

AÑO 2011 - FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

Procedimientos de atención en centros
de rehabilitación psicosocial y laboral.
Vol 2. Casos prácticos.

AREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO COMUNITARIO



Autores

Coordinación técnica del texto:

Daniel Navarro Bayón y Olga Carrasco Ramírez

Relación de personas que han participado en la elaboración del Documento por orden alfabético:

Beatriz Villora

Trabajadora Social, Responsable técnica CRPSL Cuenca.

Daniel Navarro

Jefe del Área de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

Elena Rodríguez

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Daimiel.

Enrique Mellado

Psicólogo, Responsable técnico CRPSL Consuegra.

Eva María Cabezuelo

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Alcázar de San Juan.

Loles Valiente

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Hellín.

Luz María Cañas

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Cuenca.

Miguel Angel Llamas

Psicólogo, Responsable técnico CRPSL Tomelloso.

Olga Carrasco

Coordinadora técnica del programa CRPSL de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

Olimpia Díaz

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Toledo.

Teresa Jérez

Psicóloga, Responsable técnica CRPSL Villarrobledo.







Indice




Primera parte. Marco conceptual y Metodología 09

1.	JUSTIFICACIÓN.....	10
2.	INTRODUCCIÓN.....	10
3.	EL ABC DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL.....	11
4.	LOS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN COMO HERRAMIENTAS PARA LA RECUPERACIÓN.....	14
5.	DIFERENCIA ENTRE LOS PROCEDIMIENTOS TRADICIONALES Y LOS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN.....	15
6.	ENFOQUE DE ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN EL CRPSL.....	16
6.1.	Metodología de atención en Rehabilitación Psicosocial.....	16
6.2.	La evaluación y formulación del caso como marco de trabajo individualizado.....	18
6.3.	Pautas aplicables en los procedimientos de rehabilitación psicosocial.....	20

Segunda parte. Presentación de casos prácticos..... 23

7.	OBJETIVOS.....	24
8.	METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS CASOS PRÁCTICOS.....	24
8.1.	Formación de grupos de trabajo.....	24
8.2.	Equipos de trabajo encargados de la redacción de casos.....	25
9.	ESTRUCTURA DE PRESENTACIÓN DE CASOS PRÁCTICOS.....	26
10.	EXPOSICIÓN DE CASOS.....	27
10.1.	Consideraciones previas a la presentación de los casos prácticos.....	27



11.	PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE INCORPORACIÓN.....	28
11.1.	Caso 1A. Procedimiento de derivación e incorporación para casos con Predisposición. Acogida	29
11.2.	Caso 1B. Procedimiento de derivación e incorporación para casos sin Predisposición. Trabajo Previo	40
12.	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN	53
12.1.	Caso 2A. Procedimiento Evaluación y diseño de PIR.....	56
12.2.	Caso 2B. Procedimiento Evaluación y diseño de PIR.....	68
13.	PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN.....	82
13.1.	Caso 3A. Procedimiento de Intervención.....	83
13.2.	Caso 3B. Procedimiento de Intervención.....	98
14.	PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO	115
14.1.	Caso 4A. Procedimiento de Salida Seguimiento: Alta autónoma	116
14.2.	Caso 4B. Procedimiento de Salida y Seguimiento: Alta no autónoma	129
14.3.	Caso 4C. Procedimiento de Salida y Seguimiento: Baja	140
15.	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE UN CASO COMPLETO.....	150
15.1.	Caso 5. Proceso Individual de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.....	150





PARTE
Primera

*Marco conceptual
y Metodología*

1. Justificación

Uno de los objetivos principales de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (antes FISLEM) a lo largo de los últimos años ha sido el diseño de una organización funcional de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) que se caracteriza por ser homogénea, unificada, basada en el modelo comunitario de atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) y que incluye intervenciones de eficacia probada. Dicho modelo se ha implantado para todos los centros e independientemente del tipo de gestión de cada dispositivo. Para ello se han llevado a cabo diferentes acciones dirigidas a unificar la oferta terapéutica y los procedimientos de atención que se desarrollan en cada dispositivo como ha sido el Diseño de Proyecto de Gestión de cada CRPSL y el Diseño de Manual de procedimientos de CRPSL. De ésta forma se pretende asegurar la equidad en cuanto a los procesos de atención al margen de la situación geográfica del dispositivo y del tipo de gestión. Con éste objetivo a lo largo del 2009 y del 2010 se ha llevado a cabo una revisión de los procedimientos de atención del CRPSL que configura el proceso de atención secuencial y lógico que han de seguir las personas atendidas.

Paralelamente hemos sido partícipes de la reorganización funcional por procesos asistenciales que ha llevado a cabo el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), entre los cuales se incluye a los CRPSL como un dispositivo que según la propia filosofía de la gestión por procesos ha de dar respuesta a las necesidades de los usuarios a través de una oferta terapéutica que ofrece una atención especializada y complementando la atención recibida desde las Unidades de Salud Mental.

Por todo ello a lo largo del 2009 se ha profundizado en el diseño de los procedimientos de atención en el CRPSL, para lo cual se han organizado grupos de trabajo y de discusión de cada uno de los procedimientos asistenciales. El resultado ha sido la elaboración de un manual o guía de procedimientos de atención en el que se recogen de forma breve y esquemática el “cómo, quién, cuando y donde” se lleva a cabo el proceso de atención de cada usuario (ver documento: Procedimientos de Atención en CRPSL. Vol 1).

A partir del 2010 y como parte del proceso de mejora continua, se propone la elaboración de una guía de casos prácticos en el que respetando la estructura y secuencia establecida del proceso de atención en el CRPSL se describa de forma práctica el trabajo desarrollado desde los CRPSL a través de la exposición de la atención diseñada con diferentes usuarios en cada momento o fase de la atención.

2. Introducción

Se ha definido la rehabilitación psicosocial como “un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementa a las intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas, que se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de personas afectadas de

enfermedades mentales graves y duraderas”. Dentro de ésta definición se engloban multitud de técnicas de intervención comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social normalizada, en el marco de un sistema de servicios comunitarios para la atención al TMG.

Durante los últimos años han sido numerosos los estudios y publicaciones en las que las intervenciones psicosociales han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias de intervención extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología, de la terapia cognitivo-conductual, del aprendizaje social, la terapia ocupacional, a modificación de conducta, o la intervención para la integración social y/o laboral, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades instrumentales y sociales, estrategias psicoeducativas y de intervención con familias, desarrollo de redes sociales, apoyo social, intervención con familiares, etc. Éste conjunto de estrategias de intervención psicosocial ha demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con TMG y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad.

En la base del modelo en el que se basan las intervenciones dirigidas a las personas con TMG se encuentra el Modelo de Vulnerabilidad al Estrés, aunque al margen de éste modelo cada caso ha de conceptualizarse de manera individualizada partiendo de un análisis funcional y formulación que permita identificar las variables o elementos prioritarios sobre los que intervenir, así como la influencia que cada uno de ellos pueda tener en el inicio y/o mantenimiento de los problemas.

Por último el desarrollo del proceso de atención a personas con TMG desde los CRPSL se debe basar en todas y cada una de las herramientas disponibles y en los aspectos de recuperación y/o afrontamiento de los déficits pero sin perder de vista la potenciación de las fortalezas de la persona y del propio entorno en el que se desenvuelve.

Por éste motivo, los casos se presentan teniendo en cuenta el análisis de necesidades, fortalezas y déficits, así como las posibles influencias que el medio ejerce en el origen y mantenimiento de las mismas. Se abordan los casos desde un enfoque comunitario (que implica de forma prioritaria el trabajo en el entorno del usuario) e interdisciplinar (supone la implicación en la intervención de diferentes profesionales y agentes implicados en la atención) y que se pone en práctica a partir de la metodología y las intervenciones que se han demostrado eficaces para la atención a personas con TMG.

3. El abc de los procedimientos de rehabilitación en salud mental

La década del año 2000 ha sido un periodo emocionante e ilusionante en el trabajo con las personas con trastornos mentales graves y sus familias en Castilla-La Mancha. La creación de los CRPSL y la aparición de nuevos proveedores de la atención sociosanitaria como la Fundación FISLEM o el SESCAM han supuesto el ubicar a las personas con TMG en la primera línea del desarrollo del sistema de bienestar en la salud mental. En

especial durante los primeros años de la década 2000 ha habido un sentimiento general de cambio en el aire, incluso de revolución asistencial, poniendo énfasis en metodologías y técnicas de rehabilitación psicosocial, en la necesaria integración sociolaboral de los pacientes / usuarios o en el desarrollo de programas de psicoeducación que a través de una mayor y mejor información den una mayor capacidad de decisión y autocontrol a las personas que se atienden en los “nuevos” recursos. En el año 2004 definimos nuestra contribución en un documento técnico denominado *Diseño de Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral*. En este documento presentamos una primera definición del recurso CRPSL, para dar a conocer los estándares de atención perseguidos, la tipología de recurso y el proceso de atención que se seguía con las personas que reciben la atención. Es decir, el *qué*, el *quién* y el *cómo*. Más tarde, en el 2007, publicamos el documento técnico *Programas de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para personas con enfermedad mental*. En este nuevo documento presentábamos la delimitación de la población con trastorno mental grave y las características de la atención en rehabilitación psicosocial, describiendo además los principios orientadores de cada uno de los recursos de rehabilitación que estábamos creando hasta ese momento. En el año 2008 reeditamos el documento *Diseño de Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral* actualizando algunas definiciones y características del recurso, aunque básicamente con los mismos contenidos que la versión del año 2004.

En todos estos documentos se habla de principios de la atención y de procedimientos de atención. En esta nueva publicación conservamos e integramos todo lo expuesto en las anteriores publicaciones. Pero además esta nueva aproximación a los procedimientos de atención en el CRPSL enfatiza tres características que por su relevancia denominaremos el *A B C* de los procedimientos en rehabilitación, y que pasamos a describir en los siguientes apartados.

A) Del síndrome al síntoma y del síntoma al déficit

El trabajo que se desarrolla en un CRPSL no está basado en un modelo médico de enfermedad. Se parte de la premisa de que un modelo médico que se basa en tratar al trastorno mental en base a signos o síndromes sin tener en cuenta las características personales, sociales, familiares y culturales de la persona no permite tener una visión completa e integradora ni de la persona ni de su tratamiento. Tampoco se adopta un modelo basado en síntomas, que estructure el diagnóstico y el tratamiento en base a ellos (a pesar de la importancia innegable de los denominados síntomas positivos y negativos) tratando de eliminarlos, reducirlos o evitarlos. Se parte de un modelo biopsicosocial que trata de tener una visión completa de todos los aspectos de la persona. Y muy especialmente se basa en las limitaciones en el funcionamiento en la vida real de las personas con trastorno mental.

Situado en la parte central de proceso de atención está el déficit en el funcionamiento, su comprensión y abordaje (modelo de discapacidad). Se entiende que la limitación en el funcionamiento no solo está provocada por el trastorno mental sino por multitud de factores como la influencia del contexto social-relacional, los apoyos que se tengan, la eficacia de los tratamientos, las actitudes de aceptación o rechazo social, la capacidad de autocontrol y competencias que la persona ha desarrollado en su historia vital, el estrés que rodea al individuo entendido como proceso mediacional (modelo de vulnerabilidad al estrés) o la disponibilidad de equipos y recursos preparados para dar un tratamiento integral y continuado (continuidad de cuidados).

Pero tener en cuenta el déficit implica necesariamente tener en cuenta también las habilidades conservadas como punto de partida para cualquiera de los procedimientos de atención (modelo de competencia), pues se parte de la idea de que todo lo que la persona pueda conseguir por sus propios medios debe ser potenciado, evitando actitudes salvistas y paternalistas en la atención.

B) La rehabilitación es un proceso

El trabajo rehabilitador es claramente un proceso, con pasos o fases bien delimitados (denominados procedimientos en esta guía práctica), más que ser un conjunto de técnicas psicosociales a aplicar a la persona (habilidades sociales, psicoeducación o rehabilitación cognitiva).

Lo que establecemos es una secuencia de pasos en la atención, fases conceptuales, no una secuencia de aplicación de técnicas. Además, la secuencia de fases es conceptual, esto es, no tiene por que ser lineal y hacia adelante, sino que puede ser una secuencia circular o con pasos atrás y adelante.

Encontramos dos razones principales para defender esto. Primero, la consideración de la rehabilitación como la aplicación de una serie de técnicas psicosociales desde el profesional hacia el usuario, resulta insuficiente para conseguir un tratamiento colaborativo y plenamente centrado en la persona. Segundo, cuando se trabaja por fases conceptuales, los profesionales pueden reconocer cuando el tratamiento no discurre por el camino diseñado en el plan de intervención, y modificar sus ritmos, abordajes, relación con la persona o técnicas acordadas.

C) Centrarse en la persona y no en el proceso

EL PROFESIONAL

El profesional ha planificado una primera entrevista con un nuevo usuario derivado al CRPSL. Tiene preparada la entrevista de primer contacto y una idea preestablecida de las fechas y duración del procedimiento de evaluación. Llevan 20 minutos y el usuario parece muy ansioso y habla poco. El terapeuta empieza a pensar que no está progresando en la recogida de información, en la extracción de información relevante. De hecho parece estar sucediendo todo lo contrario y la persona cada vez parece más ausente de la entrevista. El profesional no está seguro de por qué está ocurriendo esto. Se empieza a preocupar y a pensar cosas como que está haciendo algo mal, que debe de haber pasado algo por alto o que no está utilizando un lenguaje adecuado para la comunicación con este usuario. Empieza a tener ideas intrusivas y automáticas de que está perdiendo al usuario y de que terminará abandonando después de este primer contacto. El profesional pone el foco de nuevo en la sesión explorando los elementos que le parecen importantes explorar en esta primera cita acerca de síntomas y funcionamiento. El usuario continúa sin responder apenas. El profesional encuentra cada vez más dificultades para establecer una buena relación inicial.

EL USUARIO

El usuario llega a la primera cita al CRPSL exhausto. Los esfuerzos en llegar al centro han sido considerables. Odia viajar en autobús porque las ideas paranoides se vuelven más intensas. Ya un par de horas antes de salir de casa estaba preocupado por cómo iba a llegar, por el viaje en autobús y tenía miedo de experimentar el cansancio que a veces le deja sin fuerzas. Su ansiedad anticipatoria fue creciendo durante todo el tiempo anterior a coger el autobús. En varios momentos ha sentido el impulso de volverse a casa y evitar este contacto. Este impulso cada vez ha sido más fuerte y ha

permanecido hasta que se ha sentado en frente del profesional del CRPSL. Durante el trayecto en el autobús sintió que la gente hablaba demasiado alto y que se reía, con dudas de que las risas se dirigieran hacia él. Permaneció en el asiento con miedo y vergüenza y evitando mirar hacia arriba por si se encontraba con la mirada fija de algún pasajero.

Durante la sesión el usuario experimentó una gran fatiga mental y física; y sus pensamientos le retumbaban en la cabeza muy fuerte como si fueran eco (le ha pasado más veces cuando trata de hablar con alguien y no se atreve). Escucha sus propios pensamientos muy altos después de que piense en la respuesta a una pregunta que le hace el profesional. El cansancio y la confusión mental hacen que evite hablar mucho para evitar decir algo inadecuado o que no tenga que ver con la entrevista. Cada vez le resulta más difícil concentrarse. De hecho empieza pensar sobre la jornada de vuelta que le espera después de esta entrevista. Siente que hoy no es capaz de pensar en nada más y que está exhausto, no tiene fuerzas ni para hablar. Pero quiere permanecer en la entrevista porque también quiere saber si le pueden ofrecer cosas nuevas. Cuando está en casa de vuelta no recuerda casi nada de la sesión, únicamente un recuerdo de lo duro que ha sido y lo mal que lo ha pasado.

Ejemplo tomado de P.Chadwick (2006), "Person-based cognitive therapy for distressing psychosis".

En rehabilitación la principal tarea con los usuarios no es intentar que accedan a someterse a una serie de técnicas o terapias, sino establecer una relación de colaboración durante todo el proceso de rehabilitación. La relación de colaboración está libre de las expectativas del profesional acerca de cómo el tratamiento debería progresar.

Establecer una relación de colaboración válida requiere que el profesional se centre en la persona y no en el problema. En la viñeta anterior el problema es que el profesional tiene una agenda preconcebida para el procedimiento de evaluación (una serie de tareas que *debe hacer hoy*). La agenda del terapeuta puede construir muros entre los profesionales y los usuarios. En la viñeta anterior el profesional podría haber dejado su agenda y haber explorado la jornada diaria del usuario. El profesional puede explorar las ideas y sentimientos del usuario sobre la intervención psicosocial, como se siente en la entrevista o qué expectativas ha tenido durante la semana cuando ha pensado en este contacto con el profesional. También puede preguntarle sobre si se siente mal y si necesita un descanso, no meterle prisa por contestar a las preguntas y hablar de otras cosas más agradables o interesantes para el usuario como sus intereses en la vida o las habilidades que demuestran que es capaz de enfrentarse a la adversidad (venir puntual, coger un autobús o estar ahí sentado).

4. Los procedimientos de rehabilitación como herramientas para la recuperación

Como indica Mike Slade (2009) un centro de atención a personas con trastornos mentales graves debe organizar sus tareas y procesos de atención de manera que apoye a los usuarios a lograr el máximo de su recuperación. En ese sentido, los procedimientos de trabajo en el CRPSL son tareas del profesional, y que según este autor consisten en 4 tareas principales.

- La tarea de apoyar la esperanza. La esperanza se define como una expectativa de futuro de conseguir objetivos y metas vitales importantes.
- Las tareas de apoyar la identidad personal. Se define como las características que hacen única a la persona. Se trata de promover el desarrollo de un autoconcepto positivo a través de todo el proceso de rehabilitación.
- La tarea de apoyar un sentido o significado a sus experiencias. Se define como una comprensión de la enfermedad mental dentro de su experiencia vital que se debe integrar en su identidad social y como persona.
- La tarea de apoyar la responsabilidad personal. Se trata de desarrollar las habilidades de afrontamiento y autocontrol como mecanismo de participación activa en su proceso de rehabilitación.

5. Diferencias entre los procedimientos tradicionales y los procedimientos de rehabilitación

Existen diferencias entre los servicios y recursos de atención tradicionales a las personas con TMG y los servicios o recursos de rehabilitación. En la tabla siguiente se indican cuáles son estas diferencias en cada uno de los procedimientos que se describen en esta guía.

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN	TRADICIONAL	REHABILITADOR
Derivación/Incorporación	Dirigido Parte del profesional	Consensuado con el usuario Busca la responsabilidad personal
Evaluación	Diagnóstico Psicopatología Relación doctor paciente Enfocado en los problemas	Funcionamiento y habilidades Significado personal de los síntomas Relación profesional usuario Enfocado en la persona
Intervención	Directivo Doctor y paciente Enfocado en la enfermedad La persona se adapta al tratamiento	Consensuado Profesional y usuario Basado en la persona y en las habilidades El profesional se adapta al usuario
Salida y seguimiento	Directiva Basada en reducción de síntomas Compromiso se deposita en el paciente	Consensuada Basada en consecución de metas vitales importantes Seguimiento en función de las necesidades de apoyo

6. Enfoque de atención de los procedimientos de atención en el CRPSL

6.1 METODOLOGÍA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

A pesar de su gran desarrollo en los últimos años la rehabilitación se ha constituido como un campo de intervención eminente práctico o pragmático, sin una delimitación clara teórica de referencia. Pero esta ausencia de modelo teórico no ha impedido la coherencia en el desarrollo de intervenciones y metodologías de intervención que se han englobado bajo el rótulo de rehabilitación psicosocial. Así, se pueden identificar modelos, principios y estrategias que ayudan definir el perfil de atención del campo de la rehabilitación psicosocial: enfoque de recuperación, modelo de discapacidad, diseño de planes individuales de rehabilitación, contextos de atención, integración social, rehabilitación laboral, etc.

Pero desde un ámbito estrictamente metodológico y terapéutico la falta de especificidad o la multiplicidad de los enfoques y estrategias que se utilizan pueden llevar a una situación confusa. En las últimas décadas se han desarrollado y proliferado multitud de estrategias de intervención con personas con trastornos mentales graves bajo el nombre de programas de rehabilitación. En algunos casos estas estrategias solo comparten el nombre y es difícil encontrar una metodología común. Así, bajo la denominación de prácticas de rehabilitación psicosocial podemos encontrar actividades tan heterogéneas como: grupos de ocio, talleres ocupacionales, actividades artísticas, psicoterapia de familias, habilidades sociales, educación para la salud, etc. El problema no radica tanto en la cantidad de estrategias o programas sino en la falta de una identidad metodológica en las intervenciones con los casos. Ahí es donde está una de las principales fortalezas de los procedimientos descritos en este manual práctico de rehabilitación. La definición de los procedimientos y los momentos añade un valor fundamental al campo de la rehabilitación psicosocial y supone un gran avance a la hora de dotar a la intervención en rehabilitación de un rigor y estructura específico. La metodología que se propone en la intervención que presentamos con los casos implica:

- Evaluación funcional de cada persona. De sus déficits y de sus habilidades y en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación estructurada de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario/a, según fases y situación concreta en la que se encuentre.
- Participación activa del sujeto en todas las fases del proceso, y de su grupo de apoyo principal, especialmente la familia.
- Entrenamiento específico, estructurado y contextualizado de habilidades psicosociales necesarias para una mejor adaptación al contexto.
- Intervención sobre el ambiente comunitario del usuario/a para potenciar las posibilidades de integración social.
- Seguimiento continuado del usuario durante todo el proceso y en diferentes contextos (centro, medio y domicilio).
- Intervención multidisciplinar en equipo.
- Coordinación en todas las fases del proceso con los profesionales y servicios que atienden al usuario.

- Evaluación individualizada continuada de los resultados del proceso de rehabilitación, y utilización de la misma para ajustar objetivos.

Las estrategias que se utilizan denominadas usualmente como “programas” o “intervenciones”, tienen una base eminentemente práctica, sin ajustarse de manera rígida a ningún modelo teórico de tratamiento. Esto es un reflejo de la realidad del trabajo con cada caso, en donde se persiguen objetivos que pueden ser tan variados como: manejo de la sintomatología residual, incrementar la red social, conseguir un empleo o mejorar el aspecto físico. La variedad permite huir de rigideces metodológicas y optimizar los recursos disponibles para lograr tal amplitud de objetivos con cada persona. Pero también es una limitación que permite la existencia de actividades ineficaces o inadecuadas. Cualquier programa o intervención en rehabilitación psicosocial que tenga aspiraciones de eficacia con un caso contempla los siguientes componentes:

- Enmarque en el modelo de vulnerabilidad – afrontamiento.
- Enfoque de recuperación.
- Trabajo para fortalecer los recursos de afrontamiento propios de la persona.
- Movilización de todos los apoyos disponibles.
- Visión de los familiares como aliados del programa.
- Individualización de las intervenciones.
- Consideración de los objetivos y metas propias del usuario y de la familia como elementos importantes de la intervención o programa.

Pero además de ser necesario contar con rigor metodológico y con estrategias de intervención eficaces es necesario conocer los elementos que condicionan la intervención con el caso concreto en todas sus fases de atención y en los resultados que se esperan obtener del proceso de rehabilitación. Son elementos clave en la implantación de los procedimientos de rehabilitación.

Un elemento importante es el contexto general sociosanitario que facilita o inhibe los procedimientos de rehabilitación psicosocial. Tendrá un impacto el desarrollo y organización de los servicios de salud mental y las intervenciones que hagan allí, que pueden condicionar positivamente o negativamente tanto el éxito de la rehabilitación como su desarrollo. La organización de estos servicios también condiciona el proceso de rehabilitación: la coordinación que se establezca sobre el caso, la existencia de protocolos de detección, el desarrollo de programas específicos para la atención casos graves, etc. Aunque hay diferentes servicios que pueden participar en la atención comunitaria a la persona con enfermedad mental, las Unidades de Salud Mental están especialmente implicadas en los procedimientos de atención del CRPSL. Juega una influencia determinante pues, la implicación de la USM, la organización y distribución de sus recursos humanos, su mayor o menor compromiso con una orientación de rehabilitación en sus intervenciones y su capacidad para coordinarse en el desarrollo de la atención a las personas con enfermedad mental.

Otro elemento fundamental para el desarrollo de los procedimientos de atención son los profesionales. Parte de la eficacia en la aplicación de los procedimientos de atención depende de la motivación, compromiso, formación y expectativas de los profesionales. Hace falta que los profesionales estén comprometidos con esta forma de atención, que sean flexibles y que tengan confianza en estos procedimientos complejos y difíciles.

Hasta aquí hemos orientado una aproximación general de la metodología de los pro-

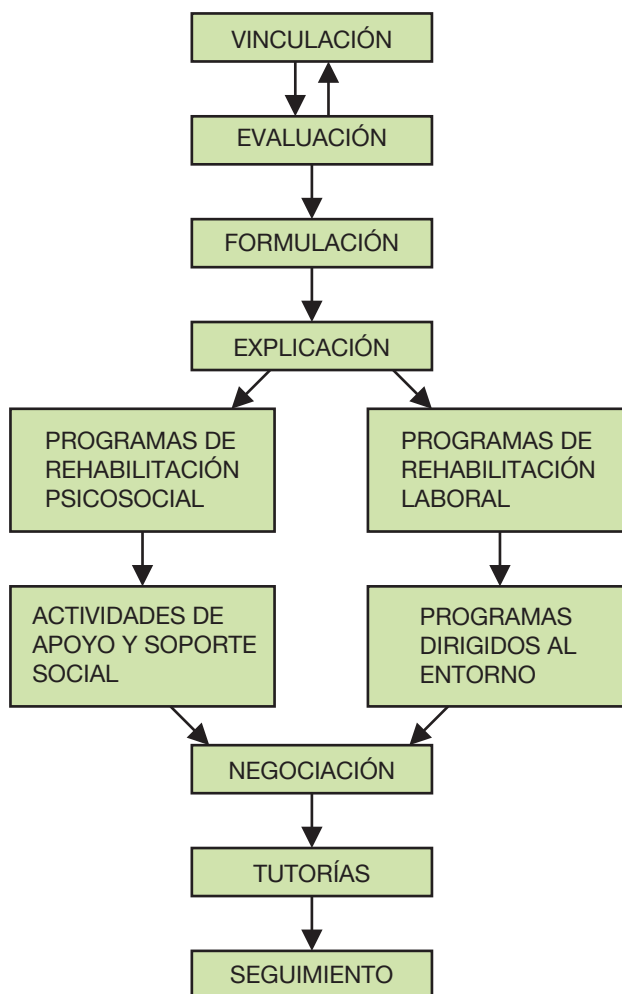
cedimientos de rehabilitación que se van a describir con cada caso y de sus elementos clave: metodología, componentes, contexto global de atención y profesionales implicados en la atención.

Antes de pasar a la descripción de cada caso práctico quisiéramos hacer una breve síntesis de dos aspectos importantes para cada procedimiento: el enfoque individualizado de cada procedimiento en relación a cada caso concreto y las pautas de intervención generales a considerar en cada fase.

6.2. LA EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DEL CASO COMO MARCO DE TRABAJO INDIVIDUALIZADO

En el trabajo de rehabilitación psicosocial parece útil disponer de una visión global de las fases del tratamiento (ver figura 1).

Figura 1. Fases de la atención en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental.



El esquema de la figura anterior se materializa a través de los procedimientos de atención en rehabilitación y de las técnicas y programas concretos de intervención. Aunque el esquema de la figura no necesite ser aplicado para todos los usuario/as en la secuencia presentada, la mayoría de las fases deben ser negociadas para que se produzca la mayor reducción de la discapacidad y la participación de la persona en el proceso. Pero las prioridades no las van a marcar las fases sino las necesidades de cada persona. Por ejemplo si un usuario/a necesita eliminar un hábito de consumo de alcohol y de abandono de la medicación, esto se convierte en un foco de atención inmediato del proceso. Un usuario/a extremadamente deteriorado en sus hábitos de higiene necesitaría comenzar a trabajar de manera rápida sobre sus hábitos de sueño, autocuidados y alimentación, entremezclando este trabajo con la evaluación funcional. Por tanto el profesional debe seleccionar el orden de aplicación de las intervenciones así como los momentos y tomar los procedimientos como una “hoja de ruta” que facilita estructurar el trabajo, pero sin adherirse a ellos de manera rígida. Pero hay dos factores que resultan primordiales en el trabajo. Primero, el caso debe ser evaluado en su totalidad y segundo, debe diseñarse una formulación del plan de rehabilitación compartida que incluya explicaciones claras y comprensibles de la sintomatología y de los deterioros asociados. A continuación se mencionan algunas consideraciones en relación a estos y otros aspectos que van a resultar cruciales en el trabajo por procedimientos.

- Evaluación, vinculación y formulación

El usuario/a acudirá a las primeras entrevistas de evaluación con una combinación de sintomatología y de discapacidades (alucinaciones, entecimiento cognitivo, anhedonia, ausencia de ocupaciones, dependencia económica, aislamiento social, etc.). Las primeras 2 sesiones suelen centrarse en las presentaciones y en la transmisión de información. A partir de la tercera sesión normalmente se realizará una mezcla de evaluación, motivación y técnicas de intervención. Esto suele responder a que las sesiones de evaluación únicas pueden entorpecer el proceso de motivación, o el usuario/a y la familia pueden sentir que sus preocupaciones o demandas no están recibiendo el tiempo o interés apropiado. En consecuencia, si se puede, es útil recoger la evaluación psiquiátrica estándar utilizando la información que ya se sabe del caso con anterioridad a la llegada al centro y centrarse solo en lo más relevante para el proceso de rehabilitación. Los aspectos relativos a la historia personal pueden ser evaluados después de centrarse en las dificultades actuales. Así, el profesional de la rehabilitación puede comenzar por hacer un listado de problemas y preocupaciones actuales y establecer interacciones con las discapacidades y el entorno.

El fracaso en la vinculación / enganche terapéutico con los usuario/as en rehabilitación puede estar relacionado con los síntomas de apatía, desesperanza, expectativas inadecuadas hacia el servicio o desconfianza. Algunas actitudes del profesional pueden facilitar la implicación y permiten iniciar el trabajo del proceso rehabilitador:

- Mostrar interés por la persona más que por los síntomas o discapacidades.
- Actitud de esperanza y realismo sobre el trabajo con el caso.
- Ritmo acogedor en las sesiones.
- Información a la familia y contacto frecuente en las primeras fases.

Siguiendo un proceso habitual de intervención psicosocial la evaluación y el trabajo de enganche terapéutico van seguidas de sesiones con el foco específico en la comprensión que tiene el usuario/a y su familia de sus problemas. Las referencias al mo-

delo de vulnerabilidad pueden ayudar a la persona a comprender sus problemas, a ponerlos en perspectiva como aspectos que pueden someterse al control, manejo y monitorización. La finalidad del trabajo explicativo y psicoeducativo del proceso de rehabilitación y en especial de sus primeras fases es ayudar a la persona a desligarse de la enfermedad, a no clasificarse como alguien enfermo y a sentirse persona. La explicación de los problemas mentales en base a etiquetas diagnósticas sin ninguna explicación comprensible para la persona suelen emplearse a menudo con demasiada ligereza y normalmente estas etiquetas van vinculadas a ideas de indefensión y deterioro continuado. En el procedimiento de evaluación y en el resto de procedimientos de rehabilitación hay que ayudar a la persona a que comprenda su predisposición y su vulnerabilidad y cómo se puede enfocar la recuperación.

6.3. PAUTAS APLICABLES EN LOS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Aún reconociendo el carácter individual de cada procedimiento, hay unas pautas de trabajo generalizable a todos los casos. A continuación se presentan algunas pautas para seguir en los procedimientos de rehabilitación psicosocial y a tener en cuenta en todas sus fases. Algunas de ellas están basadas en la aplicación de procedimientos de intervención cognitivos aplicados a personas con TMG indicadas por J. Pretzer (2004):

1. Las intervenciones son más efectivas cuando se basan en conceptualizaciones individuales de los problemas del usuario/a. Al trabajar con usuario/as que presentan múltiples problemas, será necesario priorizar por algunos objetivos y técnicas. Una buena evaluación y formulación de problemas minimiza el riesgo de que el profesional se confunda por la cantidad y variedad de problemas que presente la persona.
2. Es importante que el usuario/a y el profesional trabajen juntos en la consecución de unos objetivos compartidos e identificados conjuntamente. El tiempo invertido en elaborar objetivos aceptables para ambos es una inversión y previene problemas de adherencia posteriores.
3. Es importante destinar esfuerzos continuados a la relación terapeuta-usuario/a. No solo hay que hacer los esfuerzos de vinculación al principio sino durante todo el proceso de rehabilitación.
4. Las intervenciones que aumentan la sensación de autoeficacia, facilitan otras intervenciones. Las intervenciones deben controlar las demandas excesivas y aumentar sus capacidades.
5. No confiar en las intervenciones verbales. Cuanto más grave es la situación del usuario/a más importante es utilizar técnicas conductuales, en especial cuando hay una grave desestructuración o ausencia de hábitos de salud.
6. Identificar las resistencias o miedos del usuario/a antes de los cambios. Es posible que los usuario/as no verbalicen la ansiedad ante cambios como iniciar nuevas actividades, lo que dificultará la continuidad en esas actividades.
7. Tener en cuenta el ambiente en que se desenvuelve la persona. Algunas conductas como las habilidades asertivas o los hábitos de higiene y alimentación son tan adaptativas que es fácil suponer que son adecuadas en cualquier situación. Sin embargo el usuario/a puede vivir en un ambiente atípico, desadaptativo o con normas diferentes a las planteadas en la intervención.

8. Ser realista en relación a la duración del proceso, a los objetivos y a los logros a conseguir. Las intervenciones de rehabilitación pueden lograr cambios en unos usuario/as, resultados modestos en otros y ningún resultado en otros. La competencia del profesional o la eficacia probada de la intervención no son los únicos factores que influyen sobre los resultados del proceso de rehabilitación psicosocial.





PARTE
Segunda

*Presentación de
casos prácticos*

7. Objetivos

La elaboración de la guía de casos prácticos tiene los siguientes objetivos:

- Complementar al documento denominado “Procedimientos de atención en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Vol.1: descripción, metodología y guía de actuación”.
- Servir de guía práctica para facilitar el desarrollo de los procedimientos de atención en los CRPSL.
- Describir las fases de atención por las que puede pasar un usuario en el CRPSL de forma práctica.
- Proponer un acercamiento de la definición “teórica” de los procedimientos de atención definidos en el CRPSL
- Facilitar la implantación y adaptación de los procedimientos de atención a la realidad de la atención en cada dispositivo

8. Metodología para la elaboración de los casos prácticos en CRPSL

8.1 FORMACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO

Cada uno de los casos que se presentan a continuación siguen una estructura común pero incluyen elementos “**característicos**” de la fase o momento del proceso de atención en el que el usuario se encuentra, por lo que dependiendo del procedimiento cuyo desarrollo se pretende ejemplificar a través del caso práctico, se hará mayor énfasis en unos u otros aspectos relevantes.

Para cada presentación del caso se formó un equipo de trabajo compuesto por profesionales de diferentes CRPSL que con anterioridad habían participado en el grupo de trabajo correspondiente a la elaboración del documento “Procedimientos de atención en el CRPSL. Vol.1”.

Para cada uno de los cinco casos que se proponen se escogió entre 1 y 3 usuarios diferentes con el objetivo de contar con la máxima representatividad de las personas atendidas en el CRPSL.

La planificación del trabajo de redacción fue la siguiente:

- Fase 1: Formación Equipo de Trabajo. Mayo 2010.
 - Formación del equipo de trabajo para la elaboración y presentación del caso práctico. Selección de participantes y reparto de tareas.

