tratamiento, coste-incidencia de la esquizofrenia, análisis de costes de efectividad de dos sistemas de cuidados, etc.). Dada la gran heterogeneidad de los estudios es muy difícil extraer datos concluyentes.

En relación al tema del análisis económico de la atención psicosocial a las personas con TMG, las líneas de trabajo para realizar los estudios de coste se deben orientar hacia "el establecimiento de la relación entre éstos, las necesidades de los pacientes y sus resultados". Además, no se trataría de estudiar los costes, sino también de analizar la variaciones entre ellos e intentar buscar y explicar el motivo de las diferencias (entre diferentes recursos y dispositivos, áreas geográficas, etc.). La realización de un análisis económico de este tipo, debería previamente consensuar los siguientes puntos:

1. Establecimiento de las prestaciones básicas (oferta de servicios y tratamientos esenciales), en función de las necesidades de la población objeto del análisis. Se podrían utilizar herramientas como ESMS (European Service Mapping Schedule) destinado a la clasificación y descripción de servicios de salud mental.
2. Establecimiento de un sistema común de información, como elemento base para poder analizar posteriormente la población atendida, actividad asistencial, costes, etc., con herramientas tipo RACPs (registros acumulativos de casos psiquiátricos), GDRs (grupos de diagnósticos relacionados), RAI-MH... El sistema de información debería tener una estructura piramidal, desde las unidades de atención más pequeñas, con una información más detallada, hasta una unidad central que gestionara la totalidad de los datos para obtener una visión global del conjunto del sistema.

3. Desarrollar una metodología homologable de cálculo e imputación de costes, con definición clara de los criterios para poder establecer comparaciones entre áreas sociosanitarias diversas.

Una vez desarrollado y consensuados los puntos anteriores, se podrían establecer las fases del estudio, la elección de la muestra de dispositivos y recursos, la recogida y análisis de datos, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

- A.E.N. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental grave. Situación actual y recomendaciones". Cuaderno Técnico N° 6 A.E.N., 2002.
- Aldaz JA, Vázquez C. Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Edit. Siglo XXI, 1996.
- Anderson C, Reiss P, Hogarty G. Esquizofrenia y Familia: Guía Práctica de Psicoeducación. Buenos Aires. Edit. Amorrortu, 1986/1989.
- Anthony W, Cohen M, Farkas M. Psychiatric Rehabilitation. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University, 1990.
- Azrin NH, Besallel VA. Job Club Counselor's Manual: A Behavioral Approach to Vocational Counseling. Austin: Pro-Ed Inc, 1980
- Ballus C. Hablemos claro: Guía para convivir con la esquizofrenia. Madrid: Edit. Mondadori, 1990.
- Birchwood M. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Madrid: Edit. Ariel, 1995.
- Black BJ. Work and Mental Illness: Transitions to Employment. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1988
- Blasi i Ras, Ramón "La Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad" y con la Comunidad en los N.º 4-5-6 de la revista "Integral Psychosocial Rehabilitation within and with the Community" año 2000.
- Cañamares J, Castejón M, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez A. Esquizofrenia. Madrid: Editorial Síntesis. Colección Psicología Clínica Guías de Intervención nº 5, 2001.
- Carling PJ. Return to community. New York: The Guilford Press Ltd, 1995
- Casals I, Cervera M y cols. Indicadores de calidad en los servicios sociales del ICASS. Ejemplo de Residencias de Mayores-Institut Catalá d'Assistència i Serveis Socials- Departament de Benestar. Generalitat de Catalunya. Comunicación presentada al XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad. Murcia 23-26 de Octubre, 2001.
- Ciardello JA, Bell MD. Vocational rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1988.
- Desviat M. La Reforma Psiquiátrica. Madrid, Ediciones DOR S.L., 1995.
- Direcció General de Seguretat Social. Departament De Treball. Generalitat de Catalunya. Manual de Prestaciones, 1997.
- Dirección General de Servicios Sociales. Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Madrid: Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003.
- Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Moruno Miralles P. Terapia ocupacional en salud mental: 25 casos clínicos comentados. Barcelona: Massón S.A., 2000.

- Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Massón S.A., 1998.
- Echeburúa E. El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol.28, número 120, 2002.
- FEAFES. La esquizofrenia en la familia. FEAFES, 2002.
- Frago W y otros. El empleo de los inempleables: Metodologías y recursos para la inserción laboral. Madrid: Editorial Popular, colección educación y empleo, 1996.
- Fundación Abedis Donabedian. Manual para equipos de mejora de la Calidad. Barcelona: FAD, 2000.
- González J, Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17, 2001.
- J. R. Ara, L. Hijós. Mesa Redonda sobre: ¿Cómo poner en marcha un equipo de mejora y no morir en el intento?. II Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud. Zaragoza 10-11 de febrero 2003.
- Kielhofner G. A model of human occupation: therapy and application. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.
- Lantegi Batua K. Método de Perfiles de adecuación de la tarea a la persona. 1999.
- Lavender A, Holloway F. Community Care in Practice: services for the continuing care client. London: John Wiley & Sons, 1988.
- Liberman RP. REHABILITACIÓN integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
- Liberman RP. Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Barcelona: Martínez Roca. 1988/1993
- Ministerio de Sanidad. Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- Pilling S. Rehabilitation and Community Care. London: Routledge, 1991.
- R.M. Saura y P Hilarión. Gestión de Calidad en el ámbito sociosanitario: experiencias prácticas. Taller realizado en el XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad. Murcia 23-26 de Octubre, 2001.
- Rebolledo S, Lobato MJ. Psicoeducación de pacientes vulnerables a la esquizofrenia. Barcelona: Fundació Nou Camí, 1998.
- Rebolledo S, Lobato MJ. Como Afrontar la Esquizofrenia: Guía para las familias. Madrid. Asociación Psiquiatría y Vida. Fundación ONCE, 1994.
- Rebolledo S. Rehabilitación psiquiátrica. Curso de Postgrado sobre Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos (Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela, 1997.
- Roder V, Brenner DH, Hodel B, Kienzlen N. Terapia Integrada en la Esquizofrenia. Barcelona: Ariel, 1996.
- Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide, 1997.

- Rodríguez A. Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14, 2001.
- Servei Català de la Salut. Programa de Atención Específica en los Trastornos Mentales Severos, Barcelona. Servei Català de la Salut. 1997.
- Servei Català de Salut. Servicios de rehabilitación comunitaria en salud mental. Servei Català de Salut. Barcelona, julio 1999.
- Strauss J, Boker W, Brenner H. Psychosocial Treatment of Schizophrenia. New York. Hans Huber Pub 1986.
- Torres Carbajo A. Manual práctico de rehabilitación en la esquizofrenia (un paquete de programas). Número monográfico de la Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría, 1997
- Varios autores. Servicios de rehabilitación comunitaria en salud mental. Barcelona: Servei Català de Salut, 1999.
- Watts F, Bennett D. Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica. Méjico: Edit. Limusa, 1983/1992.
- X Diploma de Postgrado en Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial. Módulo 1; UAB FAD. Año 2003



**ANEXOS**

---



## ANEXO 1

### UNIDADES DE SALUD MENTAL: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA CON TMG

Los objetivos de este programa son:

- Conocer, censar y detectar necesidades de la población de personas con TMG del sector o área de atención.
- Organizar el conjunto de apoyos necesarios para evitar el deterioro provocado por la enfermedad.
- Posibilitar la autonomía de cada usuario en su entorno comunitario
- Coordinar la atención integral de los usuarios, organizando el conjunto de actuaciones de los diferentes recursos específicos para dar la cobertura necesaria a la población de personas con TMG del distrito.

El programa de rehabilitación y seguimiento es ante todo un trabajo en equipo (profesionales y usuario). Debe garantizar la cobertura de las necesidades de cada individuo en cuanto a apoyo en su proceso terapéutico, autonomía personal, alojamiento, actividades ocupacionales (autocuidado, trabajo y ocio), facilitando y guiando el acceso a las instituciones y programas que ofrecen servicios de esta índole (hospital de día, UERPS, vivienda, unidad de agudos, PRL,...).