- Presentación de los objetivos al equipo de trabajo, material a utilizar, guiones para la presentación de casos, calendario de trabajo, participantes, metodología de la elaboración de los casos prácticos y entrega de materiales de trabajo.
- Fase 2: Desarrollo del trabajo de redacción de los casos. Mayo-Octubre 2010.
 - El objetivo de los equipos fue la elaboración de casos prácticos reales, atendidos o en atención por el CRPSL, conocidos por parte de al menos dos/tres profesionales de cada CRPSL de forma que se pudiera desarrollar el caso desde una visión interdisciplinar. Se llevaron a cabo reuniones para la elaboración del caso práctico con cada CRPSL de referencia y reuniones de seguimiento de todo el grupo para la exposición de elementos relativos al caso sobre el que se estaba trabajando. El objetivo de estas reuniones fue velar porque la elaboración de los casos prácticos reflejara de la forma más real posible las acciones a desarrollar como parte de cada procedimiento de atención, recogiendo desde la generalidad hasta las excepciones que existieran.
- Fase 3: Publicar la guía de casos. Octubre-Diciembre 2010.
 - Recopilar la información elaborada de cada caso.
 - Integrar y elaborar la guía de casos prácticos.
 - Difusión de la guía a todos los CRPSL.

8.2 EQUIPOS DE TRABAJO ENCARGADOS DE LA REDACCIÓN DE CASOS

A continuación se indican los integrantes del equipo de elaboración de la guía de casos.

- Procedimiento de derivación y Procedimiento de Incorporación.
 - Caso 1a. Procedimiento de derivación e incorporación para casos con Predisposición. Acogida CRPSL Consuegra.
 - Caso 1b. Procedimiento de derivación e incorporación para casos sin Predisposición. Trabajo Previo. CRPSL Consuegra.
- Procedimiento de Evaluación y diseño de PIR.
 - Caso 2a. Procedimiento evaluación y diseño de PIR. CRPSL Cuenca.
 - Caso 2b. Procedimiento evaluación y diseño de PIR. CRPSL Tomelloso.
- Procedimiento de Intervención.
 - Caso 3a. Procedimiento de Intervención. CRPSL Hellín.
 - Caso 3b. Procedimiento de Intervención. CRPSL Toledo.
- Procedimiento de Salida y Seguimiento.
 - Caso 4a. Procedimiento de Salida y Seguimiento: Alta autónoma. CRPSL Alcázar de San Juan.

- Caso 4b. Procedimiento de Salida y Seguimiento: Alta no autónoma. CRPSL Alcázar de San Juan.
- Caso 4c. Procedimiento de Salida y Seguimiento: Baja. CRPSL Daimiel.
- Descripción del proceso de atención de un caso completo.
 - Caso 5. Procedo Individual de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. CRPSL Villarrobledo.
- Introducción, argumentación y enfoque de la guía. Servicios Centrales de la Fundación Sociociosanitaria de C-LM. Área de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario.
- Coordinación y seguimiento del trabajo de redacción de cada caso. Servicios Centrales de la Fundación Sociociosanitaria de C-LM. Área de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario.

9. Estructura de presentación de casos prácticos

La estructura en la presentación de los casos que se va a seguir es la siguiente:

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN.	
PROCEDIMIENTO DE INCORPORACIÓN. <ul style="list-style-type: none"> • Sub-procedimiento de acogida. • Sub-procedimiento de trabajo previo. 	2 Casos
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DE PIR.	2 Casos
PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN. <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de Intervención de un usuario en atención durante más de 5 años. • Procedimiento de Intervención de un usuario en atención durante menos o igual. a dos años. 	2 Casos
PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO. <ul style="list-style-type: none"> • Sub-Procedimiento de alta y seguimiento. • Sub-procedimiento de Baja. 	3 Casos
PROCESO DE REHABILITACIÓN COMPLETO.	1 Casos

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS: 5

TOTAL DE CASOS PRESENTADOS: 10

10. Exposición de casos

10.1. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Antes de presentar cada caso es necesario hacer algunas especificaciones comunes a todos ellos.

En primer lugar, se utilizarán los términos “usuario” y “paciente” para referirnos a las personas con enfermedad mental descritas en cada procedimiento. En rehabilitación se suele utilizar con mayor frecuencia la palabra usuario con la intención principal de destacar más el papel activo de la persona en su proceso de recuperación, en contraposición con el término paciente que hace referencia a una actitud más pasiva o menos activa y que coloca la responsabilidad para la recuperación más en el profesional. Sin embargo en las presentaciones se hará referencia a ambos conceptos, utilizando preferentemente “paciente” cuando la descripción que se realiza está dentro de un contexto más sanitario y “usuario” cuando está dentro de un contexto más socio-sanitario.

Los datos de las unidades de salud mental de derivación de cada caso se han modificado, como los nombres de los profesionales y referencias específicas a su ubicación o funcionamiento para evitar la identificación de las mismas en relación al usuario o paciente concreto.

Aunque se trata de casos reales atendidos en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, algunos datos se han omitido y otros se han modificado en la descripción de cada caso con el objetivo de garantizar el anonimato de la persona. Así, referencias específicas a nombres, lugares, municipios, unidades o centros sanitarios y sociales se han cambiado o inventado para evitar relacionar o identificar la información con una persona concreta.

Todos los procedimientos siguen una línea argumental que es fiel al desarrollo de los procedimientos de atención presentados en el documento anterior denominado *Procedimientos de atención en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Vol. 1: descripción, metodología y guía de actuación profesional*.

Para facilitar enmarcar la descripción del caso práctico, antes de cada uno se introduce una ficha descriptiva que incluye el nombre del centro, datos básicos del mismo como número de profesionales, número de usuarios atendidos y cobertura poblacional asignada. También se incluye una breve introducción o explicación al proceso de atención que se va a ejemplificar.

11. Procedimiento: Derivación e incorporación a CRPSL.

ELABORADO POR: CRPSL DE CONSUEGRA

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicólogo
 - 1 Trabajador Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 1 Técnico en Inserción Social y Laboral
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 1 Monitor
 - 1 Monitor / Conductor
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 98
- Sectorización / número de habitantes: 62.260

COMENTARIO:

Se han juntado en el mismo caso los procedimientos de derivación y de incorporación al CRPSL por razones didácticas, ya que en la práctica están directamente vinculados y en ocasiones tienen lugar a la vez o en intervalos temporales muy breves. Por tanto con la presentación de un mismo caso que aglutine ambos procedimientos se facilita la comprensión de cómo se lleva a cabo el trabajo durante esta fase de la atención en el CRPSL.

El procedimiento de incorporación conlleva dos subprocedimientos: acogida y trabajo previo, en función de la predisposición mayor o menor del usuario a recibir la intervención. Se incluye ejemplos de los dos subprocedimientos.

11.1 CASO 1A. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN E INCORPORACIÓN AL CRPSL PARA USUARIOS CON PREDISPOSICIÓN AL TRATAMIENTO. SUBPROCEDIMIENTO DE ACOGIDA.

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE LA PERSONA

1. INFORMACIÓN DEL CASO EN LA DERIVACIÓN

A) Información aportada por la Unidad de Salud Mental.

El caso es derivado por la Unidad de Salud Mental de Toledo y expuesto en reunión de coordinación (psiquiatra USM y psicólogo CRPSL) adjuntando en dicha reunión el informe de derivación y otros informes del servicio de urgencias e ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve..

La información aportada por la psiquiatra sobre el usuario es la siguiente:

D. Juan Fernández, varón de 34 años, soltero y residente en el municipio de Mora. La unidad de convivencia está formada por el paciente y la madre de 67 años. El padre está fallecido. Tiene dos hermanas, casadas y que viven en el mismo municipio.

En tratamiento psiquiátrico desde el año 2004 que es cuando acude al servicio de urgencias del hospital por trastorno de la conducta, siendo diagnosticado de rasgos paranoides/ esquizoides de personalidad. En agosto del mismo año precisa de ingreso involuntario urgente donde se aprecia “sintomatología psicótica activa (soliloquios, risas inmotivadas, irritabilidad, ideas delirantes paranoides), conductas impulsivas en juego patológico a las máquinas tragaperras y con escaso autocontrol”.

En la actualidad, eutímico, afecto aplanado, apatía, abulia y defectual. No se observa sintomatología psicótica activa y no presenta trastorno de conducta. Igualmente los episodios de juego patológico son ocasionales debido a que la madre le administra el dinero.

Parece no tener relaciones interpersonales significativas, mostrándose retraído y aislado socialmente.

En cuanto a su situación laboral recibe un subsidio por desempleo.

En la coordinación se asegura que en no existe consumo de tóxicos salvo alcohol en “cantidades pequeñas” los fines de semana.

En cuanto al área de conciencia de enfermedad, es parcial o nula y la adherencia al tratamiento es mala porque se niega a tomarla de forma autónoma y es la madre quien se la administra, aunque el paciente observa mejoras en su estado emocional.

Finalmente el juicio diagnóstico de la psiquiatra es *Esquizofrenia Residual*.

El motivo principal por el que la Unidad de Salud Mental se plantea la derivación del caso es porque se han ido deteriorando sus capacidades funcionales desde que se encuentra sin realizar un trabajo.

Los objetivos generales planteados inicialmente al CRPSL, por la Unidad de Salud Mental son los siguientes:

- Adquirir conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Adquirir capacidades funcionales en el desempeño psicosocial.

Se acuerda con la Unidad de Salud Mental llevar a cabo un primer contacto del CRPSL en el domicilio, con Juan y la madre para hacer una valoración inicial del caso de si es o no susceptible de beneficiarse del proceso de rehabilitación en el CRPSL.

Tras la información aportada por la USM se lleva a cabo la devolución de la misma al equipo del CRPSL en la Junta de Casos, donde se acuerda el profesional que llevará a cabo el primer contacto-entrevista inicial de valoración en el domicilio, que en este caso es el psicólogo.

B) Entrevista de valoración del caso en el domicilio y aceptación de la derivación

El psicólogo del CRPSL contacta telefónicamente con el usuario y acuerda una entrevista de valoración inicial con el usuario y la familia en el domicilio. En el contacto telefónico se le dice a la madre, figura de referencia para el primer contacto, que se llama de parte de la psiquiatra que lleva el caso de su hijo y que un profesional irá al domicilio con el fin de poder hablar con ella y con su hijo para explicarles quiénes somos y para hacer una valoración de si se puede o no beneficiar del trabajo que se realiza desde el centro. La madre acepta esa primera entrevista puesto que estaba esperando esa llamada desde hace unos días por la información que les había transmitido la psiquiatra.

Los objetivos de la primera entrevista de valoración inicial son:

- Conocer expectativas, motivación y áreas susceptibles de rehabilitación.
- Clarificar que en el momento actual se va a estudiar el caso para valorar la idoneidad o no de ser atendido por el CRPSL.

C) Situación en la que se encuentra el usuario en el momento de la derivación al CRPSL. Predisposición/No predisposición.

Aunque existe predisposición y motivación en el usuario a acudir al CRPSL, en la información recabada en coordinación con la psiquiatra se observa que las expectativas del usuario con respecto al trabajo que se realiza en el Centro son exclusivamente laborales y que la idea que tiene del mismo es que es como un “Centro de Empleo donde se le va a dar un trabajo”. Expectativas que se ajustarán en la primera entrevista de valoración inicial donde además de recabar información sobre las expectativas se explica lo que es el proceso de rehabilitación psicosocial y laboral y los beneficios que puede obtener.

Anexos: Ver protocolo de derivación

PROCEDIMIENTO DE INCORPORACIÓN DE LA PERSONA. ACOGIDA AL CRPSL.

1. ACOGIDA DEL CRPSL

A) *Objetivos del contacto inicial*

Los objetivos que se plantean desde el primer contacto con la familia y el usuario son:

- Evaluar la motivación del usuario para la incorporación al proceso de rehabilitación.
- Evaluar expectativas e intereses para la elaboración del plan de actividades de acogida en el CRPSL.
- Evaluar dificultades de acceso al CRPSL.
- Evaluar áreas susceptibles de rehabilitación.

B) *Descripción del primer contacto en el domicilio con el usuario y la familia*

- Recogida de datos básicos iniciales (nombre, apellidos, domicilio, personas de referencia de la familia, teléfonos de contacto, genograma y unidad de convivencia).
- Conocer información recibida por el derivado de la Unidad de Salud Mental derivante.
- Conocer expectativas.
- Explicar en qué consiste la rehabilitación.
- Conocer diagnóstico y conciencia de enfermedad del usuario y la familia.
- Puntear áreas susceptibles de rehabilitación.
- Conocer motivación para la rehabilitación y su incorporación al proceso.
- Conocer las dificultades para venir al CRPSL.
- Pedir informes y otra documentación de su historia clínica.

2. DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN AL EQUIPO Y VALORACIÓN DE LA IDONEIDAD DE ACEPTAR EL CASO PARA INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN EL CRPSL

La información recogida siguiendo los contenidos antes expuestos, se devuelve al equipo en la Junta de Casos:

- El usuario convive con su madre (persona de referencia). Padre fallecido hace 16 años. Tiene 2 hermanas, casadas y que viven en el mismo municipio. Ambas son referentes como apoyo socio-familiar ya que es la única red social con la que Juan se relaciona.
- Al recabar la información recibida de la Unidad de Salud Mental lo único que sabe es que iban a contactar con él desde un Centro “para trabajar”.
- Las expectativas de Juan son laborales y “quiere tener la oportunidad de conseguir un trabajo que pueda desarrollar dentro de su capacidad”. Tiene creencias erróneas con respecto a que identifica el Centro con un Centro de Empleo.
- Se le explica lo que es la rehabilitación y que como objetivos últimos se trabaja la consecución de la mayor autonomía posible y de un rol valioso, recuperando funcionalidad en las áreas más deterioradas de su vida para lo cual hay que llevar a cabo una evaluación y proponerse un plan de actuación (PIR) para ir consiguiendo objetivos “poco a poco”.

- Se corrobora la conciencia parcial de la enfermedad, puesto que no conoce diagnóstico ni síntomas asociados. Igualmente la medicación es administrada por la madre.
- Las áreas más susceptibles de rehabilitación son: conciencia de enfermedad, relaciones interpersonales, afrontamiento personal y social de situaciones cotidianas de estrés, autonomía básica, manejo del entorno, laboral (situación y capacidad laboral) y funcionamiento cognitivo.
- No tiene una actividad principal que le identifique con un rol valioso. No desarrolla un rol principal que sea significativo para él.
- En las relaciones interpersonales sólo se relaciona con miembros de su familia.
- Tiene motivación para ser atendido y comenzar un proceso de recuperación dentro de un marco de expectativas realistas una vez ajustadas al explicar en qué consiste la rehabilitación.
- Se observan dos dificultades:
 1. La accesibilidad. No tiene transporte público para acceder al CRPSL.
 2. Percepción de “estigma”. Entiende que puede “ser señalado por los vecinos del pueblo” al decir que está viniendo a un centro.
- Adjunta los mismos informes entregados por la Unidad de Salud Mental que lo deriva.

Se valora que cumple perfil del centro:

1. Presenta un trastorno mental grave con deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social.
2. Ha sido derivado y está siendo atendido en los servicios de salud mental de la zona.
3. Cumple el criterio de edad (tener entre 18 y 65 años).
4. El domicilio del usuario se encuentra dentro de los municipios del área de salud de Mora, perteneciente al marco de actuación del CRPSL de Consuegra.
5. Actualmente existe estabilidad psicopatológica.
6. No presenta conductas auto-heteroagresivas u otro tipo de conductas disruptivas que puedan interferir en los programas de rehabilitación del centro.
7. No presenta procesos orgánicocerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.
8. No existe abuso grave de sustancias.
9. La familia se encuentra motivada para colaborar y son fuente de apoyo a la rehabilitación.

Posteriormente a que es valorado el caso en Junta de Casos del CRPSL se informa a la Unidad de Salud Mental de que ha sido aceptado y que se comenzará el proceso de evaluación e incorporación al CRPSL.

El equipo asigna un profesional como tutor de acogida (Monitor-Educador) que se encargará de acompañar al usuario en todo el proceso de incorporación desde el momento que haga su primera visita al CRPSL.

El auxiliar administrativo abre un nuevo expediente en el que se comienza a recoger la historia clínica y otra documentación necesaria (DNI, tarjeta de la seguridad social, tarjeta del SEPECAM, certificado de minusvalía, informes de ingresos en salud mental, informe de medicación actual...).

3. CONTENIDOS DE LA SEGUNDA ENTREVISTA EN EL DOMICILIO. DEVOLUCIÓN DE LA ACEPTACIÓN DEL CASO

Para informar de los beneficios que le puede aportar a Juan y la familia la intervención realizada en el CRPSL, a la semana se concreta una nueva entrevista en el domicilio donde los contenidos son los siguientes:

- Devolución de los motivos por los que se podría beneficiar del proceso punteando las áreas susceptibles de mejorar..
- Volver a explicar el proceso necesario para elaborar el plan individualizado de rehabilitación (incorporación al centro, evaluación de los profesionales y diseño del PIR).
- Preparar la incorporación al centro (primer día de entrevista en el CRPSL, profesional que tutorizará la acogida, profesional que comenzará la evaluación y actividades iniciales).
- Analizar dificultades para iniciar la incorporación al CRPSL y dar soluciones.

La información recogida en la entrevista fue la siguiente:

- Juan se encuentra motivado para comenzar a recuperar las áreas en las que mayor dificultad mostraba en el desempeño.
- No presenta dificultades en la comprensión del proceso de incorporación al centro.
- No presenta dificultades en la accesibilidad, accediendo a utilizar el transporte del CRPSL.

4. DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ACOGIDA

Tras el primer contacto en el domicilio, la aceptación del caso y la devolución de la aceptación a Juan, a la USM y a su madre, el equipo realiza el plan individualizado de acogida con el fin de conseguir los siguientes objetivos a corto plazo en la incorporación a la rehabilitación:

1. Reducir el factor estresante de la primera vez que acude al centro.
2. Facilitar la motivación y adaptación progresiva al proceso de rehabilitación.
3. Facilitar el enganche en el centro y en sus actividades.
4. Adecuar la incorporación al centro para prevenir abandonos.
5. Informar de las prestaciones y servicios del centro, normas del centro, formas de acceso etc, ajustando expectativas erróneas del mismo.
6. Conocer a los profesionales y otros usuarios que asisten a las actividades del CRPSL.
7. Recoger información por medio de observación sobre el comportamiento en las primeras etapas de incorporación al centro.
8. Acompañar y motivar a Juan en las primeras semanas de incorporación al proceso de rehabilitación.

El Plan Individualizado de Acogida se expone en la siguiente tabla, donde se reflejan las dificultades que se han observado, los objetivos principales que se trabajarán en el inicio, las actividades gratificantes que se pueden utilizar en el enganche, las estrategias del enganche, las actividades iniciales de acogida y las fechas de evaluación de los distintos profesionales.

DIFICULTADES (Accesibilidad, psicopatología, motivación, negación...)	ACTIVIDADES GRATIFICANTES					
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad. • Percepción de Estigma • Creencias erróneas (expectativas laborales en CRPSL como Centro de Empleo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades que conlleven actividad física (deporte, piscina). • Actividades de ocio. • Actividad laboral. 					
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS DE ENGANCHE					
<ul style="list-style-type: none"> • Romper aislamiento social. • Aumentar actividad. • Observar relación con compañeros del CRPSL. • Observar habilidades prelaborales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar expectativas. • Incorporar a programas que tengan relación con sus objetivos y actividades gratificantes. 					
ACTIVIDADES DE ACOGIDA Y FECHA DE INICIO	FECHAS DE EVALUACIÓN					
<ul style="list-style-type: none"> • Taller de entrenamiento en ajuste prelaboral (madera y restauración) • Piscina. • Agenda de Ocio. • Deporte. • Informática. 	Psicol	25/01	8/02	9/02		
	TeraoOcup	27/01	28/01			
	TrabSoc	9/02	18/02			
	Monitor	25/01				
	Fecha prevista PIR: 20/02					
OBSERVACIONES EN:						
<p>Cumplimiento de objetivos, Motivación, Asistencia, Puntualidad, Aseo, apariencia, relación con compañeros, Comunicación no verbal, HH.SS, Conductas disruptivas, Participación, Tareas, Relaciones personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivación: Se encuentra motivado con el horario al que asiste al centro y expone mejoras desde que se incorpora. • Asiste puntualmente al transporte y a las actividades. • Presenta apariencia y aseo adecuados. • Se observa que tiene habilidades sociales para relacionarse con los compañeros. Sin embargo el estilo de comunicación es muy directivo y podría ser agresivo. Buena comunicación no verbal. • No ha presentado conductas disruptivas durante el proceso de incorporación, aunque puede cuestionar contenidos de algunos de los programas (ej. Agenda de ocio). • Participa activamente en los programas. 						

Como se ha podido observar, el procedimiento de incorporación se junta con el de evaluación. En el caso de Juan la incorporación termina con la incorporación a programas grupales adaptados a su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

- Discusión del caso

Cuando un caso es derivado al CRPSL surge la necesidad de valorar si éste es o no el recurso más apropiado y el grado de motivación, para ello es necesaria una buena coordinación con el recurso derivante y con otros recursos (ej. Servicios Sociales, Unidad de Conductas Adictivas, etc) para recabar información relevante que facilite la idoneidad o no del mismo.

Igualmente puede resultar necesario una entrevista inicial cercana y cálida con el derivado y la familia, preferiblemente en el domicilio, para llevar a cabo una valoración inicial de las áreas de desempeño psicosocial, observar la motivación hacia la rehabilitación y ajustar expectativas.



Anexos Caso 1A:

**PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN E INCORPORACIÓN
PARA CASOS CON PREDISPOSICIÓN. ACOGIDA.**



ANEXO 1: INFORME DE DERIVACIÓN A CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL Y LABORAL

Fecha: Noviembre 2009

CRPSL: CONSUEGRA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos:	Juan Fernández Rodríguez.		
Domicilio:	D. Vidal, 1.		
D.N.I.		Teléfono:	
Estado Civil:	Soltero.		
Fecha de Nacimiento:	10/08/1975	Edad:	34 años.
Nombre de las personas con las que convive (Parentesco):	Madre Jacinta.		
Antecedentes familiares:	Suicidio de Abuelo Materno		
Grado de minusvalía (si certificado):	NO	Situación legal:	
Incapacidad:	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En trámite		
Tutor:			

2.-PROFESIONALES DE REFERENCIA

Psiquiatra:	
Psicólogo clínico	
Trabajador Social	
DUE	
USM	Hospital Provincial de Toledo.
Teléfono	925259350

3.-ASPECTOS CLÍNICOS

Fecha de comienzo de la enfermedad mental:	1997	Edad del pac.:	20 años
Primeros síntomas:	Ludopatía, En tratamiento con anticonvulsivos en infancia, retraso psicomotor.		
Fecha de primera consulta USM:	año 2000.		

Diagnóstico:	1. Ludopatía.	Fecha
	2. Trastorno de la personalidad inespecífico con predominio de rasgos esquizotípicos y paranoides.	Fecha
	3. Trastorno Psicótico tipo Esquizofrenia.	Fecha 2004.
	4.	Fecha

4.-PERFIL PSICOPATOLÓGICO

SÍNTOMAS +	Referencial. Interpretaciones paranoides.
SÍNTOMAS-	Abúlico, apatía, aislado socialmente.
Evolución de los síntomas en el tiempo	Evolución a clínica negativa.
Otros síntomas (ansiedad, depresión, control impulsos, adicciones, etc.)	Conductas impulsivas de juego.

5.- HISTORIA DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

INGRESO	Lugar	Causa
1er ingreso	Hospital Provincial de Toledo	Conductas de riesgo
Último ingreso		
Otros ingresos relevantes		

6.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fecha	Fármacos	Dosis	Efectos secundarios
Noviembre 2009	Risperdal 6	½ - 0 - 1 - 0	
Noviembre 2009	Abilify 10	1 - 0 - 0 - 0	
Noviembre 2009	Tranxilium 10	1 - 0 - 1 - 0	
Noviembre 2009	Akineton Retard	1 - 0 - 0 - 0	
Noviembre 2009	Noctamid 2mg	0 - 0 - 0 - 1 (si insomnio)	

- Autonomía en la toma: SI **X NO**
- Adherencia a la medicación: **X SI** NO

7.-EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS

Enfermedades físicas añadidas	Obesidad.
Tóxicos	Alcohol fines de semana
Riesgo de suicidio	No
Conductas disruptivas, agresivas u hostiles	No

8.- OBJETIVOS PROPUESTOS DESDE LA USM

- **ÁREA AUTOCUIDADOS** (auto-cuidados básicos y hábitos de salud)
Mejorable.
- **ÁREA AUTOCONTROL** (habilidades sociales, manejo de estrés, control de impulsos, agresividad, mejora del estado de ánimo, mejora de la autoestima)
Personalidad Esquizo-paranoide. No habilidades sociales, escaso autocontrol. Tolerancia baja a la frustración.
- **ÁREA DE DESEMPEÑO SOCIAL Y VIVIENDA** (manejo social, integración en recursos comunitarios, trámites burocráticos, autonomía doméstica, autonomía económica).
Es la madre quien gestiona la economía por descontrol en juego patológico.
- **ÁREA TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD** (responsabilidad en las tomas, manejo de efectos secundarios, adherencia al tratamiento, reconocer y prevenir recaídas, supervisión de las citas de la USM)
Acude a citas siempre acompañado (casi siempre por la hermana, en otras ocasiones la madre)
- **REHABILITACIÓN LABORAL** (capacidad, motivación, orientación laboral, contacto con recursos formativos y laborales)
Desde año 2003 existe inestabilidad laboral. Frecuentes despidos por comportamientos agresivos. Muy motivado para trabajar.
- **OCIO Y TIEMPO LIBRE** (ocupación del tiempo, aficiones, intereses, motivación e iniciativa)
Apenas sale con algún conocido. No mantiene más que contactos superficiales. No sabe utilizar el tiempo libre y no tiene ocio estructurado.
- **FAMILIA** (información sobre el trastorno, factores de riesgo, clima hostil, búsqueda de alternativas residenciales, comunicación, manejo de problemas de convivencia)
Ambiente protector, minimizador (sobretudo la hermana).
- **OTROS**
Quieren tramitar valoración de discapacidad y reconocimiento de minusvalía.

Firmado:

** Adjuntar si se tienen fotocopia de informes clínicos y/o sociales.
(Añadir al informe de derivación la siguiente información si se tiene)*

INFORMACIÓN PSICOLÓGICA (No se adjunta)

- Evaluaciones realizadas
- Tratamientos realizados (técnicas, duración y resultados)
- Déficit cognitivos

- Habilidades deficitarias y conductas problema
- Habilidades de la vida diaria (autonomía social, gestiones, autocuidados, etc)
- Autocontrol (manejo de emociones negativas)

INFORMACIÓN SOCIAL (*No se adjunta*)

- Situación familiar (convivencia, composición de la familia, relaciones familiares, actitudes hacia al enfermedad y el tratamiento)
- *Convive con madre viuda. Tiene una hermana mayor.*
- Situación económica (nivel de ingresos, situación económica familiar)
- Situación laboral (historia laboral, dificultades en trabajos anteriores, motivación y expectativas actuales)

11.2 CASO 1B. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN E INCORPORACIÓN AL CRPSL PARA USUARIOS SIN PREDISPOSICIÓN AL TRATAMIENTO. SUBPROCEDIMIENTO DE TRABAJO PREVIO.

Aclaración: en el caso que se va a presentar el Trabajador Social del CRPSL es el profesional responsable de todo el proceso de detección y trabajo previo debido a las dificultades de vincular a todo el equipo multidisciplinar en la intervención.

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE LA PERSONA

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE DERIVACIÓN

En este caso son los Servicios Sociales Básicos del municipio quienes detectan el caso a través de la valoración de la situación de dependencia y realizan una propuesta de derivación al CRPSL de Consuegra en reunión de coordinación (ver anexo 1).

Con los datos recogidos, el CRPSL se pone en contacto con la Unidad de Salud Mental de referencia, la cual informa que no acude a citas desde hace más de 4 años y que los últimos contactos son vía urgencias e ingresos, siendo el último en UHB con una duración de 20 días.

En Reunión de Coordinación CRPSL – USM se acuerda derivar al programa de atención activa del centro para valorar su situación psicosocial y psicopatológica. El objetivo prioritario es volver a incorporar el caso a la red de salud mental y en especial a un proceso de rehabilitación psicosocial.

2. INFORMACIÓN RELEVANTE DE LOS RECURSOS DERIVANTES

La unidad de convivencia está formada por la familia de origen del paciente: Padres (84-77años) y hermano (40 años).

Tomás Infantes Martín, padece un trastorno de esquizofrenia de más de 10 años de evolución, siendo atendido inicialmente en una clínica psiquiátrica de Madrid. Posteriormente, desde hace 9 años ha sido paciente de la USM del SESCAM.

La historia clínica de la Unidad de Salud Mental refleja la historia de abandono de las citas siendo la atención en urgencias y los ingresos en UHB los últimos contactos. El usuario parece abandonar los tratamientos en la USM, por negativa y por la ausencia de conciencia de enfermedad. Ante este hecho la familia no se ha movilizado para mantener un seguimiento sobre su salud mental a pesar de presentar un gran deterioro en todas las áreas relacionadas con los hábitos de higiene, alimentación, sueño, presencia de sintomatología positiva persistente (Alucinaciones y Delirios) que le interfieren en su relación con la familia, así como comportamiento extravagante y un nivel elevado de desorganización.

Desde hace más de 4 años que toma la misma medicación, sin ser revisada y con indicios de que la madre no se la administre de forma adecuada.

Se encuentra aislado socialmente, sin salir de casa y con ausencia de contacto social fuera del entorno familiar.

Según los Servicios Sociales la familia pertenece a una clase social media-alta “con reconocido estatus en el pueblo” e impresiona el abandono general de la casa y de los autocuidados de todos los miembros de la familia.

Es relevante que los profesionales de Servicios Sociales que valoran inicialmente el caso informen de que “tanto los padres como el hermano se encuentran bloqueados, desmotivados y sobrecargados con la situación”.

Tomás está incapacitado legalmente siendo la tutela de sus padres. LA madre es la cuidadora principal, pues el padre tiene problemas serios de salud que le hacen pasar la mayor parte del tiempo en cama.

3. SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA EL USUARIO/A EN EL MOMENTO DE LA DERIVACIÓN AL CRPSL

Con la información recibida de todos los recursos se puede valorar que el caso no tiene predisposición para Iniciar un proceso de rehabilitación por negativa del usuario y de la familia, con lo cual se prevén resistencias desde el principio en la fase de incorporación al CRPSL.

Por tanto el objetivo de la intervención del CRPSL es la motivación del usuario y de la familia a iniciar un proceso de rehabilitación y que se vuelva a iniciar el tratamiento en la Unidad de Salud Mental.

PROCEDIMIENTO DE INCORPORACIÓN DE LA PERSONA. TRABAJO PREVIO

1. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES IMPLICADAS EN LA FALTA DE PREDISPOSICIÓN

A) Factores de riesgo detectados inicialmente

Aunque el principal factor de riesgo es el *abandono del tratamiento* existen otros factores psicosociales instaurados en el tiempo y que están prolongando la intensidad del deterioro:

- Ausencia de conciencia de enfermedad de la familia.
- Abandono de los hábitos de salud y de higiene de toda la familia.
- Ausencia de citas de seguimiento de su centro de atención primaria en la elaboración de las recetas “sin ver al paciente”.
- Hábitos de sueño, alimentación e higiene desestructurados.
- Aislamiento social.

B) *Objetivos previos de enganche*

El objetivo principal es que la familia acepte una visita en el domicilio o en el despacho de la trabajadora social de los Servicios Sociales para que el CRPSL pueda valorar la situación psicosocial y psicopatológica, según lo acordado con la Unidad de Salud Mental.

Finalmente la estrategia acordada es que la trabajadora social de los Servicios Sociales le pide a la familia que es necesario valorar la dependencia de Tomás, y que tiene que ser otro profesional quien valore su estado de salud mental. Para ello le comenta que existe un recurso que es el CRPSL, que trabaja con personas con enfermedad mental y está especializado en la mejora de la calidad de vida de estas personas, puesto que se niegan a retomar las citas con la USM.

2. DISEÑO DEL PRIMER CONTACTO

A) *Profesionales participantes*

- Trabajadora Social de los Servicios Sociales.
- Trabajador Social del CRPSL.

B) *Preparación de la visita al domicilio*

Previo a la entrevista en el domicilio se convoca a una cita al hermano que forma parte de la unidad convivencial para recabar información de cómo poder motivar a los padres para un primer contacto del profesional del CRPSL..

Se observa que el hermano se encuentra bloqueado y “sobrecargado” y asegura que es su madre la figura de referencia en la familia y que ésta se muestra reticente a cualquier tipo de cambio puesto que no tiene conciencia del deterioro que presenta Tomás. El hermano es consciente de la posible necesidad de un ingreso psiquiátrico pero sabe que tanto Tomás como su madre se van a oponer. Igualmente tiene miedo a la repercusión que pudiera tener un ingreso en su madre puesto que se encuentra muy “débil de salud” y ambos, madre y Tomás, tienen una relación muy dependiente (“no pueden estar el uno sin el otro”).

Su hermano, a pesar de ver la necesidad de una intervención, se presenta pasivo ante las propuestas del CRPSL y es incapaz de superar las barreras que impone la madre. En posteriores citas con el hermano a pesar de la negativa inicial de la madre a una intervención se logra fijar una entrevista en el domicilio para conocer a Tomás.

Finalmente se le motiva al hermano dándole relevancia en la posibilidad de poder conseguir un tratamiento adecuado de Tomás puesto que es el único miembro de la familia que, hasta el momento, es capaz de tener conciencia del problema. Se le pide su presencia y apoyo a los profesionales en la entrevista inicial que se va a tener en el domicilio con Tomas y sus padres.

El CRPSL junto con el psiquiatra de la USM acuerda tener preparada una cita en la USM para la semana siguiente a la entrevista inicial.

C) Entrevista inicial

Cuando se visita el domicilio se detectan necesidades en todas las áreas, (médicas, sociales, básicas,...) observándose un abandono extremo tanto en el usuario, como en la vivienda.

Los objetivos de la entrevista inicial son:

- Crear la relación con Tomás y los padres.
- Motivar a la familia, principalmente a la madre, de la necesidad de tratamiento.
- Recabar información suficiente para que la USM comience a valorar.

D) Resumen de los datos obtenidos en los primeros contactos

En la primera entrevista la madre se muestra distante y minimiza el deterioro de Tomás. Puesto que Tomás se encuentra durmiendo la madre acepta una siguiente entrevista en el domicilio para conocerlo.

Los datos que se obtienen de los primeros contactos son los siguientes:

- La madre tiene una posible demencia, sin diagnosticar. El padre está diagnosticado de epilepsia y de problemas cardiovasculares. Además se encuentra a encamado. El hermano es licenciado en Químicas.
- Tomás estudió hasta 2º de BUP. Inició la enfermedad mental a los 17 años, durante el servicio militar. Tiene una Pensión No Contributiva.
- Se corroboran los datos dados por los recursos derivantes y se recogen, de forma general, los siguientes:
 - Presencia de Alucinaciones en el momento de la atención domiciliaria (“oye voces que comentan pero que no saben que le dicen y ruidos de los tejados y las paredes, como si se resquebrajaran...”). Percibe malestar puesto que dice que “le molestan”.
 - Delirios: “Los ángeles del cielo bajan para ayudarlo”. Refiriéndose al profesional del CRPSL le dice que “es un Ángel de Dios”. “Todo son designios divinos”. “las uñas son de Dios”.
 - Impresiona contacto y lenguaje muy “infantiles”.
 - Hábitos desestructurados de higiene, sueño y alimentación.
 - Recuerda el último ingreso en la UHB como no traumático.
 - Se resiste a asistir a Salud Mental porque “no tiene dinero”, “necesita ahorrar” y “los psiquiatras y la gente que está allí le pone muy nervioso”.
 - Pasa poco tiempo en contacto con la familia porque se pone muy irritable y quiere evitar discusiones.
 - Cada vez que el profesional se dirige a la familia Tomás muestra nerviosismo “expresando que quiere que le dejen en paz”.
 - La vivienda se encuentra muy deteriorada, con escasa iluminación, falta de higiene, desorganizada y con fuerte olor a orina.

- Además de los datos sobre la psicopatología que presenta tiene un deterioro físico importante (úlceras en los pies y problemas de circulación).