Dada la necesidad de utilizar simultáneamente varios servicios tanto del sistema sanitario como del sistema social, se hace precisa la utilización de una metodología de trabajo determinada: **la gestión del caso**.

El programa ha de contar con un equipo de profesionales asignado de forma total o parcial al mismo. Ha de ser multidisciplinar y contar con las siguientes figuras: Psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, Due y trabajador social (el número y la jornada estará determinada por el número de usuarios). En todo caso ha de estar profesionalizado y nunca ha de depender de la voluntariedad de los profesionales. En algunas CC.AA., dentro del programa de rehabilitación y seguimiento, se estructura como unidad específica la UERPS; en otros casos la UERPS es una unidad complementaria (dependiente bien de SS.SS., de salud o de fundaciones).



## ANEXO 2

### HOSPITAL DE DÍA O UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Los hospitales de día, en sus primeros momentos, comienzan planteando la creación de un ambiente de contención y tratamiento a tiempo parcial para usuarios graves, a medio camino entre la familia y la institución psiquiátrica de internamiento a tiempo completo. Su finalidad principal consistía en preservar el vínculo existente entre el usuario y su familia, evitando así un desarraigo extremo de su medio social.

Hoy en día, podemos definir el Hospital de Día de adultos, como un dispositivo sanitario específico para usuarios graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, destinados a promover un cambio en el funcionamiento psicológico del usuario que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorio en su Servicio de Salud Mental. No se trata de un dispositivo de Rehabilitación, ni es un dispositivo psicosocial.

El hospital de día es el lugar idóneo para un grupo de usuarios que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva que no puede cubrir un tratamiento ambulatorio. Es necesario señalar que los usuarios que se derivan a HD deben disponer, por una parte, de una capacidad mínima de autocontrol y, por otra, de un soporte familiar y/o social capaz de realizar una labor suficiente de contención y de apoyo.

La derivación al hospital de día habrían de realizarse siempre desde los SSM. Las actividades de coordinación con los profesionales derivantes tienen, por ello, un carácter prioritario.

El HD ha de contar con un equipo multidisciplinar con las siguientes figuras profesionales: Psiquiatra, psicólogo, DUE, terapeuta ocupacional, trabajador social y monitor/auxiliar psiquiátrico (el número y la jornada estará determinada por el número de usuarios).

Según la AEN, se estiman necesarias entre 10 y 19 plazas por 100.000 habitantes.



## ANEXO 3

### UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Se trata de un dispositivo próximo al de otras especialidades médicas con el objeto de atender en régimen de hospitalización completa a pacientes con episodios agudos de trastornos psiquiátricos, que no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos del sistema.

Su característica diferenciadora de otros dispositivos de atención psiquiátrica y de salud mental reside en la capacidad de cuidados de enfermería durante todo el tiempo de estancia. No se trata de un dispositivo de Rehabilitación ni de un dispositivo psicossocial.



## ANEXO 4

### UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Existe un pequeño pero significativo número de usuarios afectos de patología grave cuyos problemas y necesidades no son abordables de forma ambulatoria, y para los que la unidad de hospitalización breve (UHB) no supone una atención de duración suficiente. La unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación (UHTR), en algunas CC.AA. denominadas unidades de media estancia (UME), se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención.

Los tratamientos se realizarán en un tiempo flexible, no prefijado de antemano y dependiendo de las necesidades individuales de cada usuario. Se trata de un recurso orientado al trabajo con usuarios generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste durante largo tiempo una clínica tan severa que impide su adaptación aun entorno social normalizado. No se trata de un dispositivo psicosocial.

La UHTR ha de contar con un equipo multidisciplinar con las siguientes figuras profesionales: Psiquiatra, psicólogo, Due, terapeuta ocupacional, trabajador social y monitor/auxiliar psiquiátrico. (el número y la jornada estará determinada por el número de usuarios).

Según la AEN serían necesarias unas 8-10 plazas por 100.000 habitantes (quizás esta cifra se reduciría si hubiera suficientes plazas en programas específicos de rehabilitación y se llevara a cabo una correcta coordinación entre los distintos servicios sanitarios y sociales).



## ANEXO 5

### UNIDADES ESPECÍFICAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Se trata de un recurso específico, dirigido a la población con TMG que presenta deficiencias en las funciones psicológicas, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación en la comunidad. Tienen como finalidad ofrecer un programa individualizado de rehabilitación y apoyo para la plena integración del individuo en la comunidad, a través de distintas actuaciones en las que el elemento protagonista es el usuario.

Estas unidades se han articulado de manera diferente en las distintas CC.AA. En unos casos, dependen de sanidad y están ubicadas en centros hospitalarios monográficos o en los centros de salud mental comunitaria; en otros, se han desarrollado centros específicos de rehabilitación psicosocial (denominados CRPS, CRIS,...), englobando incluso la rehabilitación laboral (CRPSL), dependientes de las consejerías de servicios sociales o de Fundaciones creadas al efecto (FAISEM, FISLEM...). Cabe hacer mención a las peculiaridades que tendrán estas unidades en el ámbito rural, dónde el trabajo y los objetivos no varían, en las que se incrementa la movilidad de los profesionales, la atención a domicilio y el contacto más directo con el entorno del usuario.

Las **funciones principales** de estas unidades son:

- ❑ Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan y posibiliten la adquisición o recuperación y utilización de todos los aspectos (habilidades y competencias, hábitos, roles y aspectos volitivos) que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su entorno familiar y social.
- ❑ Posibilitar el mayor grado de ajuste e integración social de cada usuario en su comunidad, ofreciéndole un apoyo y soporte flexible acorde con sus necesidades durante el tiempo que sea preciso.
- ❑ Posibilitar el mantenimiento del nivel de autonomía y funcionalidad alcanzado, ofreciéndole el seguimiento, apoyo y soporte comunitario.
- ❑ Ofrecer actividades de día de apoyo (culturales, sociales, deportivas, productivas, de ocio...) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer el soporte social que los usuarios puedan necesitar, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.
- ❑ Apoyar, asesorar y entrenar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación, de manera que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia con su familiar con TMG, así como promover su implicación y colaboración activa en el proceso de rehabilitación e integración social de su familiar.
- ❑ Apoyo al desarrollo de asociaciones y grupos de auto-ayuda entre las familias y/o los usuarios.
- ❑ Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los servicios Sociales Generales para favorecer y articular una

atención integral a los usuarios que posibilite procesos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

- Apoyar y coordinarse con los recursos sociocomunitarios en los que puedan participar los usuarios o que puedan ser útiles de cara a su integración social de acuerdo con el principio de normalización.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con otros recursos de atención social a personas con TMG, que existan o se creen en la zona.

El **proceso de atención y apoyo** desde la UERPS estará basado en todo momento en las siguientes premisas:

- Atención individualizada del caso, esto es el individuo y su entorno físico, social y cultural.
- El trabajo en equipo inter y transdisciplinar.
- Las necesidades de la persona y del colectivo atendido en cada momento.
- Trabajo desde y hacia la comunidad (psicoeducación y modificación del ambiente social)

El canal de derivación debería ser el servicio de Salud mental comunitario, siguiendo los mecanismos de derivación y coordinación establecidos.

Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos y permanecer en su SSM de referencia.

### **Proceso**

El proceso de atención y apoyo desde la UERPS estará basado en todo momento en las siguientes premisas:

- Atención individualizada del caso, esto es el individuo y su entorno físico, social y cultural.
- El trabajo en equipo inter y transdisciplinar.
- Las necesidades de la persona y del colectivo atendido en cada momento.
- Trabajo desde y hacia la comunidad (psicoeducación y modificación del ambiente social)

El proceso de rehabilitación, integración social y apoyo comunitario se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemática y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno sociocomunitario concreto, desarrollándose mediante varias fases cíclicas claramente interrelacionadas, entre ellas: derivación, acogida, evaluación, intervención y seguimiento.