La impresión de los profesionales después de la entrevista con Tomás es que a pesar de las resistencias de la familia podría haber posibilidad de intervención en el domicilio puesto que no se niegan a unas siguientes entrevistas.

Es relevante que Tomás ha “etiquetado positivamente” al profesional del CRPSL como “un Ángel de Dios”. Esto quiere decir que dentro de su escaso contacto con la realidad puede ser que lo perciba “como una ayuda”.

3. DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL INICIAL DE TRABAJO

A) Recursos y Potencialidades del usuario y de la familia

- Existencia de soporte residencial familiar.
- Cierta cobertura de las necesidades básicas de alimentación y vestido.
- Apoyo familiar instrumental básico.
- Apoyo emocional maternal percibido por el usuario.
- Autonomía económica de la unidad de convivencia.
- Apoyo de los Servicios Sociales.
- Interés de la USM porque retome las citas.
- Hermano como principal contacto con la realidad

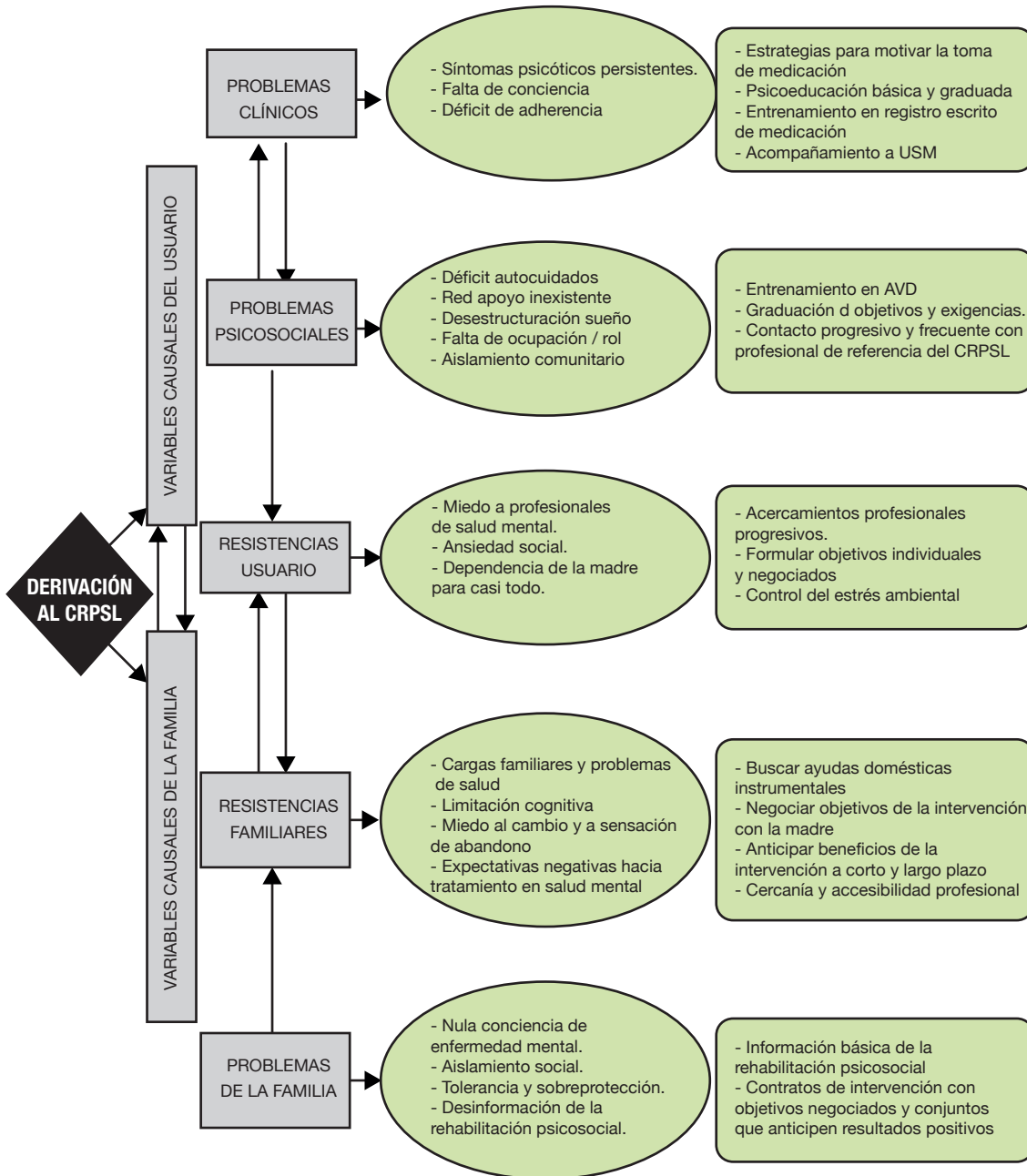
B) Priorización de Necesidades

- Estabilidad psicopatológica.
- Adquirir conciencia de enfermedad (usuario y familia).
- Apoyo familiar adecuado.
- Ruptura del aislamiento social.
- Adquisición de hábitos de higiene.
- Adquisición de hábitos saludables.

C) Objetivos Generales y Específicos

En la figura 1 se muestra el modelo de intervención con Tomás y en la tabla 1 la intervención diseñada.

Figura 1. Modelo de intervención en el procedimiento de trabajo previo y enganche terapéutico al CRPSL.



Debido en este caso a la situación particular de Tomás, en la figura 1 se representan los dos factores más importantes que mantienen la situación: el usuario y la familia. Los cuadros representan los problemas principales, los círculos las variables causales mantenedoras de la situación de falta de predisposición al tratamiento y los rectángulos las técnicas de intervención propuestas para cada una de ellas.

Tabla 1. Objetivos y estrategias de intervención durante el procedimiento de incorporación y trabajo previo.

OBJETIVOS		ESTRATEGIAS		
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERATIVOS	INTERVENCIÓN	
Lograr una estabilidad psicopatológica.	Adquirir y mantener la adherencia terapéutica.	Reconducir a la Unidad de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinaciones con USM. • Actualizar junto con la USM el Plan de tratamiento. • Coordinaciones con atención primaria. • Seguimiento del cumplimiento de las citas. • Estrategias motivacionales con la madre. • Lograr un enganche terapéutico con el usuario. • Atenciones familiares con el hermano. 	
		Implicar a la familia en los acompañamientos.		
		Solventar las resistencias familiares al ingreso del usuario.		
	Adquirir y mantener la adherencia al tratamiento.	Desmontar creencias erróneas sobre la medicación.		<ul style="list-style-type: none"> • Coordinaciones con atención primaria. • Coordinaciones con los SS.SS. • Entrenamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio. • Intervenciones familiares. • Seguimiento directo del usuario en el domicilio mediante registros de dosis y seguimiento posterior.
		Involucrar a la familia en la supervisión de las tomas.		
		Facilitar una adecuada administración de la medicación adaptada a las necesidades del caso.		
Mejorar la frecuencia y ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.	Adquirir hábitos de autocuidados.	Incorporar hábitos de aseo diario.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones del Servicio de Ayuda a Domicilio de los Servicios Sociales con la supervisión de la Terapeuta Ocupacional del CRPSL. • Tutorías usuario. • Tutorías familia. 	
		Incorporar hábitos de ducha.		
		Incorporar frecuencias de cambio de ropa (exterior e interior) más ajustadas a las necesidades de higiene.		
	Adquirir hábitos de salud acorde a sus necesidades.	Mejorar los hábitos de alimentación.		<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la madre en el diseño de la dieta de Tomás. • Atenciones directas desde el área de AVD.
		Mejorar los hábitos de sueño.		
		Disminuir el consumo de dulces y tabaco.		
	Involucrar a la familia en el proceso rehabilitador.	Apoyar a Tomás en el mantenimiento de hábitos de higiene.		<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación familiar orientada a la comprensión básica de la vulnerabilidad de Tomás.
		Apoyar a Tomás en el mantenimiento de hábitos saludables.		

D) Desarrollo

El itinerario de intervención se configura de la siguiente manera:

- Demandar la valoración de atención primaria para dar cobertura a las necesidades físicas y psiquiátricas.
- Solicitar cita en la USM para valoración del caso y de la posibilidad de ingreso en Unidad de Hospitalización Breve.
- Plantear conjuntamente CRPSL y USM la derivación a Unidad de Media Estancia (UME) para poder iniciar un trabajo de adquisición de hábitos.
- Continuar la tramitación de la valoración de dependencia para asegurar los apoyos en la vivienda.

En caso de que el usuario no sea ingresado se iniciarán coordinaciones con los Servicios Sociales para dar soporte familiar al caso, tanto en la cobertura de necesidades de Tomás como del resto de miembros de la familia.

No se valora adecuado la asistencia física al Centro de Rehabilitación por el gran deterioro y posible aumento de la desmotivación que presenta el usuario. Se realizará un seguimiento en el domicilio, con los objetivos propuestos en este Plan de Intervención, desde el CRPSL.

- Discusión del caso

Normalmente la mayoría de los usuarios sin predisposición a la rehabilitación suelen ir acompañados de una conciencia de enfermedad parcial o nula lo que hace que los objetivos iniciales sean “crear la relación con el usuario” y trabajar desde un proceso de motivación el lograr la adherencia terapéutica y/o al tratamiento en el CRPSL. Como se muestra en este caso aunque la persona no tenga conciencia de enfermedad mental se puede comenzar el tratamiento desde el CRPSL, aspecto a veces poco conocido o valorado desde la propia red de salud mental, y más si se considera que los casos deben acudir voluntariamente a los tratamientos (hecho poco realista en casos como el que se ha presentado).

Si además existe abandono del tratamiento y durante varios años se encuentra fuera de la red de recursos, se hace necesario intensificar la intervención en red (CRPSL, Servicios Sociales, Atención Primaria, Unidad de Salud Mental de referencia, UHB y la Familia). Este caso, “es un caso más” que demuestra que los recursos sociales, sanitarios y sociosanitarios tienen que coordinarse para conseguir que la persona con un Trastorno Mental Grave tenga un seguimiento estructurado e integral, a pesar de mostrar resistencias a la intervención.

Por otro lado, impresiona como una persona con Trastorno Mental Grave pueda estar cuatro años sin seguimiento, mostrar un grave deterioro y que ningún recurso de salud tome contacto o conciencia de la realidad del paciente y la familia durante tantos años.

Es imprescindible adaptar las intervenciones en estos casos pues esperar a que sea el usuario o la familia quienes realicen la demanda de intervención nos llevaría a incrementar la gravedad y el deterioro de toda la situación que rodea a este tipo de casos: personal, social, sanitaria y familiar. Lo que implica fundamentalmente una actitud “activa” o más bien “proactiva” en los profesionales que trabajan en los recursos que atienden a personas graves.



Anexos Caso 1B

**PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN E INCORPORACIÓN
PARA CASOS SIN PREDISPOSICIÓN. TRABAJO PREVIO.**



PROPUESTA DE DERIVACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES AL CRPSL DE CONSUEGRA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	Nombre y apellidos	Tomás Infantes Martín					
	Domicilio y localidad	XX					
	Fecha de nacimiento	48 años	Teléfono de contacto		999-999-999		
DATOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Recibo atención psiquiátrica	Si	USM Toledo	USM Alcázar	Otros		
		Nombre del psiquiatra	Desconocido				
		No (1)	Nunca	Anteriormente/ USM/ Psiquiatra (hace 4 años que no acude a citas)			
	Diagnóstico	Esquizofrenia	X	Consumos activos de drogas		Alcohol	
		T.O.C.				Tabaco	X
		T.				Cannabis	
		T. Bipolar				Cocaína	
		T. Personalidad				Heroína	
Depresión			Tratamiento			Marihuana	
Otros		Si	No	Otros			
DATOS FAMILIARES	Unidad de Convivencia	Padre	Madre	Hermanos		Otros	
		Juan	Irene	Antonio			
		Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
		84	77	49			
		Mujer/Pareja/Hijos	Edad	Residencia		Soltero	
						Casado	
						Separado	
						Divorciado	
DATOS SOCIOECONÓMICOS	Trabajo	Indefinido		Minusvalía	Valorada		
		Temporal			Sin valorar		X
		Baja			Física		
		En paro	X		Psíquica		
		ILT			Sensorial		
		ILP			Porcentaje		
		ILA					
	Vivienda	Propia	X	Ingresos	Ninguno		
		Alquiler			PNC		
		Residencia			Ayudas sociales		
		Piso tutelado			Nómina		
		Familiar	X		PC		
		No tiene			Rentas propiedades		
Otra situación		Otros					
Capacitado		Incapacitado		Tutor			
RED SOCIAL DE APOYO	Vecinos		Especificar tipo de apoyo	No tiene ningun contacto social no sale de casa			
	Amigos						
	Compañeros de trabajo						
	Profesionales						
	Otros						

NECESIDADES DETECTADAS	Apoyo búsqueda de empleo (2)		Limitaciones	Económicas	
	Atención activa	X		Apoyo búsqueda de empleo (2)	
	Rehabilitación cognitiva	X		Físicas	
	Habilidades sociales	X		Resistencias a la intervención por parte del usuario	X
	Actividades de la vida diaria básicas	X		Resistencias a la intervención por parte de la familia	X
	Actividades de la vida diaria instrumentales	X		Falta de autonomía en el uso de recursos	X
	Intervención familiar	X		Otras:	
	Integración comunitaria	X			
	Psicoeducación				
	Otras				
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	No acude a consultas de atención primaria a por las recetas. Es la madre quien las gestiona				
Descripción general de la situación social					
<p>Diagnosticado de esquizofrenia. Vive con los padres (mayores de 70 años) y un hermano, soltero, de 40 años (Antonio). Lleva más de 4 años sin acudir al psiquiatra. (USM-Toledo)</p> <p>La madre, es quien le administra la medicación, de forma deficiente (olvidos) y le da la misma medicación de hace 4 años, sin seguimiento médico.</p> <p>No sale de casa.</p> <p>Hace lo que quiere. Duerme por el día y se mantiene despierto por la noche, llegando a mostrar conductas disruptivas. "No le ponen normas, según su hermano."</p> <p>Lo único que hace en el día es comer y fumar.</p> <p>No se asea.</p> <p>Tiene ideas raras ("Ve ángeles y piensa que le dan fuerza a través de la barba y las uñas").</p> <p>Impresiona el abandono general de la casa y de los autocuidados de todos los miembros de la familia.</p>					

Trabajador Social: XXX

Fecha de entrega: Junio de 2009

Adjuntar escala de identificación de población diana del P. Atención Activa.

ESCALA DE IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ACTIVA DEL CRPSL DE CONSUEGRA.

A continuación se señalan indicadores que nos pueden hacer sospechar de la presencia de psicosis en una persona. Estos signos no son necesariamente específicos del desarrollo de una psicosis, ya que pueden deberse también a otros trastornos o constituir reacciones transitorias a acontecimientos estresantes.

CONDUCTA	
Sensación de estar muy fresco habiendo dormido mucho menos de lo normal	
Descuido en la higiene	X
Cortes auto-provocados o amenazas de auto-mutilación	
Hiperactividad o inactividad; alternancia entre ambos estados	
Mirada fija sin pestañear; incesante pestaneo	

Excesiva escritura sin sentido	
Graves alteraciones del sueño	X
Inquietud	X
Posturas extrañas	
Conducta extraña	X
Abuso de alcohol o drogas	
Andar acelerado durante días	
Agresividad. Ausencia de control de impulsos	X
PENSAMIENTO Y LENGUAJE	
Preocupación extrema por la religión o por temas ocultos	X
Sensación de cómo si las cosas de alrededor hubieran cambiado	¿?
Conversación constante o rápida, que es difícil de interrumpir	
Palabras peculiares y estructura rara del lenguaje; lenguaje confuso	X
Hablar mucho menos	
Sensibilidad inusual a estímulos (ruido, luz, color, texturas)	
Problemas de memoria	
Grave distraibilidad	
Problemas de concentración	
Afirmaciones irracionales	X
Alucinaciones	¿?
Posesión de poderes especiales	¿?
RELACIÓN SOCIAL	
Grave deterioro de las relaciones sociales	X
Abandono de actividades o bien desinterés por todo	X
Sensibilidad e irritabilidad cuando los demás le tocan	
Rechazo a tocar personas u objetos; usando guantes, etc.	
Aislamiento social, tendencia a encerrarse	X
Agresividad inesperada	
Desconfianza	X
Temor nuevo a la gente	
EMOCIONES	
Incapacidad de llorar o sentir alegría, o bien llanto excesivo	
Sentimientos de depresión y ansiedad	

Emociones no acordes con la situación o el pensamiento	X
Estado de ánimo eufórico	
Risas inoportunas	X
Irritabilidad constante	
PERSONALIDAD	
Conductas temerarias que no van con su carácter	
Descenso significativo y prolongado de la motivación	
Cambios en la personalidad básica	

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO PSICÓTICO

EDAD: Adolescencia y primeros años de la vida adulta	¿?
FACTORES DE RIESGO EN LOS RASGOS DE LA PERSONA	
Antecedentes familiares de trastornos psicóticos	¿?
Problemas de adaptación previos a la enfermedad	
Retraso en las etapas de desarrollo en la infancia	
Antecedentes de lesión craneoencefálica	
Bajo nivel intelectual	
Antecedentes de complicaciones obstétricas/traumatismo perinatal	
FACTORES DE RIESGO EN LA SITUACIÓN DE LA PERSONA	
Acontecimientos de la vida	
Estrés psicosocial evidente	
Abuso de sustancias	
Cambios funcionales	

12. Procedimiento: Evaluación y diseño de PIR

CASO 2A: ELABORADO POR: CRPSL DE TOMELLOSO

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicólogo
 - 1 Psicólogo
 - 1 Trabajador Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 1 Educador Social
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 2 Monitores de taller
 - 1 Monitor / Conductor
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 78
- Sectorización / número de habitantes: 98.707

CASO 2B: ELABORADO POR: CRPSL DE CUENCA

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicólogo
 - 1 Psicólogo
 - 1 Trabajador Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 3 Monitores de taller
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 102
- Sectorización / número de habitantes: 113.308

COMENTARIO:

En este procedimiento se presentan dos casos. La razón es que este procedimiento es clave en el CRPSL ya que determina el trabajo posterior que se va a hacer con cada usuario mediante la elaboración del PIR que es una guía para intervención durante el proceso de rehabilitación. Por tanto con la presentación de dos casos se facilita la comprensión de cómo se lleva a cabo el trabajo de evaluación y diseño del Plan de Rehabilitación en el CRPSL.

El proceso de evaluación en un CRPSL sirve para organizar la intervención de los profesionales en torno a las necesidades de cada caso. Es un proceso estructurado y en equipo que sigue unas fases y contenidos indicados en un protocolo de evaluación. Antes de pasar a las descripciones de cada caso se presenta un esquema de las fases del proceso de evaluación que se sigue en los CRPSL, indicando los objetivos y contenidos de cada una de las fases o áreas de evaluación.

Tabla descriptiva del Procedimiento de Evaluación y Diseño de PIR en el CRPSL

FASES DE LA EVALUACIÓN	OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	CONTENIDOS
Análisis descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Historia personal y sociofamiliar (1) • Historia clínica (2) • Descripción de síntomas actuales (3) • Análisis descriptivo de las áreas de funcionamiento psicosocial y laboral (4) 	<p>(1) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de historia siguiendo etapas de evolución. • Descripción de antecedentes familiares. • Factores de predisposición y factores de vulnerabilidad personal y ambiental. • Acontecimientos vitales relevantes. • Relaciones significativas. • Ajuste premórbido. <p>(2) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la enfermedad: inicio, factores precipitantes, crisis, ingresos, proceso, evolución de los síntomas. • Diagnóstico. <p>(3) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción sintomatología positiva, negativa, y asociada. • Factores de riesgo y de protección para los síntomas. <p>(4) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recorrido sistemático por áreas de funcionamiento. • Descripción de problemas y listados jerarquizados.
Análisis Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis de secuencias actuales de funcionamiento</i> (5) • <i>Formulación del caso</i> (6) 	<p>(5) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la relación entre antecedentes, conductas y consecuencias. <p>(6) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis de origen y mantenimiento. • Relación funcional entre problemas. • Relación entre factores de riesgo y de protección, y factores de vulnerabilidad.
Diseño del PIR	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del PIR, objetivos y técnicas (7) 	<p>(7) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conexión con objetivos del paciente y su entorno. • Diseñar jerarquía de objetivos derivados de la formulación. • Seleccionar técnicas y programas. • Previsión y secuenciación temporal.
Devolución del PIR	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la formulación y de la intervención (8) 	<p>(8) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conexión entre necesidades y objetivos. • Construcción de un modelo comprensible para el paciente (adquisición, evolución y mantenimiento).
Evaluación de resultados de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del proceso terapéutico o de intervención psicosocial. • Evaluación de la eficacia de la intervención (9) 	<p>(9) Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar periódicamente impacto de la intervención, logros y cambios específicos. • Evaluar mantenimiento de logros conseguidos. • Evaluar mejoría funcional general en áreas psicosociales. • Detectar nuevos objetivos. • Decidir alta del recurso o programa.

12.1 CASO 2A. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION INICIAL

A) *Datos sociodemográficos, clínicos e historia personal*

Hilario es un varón de 39 años, soltero y residente en un entorno rural, en una población de 1.140 habitantes. Dicho usuario reside en el domicilio familiar en una unidad familiar actual compuesta por 3 miembros, sus dos progenitores y él. El resto de la familia, 3 hermanos más, residen fuera de la localidad. La edad de sus cuidadores es de 65 años. Poseen un nivel socioeconómico medio-bajo con ingresos económicos reducidos procedentes de la Incapacidad Laboral de Hilario, de la pensión de jubilación del padre y de los escasos bienes rústicos que la familia posee. Presenta un nivel de estudios de EGB y una experiencia profesional ligada a trabajos no cualificados. No posee porcentaje alguno de minusvalía.

En cuanto a su historia personal su infancia transcurrió sin acontecimientos relevantes, tan solo destaca el internamiento en un colegio eclesiástico desde los 6 a los 13 años puesto que la familia estaba de guardiana en una finca rústica y no podía trasladarle diariamente a ninguna población cercana. Era considerado como un estudiante medio con resultados aceptables.

Posteriormente y una vez terminada la EGB Hilario pasa unos años trabajando en la finca con la familia, hasta que a la edad de los 17 años se marcha de voluntario al Ejército a Madrid, donde pasa 3 años y otorgándosele la “Cruz de Plata al Mérito”. En este tiempo se formó y trabajó como maquinista de trenes. A los 22 años y a raíz de una huelga le despidieron definitivamente.

Una vez finalizado el Servicio Militar decide quedarse a vivir en Madrid en casa de una hermana, mientras prepara oposiciones a Guardia Civil, aunque sin éxito. Durante 8 años alterna distintos empleos. A la edad de 30 años comienza a trabajar como vigilante jurado en un Hospital Psiquiátrico en donde se mantiene 3 años. Es en ese momento cuando vuelve a su localidad de origen tras el comienzo de la enfermedad.

Por otro lado es importante señalar que Hilario no presenta **antecedentes psiquiátricos a nivel familiar** aunque sí determinadas características que marcan la dinámica familiar y que se convertirán más adelante en posibles factores de vulnerabilidad de cara al comienzo de la enfermedad mental. Tal es así que hasta el momento de la aparición de la enfermedad, Hilario representaba para la familia en general y para los padres en particular todo “un motivo de orgullo” que trasladaban a nivel social. Es decir, en el hijo mayor se proyectan todas las esperanzas y metas que los demás miembros no habían podido alcanzar (“el hijo varón con reconocimiento de méritos militares, habiendo optado a las oposiciones al Cuerpo de la Guardia Civil, con unas óptimas condiciones físicas y habiendo conseguido en la vida todo aquello que se proponía...”). Todos estos pensamientos generan una idealización sobre el éxito vital de Hilario e indirectamente de la familia en general. Posteriormente al trastorno mental todo esto se derrumbó y el funcionamiento de Hilario pasó a convertirse en “motivo de vergüenza y deshonra

para nosotros” (refiere el padre) para la familia ya que los déficits se hacen demasiado visibles y no encajan con la imagen social que hasta ahora se tenía de Hilario y de su familia en la localidad. Toma entonces una especial relevancia “el afán por las apariencias” por parte de la familia.

En lo que respecta a **factores de riesgo** ni la familia ni el propio usuario saben identificarlos. De acuerdo con los datos facilitados se detecta un **alto nivel de estrés** al que Hilario estaba expuesto en su último trabajo, debido principalmente a las largas jornadas laborales así como a los turnos extra que debía realizar, con lo cual pasó por una temporada en la que apenas dormía. Además él identifica que en ese empleo: “-mis compañeros me hicieron mobbing hablando en todo momento mal de mi a todos sus superiores”. Pero esta información no se ha podido contrastar ya que su familia no había convivido con él en ese tiempo y planteaba el mismo discurso que el usuario, con argumentos poco racionales y creíbles y sin haberlos confirmado nunca con ningún jefe o compañero del trabajo de Hilario lo cual parece indicar la presencia de “ciertas” interpretaciones paranoides. Además, el **cambio de estilo de vida** (vida más solitaria) junto **con las altas demandas laborales** apuntan hacia la existencia de posibles factores de riesgo.

Como **sucesos vitales relevantes** que contribuyeron a su vulnerabilidad el usuario identificaba los anteriormente descritos: la etapa de aislamiento en el colegio de sacerdotes, su ingreso en el Ejército junto con su vida en Madrid y el “acoso” en su última etapa laboral que condujeron a desarrollar un estilo cognitivo que amplificaba la importancia otorgada a los juicios de los demás sobre su persona, el autoestigma, así como la falta de habilidades de afrontamiento y sociales para afrontar los enormes cambios en el estilo de vida (estresores). También el estilo educativo de los padres en relación al reconocimiento externo y social y el miedo al rechazo de los demás fue una variable de predisposición relevante para el desarrollo de su vulnerabilidad.

Se puede decir que Hilario I presentaba un **adecuado nivel premórbido** con un funcionamiento ajustado y autónomo en la mayoría de las áreas y sin ningún indicador observable de deterioro ni de trastorno alguno.

A nivel clínico, el usuario presenta un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en el momento de la derivación. Aunque los datos concernientes al inicio de la enfermedad mental no son muy esclarecedores todo parece indicar que la enfermedad surge por varios precipitantes: aumento considerable de estrés laboral en el último de sus trabajos (cambio continuado de rutinas y hábitos de vida, largas jornadas y conflictividad con los compañeros), el cual se manifestó con importante subida de ansiedad, falta de concentración y de atención y deshabitación en el ritmo del sueño. De esta manera, Hilario decide tomarse un tiempo de baja laboral y vivir en casa de su hermana en Madrid a lo largo de dos años. Comienza a manifestar síntomas pre-psicóticos tales como miedos, encerramientos en su habitación, bajada de persianas de la casa por miedo a vigilancias y persecuciones, abandono de AVD's básicas, inquietud, creencias autorreferenciales e intentos autolíticos frustrados. Comienza entonces a asistir a un psiquiatra particular por “Fobia Social” –“Me da pánico la gente”. Tras un corto periodo de mejoría clínica intenta acceder de nuevo al trabajo el cual termina abandonando argumentando que: -“de nuevo me siento acosado”. Dicha situación no se mantiene mucho más tiempo y deciden el regreso de Hilario al domicilio familiar “para estar más tranquilo”.

Una vez allí y pasado un corto período de tiempo, el paciente ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital General (UHB), por ideación delirante de perjuicio y referencia con alucinaciones auditivas, inquietud e insomnio. En el momento del alta hospitalaria la evolución del caso fue muy buena desapareciendo mayoritariamente la sintomatología positiva aunque seguía persistiendo la negativa: apatía, aplanamiento afectivo y tendencia al aislamiento social.

B) Motivo de la derivación y listado de problemas iniciales

En el momento de la derivación el usuario no muestra síntomas positivos de psicosis aunque sí síntomas negativos muy acusados: apatía, abulia, anhedonia, déficits cognitivos, sobre todo en atención y concentración, con nulas relaciones sociales y escasas relaciones familiares. Muestra una parcial conciencia de enfermedad junto con una total dependencia tanto en la administración de la medicación como en la responsabilidad ante el tratamiento.

Se valora como un factor de riesgo actual su alto interés y motivación para incorporarse de nuevo a la actividad laboral que anteriormente mantenía.

En relación a la descripción realizada del caso en el momento de la derivación, como aspectos relevantes cabe destacar el corto periodo de tiempo que el usuario estaba en seguimiento desde la USM de referencia hasta el momento de la derivación, un año. Tal es así que en el momento de la derivación no tenía establecido un diagnóstico claro y el caso estaba pendiente de un diagnóstico diferencial por parte de la USM.

Por otro lado es importante señalar la desajustada conciencia de enfermedad de la familia con un componente de negación y no aceptación ante la “posible enfermedad mental de su hijo” lo cual dificulta la transmisión de información e implicación en el proceso rehabilitador de Hilario .

En la reunión de coordinación mantenida con la USM de referencia se traslada al Centro de Rehabilitación la información más relevante del caso junto con la entrega por escrito del **Informe de Derivación**. En él se plantean, además de la información concerniente al diagnóstico, la medicación actual y una breve historia clínica, cuales son los motivos de la derivación y los objetivos propuestos para comenzar el proceso de rehabilitación desde el CRPSL. De este modo, en el caso de Hilario las áreas señaladas como más deficitarias, y por tanto, más susceptibles de trabajo que señalan desde las USM son Ocio y Tiempo Libre y Rehabilitación Laboral.

A priori, no parece haber graves problemas iniciales para comenzar el proceso de rehabilitación, excepto los que conciernen a los medios de transporte ya que su localidad no está comunicada con la población donde se encuentra el Centro de Rehabilitación por lo que habría que buscar otras alternativas al respecto.

El caso de Hilario en coordinación con la USM se considera admitido por lo que posteriormente desde el CRPSL se concertó la primera cita en el plazo de una semana como máximo desde dicha reunión y para iniciar así el proceso de incorporación.

C) Descripción del/los primeros contactos y de la intervención inicial desde el CRPSL

Pasada una semana desde el momento de la derivación Hilario acude al primer contacto con el CRPSL en compañía de sus padres. En dicha entrevista se contrastan los datos facilitados por la USM, en el Informe de Derivación y en la reunión previa mantenida con el recurso derivante. Según esto se encuentran ciertas discrepancias con respecto: a la conciencia de enfermedad tanto del usuario, como de la familia; en cuanto a la autonomía en la administración de la medicación; en la existencia de déficits cognitivos; en el elevado nivel de ansiedad que de forma general presentaba Hilario motivo por el que el consumo de tabaco ha sufrido un gran incremento en las últimas semanas; y por último, con la situación económica en la que se encuentra la familia. Una vez trasladada toda esta información se planifica con el usuario y con la familia la forma de acceso al recurso y los días de asistencia al mismo. Tras valorar la motivación que Hilario presentaba, se acuerda que acudirá 2 veces en semana al CRPSL, participando durante la fase de Evaluación en actividades de soporte (taller de madera y de encuadernación).

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN EN EL CRPSL

A) Esquema del proceso de evaluación empleado. Sesiones de evaluación e instrumentos empleados

Atendiendo al protocolo de evaluación que desde el CRPSL se sigue, a continuación se muestra de forma esquemática todos y cada uno de los instrumentos utilizados, por los profesionales de referencia y las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas.

AREA DE EVALUACIÓN	PROFESIONAL ENCARGADO	INSTRUMENTOS EMPLEADOS	Nº DE SESIONES EMPLEADAS
Evaluación de aspectos clínicos. Síntomas. Afrontamiento Personal/social.	Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista clínica• Escala de síntomas negativos SANS (Puntuación de 15)• Escala de síntomas positivos SAPS. (Puntuación de 5)• Inventario de Ansiedad estado y rasgo. STAI E-R (Puntuaciones de 65 y 73)• Cuestionario de Bienestar Global y Necesidades personales.• Inventario de depresión de Beck. BDI• Escala de Autoestima de Rosemberg.• Escala de deterioro cognitivo Minimental (Puntuación de 18)• Escala de Calidad de Vida (Lehman)	7 1 1 1 1 1 1 1 1
Actividades de la Vida Diaria	Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• “Guía de evaluación del Terapeuta Ocupacional”. Entrevista estructurada.• “Guía de Observación domiciliaria”	1 1
Ocio y tiempo libre. Orientación socio-Cultural	Educador Social	<ul style="list-style-type: none">• “Guía de evaluación del educador social”. Entrevista estructurada.• SECHS (Sistema de Evaluación Conductual de las habilidades Sociales verbales y no verbales)	1 1

Capacidad para el trabajo	Monitor de Taller	<ul style="list-style-type: none"> • “Guía de observación del Monitor de Taller” 	8
Área familiar Área laboral	Trabajadora Social	<ul style="list-style-type: none"> • “Guía de evaluación familiar”. Entrevista estructurada. 	2
		<ul style="list-style-type: none"> • Escala de áreas de restricción de vida y cargas familiares. ERVI. 	1
		<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de percepción de necesidades familiares. 	1
		<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista domiciliaria familiar. 	1

B) Exploración del funcionamiento psicosocial. Análisis descriptivo del nivel de competencias personales que el usuario tiene en el desempeño de las áreas de la vida

De la valoración de las competencias personales y sociales se desprende el siguiente análisis:

ÁREA DE EVALUACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE COMPETENCIAS PERSONAL Y SOCIAL
A. Autocuidados	Evidentemente desaseado y descuidado. Mantiene su aseo personal solo bajo supervisión. Vestimenta descuidada, precisando supervisión para casi todo. Irregularidad importante en alimentación, supervisión frecuente.
B. Hábitos de vida	En los hábitos de vida saludable muestra grave deterioro (consumo excesivo de sustancias no consideradas como droga: café). Sueño ligeramente desestructurado, alteraciones leves y esporádicas en ritmo o frecuencia.
C. Afrontamiento Personal y Social	Notable incapacidad ante situaciones naturales de estrés y tensión. A esto se le suma las importantes dificultades en habilidades para el trato social y las inexistentes capacidades para solventar dificultades y problemas interpersonales en la vida cotidiana.
D. Capacidades Cognitivas	Se aprecia un deterioro cognitivo significativo en la atención sostenida en la memoria a corto plazo.
E. Autonomía Básica	No maneja su propio dinero, precisa supervisión continua. En el transporte se maneja con supervisión. Incapacidad para el manejo y el cuidado del entorno doméstico donde vive. Conocimientos educativos básicos aceptables en lecto-escritura.
F. Autonomía Social	Requiere apoyo importante y supervisión para la tramitación de sus papeles burocráticos simples y la realización de gestiones o compras sencillas. No maneja recursos sociales comunitarios de forma adecuada aunque los conoce. Posee poca actividad ocupacional, utilizando el tiempo libre preferiblemente en solitario. Interés pobre en realizar actividades de ocio fuera de casa.
G. Capacidad Laboral	Una vez agotado el periodo de ILT (Incapacidad Laboral Temporal), su situación pasó a parado sin subsidio ya que no había cotizado lo suficiente para tramitarle la IPA (Incapacidad Permanente Absoluta). Dificultades muy graves para realizar una actividad ocupacional o profesional supervisada. Se plantea la posibilidad de trabajar de forma irreal. No está inscrito en la oficina de empleo.
H. Relación con el Tratamiento	Tiene una conciencia de enfermedad muy deficiente, admitiendo la existencia de la enfermedad y la necesidad de ayuda pero de forma irreal y desajustada (tomar pastillas para no cansarse). La responsabilidad ante el tratamiento es muy deficiente, de forma que tanto la asistencia a citas psiquiátricas como el cumplimiento de la prescripción médica la realiza sólo bajo acompañamiento de los padres. Tanto la respuesta al tratamiento como los efectos secundarios es aceptable.

I. Red de Apoyo (Soportes Informales)	No cuenta actualmente con ningún amigo ni desarrolla ninguna actividad propia de su edad. Soporte familiar: Alta emoción expresada debido a la sobreprotección y estilo comunicativo agresivo y crítico, especialmente de la madre. Se valoran sentimientos de lástima de la madre hacia Hilario cuando lo compara con antes del comienzo de la enfermedad. El padre es también muy crítico con Hilario, con expectativas de inutilidad y fracaso personal hacia el hijo. No posee ningún tipo de relación interpersonal en el pueblo quizá por su estancia en Madrid durante un largo período.
J. Red de Apoyo (Soportes Institucionales)	No posee recursos económicos propios, sus necesidades las satisface a través de las aportaciones económicas de la familia. En trámite el certificado de minusvalía para posterior solicitud de ayuda económica. Sólo utiliza recursos comunitarios de carácter sanitario.
K. Evolución	Se aprecia un progresivo deterioro desde el inicio del proceso aunque sin precisar ingresos psiquiátricos ni reagudizaciones de sus síntomas por lo que no se ha requerido intervención de urgencia psiquiátrica en los últimos 5 años.

De forma general se puede decir que Hilario se encuentra en un nivel de competencia personal y social muy disminuido, necesitando supervisión importante para casi todas las áreas de funcionamiento psicosocial.

C) *Análisis funcional*

Se realizó un análisis funcional de las conductas problema actuales, agrupándolas en grandes áreas que incluyen un número concreto de ellas que covarían entre sí.

Análisis funcional de las áreas problema

ÁREA PROBLEMA	ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO
1. Sintomatología clínica negativa	<ul style="list-style-type: none"> Estado emocional aplanado y sentimientos de tristeza. Altos niveles de Ansiedad anticipatoria en situaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Idea negativas de sí mismo Déficits cognitivos acusados (en atención, concentración y procesamiento de la información) Enlentecimiento motor Embotamiento afectivo (comunicación gestual) 	<ul style="list-style-type: none"> Evitación de estrés social y de activación psicofisiológica Aislamiento social, nulas relaciones sociales externas a la familia, no realización de actividades normalizadas.
2. Funcionamiento psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Inadecuadas conductas familiares higiénicas Temor de la madre a accidentes domésticos con el gas Estado emocional aplanado Escasos ingresos económicos familiares Desconfianza ante el gasto de Hilario. Expectativa irreal de volver a trabajar ACP para recuperar roles perdidos 	<ul style="list-style-type: none"> Defectuosas AVD's: Nula higiene bucal, desajustada higiene corporal. Alteración de sueño y alimentación. Consumo excesivo de café (4 tazas en dos horas) Nula administración económica. Supervisa todos los gastos la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> Rechazo social. Déficit en habilidades de manejo domésticas. Excitación por consumo excesivo de café. Empobrecimiento y anulación personal. Evita críticas de la madre. Evita asumir responsabilidades Dependencia para sus gestiones a largo plazo de los padres. Autoestima negativa

3. Problemas de conducta relacionados con el consumo de tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la ansiedad fisiológica. • Negación de los padres a darle tabaco cuando lo pide (razones económicas y de la salud de Hilario). • Creencias irracionales acerca de fumar (mitos) • Sentimientos de vergüenza familiar. • Encubrimiento de la enfermedad por parte de Hilario para recuperar su vida anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escapadas de madrugada a recoger colillas del suelo. • Pedir tabaco en la calle obsesiva y descontroladamente. • Deudas en estancos • Los padres le encierran en casa bajo llave. • Comer compulsivamente • Mentiras recurrentes a los padres y a otros • Sentimientos de inadecuación personal y social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la ansiedad cuando come y consigue tabaco. • Refuerzo positivo cuando consigue préstamos para tabaco. • Refuerza el rechazo social al acumular deudas • Los padres evitan sentimientos de vergüenza y humillación cuando le encierran bajo llave. • Desajustada conciencia de enfermedad por parte de Hilario.
4. Área Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas idealizadas sobre el éxito del primogénito. • Negación de que su hijo tenga una enfermedad mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desimplicación en el conocimiento de la enfermedad de Hilario. • Criticismo familiar. • Hostilidad y rechazo hacia Hilario. • Sentimientos de vergüenza y humillación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración continuada ante la ruptura de expectativas de los padres. • Clima familiar muy estresante para Hilario • Deseos de Hilario de escapar de casa para reducir el clima familiar negativo

D) Formulación del caso

a) Explicación de por qué se desarrollaron los problemas

En este caso en concreto la influencia familiar y el contexto social es determinante para el desarrollo de los problemas del paciente. Existe un clima de elevada presión y altas exigencias en relación al usuario, pudiéndose apreciar cuatro factores que predisponen y aumentaron la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno mental y que giran en torno a:

- Modelado de la Familia: Sobreestimación de la imagen social, con excesiva importancia de las “apariencias”. A pesar de ser una familia humilde, por motivos laborales del padre, se han relacionado a nivel profesional con personas de más alta posición social, lo que ha influido a la hora de aparentar esa imagen.
- Proyección Familiar: Le atribuyen los éxitos anhelados por la familia (primogénito). Lo que no han podido conseguir los padres por diferentes circunstancias quieren que lo consiga su hijo mayor, lo que genera importante presión y ansiedad de ejecución en el usuario. El no conseguir dichos estándares implica también una proyección del sentimiento de fracaso y culpa de la familia en Hilario.
- Nivel Sociocultural de la familia bajo, que a la vez se trata de contrarrestar con los éxitos de los hijos. Además de intentar encubrir con las “apariencias”.
- Creencias de autoestima basadas en la aprobación social de los demás reforzadas por la educación recibida en diferentes contextos de vida durante la infancia, adolescencia y juventud.

A todos estos factores de vulnerabilidad y predisposición habría que añadir otros precipitantes que influirán de manera determinante en el comienzo de la enfermedad y en el curso de la misma:

- Estresores psicosociales: Cambio de domicilio, comienza a vivir en solitario, ruptura de rutinas aprendidas (colegio infantil, ejército y normas familiares). Lo que le hará agravar su tendencia al aislamiento, incrementándose el escaso apoyo social.
- Incremento de demandas ambientales a nivel general: preparación de oposiciones y cambios constantes de horario en el trabajo, al ser éste por turnos, repercutiendo en su ritmo circadiano y alimentación.
- Aumento de las exigencias y del estrés laboral en la última ocupación desempeñada, con incremento de largas jornadas y turnos, con hábitos alimenticios y de sueño inadecuado y relaciones conflictivas con los compañeros de trabajo.

La combinación entre los factores de vulnerabilidad y los factores precipitantes explican en parte el comienzo de los primeros síntomas positivos y negativos del trastorno mental en Hilario.

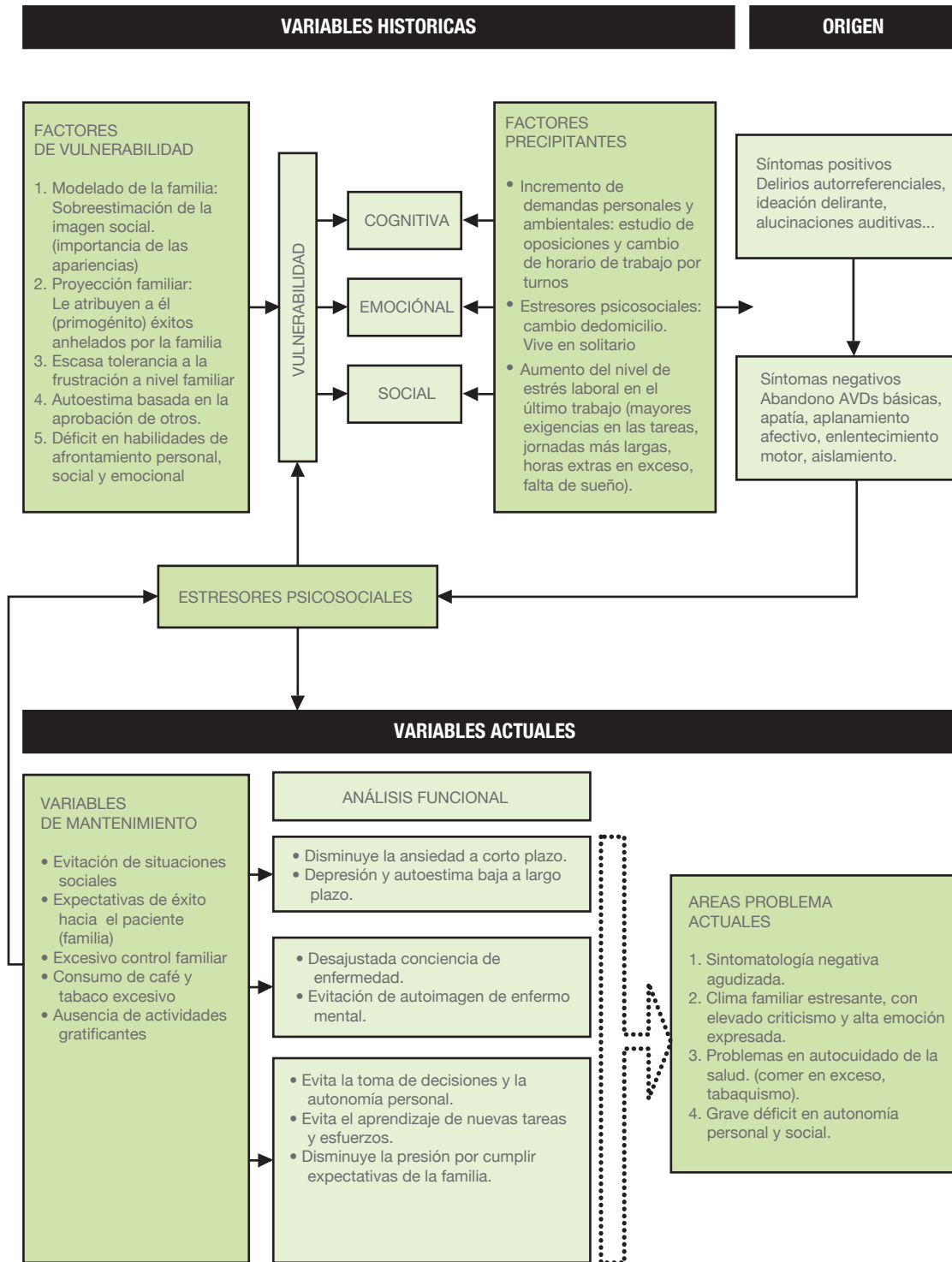
b) Explicación de por qué se mantienen los problemas actuales

La familia es uno de los factores principales que influyen sobre el mantenimiento en el tiempo de las áreas problemáticas: Sintomatología negativa agudizada, excesiva ansiedad, problemas en Autocuidado de la Salud (comer en exceso, tabaquismo, malas AVDs), Aislamiento y Grave déficit en Autonomía personal y social.

Todos estos problemas, están mantenidos por las siguientes variables de mantenimiento:

- Evitación de Situaciones Sociales, en su pequeña localidad de origen. Aunque a corto plazo la evitación de estas situaciones sociales le supongan disminuir la ansiedad, contribuye a que el paciente se aisle y fomente la sintomatología negativa agudizada.
- Anhelo de la situación “exitosa de Hilario” en la familia. Supone una desajustada conciencia de enfermedad por parte de la familia, creando a su vez un clima de convivencia estresante y patológico, con elevado criticismo y alta emoción expresada.
- Presión familiar y excesivo control, que generará una dificultad en la toma de decisiones autónoma, al delegar esa capacidad en la familia. Todo esto le genera una importante ansiedad, además del déficit en autonomía personal y social, también por el exceso de control y falta de confianza que demuestran tener los padres hacia su persona.
- Las conductas problema disminuyen la sensación de activación psicofisiológica de ansiedad (consumo de tabaco y café) y mantienen la conflictividad familiar.
- La ausencia de actividades gratificantes mantiene el aplanamiento afectivo y el estado de ánimo de apatía y tristeza.

Figura 1. Representación esquemática de la formulación de caso.



E) Junta de evaluación. aspectos prácticos para la elaboración del PIR.

En la junta de evaluación participaron todos los profesionales del CRPSL:

- Psicóloga-Coordinadora: Evalúa y propone intervención en Aspectos clínicos y Relación con el Tratamiento.
- Psicólogo: Evalúa y propone intervención en las Capacidades Cognitivas y de Autocontrol / afrontamiento.
- Trabajadora Social: Evalúa y propone intervención con la familia y red de Apoyos (soportes informales).
- Terapeuta Ocupacional: Evalúa y propone intervención en la Competencia Personal; Autocuidados, Hábitos de Vida, Autonomía Básica y Red de Apoyo (soportes formales).
- Educadora Social: Evalúa y propone intervención en autonomía social, uso de recursos y Habilidades Sociales.
- Monitoras de Taller: Evalúa y propone intervención en la Capacidad Laboral y ocupacional.
- Aux. Administrativa: Interviene junto con los demás profesionales en el diseño y realización del PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación)

3. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

A) Objetivos de intervención propuestos

A continuación se presentan las necesidades y los objetivos derivados de la formulación, jerarquizados por importancia y abordaje en el tiempo.

- NECESIDADES DEL USUARIO

Conciencia de enfermedad, control y manejo de ansiedad social y fisiológica, adecuada adherencia al tratamiento, ajuste de expectativas personales y laborales, mejorar AVD, reducir consumo de tabaco, realización de trámites burocráticos, disponer de actividades de ocio más gratificantes, incrementar la red social y fomentar la utilización de recursos comunitarios.

- NECESIDADES DE LA FAMILIA

Mejorar el estilo de comunicación, rebajar las expectativas sobre su hijo, información e implicación en el proceso rehabilitador, facilitar la autonomía de Hilario.

- RECURSOS Y COMPETENCIAS

- DEL USUARIO

Habilidades Sociales básicas, regularidad en asistencia a citas psiquiátricas, motivación laboral, sabe usar recursos comunitarios y está motivado para realizar actividades de ocio.

- DE LA FAMILIA

Vivienda propia de gran amplitud, bienes rústicos, apoyo POSITIVO por parte de una de las hermanas.

- OBJETIVOS DE REHABILITACION

- OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN

Lograr el enganche de Hilario con la dinámica del CRPSL, ajustando las razones por las que viene y las expectativas que de esta asistencia se desprenden.

- ACP: A Corto Plazo

Se plantean objetivos como: mejorar hábitos de orden, limpieza e higiene personal, incrementar actividades gratificantes, fomentar el desarrollo de Habilidades Sociales y Autocontrol del estrés, mejorar el manejo de la enfermedad en el entorno familiar, a través de la conciencia de enfermedad y expectativas de evolución de la misma.

- AMP: A Medio Plazo

Se plantean objetivos como: fomentar autonomía social, mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar las habilidades de comunicación de la familia y darles a conocer con mayor profundidad aspectos de la enfermedad mental crónica

- ALP: A Largo Plazo

Se plantean objetivos como: Desarrollar acciones formativo-laborales adecuadas a la situación de Hilario, favorecer su autonomía en las distintas áreas y plantear la idoneidad de una vivienda totalmente autónoma y alejada del ambiente familiar.

- OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN

Lograr una forma de vida más autónoma, independientemente del medio familiar, con una ocupación laboral ajustada a su situación clínica y personal que le permitan un mantenimiento en la comunidad de forma lo más autosuficiente posible.

- SELECCIÓN DE TÉCNICAS Y PROGRAMAS

- Programas de Rehabilitación Psicosocial: Psicoeducación y Prevención de Recaídas, Autocontrol, HH.SS (Habilidades Sociales), AVD,s (Actividades de la Vida Diaria y Autonomía Social), Rehabilitación Cognitiva y Orientación Socio Cultural.
- Programas de Soporte: Cocina, Deporte y Club Social.
- Taller Ocupacional: Taller de Madera.
- Programa de apoyo a las familias: Tutorías y atenciones familiares individuales, psicoeducación de familias y autoayuda de familias (asociación de familiares).

- PREVISIÓN Y SECUENCIACIÓN TEMPORAL

Hilario se incorporó a los grupos de Autocontrol y de AVD de forma inmediata. Además mantendrá el Taller de Madera y Club Social. Paralelamente iniciará el grupo de Deporte.

Posteriormente, en la siguiente fase de iniciación de grupos se planteará la posibilidad de incorporación a los grupos de Educación para la Salud, Rehabilitación Cognitiva, Habilidades Sociales y Autonomía Social. De la misma forma la familia se incorporará al grupo de Psicoeducación de Familias. Después de participar en este último

grupo la familia podrá incorporarse al grupo de Autoayuda para familias gestionado por la asociación.

Finalmente se planteará la participación de Hilario en un curso formativo-laboral y su independencia del ámbito familiar, para lo cual se le procurará una vivienda en arrendamiento.

B) Entrevista de devolución del PIR al usuario y la familia

En el plazo de 20 días desde la Evaluación y la realización del Plan Individualizado de Rehabilitación por todos y cada uno de los integrantes del equipo del CRPSL, se realizó la devolución del PIR tanto a Hilario como a la familia de éste. Con este proceso se pretende transmitir la información necesaria para implicar y motivar a todos los participantes en el proceso de rehabilitación de Hilario.

Esta fase se realizó de la siguiente manera:

En función de los resultados de la evaluación, se planteó como mejor opción citar por separado a Hilario y a sus padres. La tutora del caso explicó al usuario las necesidades y recursos que, según el análisis realizado, se veían adecuadas para posibilitar la mejora en su proceso. De este modo se buscaba el consenso entre Hilario y la tutora en lo concerniente a los objetivos de intervención y la metodología a desarrollar. Hilario se mostró de acuerdo, aunque insistía en el tema laboral, único objetivo que priorizaba, por lo que se acordó con él empezar a trabajar aquellas áreas que facilitarían su incorporación al mundo laboral, de cara a no perder este elemento motivante para el proceso de rehabilitación.

En lo que respecta a la familia, acudieron a la cita sus padres junto con la hermana que estuvo con él en Madrid. Aunque la madre insistía en la problemática conductual de Hilario (pedir tabaco, escapadas por la ventana, deudas en el pueblo, etc.), se le tranquilizó, priorizando la intervención sobre las necesidades que planteaba el usuario a corto plazo.

Tras informar al usuario y a la familia de los objetivos de intervención para su rehabilitación, se comunicó a la USM de referencia el plan de trabajo previsto para Hilario. Conjuntamente se revisó el plan y se les explicó las motivaciones e inconvenientes que plantearon Hilario y su familia.

- Discusión del caso. Valoración y resultados del procedimiento de evaluación y diseño del PIR.

Para el diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación en el CRPSL se realizó al usuario una Evaluación Multidisciplinar compuesta por diferentes profesionales: Trabajadora Social (evaluando el área familiar), Terapeuta Ocupacional (evaluó área de Actividades de la Vida diaria), Educadora Social (evaluó área de Habilidades Sociales y relaciones sociocomunitarias) y Psicólogo (área de Autocontrol y manejo del estrés, capacidades cognitivas, sintomatología...).

En el periodo de evaluación en el CRPSL los usuarios pueden ser reacios a manifestar su sintomatología positiva, costando un gran esfuerzo el conseguir esa información por

parte de los profesionales. Pueden mostrar durante ese periodo cierta desconfianza hacia los profesionales que realizan la evaluación. Por otro lado el poder evaluar de forma simultánea a la familia nos sirve para contrastar esa información a veces diferente a la que aporta el usuario.

Un aspecto a destacar en la evaluación es el importante deterioro cognitivo. Aunque ese deterioro suele posteriormente disminuir según el usuario va asistiendo al Centro y trabajándose ese aspecto en el grupo de Rehabilitación Cognitiva y en las sesiones individuales de tutoría.

En cuanto a la evaluación de la familia, suele manifestarse la necesidad de tener que instaurar un estilo de comunicación asertivo que mejore la relación usuario-familia disminuyendo la alta emoción expresada y elaborar de manera adecuada el duelo por la enfermedad: madre - "fíjate mi Hilario, que pena, con lo que era, mira, mira la foto, que guapo estaba"- . Y mejorar el conocimiento y el abordaje de la enfermedad del hijo en compañía de los profesionales.

12.2 CASO 2B. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) *Datos socio-demográficos, clínicos e Historia personal*

José maría de 27 años de edad, natural de Cuenca, soltero. Hijo de padres separados. Residentes en un pueblo de Castilla-La Mancha, con un km de Cuenca.

Familia de nivel socio-económico bajo. El padre es agricultor y la madre ha trabajado siempre de jornalera en diferentes sitios (campo, fábrica). Padre con diagnóstico de esquizofrenia y madre con consumo abusivo de alcohol, se separaron cuando tenía 20 años y el ambiente en la casa hasta que se produce la separación es inadecuado con peleas y discusiones continuas, “no soportaba los gritos, siempre me escondía en mi habitación” (refiere Jose María).

Desde la infancia el usuario ya mostraba conductas extrañas, retraído, no le gustaba relacionarse con los demás y en el colegio pensaba que sus compañeros se reían de él, motivo por el que no tenía apenas amigos ni jugaba con los compañeros (“yo era diferente, tenía pocas oportunidades de jugar con los demás”). A pesar de ello finaliza el colegio, continua en el instituto con gran esfuerzo ya que le costaba mucho aprobar las asignaturas, pero quería salir del pueblo por dos motivos: uno por su condición homosexual que tiene oculta y para irse a estudiar a Albacete un módulo que desea realizar. Consigue salir del pueblo y empezar el módulo pero al terminar el primer año lo abandona ya que consumía y bebía alcohol casi a diario y tiene que volver al pueblo. Finalmente se gradúa en Educación Secundaria Obligatoria.

Ha trabajado de manera ocasional en el campo, en la vendimia, de albañil y electricista, pero nunca ha aguantado mucho tiempo en el mismo trabajo. En el último año ha realizado un módulo formativo de informática con éxito.

José María es el segundo de cuatro hermanos, 2 chicos y 2 chicas, la relación con el padre es tensa y distante al igual que con dos de sus hermanos.

Convive con la madre y dos de los hermanos. La relación con la madre es mejor, pero los problemas que ella tiene con el alcohol es un importantes estresor por lo que la madre no es un buen apoyo para él, produciéndose permanentemente situaciones de tensión y conflictos (“yo lloraba y le pedía que no bebiera, pero ella siempre volvía a hacerlo”). Con el hermano con el que convive no mantiene ninguna relación y si interactúan es para mantener peleas y enfrentamientos.

Con la hermana mantiene una mejor relación, pero vive fuera y es difícil el apoyo.

El usuario está incapacitado siendo la tutora legal la madre. Tiene un 65 % de porcentaje de minusvalía y es preceptor de una Pensión no contributiva.

Diagnosticado de esquizofrenia, presenta problemas de consumo de alcohol y drogas (marihuana y hachis) desde los 13 años.

Acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental a los 19 años por presencia de síntomas positivos tanto alucinaciones auditivas en forma de voces que le insultan y le desprestigian continuamente (maricón, no eres capaz de hacer nada, inútil...) así como alucinaciones auditivas relacionadas con la orientación sexual del usuario que ha ocultado durante mucho tiempo. Como delirios de autoreferencia y de persecución. Todos estos síntomas motivan un primer ingreso psiquiátrico.

A partir de este momento se suceden múltiples ingresos en los que aparece siempre la misma sintomatología manteniendo el consumo de tóxicos y el abandono de tratamiento. Ocasionalmente presenta ideación autolítica.

La sintomatología negativa es marcada, caracterizada por un empobrecimiento en las relaciones sociales con tendencia al aislamiento y periodos de inactividad.

En junio del 2006 es derivado a la Unidad de Media Estancia para tratamiento intensivo y permanece en la misma hasta junio del 2007, periodo en el que mejora la sintomatología y se controla el consumo pero a la semana de ser dado de alta, abandona el tratamiento vuelve a consumir tóxicos y es ingresado de nuevo en la Unidad de Hospitalización Breve, repitiendo el mismo patrón de ingresos.

El 10 del diciembre de 2008 ingresa en una vivienda tutelada de rehabilitación. El 27 de enero del 2009, es derivado al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Cuenca.

En cuanto a la relación con la enfermedad mental presenta conciencia parcial de enfermedad. Ha sido tratado siempre con Risperdal pero en la actualidad la medicación pautada es Invega e Idalprem.

B) Motivo de la derivación. Listado de problemas iniciales

Los objetivos planteados por la USM en la derivación fueron:

- Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Aumentar las relaciones personales.
- Procurar recurso residencial adecuado.
- Instaurar hábitos saludables.

En el momento de la derivación se detectan además los siguientes problemas:

- Conciencia parcial de enfermedad con abandono de medicación y consumo de tóxicos.
- Dificultades para la administración económica, contrayendo deudas permanentes.

C) Descripción de los primeros contactos y de la intervención inicial desde el CRPSL

Este proceso no es secuencial, sino que se ajusta a las características particulares del caso, ya que el usuario puede estar en acogida en una única sesión o en tantas como sea necesario. En este caso se realizó en dos sesiones.

El primer contacto se hace el 2 de febrero del 2009, es realizado por la Psicóloga y la Trabajadora Social del CRPSL. El usuario acude solo ya que la madre está trabajando y no tiene facilidad para acudir a la reunión.

En este primer contacto, se le enseña las instalaciones y se presenta el equipo de trabajo y a algunos usuarios del centro. Se le informa de las normas de funcionamiento y horarios del centro. Fundamentalmente el primer contacto se centra en conocer las expectativas que tiene del centro y la información que trae de la USM.

Se explora el nivel de motivación por acudir al centro. El usuario presenta un buen nivel de motivación inicial por lo que no es necesario en exceso trabajar este punto.

El segundo contacto lo realiza de nuevo la Psicóloga y la Trabajadora Social, en este momento se le presenta al tutor asignado, que será su persona de referencia y que le acompañará durante todo su proceso rehabilitador. Se le informa de las actividades programadas y se analizan en conjunto los objetivos, los intereses y las necesidades que tiene. Estos objetivos tienen que ver con intereses formativos, de integración laboral y de vida autónoma.

En estos contactos se evalúa de forma general el funcionamiento psicosocial del usuario mediante la observación. Estos contactos son claves para lograr el enganche y una adecuada alianza terapéutica. Se utiliza un lenguaje sencillo, una actitud cercana y una actitud de esperanza y realismo sobre los objetivos, el trabajo y el proceso de recuperación.

En este momento se fija el horario de asistencia y se justifica la necesidad de tener una serie de entrevistas y evaluaciones, opción a la que no pone ningún tipo de resistencia.

Se le da una primera cita con la psicóloga para comenzar la evaluación y se le entrega el horario inicial de actividades abiertas que tienen que ver con sus gustos y para realizar el enganche necesario en el proceso de evaluación.

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN EN EL CRPSL

A) *Esquema del proceso de evaluación empleado. Agenda de sesiones de evaluación*

En la reunión de presentación de casos se acuerda el reparto de áreas de evaluación entre los profesionales del equipo, que nos permite delimitar los diferentes factores o variables implicadas en la posterior intervención.

El reparto de las áreas de evaluación que se lleva a cabo es el siguiente:

AREA DE EVALUACIÓN	PROFESIONAL	INSTRUMENTOS EMPLEADOS	Nº DE SESIONES EMPLEADAS
Evaluación de aspectos clínicos. Síntomas Psicóticos	Psicóloga	Escalas SAPS Y SANS. Entrevista	1 Sesión
Afrontamiento Personal y social	Psicóloga	Escalas STAI (ansiedad) y SECH (habilidades sociales) Entrevista	1 Sesión
Afrontamiento Personal y social	Psicóloga	Cuestionario BDI (depresión) y ROSEMBERG (autoestima) Entrevista	1 Sesión
Área familiar	Trabj. social	Cuestionario de eval. Familiar	2 Sesiones

Área laboral	Trabj. social	Cuestionario de eval. Laboral	1 Sesión
Actividades de la Vida Diaria	Terapeuta ocupacional	Cuestionario de eval. Avd Observación y auturegistros	2 Sesiones
Ocio y tiempo libre y Orientación socio-Cultural	Educador	Cuestionario de evaluación de ocio y tiempo libre y orientación socio-cultural	1 Sesión

B) Exploración del funcionamiento psicosocial. Descripción de las competencias personales que el usuario tiene en el desempeño de las áreas de la vida

Los resultados de la evaluación en función del nivel de competencias personales que el usuario tiene en el desempeño de las diferentes áreas de la vida se describen a continuación:

AREAS DE EVALUACIÓN	VALORACIÓN DE LA COMPETENCIAS PERSONAL Y SOCIAL
AUTOCUIDADOS	
Higiene personal	Aseo y cuidados personales buenos, mantiene su higiene personal de forma autónoma y correcta
Vestido	Viste de forma correcta y adecuada al contexto
Alimentación	Leve desestructuración de los hábitos alimentación que puedan adecuarse con supervisión mínima.
HÁBITOS DE VIDA	
Hábitos de vida saludables	Leve descuido en los hábitos de vida saludable de sustancias no consideradas socialmente como drogas (Café, coca-cola, cigarrillos). Consumo ligeramente por encima de lo normal.
Estructuración del sueño	Sueño ligeramente desestructurado, alteraciones leves y esporádicos en el ritmo o frecuencia.
Consumo de sustancias tóxicas	Consumo frecuente de sustancias tóxicas (alcohol y marihuana)
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	
Autocontrol y afrontamiento al estrés	Dificultades importantes en el afrontamiento de situaciones cotidianas de estrés. En especial en contextos socio-familiares..
Habilidades sociales	Importantes dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social.
Solución de problemas	Presenta dificultades importantes en la solución de problemas de la vida cotidiana. Como por ejemplo decidir qué hacer para ocupar un día o conseguir más dinero.
CAPACIDADES COGNITIVAS	
Habilidades cognitivas básicas	Deterioro leve especialmente en atención y concentración.
Procesamiento de la información	Capacidad adecuada, entiende correctamente y da respuestas correctas ante la información percibida. Tiempo de demora en la respuesta adecuado.
Capacidad de aprendizaje	Capacidad de aprendizaje levemente disminuida, mayor lentitud de lo normal.

AUTONOMIA BÁSICA	
Manejo de dinero	Suele gastarse el dinero en cuanto lo recibe. Precisa supervisión continua y que otra persona o institución le ayude a organizarse diariamente.
Manejo del transporte	Se maneja de forma normalizada en los transportes públicos.
Manejo del entorno donde vive	Insuficiente manejo del entorno, manifiesta algún desorden y descuido, participa generalmente en las tareas más básicas de la casa.
Conocimientos básicos educativos	Sus conocimientos básicos de escritura, lectura y cálculo son aceptables.
AUTONOMIA SOCIAL	
Capacidad de autogestión	Realiza gestiones simples. Compra de objetos personales. Requiere ayuda en la tramitación de papeles burocráticos complejos.
Manejo de recursos sociales	Deficiencia importante en el manejo de los recursos sociales.
Manejo de Ocio y tiempo libre	Deficiencia importante en la utilización del tiempo libre.
CAPACIDAD LABORAL	
Situación laboral	Realiza trabajos esporádicos, sin relación contractual.
Capacidad laboral	Puede realizar un trabajo normalizado con apoyo o curso de formación laboral normalizado.
Motivación laboral	Manifiesta motivación por el trabajo pero con un planteamiento poco realista. No siempre tiene los papeles de desempleo en regla, ni hace intentos de buscar empleo.
RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO	
Conciencia de enfermedad	Conciencia de padecer algunos síntomas aunque no coincidente con el diagnóstico. Percepción de unas necesidades de tratamiento no demasiado realistas.
Responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento	Deficiente responsabilidad ante el tratamiento. Precisa apoyo importante para la toma continuada de la medicación.
Respuesta al tratamiento	Resistencia ligera al tratamiento. Con oscilaciones temporales. Crisis periódicas poco relacionadas con el tratamiento, y sí con el estrés.
Efectos secundarios	No repercuten en la adaptación del individuo al medio.
SOPORTES SOCIALES: RED DE APOYO (SOPORTES INFORMALES)	
Actividad principal	Deterioro importante. En alguna ocasión puede desarrollar un rol principal y lo desempeña con dificultad.
Soporte familiar	Nula cobertura familiar. Aislamiento y abandono familiar.
Redes de soporte social	Relaciones muy disminuidas. Círculos de relación marcadamente empobrecidos. No posee ningún entorno relacional estable adecuado. Cuando sale suele ir solo.
RED DE APOYO (SOPORTES INSTITUCIONALES)	
Autonomía económica	Nivel de autonomía económica bajo. Percibe una pensión no contributiva.
Soporte residencial	Se encuentra en una vivienda supervisada de rehabilitación, adecuada a su contexto y edad.

Inserción en recursos sociales	Uso de recursos sociales normalizados de forma ocasional.
ASPECTOS CLÍNICOS-EVOLUTIVOS	
Evolución parámetros transversales	Progresivo deterioro desde el inicio del proceso.
Evolución del N° de ingresos	En los dos últimos años 3 ingresos breves de 15-30 días en UHB.
Evolución del N° de crisis	Entre 3 o 4 crisis en los últimos 2 años.
OTROS PARAMETROS CLINICOS	
Años de evolución	Entre 8 y 10 años
Nivel premorbido	Nivel premorbido moderadamente deteriorado en relaciones sociales, laborales, afectivas y en otras actividades principales propias de la edad.
Nivel intelectual	Nivel intelectual normal.

Con todo lo anterior se extrae información suficiente para poder hacer un análisis funcional de las principales áreas problema que se identificaron con la evaluación.

C) Análisis funcional

A continuación se presenta el análisis funcional de 4 áreas que engloban la mayoría de conductas problemas actuales del usuario:

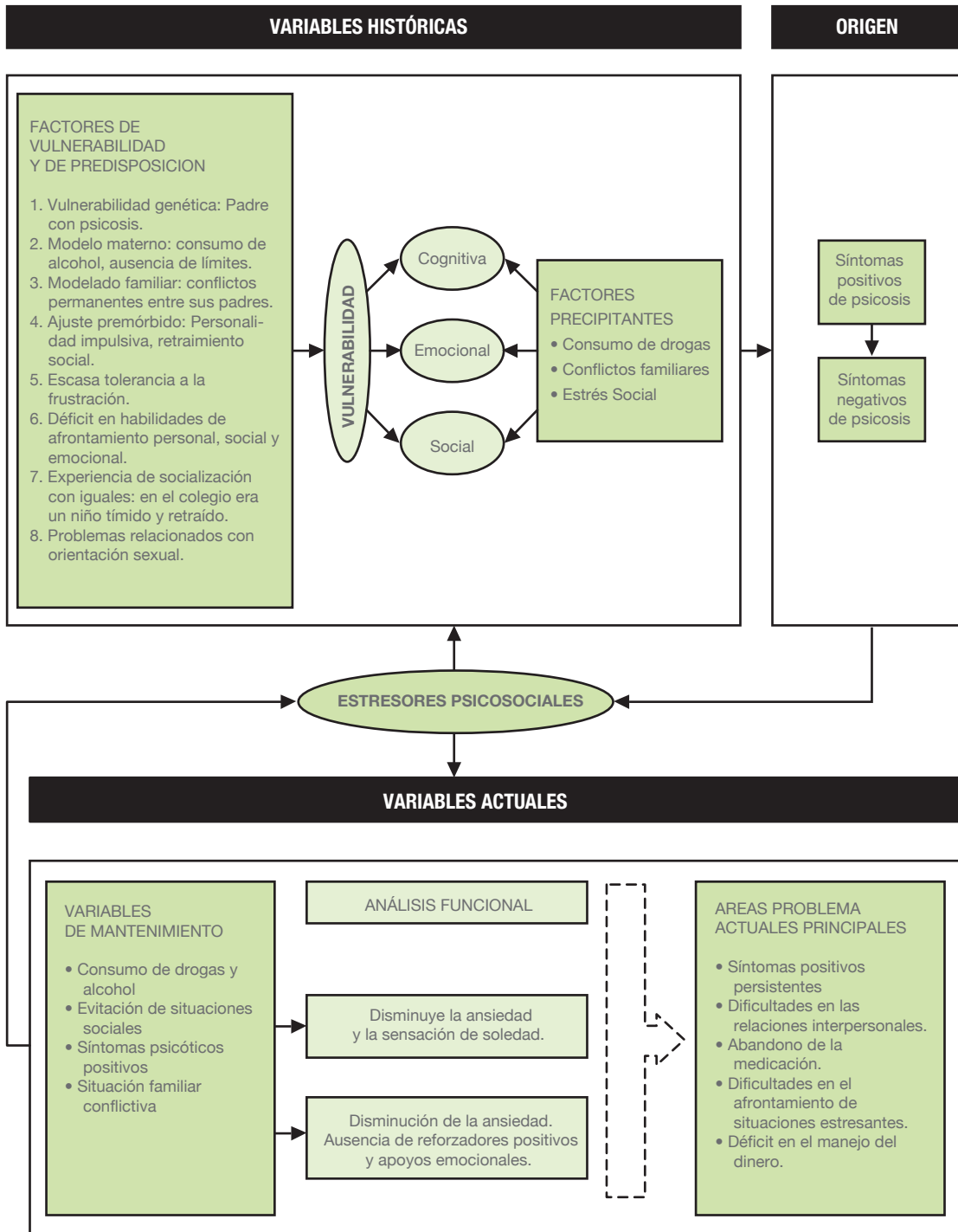
1. Consumo de tóxicos y abandono de la medicación.
2. Síntomas psicóticos positivos.
3. Relaciones interpersonales disminuidas.
4. Manejo inadecuado de su economía personal.