### **Derivación**

El canal de derivación debería ser el servicio de Salud mental comunitario, siguiendo los mecanismos de derivación y coordinación establecidos.

Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos y permanecer en su SSM de referencia.

El procedimiento a seguir debería incluir:

- ❑ Las reuniones de coordinación entre el representante o los miembros de la unidad y el/los profesionales que están trabajando con el candidato a la plaza (el procedimiento ha de estar definido según el modelo de gestión de casos, según se haya establecido).
- ❑ La cumplimentación de un informe de derivación adjuntando la documentación necesaria para el conocimiento de cada caso. El informe de derivación incluirá información relativa a la situación clínico-funcional, situación social y familiar, nivel de funcionamiento ocupacional (auto-cuidados, producción y ocio), motivos que justifiquen la demanda de acceso, previsión de duración de la estancia, funciones y objetivos de la misma (se ha de establecer para todos según el modelo de gestión de casos).

### ***Acogida y orientación***

Desde la unidad se trabajará activa y específicamente para asegurar la adecuada implicación de las personas que sean derivadas, desarrollando acciones que favorezcan su participación activa en su proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.

Las entrevistas con el usuario y con la familia servirán para informar sobre las características del centro, los fines generales y su funcionamiento, y también para recoger la opinión, planteamientos y objetivos del usuario, así como las expectativas de los familiares

La realización de actividades de apoyo puede favorecer la implicación de la persona en el centro, posibilitando desde un primer momento, la evaluación de su desenvolvimiento en la práctica.

### ***Evaluación, planificación y desarrollo de la intervención***

La evaluación va a ser una de las piezas clave en el proceso rehabilitador desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso de atención al usuario. Se desarrollará una evaluación que abarque todos los aspectos del individuo y de su entorno, su situación previa y actual, sus necesidades y sus expectativas. La situación actual es recomendable reflejarla según criterios de la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud):

- ❑ Hª previa
- ❑ FUNCIONES CORPORALES:
  - Funciones mentales: Funciones mentales globales (b110-b139) y funciones mentales específicas (b140-b189)
  - Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento: Funciones relacionadas con el movimiento (b750-b789)
- ❑ ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN:
  - Aprendizaje y aplicación del conocimiento: Experiencias sensoriales intencionadas (d110-d129); aprendizaje básico (d130-d159); aplicación del conocimiento (d160-d199)
  - Tareas y demandas generales (d210-d299)

- Comunicación: Comunicación-recepción (d310-d329); comunicación-producción (d330-d349); conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)
- Movilidad: Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410-d429); llevar, mover y usar objetos (d430-d449); andar y moverse (d450-d469); desplazarse utilizando medios de transporte (d470-d489).
- Autocuidado (d510-d599)
- Vida doméstica: Adquisición de lo necesario para vivir (d610-d629); tareas del hogar (d630-d649); cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (d650-d669)
- Interacciones y relaciones interpersonales: Interacciones interpersonales generales (d710-d729); Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)
- Áreas principales de la vida: Educación (d810-d839); trabajo y empleo (d840-d859); vida económica (d860-d879)
- Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)
- FACTORES AMBIENTALES
  - Productos y tecnología (e110-e199)
  - Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210-e299)
  - Apoyo y relaciones (e310-e399)
  - Actitudes (e410-e499)
  - Servicios, sistemas y políticas (e510-e599)
- EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS DE FUTURO

Todas las evaluaciones se llevarán a cabo utilizando cuantos sistemas e instrumentos de evaluación resulten útiles y relevantes de acuerdo al caso particular. Es conveniente que se consensuen las herramientas de evaluación para mejorar la labor de los equipos de la red de recursos de rehabilitación.

El proceso de evaluación será flexible, articulándose como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención que sirva para guiar, orientar el mismo y que proporcione criterios para poder reajustar las diferentes estrategias de intervención y apoyo.

El desarrollo de la evaluación se llevará a cabo por el equipo de profesionales que trabajan en la unidad junto con el usuario.

El proceso de intervención se estructurará a través del diseño de un **plan individualizado de rehabilitación (P.I.R.)** que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de rehabilitación, así como las distintas estrategias y medios que se van a utilizar y las acciones que se acometerán. El plan, en el que ha colaborado en su elaboración el usuario, se presentará por escrito para que sea asumido por todas las personas implicadas en el proceso de rehabilitación e integración social.

Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención se desarrollará una evaluación continuada de la misma.

Todas las **estrategias y medios de intervención** se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características, necesidades y objetivos de cada usuario a través de su plan individualizado de rehabilitación y apoyo comunitario. La organización de las actividades del usuario será flexible, llevándose a cabo de manera coordinada con otros recursos, fomentado el contacto y la utilización de los medios sociales que favorezcan la integración comunitaria. Se fomentará el desarrollo de programas y las intervenciones que se lleven a cabo en los contextos reales de la vida del individuo.

Las **áreas de intervención** sobre las que se actuarán están determinadas por la evaluación y los objetivos establecidos. Con el fin de dar cabida a la gran mayoría de los problemas que se detectan en esta población se han de establecer, al menos tres grandes programas generales, a saber:

**1. Rehabilitación psicosocial, apoyo a la integración y soporte social.** La intervención dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario deberá cubrir todos los aspectos relacionados con la mejora de las funciones corporales y superación de las deficiencias, la superación de las limitaciones y restricciones en la actividad y en la participación y la eliminación de barreras/obstáculos contextuales. Actualmente se ha demostrado como distintas técnicas, abordajes y modelos resultan eficaces y efectivos, con resultados importantes en relación a la rehabilitación e inserción.

**3. Seguimiento y soporte comunitario.** Una vez finalizada la intervención o alcanzados los objetivos principales del plan individualizado, desde la UERPS se ofrecerá el apoyo y soporte social necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de actividad y participación alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginalización.

**4. Apoyo a las familias y al entorno comunitario.** Desde la UERPS se ofrecerá a las familias información, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo, convivencia y apoyo a su familiar con TMG y contribuir a mejorar la situación y la calidad de vida de la propia familia. Se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y el asociacionismo. Se trabajará también para lograr eliminar las barreras contextuales del medio en el que se desenvuelve el individuo.

Cada programa se desarrollará de un modo activo, con cambios en sus actividades, objetivos, participantes, etc... según los usuarios atendidos en cada momento. Los programas han de "estar vivos", manteniendo siempre los principios de intervención de la rehabilitación psicosocial. El hecho de realizar tal programa o llevar a cabo tal o cual técnica no es sinónimo de trabajo de rehabilitación.



## ANEXO 6

### CENTRO DE DÍA

Aunque está abierto el debate sobre si el centro de día ha de ser un programa dentro de la unidad de rehabilitación psicosocial o un recurso aparte, se pueden definir como centros especializados y específicos destinados a personas con TMG con gran deterioro de sus funcionamiento y de su entorno social, dónde se desarrollan durante todo el día programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.

Junto a los servicios de recuperación funcional y actividades de ocio, se ofrecen servicios básicos de alimentación y aseo personal, que ayuden y faciliten el mantenimiento del individuo en su entorno.

Uno de sus principales objetivos es prevenir la claudicación familiar y la institucionalización, dado que se trata de usuarios con soporte comunitario muy frágil.

En ningún caso se trata de un centro de "residuales", pues en ocasiones es la puerta de entrada para el posterior trabajo en una unidad específica de rehabilitación psicosocial.



## ANEXO 7

### **PROGRAMAS DE RECURSOS COMUNITARIOS DE CONVIVENCIA Y VIVIENDA**

Aunque el programa de vivienda es tan sólo una parte del amplio abanico de programas de apoyo social que son precisos para la integración social de las personas con trastorno mental grave, hay suficiente evidencia acumulada como para afirmar que la provisión de alojamiento adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar dicha integración.