ÁREAS PROBLEMA	ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS A CORTO Y A LARGO PLAZO
Área problema 1: consumo de sustancias tóxicas y abandono de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Estar en su pueblo. • En casa de la madre • Situaciones sociales que le causan ansiedad. • Estados emocionales negativos: apatía y desánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuma hachís en grandes cantidades y en poco tiempo: 4 porros en 1 hora. • Consumo de alcohol: cerveza en el bar hasta 4 cañas. • Deja de tomar la medicación tras el consumo de tóxicos. • Discusiones verbales con la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: Disminución de la ansiedad y estados emocionales negativos. Escape cognitivo de los problemas. • A medio y largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Sentimientos de desesperanza, angustia y sufrimiento. - Pérdida de actividades gratificantes. - Discusiones constantes con la madre. - Aparición aguda de sintomatología psicótica positiva.

<p>Área problema 2: agudización de síntomas psicóticos positivos (alucinaciones auditivas en forma de voces con contenido negativo, ideas de autorreferencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tóxicos (hachis y alcohol) • Situaciones estresantes: discutir con la madre, encontrarse a conocidos de su juventud en el pueblo. • Situaciones sociales en general que le implican una interacción activa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento progresivo del consumo de tóxicos. • Respuestas verbales agresivas a las voces. • En alguna ocasión ideas autolíticas. • Creencias sobre las voces: atribución externa y percepción de incontrolabilidad. • Respuesta emocional de miedo. • Respuesta fisiológica: hipervigilancia. • Creencias delirantes: que la gente se ríe en alto de él, miedo a la crítica, pensamientos relacionados con su homosexualidad y que los demás se burlan de él. • Evita hablar con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en UHB. - Disminución de las voces cuando les grita. - Las voces refuerzan la convicción en las ideas delirantes. - Disminuye la ansiedad al evitar el contacto social y permanecer hipervigilante ante posibles amenazas. • A largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento. - Depresión. - Ausencia de relaciones y apoyos sociales.
<p>Área problema 3: Relaciones sociales disminuidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando tiene que iniciar cualquier actividad que implique relacionarse con los demás. • Cuando va a la biblioteca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto nivel de ansiedad y activación psicofisiológica. • Preocupación excesiva por su orientación sexual. • Sentimientos de ser raro y diferente a los demás. • Cogniciones: miedo a la crítica, anticipación del rechazo social. • Escape y evitación de contactos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la ansiedad y la activación. - Escapa de la posibilidad de ser rechazado. • A largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Fala de apoyos sociales
<p>Área problema 5: Manejo de la economía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tener dinero. • Descompensaciones clínicas, síntomas psicóticos positivos. • Emoción de tristeza. • Activación psicofisiológica de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos excesivos hasta el endeudamiento. • Compra de diversos objetos relacionados con la informática u otros objetos a los que luego no da uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye aburrimiento y sentimiento de tristeza. - Culpa • A largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de inutilidad y fracaso. - Discusiones familiares. - No llegar a fin de mes.

D) Modelo explicativo y formulación del caso bajo el modelo de vulnerabilidad

A continuación se muestra en una esquema la formulación realizada como resultado de la evaluación funcional.



- Explicación de por qué se desarrollaron los problemas

Los principales problemas comienzan a desarrollarse debido a la conjunción de tres variables de predisposición fundamentales. Primero el consumo de drogas Segundo, el alto nivel de estrés unido a la falta de habilidades de afrontamiento y apoyos sociales. Y el miedo al rechazo social. No ha podido llegar a realizar las metas que se había propuesto conseguir en la juventud, uniéndose también la aparición de los primeros síntomas psicóticos que irrumpen en su vida sin existencia de ningún tipo de apoyo sólido y con ausencia de estrategias que le ayuden a afrontar esta situación.

El consumo comienza ya antes del trastorno mental como un sistema de reducción de la ansiedad y de afrontamiento inadecuado de sus problemas, hecho que ocasiona una aparición brusca de síntomas positivos que desembocan en un primer ingreso en la UHB.

El miedo al rechazo en la mayoría de las situaciones que requieren contacto social (influido en gran medida por la homosexualidad) ocasiona la evitación de las mismas y este hecho genera una creencia permanente de que él no es capaz de manejar las relaciones sociales, incrementando los niveles de ansiedad y angustia, comenzando a desencadenarse de nuevo el mismo proceso de conductas problemáticas que se repiten y se perpetúan desde el origen.

- **Explicación de por qué se mantienen en el tiempo los problemas actuales**

Se siguen manteniendo los tres motores fundamentales que desencadenan las conductas problemáticas (consumo de drogas, alto nivel de ansiedad y miedo al rechazo social).

La ausencia de un proyecto vital claro provoca una pérdida de roles hecho que ocasiona que se sienta inadecuado a nivel social y sin apoyos repitiéndose siempre las conductas problemáticas que se han convertido en un círculo vicioso que mantiene los problemas.

Las conductas de evitación refuerzan los problemas en el nivel cognitivo, emocional y conductual e impiden el desarrollo de nuevas respuestas más adaptativas.

Una vez detectadas las áreas problemáticas, pasamos a la formulación de los objetivos del Plan Individualizado que Rehabilitación que se plasma en la Junta de evaluación.

E) Organización de la Junta de evaluación y elaboración del PIR

La psicóloga informa al equipo técnico de la fecha prevista para presentar el caso en Junta de evaluación. Fecha que se fija para el 2 de abril del 2009. En esa misma semana se hace entrega de propuesta de PIR de cada uno de los profesionales y la psicóloga en conjunto con la trabajadora social, organiza la información para establecer prioridades globales y elaborar el resumen de evaluación.

En la Junta de Evaluación se presenta el caso de la siguiente forma:

- La administrativa expone los datos del usuario.
- La psicóloga expone el resumen del informe de evaluación y su propuesta de PIR.

- La trabajadora social expone su propuesta de PIR.
- La terapeuta ocupacional expone su propuesta de PIR.
- El educador/a que ha evaluado el caso expone su propuesta de PIR.
- La psicóloga especifica como conseguir los objetivos establecidos, actividades y acciones a realizar.
- Se cumplimenta la Escala de Valoración del Desempeño.
- Reflexión conjunta del caso.
- Asignación del tutor definitivo.
- Entrega de la documentación a la administrativo para la elaboración escrita en formato informático.

a) Propuesta de intervención de cada profesional

- Psicóloga:

- Propone trabajar con el usuario de forma individual, con técnicas específicas para trabajar la ansiedad social: detección de situaciones, evaluación de los miedos, valoración de estrategias y los recursos con los que cuenta el usuario, explicación de pautas, puesta en práctica de las mismas y evaluación de logros conseguidos.
- Para trabajar el consumo de tóxicos se propone establecer coordinación con la Unidad de Conductas Adictivas para la valoración del caso y realizar un trabajo conjunto.
- Se considera necesario realizar sesiones individuales para trabajar la importancia de la toma correcta del tratamiento y la psicoeducación sobre la enfermedad mental.
- Se plantea a nivel grupal la inclusión del usuario en los programas de autocontrol y psicoeducación y prevención de recaídas.

- Trabajadora Social:

- Ante las dificultades presentadas por la familia (padre ausente y madre alcohólica, trabajadora y con domicilio a 112 km de la capital) sería conveniente trabajar con la madre y hermana a través de contactos telefónicos mensuales y contactos personales siempre que la madre acuda a Cuenca (ya que no ha habido aceptación de visitas domiciliarias), para hacerla partícipe del proceso de rehabilitación, buscando que sea un apoyo para el mismo.
- Fomentar la formación ocupacional, ya que muestra interés en prepararse el acceso a la universidad de mayores de 25 años, por lo que se propone el apoyo desde el centro para los estudios, así como trabajar la orientación vocacional de manera individual para ajustar las expectativas de manera realista, teniendo en cuenta sus intereses y sus habilidades para trabajar la integración laboral futura y orientar en la búsqueda de empleo, a través de la integración en el Programa de Rehabilitación laboral.
- Otra de las intervenciones propuestas es mantener informado y fomentar el uso de recursos comunitarios que facilite la integración social y las relaciones interpersonales a través de intervenciones individuales, fundamentalmente en el área de las nuevas tecnologías ya que es el área en el que muestra un mayor grado de motivación. Debido a las creencias acerca del temor a que se descubra su homosexualidad y a las creencias delirantes paranoides, esto se realizará mediante acercamientos progresivos.

- Terapeuta Ocupacional:
 - Considera necesario intervenir en el manejo del dinero para evitar el gasto íntegro de la pensión y el endeudamiento. Para ello se propone colaborar con los monitores de vivienda y establecer una cantidad semanal de 30 euros diarios para que afiance un hábito adecuado de administración económica.
- Educador:
 - Plantea trabajar de manera individual la motivación para la realización de actividades lúdicas y gratificantes.
 - De manera grupal se propone que se trabaje el ocio y el tiempo libre para que disminuya el aislamiento, mejore su nivel de actividad y se potencie el acercamiento social teniendo en cuenta sus intereses tales como, excursiones, visitas culturales, música y cine.
 - Sugiere encargarse de potenciar la afición a la escritura, mediante la corrección y el seguimiento individual de los relatos que vaya elaborando. Se considera necesario informarle y facilitarle la participación en los diversos concursos literarios o creativos de nuevas tecnologías.

3. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

A) *Objetivos, necesidades y técnicas de intervención*

- Necesidades
 - Hábitos de vida saludable para extinguir el consumo frecuente de sustancias tóxicas.
 - Habilidades de afrontamiento de situaciones cotidianas de estrés.
 - Habilidades para la comunicación y el trato social
 - Estrategias de solución de problemas de la vida cotidiana.
 - Administración para el manejo de su dinero.
 - Integración en recursos sociales.
 - Uso adecuados de los tiempos de ocio y del tiempo libre.
 - Adherencia al tratamiento
 - Mejorar el apoyo familiar.
 - Red social. Entorno relacional estable adecuado.
- Recursos
 - Buena disposición para realizar actividades
 - Capacidad de empatía
 - Saber reconocer errores
 - Habilidades de escucha
 - Amabilidad en el trato
 - Buen nivel de comunicación
 - Nivel alto de motivación
 - Se preocupa por su aseo y aspecto físico

- Objetivos de rehabilitación

OBJETIVO URGENTE:

- Abandono del consumo de tóxicos.

ACP: A CORTO PLAZO

- Facilitar situaciones sociales para fomentar las interacciones sociales.
- Entrenar en el control y el manejo del dinero.
- Tomar adecuadamente la medicación.
- Aumentar su red de soporte social.
- Proporcionar recurso residencial adecuado.
- Motivar para la participación en recursos de ocio estableciendo alternativas de ocio y potenciando las relaciones interpersonales.
- Ajustar expectativas laborales.
- Fomentar la formación enfocada a sus propios intereses.
- Orientar en la búsqueda de empleo.

ACP: A MEDIO PLAZO

- Proporcionar pautas de conducta de hábitos de vida saludables.
- Facilitar habilidades para el manejo de situaciones estresantes.
- Proporcionar técnicas para reducir la ansiedad en las relaciones interpersonales.
- Adquirir habilidades de solución de problemas.
- Proporcionar estrategias para afrontar el control de emociones negativas.
- Trabajar la integración laboral.

ACP: A LARGO PLAZO

- Adquirir conciencia de vulnerabilidad y de trastorno mental.
- Conseguir mayor autonomía funcional en el manejo del dinero.

- Actividades propuestas, estrategias de intervención y profesionales encargados

Inicialmente para favorecer el proceso de enganche y dar respuesta a sus propios objetivos y a las necesidades más urgentes detectadas se trabajará:

- Apoyo individual al estudio e integración en recursos de formación comunitarios. Educadora y Trabajadora Social, en la orientación de los recursos disponibles.
- Psicoeducación grupal e individual. Psicólogas.
- Facilitar situaciones para fomentar las interacciones sociales. Se trabajará de forma transversal a través de la integración en los diferentes programas y actividades grupales. Todos los profesionales del CRPSL.
- Programa de ocio y tiempo libre. Trabajadora social y educadores.
- Para entrenar el control y el manejo del dinero se realizan intervenciones individuales en coordinación con los educadores de la vivienda.
- Intervenciones psicológicas individuales y coordinación con la unidad de conductas adictivas Psicóloga.
- Intervenciones psicológicas individuales para el manejo del stress. Psicóloga.

- Paralelamente se trabajará con la madre y hermana para poder establecer un vínculo terapéutico para que participe y apoye las directrices marcadas por el equipo técnico, a través de Intervenciones individuales, proporcionando pautas de solución de problemas y establecimiento de normas y límites. Trabajadora Social y Psicóloga.
- Pasados tres meses se le incluirá en:
- Programa de AVD: Módulo de hábitos de salud. Terapeuta Ocupacional y educadores
- Programa Grupal de autocontrol y manejo del estrés .
- Programa de Rehabilitación laboral: Módulos de: Orientación vocacional y búsqueda de empleo.

B) Entrevista de devolución de PIR al usuario y/o familia

- Pautas que se llevaron a cabo para la devolución del PIR y resultados de la entrevista

La psicóloga y el tutor de referencia citan al usuario, el 16 de abril, 10 días después de la Junta de evaluación, de manera individual ya que la madre muestra la dificultad de abandonar el trabajo y venir a Cuenca, por lo que a ella se le explicará lo acordado posteriormente a través de una llamada telefónica.

En esta cita se da la información relativa al diseño del plan de intervención elaborado. Se consensuan los objetivos y se valora conjuntamente con José María los medios para alcanzarlos.

Se decide de manera conjunta atender a su principal preocupación, la de estudiar el acceso a la Universidad para mayores de 25 años, “quiero estudiar y llevar una vida normal”. Se le apoyará para que se matricule y será un objetivo a trabajar desde el centro de manera inmediata, con el apoyo de la educadora. De manera complementaria y urgente se trabajará de manera individual con la Psicóloga del centro, “las voces, que me insultan, llamándome maricón, e inútil”, “siempre que voy a un sitio pienso que todo el mundo va a saber que soy gay”.

Se establece que es prioritario para que pueda conseguir los objetivos que se marca, el abandono del consumo de tóxicos y la correcta toma de la medicación (“lo tengo todo controlado y consumo cuando quiero, además si voy a consumir no tomo la medicación de esos días por si me pasa algo”), por lo que a pesar de sus recelos es necesario continuar trabajando de manera coordinada con la Unidad de Conductas Adictivas para elaborar un plan más intensivo y mantenido en el tiempo.

- Devolución del PIR a la USM

El 21 de Abril, En el plazo máximo de 45 días desde el inicio de la evaluación se entrega a través de la reunión de coordinación de la USM con el centro el PIR escrito, exponiendo los objetivos y plan de intervención trazado.

- Discusión del caso. Valoración del procedimiento de evaluación y diseño del PIR

La evaluación y el diseño del PIR, es una pieza fundamental en el proceso de rehabi-

litación ya que se establecen los pilares de la futura intervención del usuario, partiendo de una valoración exhaustiva de las habilidades individuales y recursos por un lado y por otro lado de los déficit y acontecimientos que pueden estar impidiendo la adaptación de la persona a su entorno comunitario.

La evaluación va más allá de los aspectos clínicos y debe ser interdisciplinar, multidimensional, funcional, conductual y social, que nos permita conocer las características y habilidades del usuario en las diferentes áreas de su funcionamiento personal, social y laboral, así como sus demandas, objetivos y expectativas, e integral, centrándose en el usuario, la familia y el entorno.

Para un buen diseño de evaluación es necesario conocer las variables personales y ambientales que influyen en el inicio y mantenimiento de los comportamientos y problemas y el déficit que presenta en cada área. La evaluación también debe ser continua y se revisará semestralmente.

Tras la evaluación, el elemento más importante a la hora de plantearse una intervención y el que más se aparta de los diseños tradicionales de atención es el PIR. Este se plasma como un contrato de intervención activo en el que están implicados los usuarios, sus familias y los profesionales del centro, valorando sus expectativas y necesidades a través unos objetivos consensuados y de una metodología de trabajo estructurada y con secuencias claras de desarrollo.

En Rehabilitación Psicosocial es inexcusable evaluar, lo es para poder conocer al sujeto de rehabilitación en interacción con su entorno socio-comunitario. Esto habilita el diseño de estrategias de intervenciones plasmadas en el PIR, favorecedoras del desenvolvimiento normalizado y adaptativo de la persona, en los contextos ambientales en los que se ha de relacionar.

Ambos son los vehículos que posibilitan el desarrollo y éxito del trabajo.

13. Procedimiento: Intervención

CASO 3A: ELABORADO POR: CRPSL DE HELLÍN

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicóloga
 - 1 Psicóloga
 - 1 Trabajador Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 2 Monitores
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 3 Técnicos de Integración socio-laboral
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 125
- Sectorización / número de habitantes: 68.340

CASO 3B: ELABORADO POR: CRPSL DE TOLEDO

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicóloga
 - 1 Psicóloga
 - 1 Trabajador Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 2 Monitores
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 3 Técnicos de Integración socio-laboral
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 179
- Sectorización / número de habitantes: 181.560

COMENTARIO:

En este procedimiento se presentan dos casos. La razón es que este procedimiento es clave en el CRPSL ya que describe las intervenciones que se hacen durante el trabajo rehabilitador. Está guiado por el PIR realizado anteriormente en el que se establecen los objetivos y programas de intervención. Por tanto con la presentación de dos casos se facilita la comprensión de cómo se lleva a cabo la intervención.

El proceso de intervención en un CRPSL sirve para organizar la actuación de cada profesional de manera conjunta con el resto del equipo y en torno a las necesidades de cada caso. Es un proceso estructurado y coordinado. También es un proceso activo en el que el usuario participa en la toma de decisiones sobre las actividades que se realizan en su PIR.

13.1 CASO 3A. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) *Datos sociodemográficos, clínicos e historia personal*

Martín de 51 años de edad fue derivado desde la Unidad de Salud Mental (en adelante USM) de Hellín al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (en adelante CRPSL) en 2004 con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Martín es natural de Hellín (Albacete), es el primero de dos hermanos, según su madre el embarazo y el parto fueron normales. Su rendimiento en el colegio fue muy bueno, incluso destacaba por que le costaba estudiar menos que a los demás, sin embargo desde niño siempre presentó dificultades a la hora de relacionarse y tener amigos, debido principalmente a su timidez. Cuando Martín está en C.O.U. a la edad de 18 años se enamora de una chica y comienza a salir con ella, quedándose esta embarazada y posteriormente se casa con ella. Más tarde decide montar un bar con su cuñado y es entonces cuando se inicia en el consumo de alcohol, y de forma progresiva comienza a consumir otros tipos de drogas (hachis, cocaína, anfetaminas e incluso heroína). Poco a poco la relación de pareja se fue deteriorando y finalmente su mujer lo abandona yéndose a vivir a otra localidad con el hijo de ambos. La ruptura matrimonial le afecta de forma importante marcándole este hecho para toda su vida. Martín vuelve al domicilio paterno, el consumo de tóxicos sigue siendo frecuente y esto fomenta las discusiones familiares, finalmente no puede mantener el trabajo y cierra el bar.

En 1984 a la edad de 24 años acude por primera vez a la USM, con sintomatología ansioso-depresiva, síntomas psicóticos y consumo de tóxicos. Muestra dificultades para las relaciones y el trato social, irritabilidad, agresividad con la familia, sintomatología psicótica positiva (alucinaciones auditivas e ideas autorreferenciales personales), sueño desestructurado y déficit en autocuidados.

A lo largo de sus años de enfermedad mental ha tenido dos ingresos en la UVI en los años 1984 y 1985 por intentos autolíticos motivados principalmente por el abandono de su mujer y por el consumo de grandes cantidades de pastillas y alcohol. En el año 1998 tuvo dos ingresos más en la UHB de Albacete por descompensación psicótica y otro en el año 2000 por continuar con el consumo de alcohol y tener una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Hasta el año 2000 continúa consumiendo alcohol; a partir de esta fecha abandona gradualmente este consumo, al mismo tiempo que se va acentuando la sintomatología psicótica.

El usuario actualmente vive con su madre, esta divorciado y su hijo vive en otra localidad de forma autónoma, este va a visitar a su padre en escasas ocasiones. Mantiene una buena relación y apoyo de su familia de origen aunque muestra importantes dificultades de comunicación también con ellos.

El usuario percibe una pensión de invalidez y tiene reconocida una minusvalía del 70%, no ha solicitado el reconocimiento de la Ley de Dependencia.

Presenta un nivel intelectual normal-alto, aunque actualmente muestra dificultades importantes a nivel cognitivo principalmente en atención, concentración y memoria.

B) Objetivos de la derivación al CRPSL

Los objetivos propuestos desde la USM en la derivación fueron:

- Mantener su independencia respecto al autocuidado (aseo personal, vestido, ...)
- Fomentar la conciencia de enfermedad y control de síntomas positivos.
- Controlar la adherencia al tratamiento farmacológico y la dosificación adecuada del mismo.
- Fomentar la autonomía respecto a los padres y en todas las actividades de la vida diaria.
- Fomentar todos los patrones funcionales de salud (reposo/sueño, hábitos de higiene personal, dietética,...).
- Empleo protegido/cursos de formación.
- Fomentar las relaciones sociales, ejercicio físico, lectura, talleres ocupacionales,...
- Colaborar con los padres en las tareas domésticas, recados...
- Participar en el auto-cuidado respecto al estado de salud y bienestar.

C) Descripción de los resultados de la evaluación inicial y de las áreas problema identificadas que permiten el establecimiento de los objetivos del PIR (análisis funcional y formulación del caso)

Cuando el usuario es aceptado en el centro comienza a ser evaluado por los diferentes profesionales del CRPSL (psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y monitor), al mismo tiempo que se incorpora en algunos de los programas grupales que le resultan más interesantes y por los que presenta una mayor motivación, como forma de enganchar en la dinámica del centro. En base a esa evaluación inicial realizada se observan las siguientes áreas problemas con las que intervenir con el usuario:

- Autocuidados:
 - Necesita supervisión para mantener una dieta equilibrada.
 - Pequeños déficits a nivel de higiene personal y vestido, supervisión ocasional.
 - Deterioro importante en los hábitos de vida saludables (café y tabaco).
- Afrontamiento personal y social:
 - Dificultades importantes en el afrontamiento de situaciones cotidianas de estrés.
 - Importantes dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social (habla susurrando).
- Autonomía básica:
 - Manejo y cuidado del entorno muy disminuido.
- Capacidades cognitivas:
 - Capacidad de procesamiento de la información disminuida.

- Soportes sociales:
 - Aislamiento social importante.
 - Relaciones sociales muy disminuidas.
- Autonomía social:
 - Dificultades importantes en la capacidad de autogestión, manejo de recursos sociales y ocio y tiempo libre.
- Relación con el tratamiento:
 - Conciencia parcial de enfermedad, responsabilidad ante el tratamiento deficiente, necesitaba administración externa y supervisión de la misma, resistencia moderada al tratamiento farmacológico, síntomas positivos persistentes.

Posteriormente se realizó el Plan Individualizado de Rehabilitación (en adelante PIR) donde se plantearon los diferentes objetivos sobre los que intervenir así como su temporalidad.

2. RESUMEN DEL PIR

A) *Necesidades y recursos*

- Necesidades del usuario:
 - Comunicación: Mejorar el lenguaje, expresión verbal y no verbal, asertividad.
 - Aumentar la seguridad en si mismo.
 - Amigos.
 - Ocupaciones.
 - Aumentar la independencia de la familia.
 - Mejorar su salud.
 - Mejorar la memoria inmediata. Recordar tareas pendientes básicas.
- Recursos del usuario:
 - Apoyo familiar (Casa familiar)
 - C.R.P.S.L.
 - U.S.M.
 - Capacidad cognitiva conservada.
 - Pensión contributiva

B) *Objetivos a corto, medio y largo plazo*

ACP: A Corto Plazo

- Mejorar las HH.SS. (Comunicación, asertividad ...).
- Disminuir el consumo de tabaco.
- Disminuir el nivel de ansiedad en las relaciones interpersonales y a la hora de realizar trámites burocráticos.
- Toma autónoma de medicación neuroléptica.

AMP: A Medio Plazo

- Utilización de recursos comunitarios normalizados y de ocio y tiempo libre.
- Aumentar la autoestima y la seguridad en si mismo.
- Mantener las HH.SS adquiridas y fomentar el lenguaje y la expresividad verbal.

ALP: A Largo Plazo

- Independencia y autonomía en el manejo del hogar.
- Desempeñar un empleo protegido (taller ocupacional, prelaboral, CEE, enclave laboral...)

C) Actividades propuestas para el desarrollo del PIR

En un primer momento dentro del proceso de rehabilitación que se llevará a cabo desde el CRPSL, se trabajará la adquisición de Habilidades Sociales que le permitan un mejor manejo en su vida cotidiana, así como una mejoría en sus relaciones interpersonales. En relación con esta área, se trabajará la reducción del nivel de ansiedad experimentado en situaciones sociales, aumentando su nivel de autocontrol, y se llevará a cabo a través de tutorías y atenciones individuales. Al mismo tiempo, resulta prioritario mejorar sus hábitos de vida saludables, reduciendo el consumo de tabaco y apoyando el trabajo que se viene realizando desde la USM.

Una vez conseguidos estos objetivos, además de intentar mantenerlos, se fomentará la utilización de recursos comunitarios y de ocio y tiempo libre. En un primer momento participará en las actividades organizadas desde el CRPSL para posteriormente y de manera progresiva aumentar su participación en actividades fuera del Centro, esto se trabajará tanto a nivel individual como grupal. También se considera oportuno incluirlo en el programa de Psicoeducación de usuarios, con la intención de conocer mejor la enfermedad, causas de la misma, indicaciones de los tratamientos, así como, conocer los factores de riesgo y de protección. A nivel psicológico se potenciará la autoestima y la seguridad en si mismo, importante para mejorar su autoconcepto y valía personal.

Se trabajará tanto a nivel grupal como individual las Actividades de la Vida Diaria, para conseguir un mejor manejo del entorno donde vive y poder conseguir a largo plazo que sea autónomo e independiente.

Se considera importante involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación del usuario, para así poder reforzar los conocimientos y las habilidades adquiridas desde el Centro. También así como también se ve conveniente la participación de la familia en el programa de Psicoeducación Familiar.

3. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

A) Asignación a Programas y/o actividades e intervenciones

- Intervención Individual

Dadas las necesidades valoradas en el PIR de Martín, de forma complementaria a los programas grupales, se plantean también una serie de atenciones individuales. En

estas, el tutor del caso se coordina con el/los profesionales responsables de hacer la intervención individualizada, haciéndole explícito la necesidad de intervenir en cada área concreta como parte de los objetivos de intervención establecidos en el PIR. Inicialmente estas son las atenciones individualizadas planteadas:

- Fomentar las Habilidades Sociales (comunicación no verbal, aumentar el volumen de la voz, apoyo al programa grupal).
- Ajustar su nivel de ansiedad con técnicas de afrontamiento de situaciones sociales.
- Aumentar su autoestima y estado anímico general.
- Reforzar el conocimiento acerca de la enfermedad mental y cómo manejar los síntomas persistentes (apoyo al programa grupal) y la vulnerabilidad.
- Potenciar su integración Comunitaria (Utilización de recursos normalizados)
- Generalización e independencia de las Actividades de la Vida Diaria en su medio natural.

Esta serie de atenciones individuales se van ajustando y cambiando en función de las necesidades que vaya presentando el usuario en cada momento de su proceso de rehabilitación. Todas las atenciones son planificadas y estructuradas en el tiempo.

Con cada una de las intervenciones individuales planteadas se realizan entrenamientos individuales o gestión de recursos, que permiten aumentar las habilidades del usuario y su integración comunitaria. Cada una de estas intervenciones individuales se programan en la “Hoja de Planificación de las intervenciones individuales” entre el profesional responsable de esa intervención individual y el tutor de Martín, y se especifica los objetivos, contenidos, profesionales, asistentes y temporalización de las intervenciones. Estas se realizarán tanto en el Centro como en el domicilio y/o entorno comunitario. Cada vez que la atención individualizada se ha dado por terminada el responsable de la intervención elabora un resumen de los objetivos alcanzados y de los aspectos más relevantes que se han trabajado. Entregará las hojas de intervención al tutor para que las archive en la historia del caso. De forma general, los resultados de las intervenciones se registrarán en las “hojas de seguimiento” en la historia de cada usuario.

Al mismo tiempo que el usuario participa en los programas grupales y atenciones individuales, recibe **tutorías** periódicas de forma individual y/o con la familia para hacer el seguimiento del proceso de rehabilitación, valorar los objetivos alcanzados, planificar nuevas intervenciones, atender nuevas necesidades así como prestar el apoyo terapéutico que facilite la mejora en la calidad de vida tanto del usuario como de la familia. Los contenidos más relevantes de la tutoría se recogen en las hojas de seguimiento de Martín, consignando la fecha y la acción u objetivo de la tutoría. En el caso de Martín se ha tenido un buen enganche al CRPSL desde el primer momento, pero en otros casos si fuera necesario si el usuario no asistiera a las tutorías se establecerían acciones de enganche.

El tutor y el psicólogo del caso supervisan la evolución del usuario y proponen nuevas acciones para el logro de los objetivos propuestos.

Cada seis meses o como mínimo una vez al año se valora la evolución de los objetivos alcanzados y los nuevos objetivos a plantear. Esta información se plasma en el informe de seguimiento semestral y en la EVDP que realiza el tutor.

El resto del equipo comunica al tutor cualquier incidencia o comentario relevante sobre Martín para que pueda movilizar las acciones oportunas (falta de asistencia, negativismo, retorcidos...).

- Intervención Grupal

En la reunión de derivación de casos a Programas-Actividades, el psicólogo y tutor, que en este caso coincide, formaliza la Hoja de derivación a programas-actividades, recogiendo los objetivos personales y operativos que se pretenden alcanzar con la participación de Martín en la actividad o programa específico.

El tutor y psicólogo del caso presenta dichos objetivos a los responsables de cada programa grupal a los que el usuario y/o su familia es derivado. Con la recogida de información de las Hojas de Derivación a Programas-actividades el responsable de cada uno de los programas reevaluará y ajustará al máximo los contenidos (sesiones) del programa de forma que respondan a las necesidades prioritarias e individualizadas por las que cada usuario es derivado a dicho programa.

A través de las reuniones de coordinación de equipo establecidas para el seguimiento de los usuario/as, el/los responsable/s de cada actividad informará de la evolución del usuario/a en el programa al tutor/a y al resto del equipo. El/Los responsable/s del Programa utiliza las *Hojas de Diario de Programa* para registrar la evolución de cada usuario/a en el programa. En el caso de que se produzca una incidencia digna de resaltar, el/los responsable/s de la actividad se lo comunica al tutor/a correspondiente, además de reseñarlo en las Hojas Diario de Programa. En cualquier caso, el/los responsables del Programa estructuran de forma sistemática y coincidiendo con los seguimientos del PIR, la valoración de la consecución de los objetivos previstos en el programa.

Las actividades y programas grupales a los que se derivó Martín tras la elaboración del PIR fueron los siguientes:

- Habilidades sociales.
- Hábitos de Salud.
- Actividades de la Vida Diaria.
- Cocina.
- Psicoeducación de Usuarios.
- Deporte/Psicomotricidad.
- Programas de soporte ocupacional.
- Rehabilitación Cognitiva.
- Educación y Cultura.
- Psicoeducación de Familias
- Autocontrol emocional
- Integración Comunitaria
- Talleres

B) Resumen de las estrategias e intervenciones desarrolladas y resultados de las mismas, profesionales que participan, obstáculos al plan y alternativas planteadas

A continuación se presenta un histórico de las técnicas de intervención aplicadas desde el año 2004 hasta el año 2010, para facilitar una visión esquemática y continua de cómo se trabajan los objetivos señalados en el PIR.

Cuadro 1. Intervención desarrollada en el año 2004

PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
Psicóloga	Información sobre la enfermedad mental (psicoeducación).	Desconocimiento absoluto sobre la misma. Dificultades de manejo. Comienza a conocer los síntomas positivos.	Individual /Grupal
Terapeuta ocupacional	Entrenamiento en hábitos de vida saludables mediante técnicas de modificación de conducta: refuerzo positivo, modelado, ensayos de conducta y práctica en vivo	Consumo excesivo de tabaco. Hábitos de sedentarismo muy instaurados.	Grupal
Psicóloga	Técnicas para aumentar la autoestima y el manejo del estrés.	Valoración negativa de sí mismo y alto nivel de ansiedad.	Individual
Terapeuta ocupacional	Tareas programadas aumentar la participación en tareas del hogar.	Padres muy protectores que dificultan su autonomía.	Grupal
Monitor/ psicólogo.	Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Volumen muy disminuido en el habla que dificulta sus relaciones sociales. Mejora importante durante el primer año de la comunicación no verbal.	Individual /Grupal
Monitor/ psicólogo.	Exposición a relaciones sociales y las actividades de ocio y tiempo libre.	Comienza a participar en actividades de ocio de forma protegida y apoyada desde el CRPSL.	Grupal
Psicóloga	Psicoeducación Familia.	Los padres comienzan a adquirir conciencia de enfermedad.	Grupal

Cuadro 2. Intervención desarrollada en el año 2005.

PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
Psicóloga	Entrenar las habilidades sociales (comunicación /asertividad) y aumentar sus relaciones interpersonales dentro y fuera del CRPSL.	Comienza a mantener buenas relaciones entre los compañeros. Primeras muestras de asertividad.	Grupo
Psicóloga	Psicoeducación (información y manejo de síntomas psicóticos).	Va identificando síntomas psicóticos positivos y comienza a diferenciar entre realidad y enfermedad: mejora de la atribución de síntomas.	Grupal /Individual
Psicóloga	Técnicas de manejo de ansiedad en las relaciones interpersonales.	Disminuye levemente el nivel de ansiedad subjetiva.	Grupo /individual
Psicóloga /T.O.	Disminución progresiva del consumo de tabaco: control estimular.	Dificultades importantes en la disminución del consumo de tabaco. No consigue avances.	Individual
Monitor	Acompañamiento a recursos comunitarios y de ocio y tiempo libre.	Comienza a realizar alguna actividad de ocio de forma autónoma. Biblioteca y tiendas.	Grupal /Individual
Psicóloga	Técnicas cognitivas para aumentar la autoestima.	Dificultades en aumentar su autoestima. Autoimagen negativa estable y global.	Individual /Grupal
T.Ocupac. /Psicóloga	Planificación de tareas en el manejo del hogar	Comienza a realizar tareas en el hogar (comida, limpieza...). Permanece alta dependencia de su madre.	Individual /Grupal

Cuadro 3. Intervención desarrollada en el año 2006.

PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO/ DIFICULTADES	FORMATO
Psicóloga /monitora	Mantener las HH.SS. adquiridas y fomentar el seguir entrenamiento en lenguaje y la expresión verbal, así como en la asertividad y aprender a decir "NO".	Mejora las HH.SS., en concreto la comunicación verbal, también aumenta el volumen de la voz y se incrementa su participación en otras actividades del CRPSL.	Grupal /Individual.
Psicóloga	Técnicas para aumentar la autoestima	Aumenta la autoestima y la seguridad en si mismo. Se observa mayor participación y desenvolvimiento.	Grupal /Individual
Psicóloga	Técnicas de reducción del nivel de ansiedad en las relaciones interpersonales.	Disminuye el nivel de ansiedad en las relaciones interpersonales y en la realización de trámites burocráticos (compras y recados domésticos)	Grupal /Individual
T.Ocupac. /Monitora	Disminución progresiva del consumo de tabaco.	Dificultades importantes en rebajar el consumo de tabaco	Individual
Monitor	Planificación conductual de tareas de autonomía en el manejo del hogar. Contrato con el usuario la familia.	Aumenta la realización de las tareas del hogar. Verbaliza deseo de independencia de la madre.	Individual /Grupal
	Búsqueda de recursos comunitarios normalizados y de ocio y tiempo libre.	Realiza actividades de ocio y tiempo libre de forma autónoma y fuera del CRPSL.	Grupal

Cuadro 4. Intervención desarrollada en el año 2007.

Durante este año se continúa interviniendo sobre los mismos objetivos que el año anterior, ya que la evolución es lenta pero favorable. Lo único que cambia son algunos de los programas grupales en los que participa, para conseguir los mismos objetivos propuestos, así como para mantener todo lo conseguido hasta el momento.

Cuadro 5. Intervención desarrollada en el año 2008.

PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
T.Ocupc. /Psicóloga	Entrenamiento en técnica de higiene de sueño y mejora de los hábitos de vida saludables. Contrato anti-tabaco.	Mejora la estructuración de los horarios de sueño.	Grupal /Individual
		Comienza a disminuir el consumo de tabaco.	Individual
Psicóloga	Técnica para el manejo de síntomas resistentes.	Disminuye la ansiedad que le generan los síntomas psicóticos y consigue un mayor control de la enfermedad.	Grupal /Individual
Psicóloga	Técnicas para aumentar la autoestima y el autocontrol emocional.	Mejora su estado anímico, disfrutando en mayor medida de las actividades que realiza de forma cotidiana.	Grupal /Individual.

Cuadro 6. Intervención desarrollada en el año 2009.

Durante este año se continúa interviniendo sobre los mismos objetivos que el año anterior, ya que los cambios producidos son lentos pero favorables, y se intenta mantener todo lo conseguido hasta el momento.

Lo más destacable de este año es la intervención individualizada realizada para reducir y eliminar el consumo de tabaco. Dicha atención va llevando al usuario a ir reduciendo progresivamente el consumo de tabaco, hasta que consigue dejarlo por completo. Este logro trae otras consecuencias positivas: mejora física, autoestima e implicación en otras actividades reforzantes.

Cuadro 7. Intervención desarrollada en el año 2010.

PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
Psicóloga	Entrenamiento en mantener las HH.SS. adquiridas y fomentar el lenguaje y la expresión verbal, así como potenciar la asertividad y aprender a decir "NO".	Mantiene unas HH.SS. básicas para la Comunicación y gestión de trámites.	Grupal /Individual
T.Ocupac. /Monitor	Autonomía en el manejo del hogar, generalización de las AVD,s	Aumento en la realización de tareas del hogar.	Grupal /Individual
Monitor	Utilización de recursos comunitarios normalizados y de ocio y tiempo libre.	Utilización de recursos comunitarios normalizados y de ocio y tiempo libre.	Grupal
Equipo CRPSL	Incrementar la red social de apoyo.	Aumenta de su red social, sobre todo en el CRPSL.	Grupal
Psicóloga	-Información sobre la enfermedad mental y consecuencias en la autoestima.	-Disminuye la ansiedad que le provocan los síntomas de la enfermedad y consigue un mayor control de la misma.	Grupal /Individual
T.Ocupac. /Psicóloga	Adquirir unos hábitos de vida saludables	Consigue dejar de fumar.	Individual
		Comienza a realizar ejercicio físico de forma autónoma, fuera del CRPSL.	Individual
		Ha mejorado el equilibrio y adecuación de su dieta alimenticia.	Individual /Grupal
Psicóloga	Técnicas de control de la ansiedad social.	Dificultades en mantener un bajo nivel de ansiedad principalmente a nivel social. Mantiene evitaciones de situaciones sociales concretas.	Individual /grupal

- Discusión del caso. Valoración y resultados del procedimiento de evaluación y diseño del PIR

Durante todo el proceso de rehabilitación Martín se ha mostrado muy implicado y motivado en el desarrollo del mismo. Esto ha sido decisivo a la hora de conseguir muchos de los objetivos propuestos inicialmente.

La intervención que se planteó desde un principio y que se ha mantenido hasta la actualidad, ha sido la de combinar la atención grupal con la individual, dónde poder

reforzar muchos de los programas grupales dónde también necesitaba un apoyo, así como poder intervenir sobre otros muchas áreas importantes de su rehabilitación.

A pesar de que su evolución a lo largo del tiempo ha sido muy positiva y han sido muchos los objetivos conseguidos, todavía sigue manteniendo dificultades importantes en algunas áreas como en Habilidades Sociales dónde sigue teniendo dificultades a la hora de tener iniciativa para relacionarse con los demás y Autocontrol dónde todavía necesita continuar rebajando su nivel de ansiedad, principalmente.

Martín a pesar de estar asistiendo al centro desde el año 2004 sigue manifestando su necesidad por continuar participando en muchos de los programas que realizamos, a pesar de ya haber pasado en varias ocasiones por muchos de ellos. Esto suele ser algo normal cuando se interviene con usuarios con mucha cronicidad que necesitan repetir los entrenamientos varias veces para poder afianzarlos adecuadamente. Según se han ido consiguiendo objetivos en su PIR, Martín ha entrado a participar más en programas de soporte más abiertos y menos estructurados o dirigidos por los profesionales. Desde el equipo de rehabilitación del Centro, se ha considerado conveniente su continuidad y asistencia al CRPSL, ya que él manifiesta, que en los días que no asiste suele presentar más ansiedad ya que según él no tiene actividades en las que poder ocupar su tiempo, se agravan los síntomas positivos y disminuye en definitiva su calidad de vida.



Anexos Caso 3A

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN.



ANEXO 1: HOJA SEGUIMIENTO DE USUARIO.

Este anexo presenta la hoja del seguimiento del PIR del usuario en el CRPSL entre los meses de agosto y septiembre del año 2005. Esta hoja forma parte del proceso de rehabilitación y es importante que refleje las observaciones del profesional de referencia para el caso. En este caso se ejemplifican las tutorías realizadas por la psicóloga del CRPSL con el caso de Martín.

Nombre usuario/a:
Tutor:

M.S.G

NºHistoria: 3

FECHA/PROF./TIPO ATENCIÓN	OBSERVACIONES
16/08/05/PS/TU	<p>Comenta que se encuentra bien entre semana pero que los fines de semana observa que está más nervioso porque se levanta tarde y no tiene ganas de hacer nada. Se le plantea la posibilidad de hacer un horario con alguna actividad para realizar los fines de semana. Se le indica que realice la tarea de buscar alguna actividad para realizar los fines de semana que le interese o motive y en la próxima tutoría se revisa y ajusta.</p> <p>Comenta que no le apetece apuntarse al curso de pintura porque tiene miedo a no encontrarse bien allí que de momento prefiere seguir solamente con los programas del centro.</p> <p>Se le refuerza lo importante que es salir de casa y realizar cualquier compra o recado de forma autónoma, le planteamos que puesto que le gusta leer el periódico que vaya a comprarlo al menos una vez a la semana.</p> <p>Ya va cogiendo soltura elaborando comidas y su madre cada vez le va dejando más solo, esta semana comenta que ha hecho una tortilla de patata.</p>
24/08/05/PS/TU	<p>Se revisan las actividades que ha traído para realizar los fines de semana, se realiza un horario de forma conjunta, para que él lo vea realista y sea motivante para él. Se le explica que no tiene que cumplirlo de forma estricta, que es orientativo y se puede ir ajustando conforme lo vaya haciendo.</p> <p>Ha conseguido ir un día él sólo a por el periódico.</p> <p>Reconoce el mismo que se encuentra mejor, que cada vez esta haciendo más cosas y que a pesar de oír voces que le dicen cosas y le ponen nervioso, cada vez va haciendo menos caso.</p>
31/08/05/PS/TU	<p>Comentamos qué tal le ha ido con el horario pautado, al parecer lo ha podido cumplir casi todo, aunque con bastante esfuerzo, le proponemos que lo siga intentando cumplir. Comenta encontrarse peor por las noches, aparecen las voces (alucinaciones auditivas), se le recomienda hacer alguna actividad para estar distraído y no prestarles tanta atención (ver la televisión, sopas de letras...).</p>
06/09/05/PS/TU	<p>Trae apuntado todas las actividades que ha ido realizando este fin de semana, comenta haberse encontrado mejor. Le sigue costando levantarse por las mañanas y salir a la calle, se le hace hincapié en lo importante que es el salir a la calle y enfrentarse así a ese miedo porque poco a poco esa ansiedad que le genera irá disminuyendo a medida que lo vaya haciendo. Se le refuerzan todos los logros conseguidos y se le fotocopian algunas sopas de letras para hacer por las noches.</p>

ANEXO 2: HOJA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS CRPSL

Esta hoja resume los objetivos, número de sesiones, actividades y resultados de la intervención individual sobre la conducta de fumar de la persona.

NOMBRE DEL USUARIO: M.S.G

Nº Hoja: ___

Nº de Historia : 3

FECHA:

PROFESIONAL/ES QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: PS

TUTOR/A: M^oD.V.A

OBJETIVO/S PRINCIPAL/ES (PIR)		
- Reducir el consumo de tabaco y/o eliminarlo completamente.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los perjuicios de fumar - Conocer las ventajas de no fumar - Reducción progresiva del nº de cigarrillos. 		
Nº SESIONES PREVISTAS:	LUGAR:	APOYOS IMPLICADOS:
20	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIO • CENTRO X • DOMICILIO • OTROS..... 	<ul style="list-style-type: none"> • FAMILIA • OTROS USUARIOS • PROFESIONALES: PS • OTROS RECURSOS: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<p>Se ira leyendo el libro de “Dejar de fumar es fácil si sabes cómo”, cada semana se le fotocopiará un capítulo y tendrá que leerlo en casa y subrayar todo lo que considere más importante. También se hará un auto-registro del número de cigarrillos que fuma cada día.</p> <p>Las atenciones individualizadas se realizarán semanalmente y en estas se revisarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El registro de cigarrillos incluirá: Nº de cigarrillos, dónde, cuándo y respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas. Conforme lo vaya cumpliendo se le irán reduciendo el Nº de estos, siempre acordándolo con el propio usuario. - Se irá comentando el capítulo del libro que corresponda, analizando y reflexionando sobre el mismo. - Una vez se haya finalizado el libro, y si se valora que el usuario puede y quiere dejarlo definitivamente se procederá a dejar por completo el consumo de tabaco, con el seguimiento pertinente. 		
ASPECTOS RELEVANTES QUE SE HAN TRABAJADO Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN		
<p>Se ha ido trabajando la reducción progresiva del consumo de tabaco, se ha ido explicando los perjuicios de fumar y el por qué se fuma, cómo afecta en el nivel de ansiedad, así como cuál es la forma más adecuada de dejar de fumar y las ventajas de esto.</p> <p>Tras estas intervenciones el usuario ha conseguido dejar de fumar, actualmente lleva 10 meses sin fumar ni un solo cigarrillo.</p>		

ANEXO 3: HOJA DE DERIVACIÓN DE USUARIOS AL PROGRAMA/ACTIVIDAD DE CRPSL

En esta hoja se presenta la valoración del cumplimiento de objetivos en el programa de entrenamiento en habilidades sociales que realiza el profesional encargado del grupo tras el fin del mismo, tanto de Martín como de otros participantes en el grupo.

PROGRAMA/ACTIVIDAD: Habilidades Sociales
Fecha de inicio del programa/actividad: 10/09/09

PROFESIONAL RESPONSABLE: Psicólogo
Fecha de finalización del Programa/actividad: 10/06/10

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA DERIVACIÓN AL PROGRAMA	EVOLUCIÓN EN EL PROGRAMA (OBJETIVOS ALCANZADOS)	
M.S.G.	Mejorar la comunicación y expresión tanto verbal como no verbal. Fomentar la asertividad.	Fecha : 10/06/10	- Ha mejorado su interacción social, mantiene el contacto ocular, volumen más elevado y comienza a mostrar más asertividad (decir "NO").
L.G.A.	Fomentar la expresión verbal y no verbal. Mejorar la aceptación de críticas.	02/03/10	- Ha tenido que abandonar el programa al incorporarse a trabajar; A pesar de ello ha conseguido mejorar la expresión no verbal principalmente, distancia interpersonal y contacto visual adecuado.
J.M.R.	Incrementar verbalizaciones positivas de sí mismo y de los demás	10/06/10	Saluda y dice algún comentario positivo sobre el aspecto de otros. No lo hace con el sexo opuesto
C.N.N.	Mejora de las respuestas agresivas al padre. Seguridad y autoconcepto. Red social	10/06/10	No hay insultos al padre. Reconoce consecuencias de los insultos. Sale por las tardes con dos usuarios del CRPSL.
M.O.L			
F.E.M.			
F.M.D.			

ANEXO 4: HOJA DIARIO DE PROGRAMAS/ACTIVIDADES

En esta hoja se va resumiendo el contenido de las sesiones del programa de intervención grupal (en este caso se muestra un ejemplo del programa de entrenamiento en habilidades sociales), junto con la valoración del profesional sobre los participantes.

PROGRAMA/ACTIVIDAD: HH.SS
PROFESIONAL RESPONSABLE: PS

FECHA/MÓDULO/ Nº DE SESIÓN	ASISTENTES	CONTENIDOS DE LA SESIÓN	OBSERVACIONES
Fecha:18/09/10 Modulo: Cohesión Grupal Sesión: 1ª	L.G.A	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los miembros del grupo. • Dinámicas de cohesión grupal. 	La sesión se ha desarrollado de forma adecuada, mostrándose todos muy participativos e implicados en cada una de las actividades propuestas.
	J.M. R.H		
	M.S.G		
	C.N.N		
	J.L.L		
	M.O.L		
	F.M.T		
	F.E.M		
Fecha: 25/09/10 Modulo: Cohesión Grupal Sesión:2ª	L.G.A	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los módulos que se van a impartir durante el programa. • Saber las necesidades que presentan cada uno de los usuarios en sus relaciones interpersonales. • Dinámicas de cohesión grupal. 	La sesión se ha desarrollado correctamente; la mayoría ha sabido identificar bien las necesidades de mejora, pero en otros casos se ha tenido que ayudar bastante a identificarlas.
	J.M. R.H		
	M.S.G		
	C.N.N		
	M.O.L		
	F.E.M		
Fecha: Modulo: Sesión:			

13.2 CASO 3B. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) Datos socio-demográficos, clínicos e historia personal

Alejandro de 29 años de edad fue derivado desde la Unidad de Salud Mental (en adelante USM) del Hospital Virgen de la Salud de Toledo en octubre de 2008 al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (en adelante CRPSL) de Toledo por su psiquiatra de referencia, el Dr. Pérez con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y Personalidad esquizoide.

Alejandro reside en Toledo en el domicilio familiar junto con sus padres, Raquel (69 años) y Rafael (80 años) ambos jubilados. Es el menor de tres hermanos, Pedro (41 años) casado y con dos hijos y Sandra (39 años) casada y con dos hijos. El embarazo y el parto de Alejandro fueron normales, sufrió un traumatismo craneoencefálico al año de edad por caída de la cuna, sin repercusión posterior. A lo largo de su infancia y adolescencia temprana no existe ninguna información relevante, con buen rendimiento escolar aunque con una personalidad tímida y retraído socialmente, teniendo ya algunas dificultades para las relaciones sociales. A la edad de 15 años acude a las consultas de Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil ya que manifiesta cierta ansiedad y preocupaciones con respecto a estudios y amistades, aunque no sigue un tratamiento y no existe diagnóstico concreto.

Finaliza estudios de COU y realiza la selectividad, aunque vuelve a manifestar episodios de ansiedad, esta vez con mayor repercusión y duración en el tiempo. Comienza estudios universitarios de informática en Ciudad Real, aunque a los 15 días regresa al domicilio familiar, refiere que “le miran mal”, “se ríen de él” y comienza a tener ciertas ideas obsesivas con la muerte. Inicia tratamiento de salud mental en una clínica privada de Toledo.

Alejandro acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen de la Salud en el año 2003 iniciando tratamiento psiquiátrico y psicológico siendo diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo. La personalidad previa es descrita como tímida, reservado, desconfiado, celoso, muy sensible a las críticas, con tendencia al aislamiento y con dificultades en las relaciones sociales. Como antecedentes familiares, su madre ha sido diagnosticada de depresión y su tía materna de retraso mental moderado. Consumió una vez LSD (alucinógenos) a los 19 años. No ha presentado conductas auto/heteroagresivas. Estuvo en tratamiento desde 2003 con buena evolución hasta que lo abandona en verano de 2006. En ese momento y tras varios acontecimientos estresantes (falleció su abuela, exámenes universitarios, inició trabajo en Madrid) aumentan las ideas obsesivas y aparece sintomatología psicótica (delirios de perjuicio y referencia). Continúa el tratamiento farmacológico y en febrero de 2007 tiene un ingreso hospitalario en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Provincial de Toledo siendo diagnosticado de Trastorno Psicótico sin especificar y Rasgos mórbidos de la personalidad tipo cluster A. Posteriormente es derivado al Hospital de Día donde tras dos semanas abandona voluntariamente. En octubre de 2008 es derivado al CRPSL de Toledo por su psiquiatra de referencia, el Dr. Pérez. En el momento de la

derivación no presenta sintomatología positiva ni episodios de ansiedad. Presenta una afectividad embotada, con dificultades importantes de comunicación y una presencia moderada de síntomas negativos.

En cuanto a su historia formativa laboral tiene estudios de FP2 de audiovisuales, estudios de composición musical, y ha cursado hasta 2º de Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Su experiencia laboral se reduce a contratos de corta duración, como mozo de almacén en tres empresas diferentes. Señalar que durante el último trabajo tuvo una recaída y desde entonces no ha vuelto a retomar la búsqueda de empleo. Alejandro está capacitado ante la ley.

B) Objetivos de la derivación al CRPSL

Los objetivos propuestos desde la USM en la derivación al CRPSL son los siguientes:

- Mantener el nivel de autocuidados básicos.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Mejorar el desempeño social y la autonomía en el cuidado del entorno doméstico.
- Orientarle laboralmente y prepararle para actividades prelaborales.
- Aumentar las actividades de ocio en el tiempo libre.

C) Descripción de los resultados de la evaluación y de las áreas problemas identificadas que permiten el establecimiento de los objetivos del PIR

Cuando Alejandro es aceptado en el CRPSL comienza a ser evaluado solo por dos profesionales (psicóloga y trabajadora social) ya que se encontraba poco motivado para asistir al centro. Igualmente se incorpora en algunas actividades grupales por las que presentaba mayor motivación. En base a esta evaluación inicial realizada se observan las siguientes áreas problemas con las que comenzar la intervención.

- En relación a los autocuidados, por observación Alejandro mantiene un aspecto aseado, necesita instigación familiar para mantener una higiene personal y vestimenta adecuada, precisando mejorar la autonomía en este área. Tiende a comer en exceso y con gran velocidad de ingesta.
- En relación a los hábitos de vida, Alejandro se encuentra muy inactivo permaneciendo prácticamente todo el día en el domicilio sin una ocupación significativa, excepto el tiempo que ve a sus amigos de forma ocasional los fines de semana o salidas puntuales con sus padres. Expresa motivación por reducir el sedentarismo e iniciar actividades deportivas en el futuro. Tiende al hipersomnio. No consume tóxicos ni alcohol.
- En relación a las capacidades cognitivas, Alejandro no presenta deterioro cognitivo y tiene una adecuada capacidad de aprendizaje.
- En relación al afrontamiento personal y social, Alejandro se muestra retraído en el contacto social, poco activo en la comunicación y con dificultades en las habilidades sociales más básicas como el contacto visual y tono de voz, aunque estos déficits son menos pronunciados en los contextos habituales y de confianza (familia y amigos). Alejandro atribuye erróneamente las dificultades para expresarse al tratamiento farmacológico. Verbaliza miedos continuos al contacto con personas fuera del ámbito familiar o de su círculo relacional más inmediato. Además, presen-

ta ansiedad anticipatoria a situaciones sociales, evitándolas o teniendo que utilizar tratamiento farmacológico (p.e. orfidal) para el afrontamiento de las mismas. Esta ansiedad fomenta el grave aislamiento actual de Alejandro evitando situaciones cotidianas como por ejemplo bajar la basura por no encontrarse con algún vecino. Este es un área deficitaria en Alejandro que a su vez mantiene los déficit en otras.

- En relación a la autonomía social, posee un manejo social aceptable, siendo capaz de desplazarse en transporte público, realizar trámites y gestiones, utilizar recursos comunitarios, etc. No obstante, el uso en la actualidad es restringido y suele ir acompañado de la familia. Posee intereses y motivaciones ociosas, tales como la música y maquetación aunque con dificultades para regularizar la práctica de las mismas. Realiza actividades de ocio con sus amigos pero de forma esporádica.
- En relación a la capacidad laboral, tiene estudios formativos en audiovisuales y música, así como hasta 2º de psicología, recientemente ha retomado dichos estudios a través de la UNED aunque mantiene dificultades para estructurar los tiempos de estudio. También tiene experiencia laboral anterior aunque no está en el rango de sus prioridades el inicio a corto plazo de una actividad laboral. En la actualidad tendría dificultades para realizar un trabajo incluso protegido.
- En relación con el tratamiento, Alejandro no realiza una identificación realista de sus dificultades, teniendo una falta de conciencia de enfermedad y rechazando en ocasiones hablar acerca de su trastorno y dificultades derivadas del mismo. Aunque identifica situaciones que le generan ansiedad, no reconoce situaciones estresantes anteriores que han precedido recaídas clínicas, como los exámenes e igualmente no identifica pródromos. Presenta una motivación ambivalente ante el dispositivo debido a las dificultades ante el contacto social y los contextos grupales, la presencia de síntomas negativos y la conciencia parcial de enfermedad. Tiene autonomía y adherencia al tratamiento farmacológico (excepto en la petición de recetas), no realizando crítica en la toma de la misma e identifica efectos beneficiosos. No manifiesta sintomatología positiva en la actualidad. Sin embargo la sintomatología negativa interfiere de forma grave en su funcionamiento cotidiano.
- En relación a los soportes sociales, Alejandro desarrolla con dificultad pocos roles sociales en la actualidad. Los padres están implicados en el tratamiento con una actitud colaboradora representando un apoyo adecuado y estable. Sin embargo tienden a la sobreprotección en aspectos básicos de su funcionamiento. Mantiene buena relación con sus hermanos a pesar de que éstos no viven en la actualidad en Toledo. Posee red social con la que tiene disponibilidad para salir los fines de semana al cine, bares o los locales de ensayo de grupos musicales. Sin embargo no mantiene el contacto de forma estable. El nivel económico de la unidad familiar se basa en pensiones de jubilación que les permiten una suficiencia económica aceptable. Al incorporarse al CRPSL, Alejandro ha tramitado el certificado de discapacidad y está pendiente de comenzar a tramitar una prestación no contributiva, así como posibles ayudas para el transporte.

2. RESUMEN DEL PIR

A) Necesidades y recursos

a) Necesidades percibidas por el profesional:

- Desarrollar actividades significativas y asumir de responsabilidades.

- Afrontar situaciones estresantes y mejorar las habilidades sociales.
- Reducir el aislamiento y desarrollar actividades de ocio.
- Mejorar la autonomía en los autocuidados.
- Reducir el sedentarismo.
- Reducir la sobreprotección familiar

b) Necesidades percibidas por el usuario:

Alejandro percibe que necesita mejorar en el área del afrontamiento del estrés (fundamentalmente reducir la ansiedad ante el contacto social), las habilidades sociales, el manejo del entorno doméstico (expresa deseo de realizar más tareas), soporte residencial (expresa deseos de independizarse a una vivienda propiedad de la familia). En el futuro le gustaría trabajar en un empleo que le motivara y tener estabilidad económica. Se muestra ambivalente ante la posibilidad de tener una pareja. Expresa preocupación por el sedentarismo actual y deseos de hacer algún tipo de ejercicio físico.

c) Recursos que presenta el usuario:

- Adherencia y aceptación del tratamiento farmacológico.
- Manejo social aceptable.
- Posee mínima red social.
- Posee intereses y motivaciones premórbidos.
- Tiene estudios formativos en audiovisuales y música así como experiencia laboral anterior.
- No presenta deterioro cognitivo que dificulte el tratamiento rehabilitador.
- No consume tóxicos ni alcohol.
- Padres implicados en el tratamiento con una actitud colaboradora representando un apoyo adecuado y estable.

B) Objetivos a corto, medio y largo plazo

a) Objetivos a corto plazo

A continuación se listan los objetivos en base a una estructura temporal, jerarquizada teniendo en cuenta la dificultad para conseguirlos, la motivación del usuario y las posibilidades y recursos de los profesionales.

- En relación a la conciencia de enfermedad:
 - Mejorar su enganche al tratamiento rehabilitador, aumentando de forma paulatina la participación en actividades grupales.
 - Facilitar de forma progresiva conocimientos psicoeducativos sobre su trastorno
 - Identificar su sintomatología negativa y comenzar a establecer pautas para reducir el impacto de la misma.
 - Identificar de forma realista sus dificultades.
- En relación al afrontamiento del estrés y las habilidades sociales:
 - Entrenar las habilidades sociales básicas necesarias para mejorar el contacto social y mostrarse más activo en la comunicación.

- Identificar situaciones generadoras de ansiedad y dotar de estrategias adecuadas que sustituyan la evitación.
- En relación al área social
 - Asesorar y apoyar en los trámites y gestiones referidas a la tramitación de una pensión no contributiva.
 - Informarle acerca de las ayudas complementarias y apoyarle en la tramitación autónoma de las mismas.
- En relación a las AVD:
 - Instaurar una estructuración cotidiana que le permita un mejor funcionamiento regularizando los patrones de descanso, responsabilidades cotidianas y ocio y tiempo libre.
 - Regularizar sus hábitos de higiene aumentando la frecuencia de la ducha y afeitado y mejorando la iniciativa en la realización de las mismas.
 - Reducir el sedentarismo que presenta iniciando algún tipo de actividad física preferentemente acompañado.
- En relación a la red social y ocio y tiempo libre:
 - Mantener de forma regular el ocio compartido los fines de semana.
 - Motivar para la recuperación de actividades de ocio y hobbies realizados anteriormente y que le reportan una gran satisfacción y le permiten ampliar sus contactos sociales (p.e. en relación con la música).
 - Mantener su red social de referencia
- En relación al área formativo laboral:
 - Estructurar horarios de estudio para la preparación de exámenes.
 - Apoyar el uso de la biblioteca como lugar de estudio.
- En relación a la familia:
 - Dotar de conocimientos básicos acerca de la esquizofrenia.
 - Dotar de estrategias básicas para el manejo de situaciones asociadas a la sintomatología negativa.
 - Apoyar en la estructuración cotidiana de Alejandro y reforzar aquellas acciones realizadas por iniciativa propia.

b) Objetivos a medio plazo

- En relación a la conciencia de enfermedad:
 - Elaborar un plan de prevención de recaídas que facilite la identificación de pró-dromos
 - Identificar sintomatología y adquirir estrategias para la reducción de la repercusión de la misma en su vida cotidiana.
 - Adquirir mayor autonomía en cuanto a la petición de citas médicas, seguimientos en USM (psiquiatra y psicóloga), así como en la adquisición y toma del tratamiento.

- En relación al afrontamiento del estrés y las habilidades sociales:
 - Reducir el uso de estrategias evitativas ante las situaciones estresantes.
 - Reducir el uso de fármacos como única estrategia de cara al afrontamiento de situaciones estresantes.
 - Adquirir estrategias para el manejo de la ansiedad y generalizarlas en su día a día.
 - Aumentar su repertorio de habilidades sociales básicas y entrenar el uso de las mismas en contextos naturales.
 - Analizar sus dificultades para la puesta en práctica de habilidades sociales interpersonales y realizar entrenamientos en contextos grupales.

- En relación a las AVD
 - Mantener una estructuración cotidiana regularizando los patrones de descanso, responsabilidades cotidianas y ocio y tiempo libre.
 - Motivar para la realización de tareas domésticas en el domicilio.
 - Adquirir conocimientos en la elaboración de comidas
 - Mejorar los hábitos de alimentación e instaurar hábitos saludables como el ejercicio físico.

- En relación a la red social y ocio y tiempo libre
 - Entrenar desde el contexto de centro situaciones sociales que le resultan un obstáculo para la realización de sus hobbies y actividades de ocio.
 - Proporcionar espacios de relación que fomente los contactos sociales y oportunidades de realización de actividades con compañeros de centro.

- En relación al área formativo laboral
 - Motivarle para la realización de algún tipo de actividad formativa o laboralizada satisfactoria.
 - Identificar sus capacidades y dificultades de cara a una posible inserción formativa laboral
 - Orientarle hacia los sectores laborales en los que podría tener mejor desempeño y motivación.
 - Adquirir conocimientos sobre los recursos formativos y laborales así como habilidades y técnicas de búsqueda activa de empleo.

- En relación a la familia:
 - Disminuir la sobreprotección materna y la sobrecarga subjetiva existente, analizando de forma realista las capacidades y los progresos de Alejandro a lo largo del proceso.
 - Identificar y graduar de forma ajustada las dificultades de Alejandro, así como las expectativas de mejora y recuperación.
 - Trabajar el manejo de situaciones problemas en la convivencia, derivadas fundamentalmente en la repercusión de la sintomatología negativa y el manejo de la ansiedad.

c) Objetivos a largo plazo

- En relación a la conciencia de enfermedad:
 - Mantener un estilo de vida que fomente su estabilidad clínica (ocupación significativa, estructuración cotidiana, desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento, mantenimiento de la red social)
 - Aumentar conciencia de enfermedad
 - Adquirir estrategias efectivas de manejo de sus síntomas.
 - Apoyar para la expresión de sentimientos, emociones, etc., asociadas a su realidad diagnóstica y beneficiarse a su vez de la experiencia de otros.

- En relación al afrontamiento del estrés y las habilidades sociales:
 - Mejorar su repertorio de habilidades sociales interpersonales.
 - Identificar los miedos y preocupaciones relacionadas con el contacto social para ofrecer estrategias de manejo y adquirir mayor competencia.
 - Favorecer contextos de contacto social con compañeros.
 - Generalizar las estrategias para el manejo de la ansiedad trabajadas.
 - Reducir las conductas de escape/evitación.

- En relación a la red social y ocio y tiempo libre:
 - Mantener la realización de actividades de ocio y tiempo libre que actualmente realiza con su red social de referencia
 - Motivar para la realización de actividades de ocio satisfactorias con compañeros de centro.

- En relación a las AVD:
 - Adquirir las habilidades de cuidado de su entorno doméstico que le faciliten una independencia residencial.
 - Adquirir conocimientos sobre los procesos básicos necesarios para cocinar.
 - Motivar para la generalización en casa de las habilidades domésticas.
 - Mantener una estructuración cotidiana adecuada y unos hábitos de vida saludables, incidiendo en el mantenimiento del ejercicio físico y en la mejora de los hábitos de alimentación.

- En relación al área formativo laboral:
 - Diseñar un itinerario personalizado de búsqueda de empleo, consonante con los compromisos que esté dispuesto a adquirir.
 - Entrenar las habilidades sociales necesarias para la contactación laboral.
 - Explorar los miedos existentes de cara a una posible incorporación laboral.
 - Conocer y contactar con los recursos laborales que se ajusten a sus capacidades actuales.
 - Facilitar su incorporación a un puesto de trabajo con los apoyos que requiera fomentando un adecuado mantenimiento.

- En relación a la familia:
 - Reducir la sobreprotección familiar potenciando la autonomía de Alejandro.
 - Apoyar de forma ajustada a la consecución de su proyecto vital (independencia familiar, búsqueda de empleo, etc.).

C) Actividades propuestas para el desarrollo del PIR

En un primer momento dentro del proceso de rehabilitación y teniendo en cuenta las resistencias de Alejandro para trabajar ciertos aspectos se trabajará de forma grupal e individual la mejora de las habilidades sociales, la reducción de la ansiedad ante el contacto social y la psicoeducación familiar. De forma individual se intervendrá fundamentalmente sobre la estructuración cotidiana, la reducción del aislamiento social, el ocio y la mejora de la situación social (valoración de la discapacidad y suficiencia económica). Cuando Alejandro se encuentre más motivado se intervendrá a nivel grupal en prevención de recaídas, orientación laboral y tareas domésticas. De forma individual se reforzarán las estrategias de afrontamiento al estrés.

D) Asignación a programas y/o actividades e intervenciones

Una vez que se ha diseñado el Plan Individualizado de Rehabilitación y se ha consensuado con Alejandro y su familia los objetivos, la metodología y la secuencia para la consecución de los mismos, Alejandro y su familia comienzan a participar en los diferentes programas grupales, actividades, intervenciones individuales y tutorías desarrolladas en el centro. Durante este proceso se mantienen las coordinaciones necesarias con los dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios implicados en el desarrollo del plan.

- Intervención individual

Las intervenciones individuales se refieren a los entrenamientos individuales o gestión de recursos (personales, sociales, familiares, laborales, etc.) que permitan aumentar las habilidades de Alejandro y su integración comunitaria.

Las intervenciones individuales que se realizan con Alejandro son las siguientes:

- Intervención en el área social, laboral y familiar (trabajadora social).
- Intervención en estructuración cotidiana (hábitos de vida, sueño, ocupación significativa, responsabilidades domésticas) así como desarrollo de proyecto de vida propio (tutora).
- Intervención en el área de afrontamiento del estrés y prevención de recaídas (psicóloga).

La tutora (en este caso la trabajadora social) se coordina con la psicóloga y el resto del equipo en el desarrollo de las intervenciones e informa a Alejandro y a su familia de la planificación de la intervención individualizada. Tanto la psicóloga como la tutora (trabajadora social) informan de la evolución de Alejandro al resto del equipo en la junta de casos. Una vez que la atención individualizada se ha dado por finalizada la psicóloga y la tutora (trabajadora social) elaboran un resumen de los objetivos alcanzados y de los aspectos más relevantes que se han trabajado. Las tutorías tienen como objetivo conocer la adecuación de las intervenciones a las necesidades del usuario, valorar su implicación y funcionamiento general así como la ejecución del PIR. La frecuencia de tutorías con Alejandro es quincenal y mensual con su familia. Los contenidos más relevantes de las tutorías se recogen en las hojas de seguimiento consignando la fecha y el objetivo de la tutoría. En caso de que Alejandro no acuda a la tutoría, se contacta con él para valorar las causas de no asistencia, consignando en las hojas de seguimiento la

fecha y motivos de la ausencia. El resto del equipo comunica a la tutora cualquier incidencia o comentario relevante sobre Alejandro para que pueda movilizar las acciones oportunas (falta de asistencia, retrocesos, etc.). Cada seis meses la tutora se coordina con los responsables de cada actividad para valorar la evolución de Alejandro, los objetivos alcanzados y los nuevos objetivos a planear. Esta información se plasma en el Informe de Seguimiento Semestral y en la EVDP a realizar por la tutora. Este informe se archivará en la historia del usuario y se envía a la Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

- Intervención grupal

La psicóloga responsable de la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación junto con su tutora formalizan la Hoja de Derivación a Programas-Actividades que recoge los objetivos personales y operativos que se pretenden alcanzar con la participación del usuario en la actividad o programa específico. La tutora del caso y la psicóloga presentaron los objetivos recogidos en la Hoja de Derivación a Programas-Actividades a los responsables de cada programa grupal a los que tanto Alejandro como su familiar son derivados. La recogida de información a través de las Hojas de Derivación a Programas-Actividades permite que los responsables de cada programa reevalúen y ajusten al máximo los contenidos del programa de forma que respondan a las necesidades prioritarias e individualizadas de Alejandro. A través de las reuniones de coordinación de equipo establecidas para el seguimiento de los usuarios, el responsable de cada actividad informa de la evolución de Alejandro en el programa a la tutora y al resto del equipo.

La intervención grupal propuesta con Alejandro a corto, medio y largo plazo es la siguiente:

- Programa de Psicoeducación: Actividad de Prevención de recaídas.
- Programa de Habilidades Sociales
- Programa de Afrontamiento al estrés: Actividad de autocontrol. Actividad de técnicas de relajación.
- Programa de Actividades de la Vida Diaria. Actividad de Cocina. Actividad de Habilidades Domésticas.
- Programa de Rehabilitación Formativo Laboral: Actividad de preparación para el empleo. Actividad de Búsqueda de empleo
- Programa de Psicoeducación Familiar. Actividad de Escuela de Familias de Toledo.
- Programa de Soporte y Apoyo Social. Actividades opcionales según intereses.

E) Resumen de las estrategias de intervención desarrolladas y resultados de las mismas, profesionales que participan, obstáculos al plan y alternativas planteadas

A continuación se presenta un histórico de las técnicas de intervención aplicadas desde el primer trimestre de intervención en el CRPSL hasta el año 2010, para facilitar una visión esquemática del procedimiento de intervención.

Cuadro 1. Intervención desarrollada en el primer trimestre.

PERIODO	PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO / DIFICULTADES	FORMATO
Octubre 2008 a Enero 2009	Psicóloga	Manejo de la ansiedad ante el contacto social. Técnicas de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias evitativas muy instauradas durante los últimos años que han reforzado la ansiedad ante el contacto social. Reacio a abordar aspectos sobre el trastorno mental. 	Individual /grupal
		Identificación de la sintomatología negativa.		
		Reglas para autonomía en el tratamiento.		
	Terapeuta ocupacional	Entrenamiento de las habilidades sociales básicas.		Grupal
	Trabajadora social (tutora).	Estructuración cotidiana (sueño, ocupaciones significativas, diarias, ocio, ejercicio físico, responsabilidades domésticas).	Ansiedad ante el contacto social que dificulta el mantenimiento tanto de su red social como de ocupaciones diarias.	Individual
		Apoyo a la Gestión para valoración de la discapacidad.		
		Técnicas motivacionales para aumentar motivación y enganche al centro.		
	Psicoeducación familiar. Reducción de la sobreprotección	Padres accesibles a la intervención.	Grupal	

Cuadro 2. Intervención desarrollada durante el primer año en el CRPSL.

PERIODO	PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
Febrero 2009 a Octubre 2009.	Psicóloga / Terapeuta ocupacional	Entrenamiento en habilidades sociales básicas y entrenamiento en las avanzadas (asertividad).	Acepta abordar aspectos sobre su trastorno y el manejo de síntomas negativos de forma grupal. Se programan exposiciones a situaciones sociales más motivantes para Alejandro (relacionadas con el ocio) y se evalúan las unidades subjetivas de ansiedad. Disminuye levemente el nivel de ansiedad. Recupera los fines de semana el ocio con sus antiguos amigos. Abandona los estudios de psicología. Los padres tienen dificultades para observar los avances.	Grupal /Individual
		Exposición programada al contacto social.		Grupal /Individual
		Estrategias de afrontamiento (técnicas de relajación).		Individual
		Psicoeducación (información y manejo de síntomas negativos).		Grupal

	Técnica de Integración Laboral	Motivación por la inserción laboral		Grupal
		Orientación vocacional y preparación para la inserción (orientación vocacional, hábitos básicos, habilidades sociales).		
	Trabajadora social (tutora)	Elaboración de proyecto de vida.	<p>- Alejandro comienza a plantearse un proyecto de vida propio y esto le motiva en la intervención en ciertos aspectos (área laboral, tareas domésticas, etc.).</p> <p>- Comienza a realizar tareas en el hogar (comida, limpieza...) y a recuperar antiguas aficiones (componer música). Sale a caminar diariamente con sus padres.</p>	Individual
		Entrenamiento en autonomía en el cuidado del hogar.		
		Higiene y mejora de la alimentación.		
		Estructuración cotidiana		
		Practica planificada de ejercicio físico.		
		Técnicas para aumentar de red social y actividades de ocio.		
		Solicitud de la pensión no contributiva.		
Poner límites a la familia (disminución de la sobreprotección familiar) y entrenamiento solución de problemas de convivencia.				

Cuadro 3. Intervención desarrollada durante el segundo año en el CRPSL.

PERIODO	PROFESIONAL	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO /DIFICULTADES	FORMATO
Octubre 2009 a Junio 2010	Psicóloga / Terapeuta ocupacional	<p>Entrenamiento en las habilidades sociales avanzadas (asertividad).</p> <p>-Programación de contacto social diario.</p> <p>-Generalización de las estrategias de afrontamiento</p> <p>-Elaboración de un plan de prevención de recaídas</p>	<p>Ha disminuido notablemente la evitación de situaciones sociales y el entrenamiento se dirige a la solución de problemas. Ha mejorado la conciencia de enfermedad y el entrenamiento se dirige a la elaboración de un plan individualizado de prevención de recaídas. Sigue reticente a abordar esos aspectos a nivel grupal. Es autónomo en la adquisición de la medicación.</p>	Grupal /Individual

	Técnica de Integración Social y laboral	Apoyo para la inserción laboral (orientación vocacional, hábitos básicos, habilidades sociales). -Habilidades de búsqueda de empleo.	Alejandro se encuentra muy motivado por la inserción laboral y se está preparando desde el centro las oposiciones de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Ha ajustado sus expectativas en el área laboral y muestra una estructuración cotidiana adecuada. Las habilidades sociales básicas han mejorado notablemente y se muestra más comunicativo.	Grupal
	Trabajadora social (tutora)	Familia: reforzar y apoyar los avances en su autonomía. Reforzar la consecución de su proyecto de vida. Aumentar actividades de ocio en pareja. Apoyar el plan de prevención de recaídas de Alejandro.		Grupal /Individual
Junio 2010 a Noviembre 2010	Trabajadora social.	Inserción en una formación laboralizada.	Alejandro se incorpora a un modulo de integración laboral para personas con discapacidad que desarrolla con buen cumplimiento y motivación. En él establece relaciones sociales satisfactorias. Se presenta al examen de oposición. Coincidiendo con un cambio en la pauta farmacológica, presenta síntomas psicóticos que tanto él como sus padres identifican y solicitan cita en la USM. Sigue teniendo déficit en las habilidades sociales avanzadas por lo que a la finalización del módulo se vuelve a plantear la intervención en esta área.	Individual
	Técnica de Integración social y laboral.	Mantenimiento de los objetivos alcanzados en otras áreas.		

- Discusión del caso. Valoración y resultados del procedimiento de intervención

Antes de la elaboración del PIR, Alejandro presentaba resistencias para acudir los días propuestos al CRPSL llegando con él a un acuerdo de asistencia de 2 días a la semana como máximo. En el momento de la devolución del PIR, Alejandro continúa manteniendo esas resistencias para acudir e intervenir en ciertas áreas tales como conciencia de enfermedad, integración laboral y soporte y apoyo social. Por ello la intervención se plantea secuenciada y priorizada en las áreas en las que mostraba más dificultades y podrían ser facilitadoras para intervenir a posteriori sobre otros aspectos

deficitarios. Por ello la intervención comienza con el área de habilidades sociales y de afrontamiento al estrés. Igualmente debido a la falta de motivación expresada por Alejandro y su reticencia a acudir frecuentemente al centro, la intervención con Alejandro se centralizó en los mínimos profesionales posibles (psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional y técnica de integración laboral).

La intervención planteada ha combinado la atención grupal e individual orientada a la generalización de las habilidades adquiridas.

Para aumentar la motivación por trabajar ciertos aspectos, se han centrado los objetivos en el proyecto de vida que le hemos ayudado a construir.

En el momento actual, Alejandro ha finalizado con éxito el módulo de inserción laboral y esto le ha motivado tanto a la búsqueda de empleo como a la independencia residencial (tiene un piso en propiedad). Sin embargo, el hecho de haber realizado el curso durante cuatro meses le ha desmotivado para incorporarse nuevamente a las actividades del Centro.

Alejandro sigue precisando mejorar en las habilidades sociales más avanzadas y en el afrontamiento de situaciones problema, por lo que se le ofrecerá la intervención en formato grupal o individual para los próximos meses.



Anexos Caso 3B

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN



ANEXO 1: HOJA SEGUIMIENTO DE USUARIOS

En este anexo se ejemplifica el seguimiento realizado por la tutora de la persona.

Nombre usuario/a: A.D.M.
Tutor: P.R.C. (TS)

NºHistoria: 178 /08

Fecha /Prof. /Tipo atención	OBSERVACIONES
10/11/2008 TS (Tutora)	Abordo con Alejandro su incorporación a las actividades grupales durante estas dos últimas semanas. Considera que dos días son demasiados para asistir al Centro pero sin embargo quiere seguir intentándolo. Le pregunto si ha comenzado a reducir la duración de las siestas así como la hora de despertarse los días que no viene al centro y expresa que continúa con las mismas dificultades y le sigue ocasionando conflictos con su madre. Planificamos qué actividades de ocio puede hacer durante el fin de semana.
21/11/2008 TS (Tutora)	Alejandro refiere que se está levantando antes por la mañana pero sigue durmiendo más de tres horas de siesta. Realizó las actividades de ocio que planificamos pero no ha vuelto a salir con sus antiguos amigos. Solo sale de casa para venir al centro los dos días que tenemos acordados. Refuerzo verbalmente el esfuerzo que hace al venir al centro e identificamos las consecuencias negativas para él de su aislamiento e inactividad actual. Se está planteando abandonar los estudios de psicología.

ANEXO 2: HOJA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS CRPSL

En este anexo se pone un ejemplo de cómo se realiza y se registra una intervención individual con la persona.

NOMBRE DEL USUARIO: A.D.M.

Nºhoja: 2

Nº de Historia :

FECHA: Octubre de 2009.

PROFESIONAL/ES QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: PS

TUTOR/A: P.R.C. (TS)

OBJETIVO/S PRINCIPAL/ES (PIR)		
Elaborar un plan de prevención de recaídas que facilite la identificación de pródromos		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la sintomatología que ha presentado realizando una correcta atribución de la misma. • Identificar las situaciones estresantes que han motivado un aumento de la sintomatología • Identificar las señales de aviso. • Conocer los factores de riesgo y protección. • Acordar estrategias de actuación ante la presencia de pródromos. • Implicar a su familia en la elaboración del plan de prevención de recaídas. 		
Nº SESIONES PREVISTAS	LUGAR	APOYOS IMPLICADOS
12	MEDIO CENTRO X DOMICILIO OTROS _____	FAMILIA OTROS USUARIOS PROFESIONALES: PS OTROS RECURSOS: USM
ACTIVIDADES A REALIZAR		
Se realizarán sesiones semanales con Alejandro y las últimas dos sesiones se harán conjuntamente con su familia. En las sesiones se abordarán los diferentes contenidos (p.e. pródromos) y se propondrá como tarea, la puesta en común de esa información con su familia, de forma que esta le ayude a la identificación de síntomas, pródromos, estresores, etc. ya que las figuras de referencia para el plan de prevención que Alejandro ha elegido son sus padres. El objetivo es realizar un plan que quede por escrito que aumente la percepción de control por parte de Alejandro y le dote de pautas básicas de actuación ante una posible descompensación.		
ASPECTOS RELEVANTES QUE SE HAN TRABAJADO Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN		
La intervención individual ha mejorado tanto la identificación de síntomas como la atribución de estos a su trastorno mental. La información aportada por los padres en la identificación de pródromos ha sido fundamental, ya que es el aspecto que más dificultad le generaba a Alejandro. En septiembre de 2010 coincidiendo con un cambio de pauta farmacológica, Alejandro ha presentado síntomas psicóticos que han identificado, instaurando estrategias adecuadas para la prevención de una recaída. El psiquiatra de referencia expresa que la comunicación de Alejandro en las citas ha mejorado.		

ANEXO 3: HOJA DIARIO DE PROGRAMAS/ACTIVIDADES

En la Hoja diario de programas o actividades el responsable del grupo anota la fecha, el número de sesión, los asistentes, los contenidos tratados y alguna observación del desarrollo de cada sesión.

PROGRAMA/ACTIVIDAD: PREPARACIÓN PARA EL EMPLEO
 PROFESIONAL RESPONSABLE: TECNICA DE INTEGRACIÓN LABORAL

FECHA/MÓDULO /Nº DE SESIÓN	ASISTENTES	CONTENIDOS DE LA SESIÓN	OBSERVACIONES
Fecha: 7/10/2009 Modulo: Orientación vocacional Sesión: 1ª	A.D.M.	Presentación de contenidos. Cumplimentación de cuestionario de motivaciones y preferencias laborales	Alta participación en el grupo. Los usuarios tuvieron muchas dudas sobre la cumplimentación del cuestionario.
	M.F.T.		
	R.T.U.		
	C.U.M.		
	R.R.M.		
	C.C.G.		
	M.G.D.		
	P.P.C.		
Fecha: 25/09/10 Modulo: Orientación vocacional Sesión:2ª	A.D.M.	Puesta en común del recorrido formativo y laboral de los participantes.	Se observa gran variabilidad en cuanto a la experiencia formativa y laboral de los participantes. Alta participación.
	M.F.T.		
	R.T.U.		
	C.U.M.		
	R.R.M.		
	C.C.G.		
	M.G.D.		
	P.P.C.		
Fecha: Modulo: Sesión:			

14. Procedimiento: salida y seguimiento

PROCEDIMIENTO: SALIDA Y SEGUIMIENTO. ALTA

CASO 4A Y 4B: ELABORADO POR: CRPSL DE ALCÁZAR DE SAN JUAN

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicóloga
 - 1 Psicóloga
 - 1 Trabajadora Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 2 Monitores
 - 1 Auxiliar Administrativo
 - 2 Técnicos de Inserción Social y Laboral
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 102
- Sectorización / número de habitantes: 111.443

PROCEDIMIENTO: SALIDA Y SEGUIMIENTO. BAJA

CASO 4C: ELABORADO POR: CRPSL DE DAIMIEL

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicóloga
 - 1 Trabajadora Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 1 Monitor
 - 1 Auxiliar Administrativo
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 47
- Sectorización / número de habitantes: 55.498

COMENTARIO:

En este procedimiento se presentan tres casos. El alta se divide en dos tipos de alta: autónoma o no autónoma, en función de las características y necesidades del caso en el momento de la salida del centro por motivo de alta. La consideración de “autónoma” o “no autónoma” determina el trabajo posterior de seguimiento que se va a hacer con cada usuario que puede consistir en un seguimiento más frecuente mediante tutorías o actividades de soporte (para casos con mayor deterioro o necesidades) o en un seguimiento puntual y en función de demandas concretas (para casos que alcanzan mayores niveles de autonomía). Por tanto con la presentación de dos casos se facilita la comprensión de cómo se lleva a cabo el trabajo de salida en el CRPSL.

El subprocedimiento de baja también implica una salida del centro y se incluye en el procedimiento de salida pero con criterios específicos y diferenciados del alta. En el caso presentado se explican los criterios que determinan la baja del caso y la manera de actuar en el centro ante este tipo de situaciones.

14.1 CASO 4A. PROCEDIMIENTO SALIDA Y SEGUIMIENTO: ALTA AUTÓNOMA

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) *Datos sociodemográficos y clínicos*

Manuel de 55 años es derivado al Centro de Rehabilitación en Junio de 2005, con un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Es el mayor de tres hermanos, uno de ellos falleció hace dos años (enfermedad crónica) y los padres han fallecido recientemente, en el momento de la salida del CRPSL por alta en el año 2010, conviviendo en el momento actual con su hermano menor de 52 años de edad.

El usuario refiere una infancia feliz, no destacando en los estudios, por lo que finalizó graduado escolar y decidió ponerse a trabajar. Siempre le ha gustado la pintura, dedicándose a ello en la actualidad. Se define como bohemio y autodidacta.

A lo largo de su vida ha cotizado apenas tres años, en trabajos de oficinas, camarero y poco más. Dedicándose de lleno a la pintura, afirmando que aunque no es suficiente para vivir, le aporta un extra económico junto a la prestación no contributiva que tiene en la actualidad.

Recuerda comenzar tratamiento en Salud Mental en 1983, a raíz de un ingreso psiquiátrico el cual lo asocia a consumo de sustancias, lo cual derivó en “paranoias”, no recuerda bien los síntomas que tenía, ni existen informes al respecto. Posteriormente, recuerda haber tenido al menos unos 7 u 8 ingresos mas, asociados a consumo, abandono medicación y presencia de sintomatología psicótica, siendo el último de ellos en mayo de 2005 y precedido de las circunstancias mencionadas anteriormente, junto a un abuso importante de alcohol. Durante esos años, ha mantenido un cumplimiento irregular del tratamiento psiquiátrico, asistencia a sus citas, así como consumo de sustancias (LSD, anfetaminas, cannabis, alcohol).

Desde su derivación al Centro en mayo de 2005, el usuario asiste a sus citas regularmente, sigue tratamiento prescrito y abandona el consumo de sustancias, manteniéndose estable psicopatológicamente hasta la fecha.

El usuario destaca su actividad de pintura como puente para conocer a mucha gente con los mismos gustos y aficiones y de ámbitos diferentes, lo que en algunos momentos le ha llevado a la promiscuidad con personas de ambos sexos y al consumo mantenido de sustancias, y no siendo capaz de medir las consecuencias futuras, algo de lo que es muy consciente en la actualidad.

Si reconoce que ha tenido comportamientos muy inadecuados, irritabilidad, abandono higienepersonal, insomnio, inquietud, desconfianza, delirios de persecución, ideas de referencia, etc., en las temporadas que abandonaba medicación y existe consumo de tóxicos. En la actualidad, no presenta sintomatología positiva activa, no mantiene consumo de tóxicos, salvo el tabaco. Presenta una toma adecuada de medicación, siendo autónomo en la misma, así como asistencia a sus citas psiquiátricas. Han desaparecido las

conductas promiscuas y verbaliza sentir que su capacidad de creatividad a la hora de pintar no ha disminuido, siendo la actividad que mantiene la estructura de su vida, ya que expone en galerías, contacta con otros pintores y le mantiene activo y ocupado, sintiéndose satisfecho con su vida en el momento actual y no sintiendo la necesidad ni el deseo de volver a consumir.

No constan antecedentes de enfermedad mental en su historia familiar.

B) Objetivos de la derivación al CRPSL

La derivación del usuario se formalizó el día 17 de junio de 2005 por su psiquiatra de referencia en la USM de Alcázar de San Juan, con los siguientes objetivos de intervención:

- Mejorar autonomía.
- Hábitos higiénicos-dietéticos.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar autocuidados.
- Mejorar adherencia a tratamiento y prevención consumo de tóxicos.
- Favorecer la realización de actividades de ocio y tiempo libre.

C) Resumen del PIR

- Necesidades del usuario
 - Aumentar autonomía en manejo del entorno (vivienda).
 - Mejorar hábitos de autocuidados (cuidado de la apariencia personal).
 - Estructuración de su rutina diaria.
 - Recuperación de una actividad que para él representa su rol principal “pintor”.
 - Adecuada conciencia de enfermedad y detección de pródromos.
- Recursos del usuario
 - Cumplimiento de citas y adherencia tratamiento.
 - Habilidades educacionales básicas conservadas.
 - Interés por realización de actividades de tipo artístico.
 - Autonomía en manejo de dinero y uso de medios de comunicación.
 - Mantenimiento de una red social, mínima pero sólida.
 - Apoyo familiar.
 - Soporte económico para satisfacer sus necesidades básicas (prestación no contributiva).
 - Motivación por recuperar una estructura de vida adecuada a sus necesidades y motivaciones.
- Objetivos de Rehabilitación

ACP: A Corto Plazo

- Hacerle ver la importancia de mantener un adecuado cuidado de la apariencia personal.

- Reforzar la realización de actividades de tipo intelectual (lectura y escritura) que potencien las habilidades cognitivas conservadas.
- Motivar al usuario para retomar la pintura, actividad laboral que ha dejado de realizar.
- Motivar para la realización de actividades de ocio activas, como ejercicio físico, alternativas al consumo de tóxicos.
- Mantener la adherencia al tratamiento farmacológico y la asistencia a citas en la USM
- Mantener la abstinencia de alcohol y otras drogas (Cannabis)
- Aumentar sus conocimientos acerca de la enfermedad.
- Realizar evaluación del medio familiar y su propio entorno.
- Coordinación con SS.SS. (SAD) para establecer pautas de actuación en cuanto al cuidado de la vivienda y el aseo personal cuando vuelva a su domicilio
- Favorecer que el hermano conozca el Centro para contrastar la información aportada por los padres al inicio de la evaluación y evaluar si es necesario intervención familiar.

AMP: A Medio Plazo

- Instaurar adecuado patrón de cuidado de la apariencia personal: frecuencia de ducha, lavado de cabello, afeitado, cambio y limpieza de prendas de vestir.
- Aumentar su responsabilidad ante el tratamiento (acudir solo a la USM y ser autónomo en la adquisición y toma de medicación).

ALP: A Largo Plazo

- Recuperar en la medida de lo posible su actividad profesional/ocupacional (pintura).
- Lograr una autonomía en el manejo del entorno doméstico

- Actividades

- Aseo personal y vestido.
- Psicoeducación.
- Entrenamiento en vivienda.
- Hábitos de vida (alimentación, sueño).
- Ocio y tiempo libre.
- Agenda personal (estructuración de su rutina diaria).
- Trabajo familiar en domicilio.
- Entrenamiento en AVD en domicilio.

- Resultados y evaluación pre y post

Los logros conseguidos por el usuario tras un proceso de rehabilitación de 5 años han sido:

- Mejora en autocuidados y apariencia personal.
- Reinicio de la actividad de la pintura con carácter laboral (exposiciones).
- Mantenimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y a las citas en la USM.
- Mantenimiento de la abstinencia al alcohol y cánnabis.
- Aumento de sus conocimientos acerca de la enfermedad mental.
- Mejora en sus hábitos de vida asociado a la convivencia en el medio familiar.
- Incremento de colaboración en la realización de tareas domésticas (limpiar, ordenar, hacer recados y compras) asociado a una mala situación sanitaria de la madre (la madre y el padre fallecieron en el año 2010).

- Disminución de la sintomatología positiva residual.
- Mejora de sus conocimientos sobre hábitos alimenticios sanos e introducción de cambios en su alimentación.
- Aumento de conocimientos sobre cuidados generales y actuación ante problemas leves de salud
- Participación y asistencia al programa de entrenamiento en vivienda, en la elaboración de recetas de cocina, compra de alimentos, etc.
- Exposición de su obra pictórica en el museo municipal.

En la siguiente tabla se especifican las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios pasados en el momento de la derivación y al alta terapéutica. Como puede observarse se han producido mejoras significativas en la sintomatología negativa (la intensidad se ha reducido en un 40%), el desempeño en áreas de funcionamiento autónomo personal y social y el manejo de la ansiedad y afrontamiento de situaciones problema. Además el usuario percibe una alta satisfacción con la atención que ha recibido desde el CRPSL.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	PUNTUACIONES "PRE"	PUNTUACIONES "POST"
Síntomas psicóticos positivos. Escala SAPS	PT Delirios= 2. Leve PT Alucinaciones=3. Moderado	PT Delirios= 0 PT Alucinaciones=0
Síntomas psicóticos negativos. Escala SANS	PT Global= 5. Grave.	PT Global= 3 Moderado
Valoración del desempeño psicosocial. Escala de funcionamiento EVDP	PT Global=3. Deterioro importante. Necesita alta supervisión.	PT=1 deterioro leve u oscilante, aceptable. Supervisión poco frecuente.
CALIDAD DE VIDA	PG= 5 (puntuación entre 1 y 7)	PG= 7
SATISFACCIÓN con la atención	Solo se recoge el post	Satisfacción con la atención en el momento del alta: 5 (puntuación entre 1 y 6)
Ansiedad. Inventario STAI	AE. PD=22 Centil= 62. Respuestas de ansiedad situacionales por encima de la media. Dificultades de afrontamiento. AR. PD=25 Centil= 75 Ansiedad permanente por encima de valores medios, como rasgo mantenido.	AE. PD=5 Centil= 7. Ausencia de ansiedad situacional. AR. PD=8 Centil=12. Control de estado de ansiedad mantenido en el tiempo.
Depresión. Cuestionario BDI	PD= 3. Ausencia de depresión.	PD= 8. Ausencia de depresión.
Autoestima. Cuestionario ROSEMBERG	PD=29. Autoestima buena.	PD=29. Autoestima buena

2. CRITERIOS TENIDOS EN CUENTA PARA DECIDIR EL ALTA

A) Situación psicopatológica

- Remisión de síntomas positivos y estabilización emocional.
- Responsabilidad con el tratamiento. Adherencia al tratamiento y a las citas en los

- diferentes dispositivos (USM, CRPSL...) implicados en la atención.
- Conocimiento de estrategias de afrontamiento y manejo de los síntomas.

B) Funcionamiento psicosocial y laboral

- Suficiente autonomía conseguida en el cuidado personal y nivel de desempeño adecuado en el contexto residencial y comunitario así como mantenimiento de las actividades ocupacionales o laborales que desempeña.
 - Autocuidados y hábitos saludables.
 - Afrontamiento personal y social.
 - Participación en recursos sociales.
 - Desarrollo de actividad ocupacional o laboral (pintura).

C) Red social-Apoyos sociales

- Existencia de red social básica pero sólida.
- Relaciones familiares y sociales de apoyo.

3. ENTREVISTA CON EL USUARIO

Tras la intervención llevada a cabo en el CRPSL, en reunión de equipo se planteó y se acordó dar el alta del recurso al usuario.

Posteriormente, el tutor y psicóloga del Centro, convocaron una entrevista con usuario y familia (el hermano pequeño), en la cual se revisaron los objetivos planteados en su PIR, el nivel de consecución de los mismos, la situación actual del usuario así como de la familia y figuras de apoyo. En esta entrevista no se plantearon nuevas demandas y estuvieron de acuerdo en lo planteado.

En posteriores entrevistas, se aplicaron las escalas de evaluación vinculadas al proceso de alta en las que se recogen las medias cuantitativas y cualitativas “pre” y “post”.

4. DEVOLUCIÓN A LA USM

En la Reunión con la USM de Alcázar de San Juan, la psicóloga/responsable del Centro planteó la decisión de dar el alta a Manuel del Centro. En esta reunión se analizaron conjuntamente con los profesionales de referencia las necesidades del usuario y familia, así como las acciones oportunas a desarrollar para el alta.

Tras esta reunión se consignó al usuario en el campo de “alta” de la base de datos del CRPSL.

5. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE SEGUIMIENTO

Este procedimiento se inició al causar alta del recurso el usuario, preparando su desvinculación progresiva del proceso de rehabilitación.

En este caso, el seguimiento que se realizó con el usuario fue un “seguimiento autónomo”, esto es, manteniendo intervenciones y tutorías puntuales desde el CRPSL mensuales y a lo largo de un año, manteniendo esta periodicidad en función de la evolución del usuario. Paralelamente, se aseguró el seguimiento desde la USM.

6. DISEÑO DEL PLAN DE SEGUIMIENTO

Una vez se dio de alta al usuario, se estableció junto a él (padres muy deteriorados y dependientes, y finalmente fallecidos, no pudieron participar en el proceso) su Plan de seguimiento (lo que previamente se ha trabajado con USM), el cual recoge los objetivos por áreas de necesidad a trabajar durante el mismo, las estrategias que en función del caso se consideren necesarias de cara a mantener la situación (personal, social, laboral/ocupacional y familiar) y revisión de los factores de riesgo y de protección así como posibles situaciones problema frente las que poner en marcha las estrategias adquiridas.

- Discusión del caso: valoración y resultados del procedimiento de derivación e incorporación con el usuario

Como se ha visto en la descripción del caso, la salida de un CRPSL por alta se basa en una decisión operativa, planificada y consensuada. Operativa ya que se tienen en cuenta criterios cuantitativos y cualitativos, como la reducción de síntomas y la mejora en áreas vitales relevantes de la persona. Planificada, porque se realiza con tiempo y previa discusión y análisis con la USM de referencia para el caso. Y consensuada porque se negocia con todos los implicados: usuario, familia y facultativos de la USM.

En este caso las mejoras alcanzadas favorecieron la posibilidad de llevar un seguimiento esporádico y distanciado en el tiempo, con importante nivel de autonomía conseguido por el usuario.

Los criterios tenidos en cuenta para decidir un alta no son únicamente psicopatológicos, sino también sociales y personales. Así, se valora igualmente importante que el usuario reduzca sus síntomas o que retome una actividad gratificante o importante para su mantenimiento y normalización en la comunidad.

El tiempo en conseguir un alta es variable. En este caso se produjo tras 5 años de trabajo de rehabilitación. En otros puede ser más o menos. No hay una referencia o estándar a marcar para este procedimiento, pues tan solo el ritmo y evolución de usuario es el que puede determinar cuándo se produce el alta, y el dispositivo debe adaptarse y respetar esos tiempos. En este caso se considera que el tiempo para conseguir los logros en 5 años ha sido un tiempo óptimo.



Anexos Caso 4A

PROCEDIMIENTO DE SALIDA SEGUIMIENTO: ALTA AUTÓNOMA



ANEXO 1: INFORME DE ALTA DE CRPSL

En este anexo se ejemplifica el informe que se elabora en el CRPSL en el momento del alta terapéutica.

DATOS PERSONALES

N^oH^a:

NOMBRE Y APELLIDOS: M.N.O

Fecha de nacimiento: 7 de junio de 1952

Fecha de entrada en CRPSL: 17/06/2005

Fecha de salida en CRPSL: 28/11/2009

Profesional de referencia en el CRPSL: Virtudes Castro (psicóloga)

Unidad de Salud Mental derivante: Alcázar de San Juan

Profesional de referencia en USM: Dr. Recio

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide

1. OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN AL CRPSL.

Mejorar autonomía, hábitos de alimentación, higiene personal, funcionamiento cognitivo, autocuidados y estructuración de su rutina diaria. Así como, mejorar conciencia de enfermedad, adherencia a tratamiento y prevención de recaídas.

2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN POR ÁREAS.

Durante la evaluación funcional se explorando las siguientes áreas, señalándose aquellas en las que se detectó un mayor déficit: sintomatología positiva y negativa activa (delirios de persecución, lectura y difusión del pensamiento, pobreza afectiva y embotamiento emocional); adherencia a tratamiento con una supervisión esporádica familiar; abstinerente en consumo de tóxicos en el momento de acceder al centro (no así en su pasado cercano); buenas habilidades sociales; adecuada autoestima y manejo de la ansiedad así como estados depresivos; buen desempeño social; inadecuado manejo en orden y limpieza del hogar; deficientes conocimientos en cocina y uso de electrodomésticos; autónomo en vestido; inadecuada higiene personal; habilidades educativas básicas conservadas e inadecuado manejo del ocio y tiempo libre (pasando la mayor parte del tiempo sin hacer ningún tipo de actividad, abandonando incluso la pintura, una de sus principales habilidades).

Apoyo familiar por parte de sus padres y hermano, pero con ciertas tensiones por la negación del usuario a seguir las pautas que hasta el momento le marcaban desde USM. La relación ha mejorado notablemente. No obstante, sus padres están delicados de salud, manteniéndose la mayor parte del tiempo sin salir de casa, lo que limita la intervención con ellos a contactos puntuales en su domicilio.

3. LISTADO DE OBJETIVOS DEL PIR:

ACP: A Corto Plazo

- Reforzar la realización de actividades de tipo intelectual (lectura y escritura) que potencien las habilidades cognitivas conservadas.
- Motivar al usuario para retomar la pintura, actividad laboral que ha dejado de realizar.
- Motivar para la realización de actividades de ocio activas, como ejercicio físico, alternativas al consumo de tóxicos.
- Mantener la adherencia al tratamiento farmacológico y la asistencia a citas en la USM
- Mantener la abstinencia de alcohol y otras drogas (CANNABIS)
- Aumentar sus conocimientos acerca de la enfermedad.

AMP: A Medio Plazo

- Instaurar adecuado patrón de cuidado de la apariencia personal.
- Aumentar su responsabilidad ante el tratamiento (acudir solo a la USM y ser autónomo en la adquisición y toma de medicación).

ALP: A Largo Plazo

- Recuperar en la medida de lo posible su actividad profesional (pintura).
- Lograr una autonomía en el manejo del entorno doméstico

4. PROGRAMAS E INTERVENCIONES QUE HA RECIBIDO.

- Aseo personal y vestido (atención individual).
- Programa de Psicoeducación y Prevención de recaídas.
- Programa de Vivienda.
- Programa de Hábitos de vida (alimentación y sueño).
- Entrenamiento en AVD en domicilio.
- Programa de ocio y tiempo libre.
- Estructuración de su rutina diaria.
- Trabajo familiar en domicilio.
- Tutorías.

5. EVOLUCIÓN Y MEJORÍA POR ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

- Autocuidados:
 - Mejora en autocuidados (alimentación) y apariencia personal (vestido e higiene personal).
- Hábitos de vida:
 - Mejora en la estructuración del sueño.
 - Mantenimiento de la abstinencia al alcohol y cánnabis.

- Afrontamiento personal y social:
 - Mantiene buenas habilidades sociales e interacción con iguales.
 - Mejora en el manejo de solución de problemas.
- Capacidades cognitivas:
 - Mantiene buenos niveles de procesamiento de información y capacidad de aprendizaje.
- Autonomía básica:
 - Autónomo en el manejo de dinero, transporte y entorno.
 - Incremento de colaboración en la realización de tareas domésticas (limpiar, ordenar, hacer recados y compras).
- Autonomía social:
 - Autónomo en gestiones burocráticas, así como manejo de recursos sociales y ocio y tiempo libre.
- Capacidad Laboral:
 - Exposición de su obra pictórica en el museo municipal.
 - Recuperación de su actividad “laboral” (pintura).
- Relación con el tratamiento:
 - Mantenimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y a las citas en la USM.
 - Aumento de sus conocimientos acerca de la enfermedad.
- Red de apoyo (soportes informales):
 - Retoma sus roles (cuidador principal de sus padres, etc.).
 - Mejora en sus hábitos de vida asociado a la convivencia en el medio familiar.
 - Recupera contacto con su red social.
- Red de apoyo (soportes formales):
 - Tiene su vivienda autónoma (lugar en el que desarrolla sus trabajos de pintura).

6. MOTIVO DEL ALTA.

El usuario ha evolucionado favorablemente a lo largo de su proceso de rehabilitación, adquiriendo una buena autonomía en las áreas de funcionamiento arriba indicadas, en concreto las mejoras se han dado en:

- Situación psicopatológica.
- Funcionamiento psicosocial y laboral: suficiente autonomía conseguida en el cuidado personal y nivel de desempeño adecuado en el contexto residencial y comunitario, así como mantenimiento de las actividades ocupacionales o laborales que desempeña.
- Relaciones familiares y sociales de apoyo.

7. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO Y PROFESIONALES IMPLICADOS.

El seguimiento se realizará de forma mensual en el CRPSL. Se ha establecido esta frecuencia por la situación sanitaria de los padres, los cuales se encuentran en un estado grave, lo que mantiene al usuario pendiente de ello.

El seguimiento se realizará a través del tutor del centro y de forma paralela, el usuario continuará asistiendo a sus citas en la USM como ha hecho hasta el momento, utilizando los espacios de coordinación entre USM (psiquiatra de referencia y DUE) y CRPSL (mensuales) para hacer valoración de la situación del usuario.

ANEXO 2: PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CRPSL

DATOS PERSONALES

NºHª:

NOMBRE Y APELLIDOS: M.N.O

Fecha de nacimiento: 7 de junio de 1952

Periodicidad del seguimiento en el CRPSL: 30/11/2009 a 28/11/2010

Profesional de referencia en el CRPSL: Virtudes Castro (psicóloga).

Unidad de Salud Mental de referencia: Alcázar de San Juan

Profesional de referencia en USM: D. Recio.

El usuario se mantiene colaborador y con una participación muy activa en su proceso de rehabilitación. Recibe el apoyo de sus padres, con los que se mantiene el contacto a través de las visitas a domicilio, dado el delicado estado de salud de los mismos.

Durante el tiempo de intervención se va consiguiendo progresivamente una notable mejoría clínica, disminuyendo sintomatología positiva (ideación delirante de perjuicio) y sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, embotamiento, indiferencia afectiva, etc.). Así mismo, se produce una mejoría en las AVD.