Es necesario crear un proyecto unificado y específico a nivel de recursos de vivienda dentro de un proyecto global de rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. Debe ser un modelo completo (con recursos adecuados, suficientes y a todos los niveles), integral (que cubra todas las necesidades y déficit a este nivel), integrado con los demás recursos (tanto de rehabilitación sociocultural como socio laboral), continuado (sin limitaciones, ni déficit, ni interrupciones, etc...) progresivo (de los recursos más protegidos o menos autónomos hasta los menos protegidos y más autónomos, los recursos normalizados) y comunitario (en la comunidad y con la comunidad). El objetivo final debe ser la integración normalizada, como derecho natural y dignidad social, volver al lugar de origen si es posible, a su barrio y a su familia, y a su grupo social de referencia y si no es posible intentar llegar a un nivel o situación lo más cercana posible a su lugar de origen.

#### **Definición**

Los programas de recursos comunitarios de convivencia y vivienda son alternativas residenciales que tienen por objetivo minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía de las personas con TMG, o bien son la alternativa a la inexistencia de un alojamiento. Con diferentes tipos y denominaciones (Pisos, Hogares, Casas a medio camino, Comunidades protegidas, Unidades Residenciales, Residencias, Pisos protegidos, Pensiones tuteladas...) y con mayor o menor supervisión y apoyo, tienen diferente dependencia administrativa (Salud, Servicios Sociales, Diputaciones, Fundaciones, etc.) y en la actualidad son claramente insuficientes.

En todos los casos, junto a la provisión de alojamiento y la continuidad de cuidados se preocupará de facilitar el acceso y la participación en el entorno en el que viven, así como la mejor calidad de vida.

Estas alternativas residenciales deben cubrir la necesidad gradual de supervisión, tanto en cuanto a los diferentes tipos de usuarios (con distinto grado de discapacidad), como a los diferentes momentos del proceso en que se encuentran. En general la tendencia es a que, en cualquier caso, los alojamientos que necesitan más supervisión sean de tamaño pequeño, no más de 30-40 plazas.

En algunas comunidades están distribuyendo estas plazas en tres tipos de estancias que proporciona una mayor flexibilidad: Plazas de descanso familiar (menos de un mes), plazas de estancias medias (hasta un año) y plazas de estancia indefinida.

A estos alojamientos se pueden incorporar las opciones que ofrecen las nuevas tecnologías como son las posibilidades de Telealarma, Teleasistencia, sistemas de control de tareas, domótica a distancia (vivienda inteligente) y la telefonía móvil para gestión de

automedicación, por nombrar algunos de los sistemas que pueden mejorar la calidad de vida del usuario y favorecer la eficacia de la intervención.

### **Dificultades encontradas en relación a la vivienda**

La dificultad más significativa encontrada es la falta de garantía por parte de los poderes públicos de proveer de alojamiento o vivienda a toda persona con trastorno mental grave que así lo precisa.

Las **dificultades encontradas en el proceso de acceso a los recursos** existentes en materia de vivienda se refieren a:

- ❑ Las personas con trastorno mental grave no son las que deben adaptarse a los recursos existentes, sino que son los recursos los que deben dar respuesta a los diferentes perfiles de necesidad.
- ❑ Los criterios de acceso a los recursos deben gozar de cierta flexibilidad dado que de esta manera se evita que las personas que no se ajustan totalmente al perfil queden fuera de los recursos y, por tanto, carentes de una atención adecuada.
- ❑ Otra limitación, que afecta al ámbito de la vivienda hace referencia a la falta o insuficiente coordinación entre los diferentes departamentos de la Administración (Bienestar Social, Salud, Vivienda, Socio-sanitario, etc.) que son quienes tienen competencia, titularidad/gestión de los recursos en materia de vivienda.

### **Modelo de referencia**

El Programa de vivienda y convivencia ha de ofrecer la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son: La vivienda, la manutención, determinados cuidados básicos (aseo, autocuidados, medicación, organización cotidiana, etc.) y las relaciones interpersonales significativas, destacando el aspecto relacional y su orientación general hacia la mejoría de la autonomía del usuario.

También hay que destacar en la configuración de estos programas dentro del marco de la atención comunitaria:

- a) el objetivo general de **maximizar la autonomía personal** (toma de decisiones sobre la propia vida y su gestión) y fomentar el papel activo de la persona (voluntariedad, intervención en la elección del recurso, participación en actividades, etc.),
- b) su alcance, que, al igual que otros programas de servicios sociales, no va más allá de la **sustitución del papel tradicionalmente asumido por la familia**,
- c) la **preferencia por utilizar recursos no específicos**<sup>2</sup> siempre que sea posible, empleando los específicamente destinados a personas con trastornos mentales graves cuando los otros no existan, o no se adecuen a las necesidades concretas de aquellos,
- d) y, la necesidad de **colaboración con la red de atención sanitaria**, incluyendo sus prestaciones dentro de un plan global de atención individualizado para cada usuario.

<sup>2</sup> Entendiendo por tales los ya existentes dentro de los programas habituales de Servicios Sociales.

Resulta crucial que los profesionales implicados en la atención directa, con responsabilidad en la derivación, en el funcionamiento de los diferentes recursos y en el diseño de las intervenciones individualizadas específicas, cuenten con los criterios que emanan de la aproximación del "supported housing" (Ridgway y Zipple, 1990), favoreciendo siempre que sea posible la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento precisos y las acciones de apoyo necesarias para que pueda acceder y mantenerse en los mismos.

La experiencia nos demuestra que con la supervisión adecuada y el soporte necesario personas poco autónomas y dependientes pueden mantenerse en entornos muy normalizados. Pero este enfoque no sólo debe emplearse para determinar el lugar en el que la persona vivirá, sino que debe también marcar la actitud del recurso en el que se encuentre, donde sin duda alguna debe primar la flexibilidad y el respeto por la individualidad. La flexibilidad de un recurso se pone a prueba de forma continuada siendo fundamental que el trabajo vaya encaminado a estudiar el método para lograr que un usuario que lo necesita pueda incorporarse y permanecer en el centro beneficiándose de los servicios, frente a una postura en la que predominen los criterios acerca del grado de adaptación o ajuste de la persona a la estructura de funcionamiento del dispositivo.

El funcionamiento de los recursos debe ser coherente con la filosofía de la rehabilitación y los principios fundamentales deben estar plasmados en su funcionamiento diario.

En el diseño se pretende favorecer un ambiente familiar, lo que va más allá de lograr un ambiente cálido y cordial.

La metodología estará enfocada a:

- Ofrecer un contexto facilitador de la recuperación (disminuir/ compensar psicopatología) y la funcionalidad.
- Desarrollar actuaciones para la formación y rehabilitación de la persona con trastorno mental grave (reducir deficiencias y disfunciones, promover desenvolvimientos competentes y el desarrollo y crecimiento personal).
- Brindar oportunidades para la integración social, si es posible en el lugar de origen.
- Adecuar los recursos a las posibilidades reales de recuperación del individuo, evitando exigencias inadecuadas que provocarán su frustración e inadaptación.
- Apoyar y ayudar al usuario en el desarrollo de su plan y establecer acuerdos conjuntos sobre los objetivos de recuperación: el respeto al individuo por encima de nuestras expectativas y "deseos" como técnicos de la rehabilitación.

En síntesis nos planteamos:

1. Para ser consecuentes con la filosofía integradora es conveniente situar los centros y la intervención en el contexto comunitario, si no volvemos al camino de la cronificación, al no dejar el de la institución. El abrir salas cerradas de psiquiátricos, abriendo puertas de entrada directas a la calle, porque el espacio estaba cerrado, inerte y sin utilizar y no era barato sino

- gratuito fue en el pasado una manera de seguir en la institución. Con demasiada frecuencia los aspectos administrativos están por encima de los técnicos y de los intereses comunes en rehabilitación y en salud mental.
2. Los recursos comunitarios de convivencia y vivienda están dirigidos a promover el máximo nivel de autonomía de la persona, entendiendo por autonomía “la capacidad de llevar a cabo elecciones y control sobre la propia vida”, lo cual conlleva creencias implícitas sobre la elección del individuo y la consiguiente oferta de oportunidades para que esto sea posible. Es importante pues que el diseño y organización en la práctica de estos recursos sean acordes con dicho planteamiento y no se confundan con la potenciación de la independencia del individuo (“la capacidad de hacer lo que se requiere para mantener la salud sin necesidad de ayuda externa”).
  3. Los recursos deben ser flexibles y adaptarse, en lo básico, a las necesidades de los usuarios en cada momento, en un equilibrio de normas, actitudes, necesidades y recursos.
  4. Sin duda no se pueden crear recursos para todo tipo de usuarios, ni todo perfil de usuario podrá adaptarse a determinados recursos por más que lo intentemos. Hay que buscar un equilibrio entre las necesidades, el perfil de los usuarios y los recursos que ya tenemos y los que vamos a crear, sin olvidar la reordenación de los recursos como primera etapa de creación, para evitar el solapamiento, doblar plazas y funciones, crear falsas expectativas, frustraciones innecesarias, etc...
  5. Siempre deben ser recursos progresivos de mayor a menor protección de menor a mayor autonomía hasta la normalización. Los recursos deben ser completos, adecuados y continuados para no romper el equilibrio necesario en el proceso de integración normalizado.

### **La población atendida**

La definición de grupos más o menos homogéneos para clasificar a las diferentes personas, cuyas necesidades debe intentar cubrir un programa comunitario de convivencia y vivienda, es una tarea difícil, ya que nos encontramos con combinaciones individuales muy dispares de distintos tipos de necesidades personales.

En general los candidatos a estos recursos suelen no tener familia directa (padres), pero si los tienen en general son madres viudas mayores y/o enfermas, más a menudo, sí hay hermanos casados con hijos y con responsabilidades laborales y familiares y que colaboran con muchas dificultades.

### **Criterios de inclusión, de exclusión y de alta**

Criterios básicos que deciden la inclusión de los usuarios se agrupan en dos tipos, unos de carácter general y otros específicos para cada caso y recurso:

#### ***Criterios generales para entrar en el programa***

- Necesitar apoyo convivencial o de vivienda, por carencia o inadecuación de su red social ( familia o grupo social inadecuado, inexistencia del ámbito familiar o mínimo de apoyo, situación crítica en la relación sociofamiliar, situaciones carenciales límites que aconsejen al separación temporal o necesidad de vinculación menos limitada), como consecuencia de padecer alguna trastorno mental grave.

- No tener acceso a otras prestaciones residenciales.
- Ser usuario de los servicios públicos de salud mental de la Comunidad Autónoma.
- Aceptar de manera voluntaria las condiciones del programa.
- No presentar, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.

### ***Criterios específicos***

- Necesitar el grado de apoyo específico que proporciona el recurso correspondiente en cada caso.
- Momento del proceso en el que se encuentra el individuo.
- Aceptar las condiciones específicas establecidas en el recurso, que conviene formalizar en un contrato individual.
- Contar con un plan de seguimiento y apoyo sanitario.

Se diseñan diferentes recursos con diferentes niveles de atención para atender a diferentes niveles de necesidades, el objetivo último es que ninguna persona deje de ser atendida, aunque es frecuente que la necesidad de un individuo en muchas ocasiones no encuentra respuesta en la tipología de recursos existentes.

### **Tiempo de Estancia**

Por plaza: flexibilidad y variabilidad, ajustado a tipo de demanda.

- Plazas de estancia indefinida
- Plazas de estancia media (hasta un año)
- Plazas de descanso familiar (menos de un mes)

### **Alternativas residenciales comunitarias**

Un elemento importante dentro del Programa de rehabilitación e integración social de la persona con TMG son los servicios comunitarios de convivencia y vivienda. Sin contar con un apropiado rango de opciones de alojamiento y soporte residencial, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas con TMG pueden verse seriamente limitados.

Entre los recursos comunitarios de convivencia y vivienda están:

### ***Residencias***

Son espacios de acogida, estancia y paso de carácter abierto, temporal y transitorio, para usuarios de evolución crónica o institucionalizados, con sintomatología negativa generalmente con residuos activos y deterioro psicosocial, con una situación de "estabilidad relativa" pero suficiente para vincularse a estos recursos y con posibilidades de recuperar funcionalidad de manera que puedan optar a los otros recursos de rehabilitación e integración sociolaboral y sociocultural y, en un futuro, a otros recursos de vivienda que requieran mayor nivel de autonomía.

Las residencias también se plantean como recursos que acogen a personas de manera indefinida, cuando esta modalidad de vivienda sea el tipo más adecuado para la persona, aportándole alojamiento, manutención, cuidado y apoyo personal y social.

Reciben distintas denominaciones, según la CC.AA., así Minirresidencia en la comunidad de Madrid, CEEM (Centro específico de enfermos mentales) en la Comunidad Valenciana, etc.

Las residencias ofrecen atención profesional las 24 horas al día, los 365 días del año, y pueden dar cabida a 15-40 residentes (por lo general 20-25 px en las Minirresidencias, 40 en los CEEM).

### ***Escuela de Convivencia y prepisos***

Espacio cercano a la Residencia de base pero con un espacio y proyecto propio y autónomo como “lugar de paso breve” para usuarios que han pasado por la Residencia y han recuperado las capacidades suficientes para el cambio, o bien usuarios nuevos derivados de su domicilio o de una unidad hospitalitaria con el objetivo de trabajar en un programa intensivo y continuado de desarrollo de la funcionalidad en este espacio de convivencia para optar a otros recursos más autónomos en la comunidad, en general los pisos y las familias.

Hay dos niveles de atención en dos recursos diferenciados y cercanos que comparten algunos servicios comunes pero que se gradúan en un primer nivel de “Escuela” de trabajo intensivo progresivo de hábitos y actitudes y otro de desarrollo de lo aprendido a nivel práctico para poder pasar al final del programa a un “piso asistido” o a un nivel de “familia”.

Deben cubrir un programa completo con el resto de los recursos especializados y comunitarios. Cada nivel debe cubrir de 10 a 15 plazas en la escuela de convivencia y de 6 a 10 plazas los prepisos. En el prepiso se preparan con un programa práctico para el piso asistido, como un grupo de convivencia estable, que va a pasar como grupo integrado y adaptado al completo al nuevo piso asistido y en algunos casos a un recurso familiar.

### ***Pisos tutelados y supervisados***

Según la definición de la AEN “son recursos residenciales comunitarios organizados en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con TMG. Tienen como característica definitoria el ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuado a las personas que en ellos habitan”.

El grado de supervisión es variable, en función de las necesidades de los residentes del piso y de la etapa del proceso de adecuación y de funcionalidad de los mismos. En los pisos tutelados la supervisión será de 24 h/día. Los pisos supervisados el apoyo directo oscila entre 15 y 30 horas semanales, aproximadamente.

Respecto a la organización interna del piso, deberá promoverse la autogestión del grupo de personas que en él residan y el ambiente familiar y normalizado.

Los pisos supervisados deben ser un recurso transitorio de paso obligado a un modelo que debemos reordenar para que los usuarios puedan pasar a recursos familiares en la comunidad. Vamos a describir estos recursos de la última etapa de convivencia más autónoma, las familias.

### ***Pisos Autónomos***

Es la modalidad de "piso" más autónoma posible en la comunidad. Un grupo de personas solas o en convivencia con otras personas deciden convivir en un piso de alquiler o de otras modalidades en plena autonomía y sólo con un seguimiento individualizado en recursos externos. Siempre se dará con personas en procesos avanzados de reinserción, en situación de trabajo asistido o normalizado y con un uso normalizado del espacio sociocultural. Pueden crearse desde un grupo homogéneo mixto a una pareja u otros grupos diferenciados.

### ***Pensiones concertadas supervisadas***

Se trata de cubrir las necesidades básicas y de alojamiento, mediante plazas en pensiones de huéspedes, generalmente de personas con un buen nivel de autonomía, escasos recursos económicos y un estilo de vida marcadamente independiente (en algunos casos pseudomarginal). Se debe articular la supervisión oportuna y el apoyo preciso desde el Servicio de Salud Mental y otros dispositivos de rehabilitación, proporcionando también asesoramiento y apoyo a los propietarios de las pensiones sobre el trto y manejo de los usuarios y sobre el afrontamiento de los problemas que se puedan plantear en el transcurso de la estancia.

### ***Familias***

Se trata de integrar a las personas en una de las formas sociales más normalizada. Según el grado de apoyo y supervisión se distinguen:

- ❑ Familias protegidas y asistidas. Es el modelo familiar más protegido para usuarios con un nivel adecuado de reintegración suficiente, integrados social y laboralmente que vuelven a la familia pero con un soporte continuado. La familia recibe un soporte a nivel de un programa integral de preparación y seguimiento continuado y progresivo, antes y durante la vinculación por medio de un subequipo especializado, con labores de sensibilización, formación y resolución de problemas. La diferenciación de protegido o asistido se marca por el nivel de soporte tanto en la frecuencia como la duración y el contenido.
- ❑ Familias sustitutas. Se refiere al mismo modelo y recurso anterior y para el mismo tipo de usuario pero el grupo familiar no es el propio sino otro que recibe el mismo soporte especializado del subequipo.
- ❑ Familias de acogida. Es un modelo alternativo a los dos anteriores para el mismo tipo de usuarios y con una función más transitoria y temporal.



## ANEXO 8

### **REHABILITACIÓN LABORAL E INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO.**

La integración laboral es un componente fundamental para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Se trata de una de las asignaturas pendientes más relevantes de la reforma psiquiátrica.

Los centros de rehabilitación laboral son recursos específicos para favorecer la rehabilitación profesional de personas con TMG que lo deseen, apoyando su inserción y mantenimiento en el mundo laboral de una manera normalizada, ya sea en la empresa ordinaria, en fórmulas de empleo protegido o mediante sistemas de autoempleo. En algunas CC.AA. se ha optado por reunir en la misma unidad el programa específico de rehabilitación psicosocial y el de rehabilitación laboral (CRPSL).

#### **Definición**

Podemos definir la rehabilitación laboral de personas con trastorno mental grave como la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena. Hablamos de un proceso continuado que desemboca en una meta bien definida, la integración sociolaboral plena que se obtiene cuando:

- Se realiza un trabajo en el que la mayoría de los empleados no son discapacitados.
- La duración del trabajo cumple un mínimo de veinte horas laborales.
- El sueldo percibido debe aproximarse al de otro trabajador en las mismas condiciones.
- El apoyo en el lugar de trabajo debe ser el mínimo y tender paulatinamente a desaparecer.

La rehabilitación laboral pretende dotar a la persona de un proyecto de vida a través del desempeño de un trabajo; pretende la creación de un espacio normalizado donde el individuo sea capaz de desarrollar una forma de ser y actuar que no esté primordialmente caracterizada por la condición patológica.

En la situación de desempleo influyen muchos factores, unos relacionados con la propia persona (deterioro cognitivo y conductual, escasa formación académica y profesional, ausencia de experiencia laboral previa, etc.) y otros relacionados con la estructura social y económica (prejuicio, estigmatización, dispersión de la población y escasez de recursos, etc.)

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral.

#### **Soluciones apuntadas para la consecución de objetivos y mejora de los resultados en la rehabilitación laboral**

Si queremos que los programas de integración laboral de las personas con TMG tengan posibilidades razonables de éxito, es necesario un tratamiento relativamente diferenciado

en los programas dirigidos a este colectivo de otros grupos y por ello es muy importante una formulación clara de los objetivos. Si estos objetivos se plantean de manera teórica (sin hacer referencia a los aspectos concretos de la situación del individuo), utópica (sin atender a las limitaciones procedentes del individuo o su entorno) y sin limitación temporal (sin incluir un plazo de tiempo aproximado en el que consideramos que deberían obtenerse resultados), resulta más difícil realizar una atribución causal correcta de los cambios en el funcionamiento laboral de un individuo.

Es fundamental articular medidas de promoción y fomento del empleo que permitan aminorar las barreras que el mercado laboral impone a la contratación de grupos con dificultades y muy especialmente al de personas con trastorno mental grave y potenciar un abanico de alternativas laborales que permitan su efectiva integración en el mercado laboral.

Algunas de las principales alternativas para su inserción laboral son las siguientes:

- Promover y potenciar el desarrollo de Programas de “Empleo con Apoyo” que faciliten la incorporación y mantenimiento de empleos en el mercado laboral normalizado.
- Promover el desarrollo de Centros Especiales de Empleo como fórmula empresarial de empleo protegido, que facilite la contratación laboral de este colectivo.
- Potenciar y apoyar el desarrollo de “Empresas Sociales” como nuevas iniciativas empresariales comprometidas con la inserción laboral de colectivos desfavorecidos y en las que se combinan y complementan la dimensión empresarial y mercantil con la dimensión social.

El adecuado desarrollo y potenciación de este abanico de alternativas que faciliten y promuevan la efectiva incorporación e integración laboral de este colectivo, exige la articulación de medidas legislativas, de sensibilización, de apoyo económico y de asesoramiento técnico y supone la implicación y colaboración del sistema de empleo además de la colaboración y apoyo a la iniciativa social como eje promotor y gestor de estas alternativas.

Son necesarios esfuerzos sostenidos para aumentar y diversificar los programas de formación profesional y de rehabilitación laboral para este colectivo. Y es aún más necesario ampliar las oportunidades y las alternativas para su inserción laboral: apoyando su incorporación en el mercado laboral ordinario con programas de empleo con apoyo, potenciando y modernizando los CEE como fórmula de empleo protegido, apoyando la creación de nuevas iniciativas empresariales que combinen la dimensión económica y la social y que favorezcan la contratación de personas con trastorno mental grave.

Estas alternativas de inserción laboral no están exentas de dificultades debido a la propia problemática del colectivo que nos ocupa, por ello se barajan una serie de aspectos que hay que tener en cuenta y que inciden en una mejor y más estable permanencia en el mercado laboral:

a) Desde el punto de vista clínico:

- Necesidad de prestar especial atención al mantenimiento de la estabilidad psicopatológica.
- Necesidad de realizar un trabajo específico encaminado a normalizar, complementariamente a la integración laboral, el funcionamiento cotidiano de estas personas, así como la importancia de trabajar los aspectos sociales

como complemento de esa integración laboral, sobre todo la estructuración del ocio y del tiempo libre.

- Necesidad de dar apoyo y seguimiento continuado a las personas que buscan y acceden al empleo.
- Necesidad de articular fórmulas para captar a las personas que no acceden a los recursos sanitarios y/o laborales.
- Necesidad de poder contar con un censo actualizado de personas con enfermedad mental crónica.
- Evitar la centralización de los recursos de integración laboral, mediante el desarrollo de equipos itinerantes y otros recursos de apoyo.

b) Desde el ámbito formativo:

- Articular fórmulas para que las personas con enfermedad mental tengan acceso a los recursos de formación normalizados, para aquellos que no necesiten de recursos específicos o no quieran acceder a ellos.
- Necesidad de garantizar la coordinación estructurada de los dispositivos y agentes que desde las distintas áreas, inciden en el proceso de integración laboral.
- Necesidad de seleccionar cuidadosamente los usuarios que van a acceder a los distintos niveles de formación y empleo, con la finalidad de minimizar las posibilidades de fracaso.
- Establecer acuerdos de prácticas laborales en empresas con apoyo, como forma de que el empresario vaya conociendo las posibilidades de las personas con enfermedad mental.

c) Desde el punto de vista laboral:

- Necesidad de adaptar las políticas actuales de empleo a las características y peculiaridades de las personas con enfermedad mental. Potenciar la fórmula de los itinerarios de inserción integrados que mejoren la formación y oportunidades de empleo.
- Garantizar desde la Administración regularidad y continuidad en los programas específicos de apoyo al empleo.
- Necesidad de revisar el sistema actual de incentivos a los empresarios para la contratación de personas con discapacidad, pues no favorece la creación de puestos de trabajo adaptados a las personas con trastorno mental grave.
- Apoyo a las PYMES y reconocimiento social para aquellas que quieran colaborar en la integración laboral de esas personas.
- Potenciar la sensibilización de los empresarios.
- Ampliar las posibilidades de actividades ocupacionales, sin convertirlas en lugares estanco, de aquellas personas que puedan aspirar al empleo, manteniendo a los que no puedan y en todo caso, configurándolas para que mejoren la integración social y las capacidades laborales.
- Garantizar que los proyectos de empleo para las personas con enfermedad mental eviten la creación de empleos de segundo orden.

- ❑ Apoyar a las familias e intervenir sobre las posibles actitudes disfuncionales, para que sean realmente colaboradores en el proceso de inserción laboral.
- ❑ Articular fórmulas en el sistema de pensiones, de tal forma que se neutralice el efecto “desmotivador” de las mismas para la integración laboral.

Por todo esto, hacen falta programas globales, planificados y gestionados de manera unificada, programas que deben tener en cuenta que:

- ❑ Sus distintos componentes (actividad ocupacional, orientación, formación, empleo de transición, empleo protegido y apoyo al empleo) deben mantenerse unidos, aunque en ocasiones puedan tener financiaciones distintas, así como distintas agencias de control administrativo.
- ❑ Los tiempos, tanto del conjunto del proceso como de la mayor parte de las actividades que incluye, deben ser generalmente muy largos contando con los retrocesos relativamente habituales.
- ❑ Sus relaciones con las intervenciones sanitarias y otros programas de apoyo social deben estar incluidas desde el inicio.
- ❑ Incluso los componentes más técnicos deben contemplar los aspectos motivacionales y relacionales y desarrollarse en contextos lo más parecidos posible al contexto real de trabajo.
- ❑ Es precisa una infraestructura de coordinación en ámbitos territoriales manejables.
- ❑ La complejidad del programa implica importantes elementos de especificidad que, habitualmente no se incluyen en las políticas y programas generales de apoyo al empleo de otros colectivos con dificultad, lo que, en ausencia de programas específicos, funciona como una barrera más de cara a la integración laboral de personas con enfermedad mental severa.

En la rehabilitación laboral, es especialmente importante revisar el grado en el que los objetivos han sido alcanzados y la medida en que la situación personal del individuo se ha modificado. Es difícil predecir la capacidad de la familia y del usuario para adaptarse a los cambios que se derivan del proceso de inserción laboral y, en ocasiones, es necesario realizar intervenciones de apoyo que lo faciliten.

## **Modelo de referencia**

### ***Objetivos***

La práctica ha venido demostrando que la integración laboral de las personas con enfermedad mental pasa por formular planes individualizados de rehabilitación que incluyen como un aspecto fundamental los programas ocupacionales laborales. Con estos programas se hace referencia al conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de las personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva.

El objetivo fundamental de estos programas es la incorporación/reincorporación al empleo de pacientes psicóticos.

Este objetivo precisa la articulación de:

- Tratamiento sanitario orientado no sólo a controlar síntomas sino a garantizar en la mayor medida posible la pertenencia a la comunidad.
- Los programas específicos de rehabilitación psicosocial que forman parte del tratamiento sanitario básico de cualquier persona.
- La evaluación de necesidades y posibilidades del usuario en el ámbito de la ocupación y el empleo, teniendo en cuenta su historia previa, situación actual, aspiraciones y deseos, etc. Evaluación que incluye la elaboración de un itinerario personalizado.
- Distintas actividades dirigidas a la orientación vocacional de cada usuario, ayudándole a definir sus posibilidades en el contexto concreto en que se encuentra.
- Los programas dirigidos a la adquisición de hábitos laborales básicos, como requisito previo a su posible integración.
- La posibilidad de desarrollar actividad ocupacional, ya sea como escalón previo, como actividad de transición o como actividad permanente.
- Distintas actividades y programas de formación básica y compensatoria para superar dificultades y lagunas concretas en el proceso de aprendizaje previo de algunos usuarios.
- Programas específicos de formación profesional que correspondan y estén de acuerdo con el itinerario formativo definido para cada usuario.
- Posibilidad de desarrollar distintas formas de trabajo supervisado como fase de transición entre el período formativo y el de empleo.
- Distintas actividades de orientación y apoyo en la búsqueda de empleo, incluyendo el desarrollo de actividades para ello.
- Disponibilidad de alternativas de empleo.
- Mecanismos de apoyo en el puesto de trabajo, con intervenciones potenciales no solo sobre el paciente sino también el entorno familiar, profesional y laboral.
- Para ello son precisos distintos dispositivos y programas que pueden organizarse en estructuras funcionales y administrativas diversas.

### **Contenidos**

Las experiencias llevadas a cabo en el marco de un gran número de programas nos demuestran que el proceso de inserción en el mercado de trabajo de personas con discapacidad en general, y con enfermedad mental en particular, debe partir siempre del conocimiento profundo, tanto de las características y necesidades de las personas y de sus especiales dificultades de inserción, como del territorio concreto y mercado laboral en el que se pretende la integración.

Es importante tener presente que se persigue la integración laboral, pero también la social.

En el proceso de inserción, la experiencia ha puesto de manifiesto el papel relevante de los Servicios Integrales de Empleo (o Servicios de Integración Laboral) y los itinerarios individualizados de inserción parecen consolidarse como la metodología aceptada

de forma general para conseguir la integración laboral de personas con dificultades especiales de inserción.

### ***Coordinación específica***

En la medida en que las actividades de integración laboral de personas en dificultades están experimentando un importante desarrollo, hay que tener en cuenta un contexto más general, es decir, la necesidad de coordinación con, al menos:

- Las distintas estructuras administrativas de apoyo al empleo.
- Otras dependencias administrativas estatales.
- Organismos donde se definen y/o articulan programas de apoyo al empleo.
- Organizaciones sociales implicadas como Sindicatos y Organizaciones Empresariales.

### **Tipología de recursos**

**TALLERES POLIVALENTES**, con funcionamiento similar al de un “Centro de Día”, estrechamente vinculado a los Equipos de Salud Mental de Distritos preferentemente rurales (alejados de las Unidades de Rehabilitación) y capaces de cumplir varias funciones, en cierta medida “a caballo” entre lo sanitario y lo ocupacional:

- Organización y desarrollo de actividades de utilización del tiempo libre y manejo y organización de la vida cotidiana
- Desarrollo de actividades de rehabilitación (por pare de personal del Equipo de Salud Mental)
- Inicio de actividades ocupacionales (evaluación, hábitos básicos, etc.)

**TALLERES OCUPACIONALES**, dirigidos a facilitar el uso del tiempo y la organización de la vida cotidiana de pacientes con más dificultades de movilización (de distinta temporalidad) a partir de actividades con una cierta orientación productiva. Su riesgo fundamental es la “institucionalización” de los usuarios por lo que precisan medidas preventivas al respecto (rotación de personal, actividades y usuarios, además de la coordinación desde el correspondiente Servicio Provincial de Orientación y Apoyo al Empleo y la cercanía a/de los servicios de salud mental)

**CENTROS OCUPACIONALES**, orientados más claramente a la producción y si es posible la venta de productos, aunque no permitan la autosuficiencia económica, ni, por lo tanto, la contratación laboral de los pacientes. Tanto por razones económicas como de funcionalidad en la integración, exigirían una mayor conexión con las Empresas Sociales, de cara a permitir: la mayor movilidad posible de los usuarios, la continuidad de actividades productivas y un contexto de mayor valoración social y atractivo personal para aquellos, medida que puede contribuir a contrarrestar el riesgo de “institucionalismo” que conllevan, y que debe ser complementada con el control de un no menos importante riesgo de “explotación” de los usuarios.

**CURSOS DE FORMACION GENERAL Y COMPENSATORIA**, dirigidos a compensar las carencias del proceso formativo previo de una parte importante de los usuarios. Actividades que deben basarse en los programas existentes en el ámbito de la administración educativa (educación de adultos, programas de garantía social, etc. ), incluyendo medidas preventivas en niños y adolescentes en riesgo, adaptándolos a las peculiaridades de nuestro colectivo.

**CURSOS DE FORMACION PROFESIONAL**, actividades formativas de corta y media duración (inferior al año), que deben dirigirse de manera clara a la capacitación para obtener un empleo, en el sentido de: Situarse dentro de un itinerario individualizado de formación y empleo, y, asegurar un nivel razonable de calidad, adecuándose a las necesidades y posibilidades específicas de los pacientes.

Para ello deben tenerse en cuenta algunas características del proceso de formación en este colectivo como son, además de su complementariedad con otras medidas, las necesidades de:

- ❑ periodos habitualmente largos, con una planificación individualizada, lo que restringe la funcionalidad de los "cursos" a la de complemento de otras actividades de formación,
- ❑ contextos de formación lo más vinculados que sea posible al trabajo real,
- ❑ metodologías que tengan en cuenta los problemas cognitivos, relacionales y de motivación de los pacientes (papel de las retribuciones, entre otros),
- ❑ énfasis en los aspectos prácticos de la formación (papel del "trabajo en prácticas" como mecanismo de formación)

**PROYECTOS FORMATIVOS** (tanto individuales como colectivos), que implican la programación y desarrollo de actividades de formación escalonadas (varios cursos y periodos de prácticas en empresas), establecidos de modo individualizado, orientados a la consecución y/o mantenimiento de un empleo concreto y con seguimiento y control por parte de los servicios de coordinación territorial del programa.

**PROYECTOS FORMATIVO-EMPRESARIALES**, del tipo de los programas desarrollados hasta ahora en el marco de Proyectos Europeos, en los que distintas actividades, entre las que ocupan un lugar destacado las de formación, se orientan a la constitución de una Empresa Social, o a la ampliación de la capacidad productiva y de empleo de alguna de las ya existentes.

**EMPRESAS DE INSERCIÓN**, denominación inicial de una nueva figura empresarial específicamente destinada a favorecer la inserción laboral de personas con dificultades. Se trata de empresas con los beneficios de los centros especiales de empleo, pero con formas de trabajo transitorio (hasta 3 años de duración) como paso previo al empleo estable en otras Empresas. Aunque su regulación legal no se ha terminado, por lo que no está claro el acceso a las mismas de personas con discapacidad (ni tampoco la asignación de fondos específicos para su constitución), podría suponer una posibilidad de ampliación de la red de recursos de integración laboral, ofreciendo empleo de transición hacia la empresa "normal", y/o un modo de "colchón protector" en torno a las Empresas Sociales.

**EMPRESAS SOCIALES**, cuyo objetivo es incorporar en sus plantillas a personas que padecen trastorno mental severo, usuarios de los Servicios de Salud Mental. La empresa, en este caso, está diferenciada de estructuras superiores, es decir con personalidad jurídica diferente de la Administración o entidad de atención, patrimonio diferente aunque directamente ligada a la misma por su participación societaria, todo ello para que las situaciones críticas que puedan sufrir dichas estructuras laborales no afecten al resto y para garantizar el objetivo de inserción laboral de enfermos mentales.

Se opta por Sociedad Limitada en vez de Sociedad Anónima por poder constituirse con un capital social no necesariamente de al menos 10 millones de pesetas, en lugar de Cooperativa por el mantenimiento del objetivo y poder incrementar las participaciones de los socios en el capital cuando fuese necesario.

Con las características actualmente contempladas, a la espera de poder modificar algunos aspectos de su estatuto legal, que deben seguir facilitando oportunidades de empleo permanente (ampliando razonablemente su capacidad actual), a la vez que se incrementa, en algunos casos con carácter exploratorio, su utilización complementaria como lugar de:

- prácticas formativas,
- empleo de transición,
- apoyo a Centros Ocupacionales, etc

**EQUIPOS DE APOYO AL EMPLEO**, dirigidos a facilitar la integración laboral en empresas no específicas, suministrando orientación y apoyo personalizado en los distintos momentos y problemas específicos por los que puede pasar el paciente en dicho proceso: Búsqueda de empleo, primeros días de trabajo, posibles crisis personales, dificultades con los compañeros y/o jefes, etc. E incluyendo también la atención preventiva a pacientes con empleo que pudieran estar en riesgo de perderlo.

**SERVICIOS DE ORIENTACION Y APOYO AL EMPLEO**, como estructura de regulación y coordinación general del programa en el ámbito provincial. Se trata de un equipo desde el que se debe:

- recibir y evaluar la demanda de acceso a las diferentes actividades del Programa
- establecer itinerarios personalizados de formación y empleo
- orientar y apoyar los distintos dispositivos y actividades del Programa:
  - Talleres y Centros ocupacionales
  - Actividades de formación
  - Empresas específicas (en su aspecto de integración)
  - Equipos de Apoyo
- Evaluar periódicamente su funcionamiento

## ANEXO 9

### PRESTACIONES ECONÓMICAS

En el sistema de Servicios Sociales se dispone de un conjunto de prestaciones económicas, pensiones contributivas y no contributivas del Sistema de la SS y otras prestaciones económicas dirigidas a individuos y familiares, y de subvenciones a ONGs con el fin de financiar recursos o cuidados no gratuitos.

Con independencia de las pensiones existen ayudas individuales (para rehabilitación, asistencia especializada, apoyo a familias...) y ayudas a entidades privadas (para promoción y apoyo del movimiento asociativo, facilitación de programas de integración social, atención familiar y personal...), subvenciones para programas de respiro y vacaciones, y cofinanciación entre el M<sup>o</sup> de Trabajo y AS y las CC.AA y corporaciones locales de planes y programas de servicios sociales.



## ANEXO 10

### OTROS RECURSOS DE APOYO COMUNITARIO

#### Agencias para la tutela del adulto

Su fin es evitar situaciones de desamparo o de abuso, con especial sensibilidad hacia el colectivo de las personas con TM que no puedan gobernar efectivamente su vida. El amparo de estas personas debe tener como objetivo la integración y normalización de los incapacitados. Por lo que las actuaciones de estas agencias han de estar en estrecha coordinación y complementariedad a las del resto de los recursos de tratamiento y rehabilitación.

#### Asociaciones y clubes sociales

Son recursos de apoyo social destinados a ofrecer soporte a la población con TMG que presentan dificultades para un desenvolvimiento adecuado, especialmente en el área de ocio y entretenimiento en ambientes totalmente normalizados. Entre sus objetivos destacan la promoción de una red de apoyo que permita romper el aislamiento de las personas con TMG, el fomento de uso de recursos comunitarios, el aumento del desempeño de roles socialmente valiosos, la mejora de las relaciones interpersonales y el uso y disfrute del tiempo libre.

#### Recursos sociocomunitarios normalizados

La utilización de recursos sociocomunitarios normalizados va a ser una pieza clave dentro de la inserción social pretendida. El conjunto de recursos a utilizar es muy amplio, siendo necesario que desde los recursos específicos correspondientes se lleve a cabo actuaciones tales como: Ponerse en contacto y coordinarse con os recursos, personas de referencia y mediadores comunitarios que puedan ser útiles en la consecución de los objetivos perseguidos; promover foros encaminados a disipar mitos, prejuicios y recelos acerca del colectivo de personas con TMG, a la vez que se informa a la comunidad de las actividades y objetivos de los recursos específicos de atención a esta población, así como de los resultados obtenidos; promover la formación y participación de voluntarios y otros agentes comunitarios en tareas de promoción e inserción de este colectivo; apoyar a aquellos recursos en los que participen las personas afectadas; etc.



Con la colaboración de:



[www.walkredi.org](http://www.walkredi.org)