Es importante destacar, que desde su derivación al dispositivo el usuario no ha vuelto a consumir tóxicos (alcohol y marihuana) tras una trayectoria de consumo prolongada en el tiempo, lo que ha favorecido también una evolución favorable, retomando su actividad de “pintura” y volviendo a exponer y realizar la venta de los cuadros (un área muy importante en su vida, convirtiéndose en el motor de la misma y actividad que había ido abandonando progresivamente).

En los cuadros siguientes se describen los factores de riesgo y los factores de protección para el plan de seguimiento de Manuel.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Consumo de marihuana y alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener abstinencia de consumo de tóxicos. Seguir aplicando evitación y asertividad (decir NO). Asistir a citas periódicas en USM y CRPSL. Cuidar el círculo de amistades. Evitación de circuitos de riesgo.
Dependencia de los padres cada vez mayor (salud muy delicada).	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo por parte de su hermano en el cuidado de padre y ayudas externas (ayuda a domicilio –SS.SS-).
Fallecimiento padres.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener citas con USM y CRPSL. Apoyo por parte del hermano ante las decisiones de futuro a tomar.

PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO

A continuación se hace un listado de las sesiones de seguimiento con el caso mantenidas durante un año tras el alta del CRPSL, especificando la fecha, el profesional encargado y los objetivos del seguimiento.

SESIÓN/FECHA	PROFESIONAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A REALIZAR
18/12/2009	TUTOR	Revisar áreas de funcionamiento y mantenimiento de objetivos alcanzados.	Tutoría en CRPSL.
15/01/2010	TUTOR	Valorar situación actual ante fallecimiento padre.	Adelantar cita con USM. Tutoría y visita domiciliaria
19/02/2010	TUTOR	Revisar adaptación a la nueva situación familiar.	Tutoría y visita domiciliaria.
19/03/2010	TUTOR	Revisar áreas de funcionamiento y mantenimiento de objetivos alcanzados. Tutoría en CRPSL.	
16/04/2010	TUTOR		
14/05/2010	TUTOR		
18/06/2010	TUTOR		
16/07/2010	TUTOR		
20/08/2010	TUTOR	Valorar situación actual ante fallecimiento madre.	Adelantar cita con USM. Tutoría y visita domiciliaria
17/09/2010	TUTOR	Preparación para vida autónoma en su domicilio.	Apoyar en la organización de su rutina diaria y traslado a su domicilio (organización AVD)
15/10/2010	TUTOR	Revisar áreas de funcionamiento y mantenimiento de objetivos alcanzados.	Tutoría en CRPSL

Actualmente, el seguimiento con el usuario se va a distanciar en el tiempo, dado el nivel de autonomía adquirido y el mantenimiento del mismo, pasando a ser cuatrimestral y estando el usuario y USM de acuerdo con ello.

14.2 CASO 4B. PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO: ALTA NO AUTÓNOMA

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) *Datos sociodemográficos y clínicos*

Pedro (43 años) es derivado al Centro de Rehabilitación en enero de 2006, por la USM de Alcázar de San Juan con un diagnóstico de Esquizofrenia Residual.

Es el mayor de dos hermanos, su otro hermano Antonio es mecánico agrícola (40 años), por lo que vive en el núcleo familiar. Los padres tienen 68 años la madre y 72 años el padre.

El usuario presenta dificultades a lo largo de las entrevistas, indicando no recordar datos de su niñez, de su adolescencia y de su historia anterior al trastorno mental. Su familia refiere que tuvo dificultades en el colegio desde 1º de EGB, pero que con el tiempo fue capaz de finalizar hasta 7º de EGB, con numerosas dificultades y con marcado retraso con respecto a los niños de su edad.

A lo largo de su vida ha cotizado varios años, en trabajos agrícolas pertenecientes a una empresa familiar. Obtuvo en el pasado una Incapacidad Permanente Absoluta, con una prestación contributiva de aproximadamente 500 euros.

Recuerda comenzar tratamiento en Salud Mental hace unos quince –veinte años, no se ha podido saber fecha exacta, teniendo el primer ingreso a los 16 años de edad (según se refleja en informe de USM) y otro más a lo largo de su vida, pero ambos han sido de unos 4-5 días de duración, predominando conductas inadecuadas (portazos, irascibilidad emocional, voces que le insultan, le chillan y le dicen que no haga nada ni salga a la calle e ideas referenciales con respecto a los medios de comunicación. En los informes de USM destacan su introversión, embotamiento, pobreza afectiva, indiferencia, dificultades para mantener una conversación normalizada, aislamiento social, dependencia absoluta de los padres y deterioro cognitivo marcado, como la sintomatología más significativa en este momento.

El usuario no tiene una red social de referencia, relacionándose únicamente con su familia. Apenas sale de casa y si lo hace es acompañado de alguno de los progenitores.

En la actualidad, predomina sintomatología negativa y positiva resistente: afectividad plana, introversión, aislamiento social, capacidades cognitivas mermadas (dificultades en orientación temporal, atención mantenida, memoria, solución de problemas, toma de decisiones, procesamiento de la información y expresión verbal, e indica que a veces oye voces que le dicen que no salga de casa porque le van a hacer daño. Es importante destacar que no tiene conciencia alguna de enfermedad, no sabe para que toma la medicación, pero dice que “le deja más tranquilo”.

Según información aportada por la familia, ha tenido frecuentes crisis que no parecen haber precisado un ingreso, pero ante las cuales han acudido a urgencias en múltiples ocasiones.

No constan antecedentes de enfermedad mental en su historia familiar.

B) Objetivos de la derivación al CRPSL

La derivación del usuario se formalizó el día 18 de noviembre de 2005 por su psiquiatra de referencia, con los siguientes objetivos de intervención:

- Mejorar autonomía y autocuidados.
- Favorecer la realización de actividades de ocio y tiempo libre.

C) Resumen del PIR

Tras una evaluación funcional de Pedro exhaustiva desde el CRPSL y en acuerdo con la USM, se plantean los siguientes objetivos de intervención:

- Necesidades del usuario
 - Motivar para la asistencia al Centro y favorecer enganche terapéutico.
 - Mejorar hábitos de autocuidados (higiene personal y vestido)
 - Aumentar autonomía en desempeño social (en concreto en el uso de transporte urbano).
 - Fomentar autonomía en vivienda (orden, limpieza y cocina).
 - Disminuir protección materna.
 - Favorecer el apoyo materno para llevar a cabo el tratamiento rehabilitador.
- Recursos del usuario (competencias)
 - Adecuados hábitos de vida: alimentación y sueño.
 - Nivel económico aceptable.
 - Apoyo familiar.
- Objetivos de Rehabilitación

ACP: A Corto Plazo

- Mejorar las capacidades cognitivas básicas (atención y memoria).
- Informar a la familia sobre el proceso de incapacitación legal.
- Entrenar en el manejo del transporte interurbano de forma autónoma.
- Adquirir conocimientos básicos relacionados con el orden y limpieza doméstica.
- Ocupar su tiempo libre en actividades gratificantes.
- Recuperar al menos una de las antiguas aficiones que realizaba y favorecer la aparición de alguna nueva.
- Iniciar la realización de una actividad física gratificante para el usuario.
- Establecer interrelaciones de forma muy básica en el Centro, ya que son inexistentes, relacionándose tan sólo con la familia.

AMP: A Medio Plazo

- Atención Individual con el Psicólogo, para incrementar conciencia y conocimientos de la enfermedad.
- Mejorar estrategias de control para la sintomatología positiva (voces).

- Dar a la familia información acerca de alternativas residenciales.
- Asegurar la realización de tareas domésticas mínimas en su domicilio, como medio de asumir mínimas responsabilidades.
- Tutoría semanal familiar, para disminuir la sobreprotección materna, en el área de las tareas domésticas.
- Aumentar la frecuencia en el lavado de dientes y de ducha (al menos 2 veces por semana).
- Aumentar en la medida de lo posible la interacción con otros usuarios del Centro (de forma transversal).
- Mejorar conciencia de enfermedad de los padres y pautas de actuación con el usuario.
- Mantener la práctica en el programa de deporte, como actividad gratificante y saludable.

ALP: A Largo Plazo

- Abordar todos aquellos objetivos que no se hayan alcanzado a corto y medio plazo.
- Fomentar la realización de compras sencillas de forma autónoma (al menos encargos que le haga su madre).
- Favorecer el establecimiento de una mínima red de apoyo social alternativa a la familia.

• Actividades

- Programa Cuidado Personal (individual).
- Programa Lectoescritura (grupal).
- Programa Psicomotricidad (grupal).
- Programa de Vivienda (individual).
- Programa de Deporte (grupal).
- Programa de Ocio y Tiempo Libre (individual).
- Programa Buenos Días (grupal).
- Salidas y excursiones desde el Centro.
- Escuela de familias (individual).
- Taller de Soporte (grupal).
- Taller de Costura (grupal).
- Taller de Cuero (grupal).
- Taller de Cestería (grupal).

• Resultados y evaluación pre y post

Tras casi cinco años de trabajo intensivo desde el CRPSL se observan los siguientes resultados.

- Manejo autónomo en el transporte interurbano.
- Participación en actividades de ocio, salidas y excursiones del CRPSL.
- Adquisición de conocimientos en cuanto a orden y limpieza doméstica.
- Adquisición de conocimientos básicos en cuanto a la compra de alimentos y participación grupal en la elaboración de recetas básicas de cocina.
- Mantenimiento de actividad deportiva a nivel básico a través del programa de psicomotricidad.

- Mantenimiento en la lectura grupal de la prensa escrita que permite orientación sociocultural y temporal.
- Mantenimiento del taller de Soporte, como actividad gratificante y estructura del tiempo libre con intercambio básico interpersonal.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación pasados antes y después de del desarrollo del plan individual de rehabilitación, mostrando avances en algunas áreas de funcionamiento y ansiedad, aunque en la mayoría de las áreas ha habido avances pequeños y con importantes dificultades para seguir mejorando.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	PUNTUACIONES "PRE"	PUNTUACIONES "POST"
Escala de síntomas negativos SANS	PT= 2.5	PT= 2.5 Sintomatología presente de manera moderada. No ha habido cambios.
Escala de síntomas positivos SAPS	PT= 4	PT=4 Frecuentes alucinaciones auditivas aunque con poca interferencia. No ha habido cambios.
Escala de valoración del desempeño Psicosocial EVDP	Pasado en marzo de 2006	Agosto de 2010. Se han producido mejoras en el deterioro: 25% en la capacidad de afrontamiento social, 35% en el funcionamiento cognitivo básico y 20% en las redes de apoyo social. Los cambios en el resto de áreas de funcionamiento no superan el 15%.
CALIDAD DE VIDA	No evaluado en el PRE PIR	Puntuación general: 5 en una escala de 1 ("muy insatisfecho") a 7 ("muy satisfecho").
SATISFACCIÓN con la atención recibida	Solo se evalúa al finalizar la intervención.	Puntuación general: 5 en una escala de 1 ("muy insatisfecho") a 6 ("muy satisfecho").
STAI Inventario de ansiedad rasgo y estado.	A.Estado. PD=46 Centil= 99 A.Rasgo. PD=38 Centil= 95 Indica estado permanente de ansiedad y tendencia a responder con alteración en la situaciones de estrés.	AE. PD=18 Centil= 50 AR. PD= 22 Centil= 60 Indica reducción del estado mantenido de ansiedad y valores normales.
Inventario de depresión BDI	PD= 14 Indica estado ánimo bajo aunque no trastorno depresivo.	PD= 16 Sin cambios respecto al PRE.
Escala de autoestima / autoimagen ROSEMBERG	PD= 26	PD=30 Incremento leve en autoestima. Valor medio aceptable.

2. CRITERIOS TENIDOS EN CUENTA PARA DECIDIR EL ALTA NO AUTÓNOMA

A) *Situación psicopatológica:*

- Síntomas persistentes a pesar de la adherencia al tratamiento que no es viable abordar a nivel psicológico por las capacidades cognitivas mermadas y en acuerdo con su psiquiatra de referencia.
- Comportamiento infantil, no siendo capaz de asumir responsabilidades básicas.
- Familia no receptiva a trabajar autonomía del usuario, mostrando sobreprotección con respecto al usuario y rechazo al cambio.

B) *Funcionamiento psicosocial y laboral:*

- Avance lento en su proceso rehabilitación.
- Motivación por la realización de actividades ocupacionales.
- Dificil su participación en programas que requieren de unas habilidades básicas de atención.

C) *Red social-Apoyos sociales:*

- No existe red social de referencia al margen de la familia o el CRPSL.
- Relaciones familiares con predominancia de alta sobreprotección materna.

3. ENTREVISTA CON EL USUARIO

Tras la intervención llevada a cabo en el CRPSL de cinco años, en reunión de equipo se planteó y se acordó dar el alta no autónoma del recurso al usuario.

Posteriormente, el tutor y psicólogo del Centro, convocaron una entrevista con usuario y familia, en la cual se revisaron los objetivos planteados en su PIR, el nivel de consecución de los mismos, la situación actual del usuario así como de la familia y figuras de apoyo. En esta entrevista no se plantearon nuevas demandas y estuvieron de acuerdo en lo planteado,

Se establecieron las actividades en las que el usuario mantendría su participación activa, cuyo objetivo, es evitar un aislamiento aún mayor y mantener una rutina diaria estructurada, circunscrita a su participación en el Centro: Talleres, ocio y tiempo libre, psicomotricidad y aquellas actividades que puedan ser de su interés y no implican unas habilidades cognitivas mínimas.

En posteriores entrevistas, se aplicaron las escalas de evaluación vinculadas al proceso de alta no autónoma, en las que se recogen las medias cuantitativas y cualitativas “pre” y “post” que aparece en el apartado anterior.

El Alta No autónoma se hizo efectiva el 10 de septiembre de 2010.

4. DEVOLUCIÓN A LA USM

En la siguiente reunión con la USM de Alcázar de San Juan, el psicólogo/responsable del Centro planteó la decisión de dar el alta no autónoma a Pedro del Centro. En esta reunión se analizaron conjuntamente con los profesionales de referencia la situación del usuario y familia, así como la evolución y logros conseguidos.

Tras esta reunión se consignó al usuario en el campo de “alta no autónoma” de la base de datos del CRPSL.

5. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE SEGUIMIENTO

En este caso, al ser un alta no autónoma el usuario continúa participando en actividades del centro que se ajustan a sus necesidades: actividades ocupacionales y ocio-tiempo libre, no teniendo el carácter de entrenamiento o mejora sino de soporte y mantenimiento del nivel (habilidades sociales, red de apoyo y rutinas).

6. DISEÑO DEL PLAN DE SEGUIMIENTO

El usuario continua con tutorías mensuales en las que se abordan el mantener el nivel alcanzado y evitar una involución.

- Discusión del caso: valoración y resultados del procedimiento de derivación e incorporación con el usuario

Desde un primer momento se establecieron unos objetivos de rehabilitación muy concretos con el usuario. A lo largo de su evolución en el Centro, se pudo observar la cronicidad del usuario y la resistencia de la familia a lograr una autonomía básica, circunscrita a áreas determinadas, con el usuario, no apoyando en la generalización de lo aprendido en el Centro a su domicilio, no reduciendo la sobreprotección detectada por parte de los progenitores, a pesar de su participación en Psicoeducación de Familias y atenciones individuales y asumiendo la dependencia total de su hijo con respecto a ellos, verbalizando delegar el cuidado del mismo a su hermano cuando ellos no estén.

Tras cinco años de intervención en el Centro y ante el techo conseguido en el PIR del usuario, se plantea junto a USM dar el “Alta No Autónoma” del mismo.



Anexos Caso 4B

PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO: ALTA NO AUTÓNOMA



ANEXO 1: INFORME DE ALTA NO AUTÓNOMA DE CRPSL

DATOS PERSONALES

NºHª:

NOMBRE Y APELLIDOS: P.Q.R

Fecha de nacimiento: 20 de agosto de 1966

Fecha de entrada en CRPSL: 15/01/2006

Fecha de salida en CRPSL: 10/09/2010

Profesional de referencia en el CRPSL: Sandra Castro (monitora).

Unidad de Salud Mental derivante: Alcázar de San Juan

Profesional de referencia en USM: Miguel de Andrés

Diagnóstico: Esquizofrenia Residual

1. OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN AL CRPSL.

Mejorar autonomía y autocuidados, actividades de ocio y tiempo libre y estructuración de su rutina diaria.

2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN POR ÁREAS.

El usuario presenta nula conciencia de enfermedad, no autonomía en la toma de la medicación, sintomatología positiva activa resistente a tratamiento, sintomatología negativa. Presenta un marcado deterioro cognitivo, aislamiento social, nula red social de referencia, elevados niveles de ansiedad (estado y rasgo), no sintomatología depresiva, habilidades sociales básicas, déficit en habilidades conversacionales, inadecuado manejo del tiempo libre. Presenta conocimientos básicos en lecto-escritura, autónomo en cantidades pequeñas de dinero, pero no en la realización de trámites burocráticos, ni en Actividades Básicas de la Vida Diaria (cocina, orden y limpieza, utilización de electrodomésticos, vestido...).

3. LISTADO DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PIR:

Objetivos:

ACP: A Corto Plazo

- Mejorar las capacidades cognitivas básicas (atención y memoria).
- Informar a la familia sobre el proceso de incapacitación legal.
- Entrenar en el manejo del transporte interurbano de forma autónoma.
- Adquirir conocimientos básicos relacionados con el orden y limpieza doméstica.
- Ocupar su tiempo libre en actividades gratificantes.
- Recuperar al menos una de las antiguas aficiones que realizaba y favorecer la aparición de alguna nueva.
- Iniciar la realización de una actividad física gratificante para el usuario.
- Establecer interrelaciones de forma muy básica en el Centro, ya que son inexistentes, relacionándose tan sólo con la familia.

AMP: A Medio Plazo

- Atención Individual con el Psicólogo, para incrementar conciencia y conocimientos de la enfermedad.
- Mejorar estrategias de control para la sintomatología positiva (voces).
- Dar a la familia información acerca de alternativas residenciales.
- Asegurar la realización de tareas domésticas mínimas en su domicilio, como medio de asumir mínimas responsabilidades.
- Tutoría semanal familiar, para disminuir la sobreprotección materna, en el área de las tareas domésticas.
- Aumentar la frecuencia en el lavado de dientes y de ducha (al menos 2 veces por semana).
- Aumentar en la medida de lo posible la interacción con otros usuarios del Centro (de forma transversal).
- Mejorar conciencia de enfermedad de los padres y pautas de actuación con el usuario.
- Mantener la práctica en el programa de deporte, como actividad gratificante y saludable.

ALP: A Largo Plazo

- Abordar todos aquellos objetivos que no se hayan alcanzado a corto y medio plazo.
- Fomentar la realización de compras sencillas de forma autónoma (al menos encargos que le haga su madre).
- Favorecer el establecimiento de una mínima red de apoyo social alternativa a la familia.

Actividades:

- Programa Cuidado Personal (individual).
- Programa Lectoescritura (grupál).
- Programa Psicomotricidad (grupál).
- Programa de Vivienda (individual).
- Programa de Deporte (grupál).
- Programa de Ocio y Tiempo Libre (individual).
- Programa Buenos Días (grupál).
- Salidas y excursiones desde el Centro.
- Escuela de familias (individual).
- Taller de Soporte (grupál).
- Taller de Costura (grupál).
- Taller de Cuero (grupál).
- Taller de Cestería (grupál).

4. EVOLUCIÓN Y MEJORÍA POR ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO.

- Autocuidados:
 - Mantiene autocuidados y apariencia personal con supervisión materna.
- Hábitos de vida:

- Mantiene una pauta de sueño adecuado.
- Requiere de una supervisión familiar en hábitos de alimentación, ya que tiende a excesos inadecuados y mantiene tratamiento por diabetes.
- Afrontamiento personal y social:
 - Mantiene habilidades sociales básicas con los compañeros del centro, no interaccionando con otras personas fuera del núcleo familiar.
 - No existe afrontamiento ante situaciones problema, siendo sus padres los encargados de ello.
- Capacidades cognitivas:
 - Existe un deterioro muy marcado en habilidades cognitivas, lo que no favorece el proceso de rehabilitación.
- Autonomía básica:
 - Autónomo en el manejo de cantidades pequeñas de dinero y en el transporte al centro.
- Capacidad Laboral:
 - El deterioro que presenta el usuario no favorece su inserción formativo-laboral, ni tiene expectativas en éste área.
- Relación con el tratamiento:
 - Mantenimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y a las citas en la USM por supervisión familiar.
 - No presenta conciencia de enfermedad.
 - Sintomatología positiva residual resistente a tratamiento farmacológico e intervención.
- Red de apoyo (soportes informales):
 - El usuario no posee una red social de referencia. Tendencia al aislamiento.
- Red de apoyo (soportes formales):
 - Se observa sobreprotección por parte de los padres, aumentando la dependencia del usuario con respecto a ellos en las actividades de la vida diaria.

5. MOTIVO DEL ALTA NO AUTÓNOMA

Se produce una evolución lenta y mostrando un techo en la mejoría, tras un proceso de rehabilitación de cinco años, convirtiéndose en objetivo prioritario evitar una involución mayor y mantener al usuario en actividades que le resulten gratificantes como medida de soporte, favorecer la interacción con otros compañeros del centro, y mantener una rutina estructurada diaria, favoreciendo la realización de actividades fuera de su domicilio.

6. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO Y PROFESIONALES IMPLICADOS.

El seguimiento se realizará de forma mensual en el CRPSL a través de las tutorías con la monitora que ha sido su persona de referencia durante todo el tiempo de permanencia en el centro y de forma paralela, el usuario continuará asistiendo a sus citas en la USM como ha hecho hasta el momento, utilizando los espacios de coordinación entre USM (psiquiatra de referencia y DUE) y CRPSL (mensuales) para hacer valoración de la situación del usuario de manera indefinida.

14.3 CASO 4C. PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO: BAJA

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) *Datos sociodemográficos y clínicos*

Juan José es derivado al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) en marzo de 2006, contando con 30 años de edad. Convive con sus padres. Su padre de 66 años está jubilado; trabajó en la banca en Madrid. Su madre de 65 años es ama de casa, ha trabajado en el sector de la limpieza, y está sin trabajo en el momento de la derivación.

Tiene dos hermanos, Juan Carlos de 41 años que reside en Madrid, donde trabaja como taxista; está casado y tiene dos hijos. Su hermana de 35 años, es profesora y reside en Barcelona. Los padres informan de que perdieron un hijo de 9 años antes de nacer Juan José; según dice la madre, fueron a por el cuarto hijo (Juan José) por este motivo.

Realizó en Madrid sus estudios hasta completar Graduado Escolar. Comenzó a estudiar Auxiliar Administrativo, pero lo abandonó a los dos días. Posteriormente ingresó en el Instituto Politécnico del Ejército de Calatayud donde estudió Electrónica. Estuvo seis meses en la escuela de suboficiales, pero la dejó, según sus padres “porque se le acabaron los créditos”.

A los 15 años empieza a trabajar como camarero durante 10 meses, hasta que cerraron el bar. Posteriormente trabajó en un lavadero de coches durante 7 meses. Cuando lo cerraron, continuó trabajando con la misma empresa en otro lavadero, hasta que se fue porque lo acusaron de haber robado la cartera a un compañero. Vuelve a trabajar como camarero, durante 7 meses. Después trabaja en una Empresa de Trabajo Temporal como mozo de almacén. Sus dos últimos trabajos fueron como repartidor de propaganda y de páginas amarillas, trabajos que dejó porque no quería trabajar, según él porque “tenía muchas responsabilidades con otras cosas”.

Reside con sus padres en un barrio de la periferia de Madrid hasta septiembre de 2005, cuando la familia se traslada al pueblo buscando un ambiente más positivo para la recuperación de su hijo.

A los 17 años fue diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, en el año 1983, coincidiendo con varios acontecimientos vitales estresantes: parón laboral y formativo y consumo de tóxicos.

La historia de su sintomatología comenzó anteriormente, cuando a los 15 años se incorporó a las Fuerzas Armadas, y le nombraron “responsable de camarote”. Según cuenta, empezó a tener problemas con sus compañeros porque asumía toda la responsabilidad de las malas actuaciones que éstos realizaban. Empezó a tomar drogas y alcohol. Fue expulsado a los seis meses por consumo de drogas, mala presencia, y disputas con los compañeros.

Los padres informan de que ellos no empezaron a observar los síntomas en su hijo hasta los 17 años. Como ejemplo cuentan que, cuando vivían en Madrid, un día que iba en el metro y vio una pareja, ésta estaba jugueteando y besándose. Él creyó que el chico estaba pegando a la chica, así que empezó a pelearse con él. Fue denunciado y fue a juicio. No tuvo cargos porque no se encontraba psicopatológicamente estable en el momento del suceso. Juan José también cuenta que se ha metido numerosas veces en líos, “me buscaban para venderme drogas porque creían que tenía dinero, cuando comprobaban que no tenía me pegaban...”. Al contarlo mezcla la realidad con alucinaciones. Insiste en que él vivió muchos años atrás en otro planeta. “Yo tengo muchos años. Mi cuerpo actual no es el mío. Un gitano me dio una paliza y me mató. Cuando desperté en este cuerpo, comencé a andar. Mi padre actual, que no es mi padre de verdad me recogió y me llevó a su casa”.

Cree que su enfermedad ha influido a la hora de abandonar su trabajo, y tiene miedo de volver a trabajar o de retomar alguna formación por este motivo.

Tiene una historia considerable de ingresos. Siempre con antecedentes de consumo de hachís, éxtasis y alucinógenos, que provocaron varios ingresos en Madrid.

Mantiene a menudo discusiones con sus padres que le administran el dinero a causa de su gasto elevado. En especial la relación con su padre no es buena, porque según él no es su padre y además le trata como un niño. Es bastante impulsivo, a veces se escapa del domicilio familiar y duerme fuera de casa. Estas disputas han sido la causa de sus ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve de Ciudad Real (UHB) desde que vive en la provincia.

En el momento de la derivación al CRPSL no se detectan síntomas psicóticos, ni positivos ni negativos, pero le resulta aversivo hablar de su historia vital y de su enfermedad.

B) Objetivos de derivación al CRPSL

En marzo de 2006, es derivado al CRPSL por su psiquiatra de referencia en la Unidad de Salud Mental (USM), con la indicación de trabajar en las siguientes áreas y objetivos:

- Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento:
 - Apoyar en su conciencia relativa de enfermedad
- Actividades de la vida diaria:
 - Favorecer el desarrollo de relaciones sociales en su nuevo domicilio.
- Habilidades sociales y de afrontamiento:
 - Presenta déficits en el manejo de la ansiedad, ante estas situaciones tiende a consumir alcohol. Trabajar alternativas para el manejo de la ansiedad.
- Habilidades ocupacionales-laborales:
 - No trabaja ni mantiene ocupaciones. Estudiar posibilidades de reinserción laboral.

- Convivencia familiar:
 - En su sintomatología psicótica, la familia forma parte de su delirio de perjuicio. Apoyar para que comprenda que la familia no supone un peligro para él.
- Red de apoyo y situación de aislamiento:
 - Dificultades en las relaciones interpersonales, tiene tendencia a evitar relaciones sociales.

C) Resumen del PIR

En primer lugar, es realizada por los profesionales del Centro una evaluación inicial a nivel global de los recursos y necesidades de Juan José. A nivel psicológico se valoran las capacidades cognitivas, el autocontrol, y su autoestima personal. Se evalúa además su conciencia de enfermedad, el control y autoadministración de la medicación y las habilidades sociales. También se obtienen resultados sobre la ocupación de su tiempo libre, actividades de ocio y utilización de recursos. El área laboral y sus actitudes laborales. En el área de actividades de la vida diaria (AVD), se valora la higiene personal, vestido, manejo de actividades en el hogar, hábitos alimenticios, de sueño y de salud y el manejo del dinero. Se entrevista a la familia y se realiza una visita domiciliaria para obtener datos sobre las relaciones y el ambiente familiar y la visión de la familia sobre la enfermedad de su hijo.

Con los datos de estas valoraciones iniciales, se realiza por parte del equipo la Valoración de su Desempeño Psicosocial (EVDP), quedando plasmados en su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) las necesidades y recursos que posee, así como los objetivos a trabajar en las diferentes áreas que necesita recuperar. A continuación se expone un resumen:

- NECESIDADES
 - Tener conocimientos necesarios para el manejo de ideas delirantes.
 - Fomentar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como del proceso de rehabilitación.
 - Una alternativa residencial que reduzca la frecuencia e intensidad de su delirio de filiación y de referencia
 - Establecer relaciones significativas y gratificantes en su entorno social.
 - Ajustar expectativas respecto a su enfermedad mental.
- RECURSOS
 - Apoyo y compromiso familiar.
 - Vivienda familiar.
 - Buen nivel de autonomía en el manejo de gestiones personales.
 - Colaborador.
- OBJETIVOS
 - A Corto Plazo

- Estabilizar clínicamente su sintomatología positiva, específicamente su delirio de filiación y referencia.
 - Aumentar su conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.
 - Disminuir progresivamente el apoyo de los padres en la administración de la medicación, dotándoles de estrategias para llevarlo a cabo.
 - Favorecer el desarrollo de relaciones en su localidad, motivando la participación en actividades gratificantes para él o realización de actividades formativas u ocupacionales.
- A Medio Plazo
 - Evaluar su gasto en las máquinas tragaperras, para ver si es factible que aumente su autonomía en el manejo del dinero. (De confirmarse su adicción, ofrecerle alternativas terapéuticas para tratar su dependencia).
 - Dotar a los padres de herramientas para que faciliten el proceso de rehabilitación de su hijo.
 - Identificar y clarificar sus intereses y preferencias profesionales.
 - Disminuir el proteccionismo por parte de los padres, interviniendo a su vez con Juan José para adquirir una mayor autonomía en diferentes áreas (realizar actividades sólo, entrevistas de trabajo, etc).
 - A Largo Plazo
 - Traslado a una vivienda tutelada de media-alta supervisión.
- ACTIVIDADES
 - Motivar para cambiar a una alternativa residencial y solicitarla.
 - Acordar con USM, la intervención que incida en la sintomatología delirante y conciencia de enfermedad.
 - Intervención en el medio como alternativa al centro.
 - Programa de Psicoeducación de familias
 - Programa de Psicoeducación de usuarios.
 - Programa de *Orientación Vocacional*.
 - Programa de Afrontamiento al estrés.
 - Programa de Ocio e integración comunitaria.
 - Consensuar con la USM, familia y propio usuario la necesidad de una alternativa residencial.
 - RESULTADOS Y EVALUACIÓN CONTINUA

Con posterioridad a la ejecución del PIR inicial, se realizaron cuatro revisiones semestrales de los objetivos planteados en el mismo. Se resumen los resultados en la siguiente tabla:

SEGUIMIENTOS SEMESTRALES	INTERVENCIÓN	VALORACIÓN
Septiembre de 2007	<p>En el primer período de intervención desde el centro, se intenta trabajar a nivel individual los objetivos de estabilizar clínicamente su sintomatología positiva, específicamente su delirio de filiación y referencia y aumentar su conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Esto último se realiza en colaboración con los padres, tratando de disminuir progresivamente su apoyo en la administración de la medicación.</p> <p>Se inician también intervenciones para favorecer el desarrollo de relaciones en su localidad, motivando la participación en actividades gratificantes para él y la realización de actividades formativas.</p>	<p>No es posible trabajar los objetivos referidos a su sintomatología positiva y conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, debido a que muestra mucha aversión a hablar sobre estos temas, y además es reacio a acudir al centro (lo hace muy esporádicamente). Los padres se muestran excesivamente protectores y por tanto no es posible trabajar la toma de medicación de manera autónoma.</p> <p>Se opta por realizar en principio seguimiento domiciliario hasta conseguir motivarle para asistir al centro. Se trabajan los aspectos de socialización en su localidad y al mismo tiempo se va consiguiendo su enganche para la intervención psicosocial. Realiza un taller de informática en la universidad popular de su pueblo. Se consigue ajustar de sus expectativas laborales (observamos que los temas de formación y empleo le motivan especialmente). Comienza a utilizar los recursos sociales y de ocio de su pueblo. Por esta razón el equipo plantea para el próximo semestre mantener el desarrollo conseguido de relaciones en su localidad. Se evaluará su dependencia a las máquinas, para ver si es factible que aumente su autonomía en el manejo del dinero, o, en caso de confirmarse su adicción, ofrecerle alternativas terapéuticas para tratar su dependencia. Los padres comienzan a acudir al programa de psicoeducación, con el objetivo de que conozcan la enfermedad de su hijo y así colaboren en su proceso de rehabilitación. Se intenta disminuir el proteccionismo que muestran, interviniendo a su vez con Juan José para adquirir una mayor autonomía en diferentes áreas (realizar actividades sólo, entrevistas de trabajo, etc).</p>
Febrero de 2008	<p>Únicamente es posible evaluar su dependencia a las máquinas. El tema del dinero continúa provocando disputas muy serias con su padre. Asiste algo más al CRPSL, pero continúa reacio a hablar sobre su enfermedad y se niega a pasar al programa de psicoeducación. Los padres acuden de manera puntual al programa de familias, pero niegan la enfermedad de su hijo.</p>	<p>Se plantea como única actividad la realización de tutorías con los padres y con Javier, teniendo en cuenta su decisión de incorporarse a un curso de administrativo que va a realizar con el SEPECAM hasta el verano.</p>

Septiembre de 2008	<p>Finalmente no realiza el curso de administrativo, pero continúa asistiendo al centro y utilizando recursos formativos y comunitarios en su localidad. Se ha matriculado en la escuela de adultos, y realiza nuevas actividades de ocio (lectura, ordenador, cámara digital, etc) para incorporarlas a su día a día.</p> <p>Se continúa en la labor de concienciar a los padres de la importancia que tiene su implicación en el proceso de rehabilitación de su hijo.</p> <p>Se refuerza a Juan José su asistencia esporádica al centro y se motiva para que acuda al de forma regular.</p>	<p>Comienza a asistir al Centro de manera regular y se incorpora a los programas de psicoeducación y autocontrol, a los que asiste con continuidad. Paralelamente, se van observando cambios con respecto a su conciencia y aceptación de su enfermedad. Es posible hablar con él de sus síntomas, por tanto se le propone y acepta iniciar intervenciones individuales psicológicas para trabajar su sintomatología. Se sigue insistiendo en la disminución progresiva del apoyo de los padres en la administración de la medicación y visitas a la USM, así como en obtener su colaboración para conseguir autonomía en las actividades en el hogar, consumo de tabaco y manejo de dinero. Se le prepara para la derivación a una vivienda tutelada. El equipo estima que su recuperación podría ir más rápida, fuera del ambiente sobreprotector de su hogar.</p> <p>Se trata también de que mantenga la asistencia al curso que está realizando en la escuela de adultos. Con su incorporación al programa grupal de afrontamiento, se trata de que disminuya su tendencia a la impulsividad, fomentando la reflexión y la toma de decisiones, para reducir las peleas con el padre, que han provocado un ingreso breve en la UHB</p>
Febrero de 2009	<p>Realiza actividades de ocio de forma autónoma, y mantiene su asistencia regular al CRPSL. Se observa una clara mejoría en su sintomatología. Aún es necesario conseguir una mayor estabilidad emocional, en el sentido de disminuir los conflictos con la familia, especialmente con el padre. Manifiesta quejas de que éste no acepta que le hable de su enfermedad y le trata como a un niño. Continúa asistiendo con gran interés al programa de psicoeducación y a las atenciones individuales con la psicóloga.</p>	<p>Considerando el freno que supone para la recuperación de Juan José la sobreprotección, la falta de colaboración y la negación de su enfermedad por parte de la familia (especialmente el padre), se considera que el objetivo principal es mantener la motivación, tanto de él como de sus padres para la incorporación a una vivienda supervisada. Por ello se le propone y acepta potenciar determinadas capacidades y destrezas para su futura incorporación. Se sigue insistiendo en la disminución progresiva del apoyo de los padres en la administración de la medicación y visitas a la USM. También en disminuir su proteccionismo, interviniendo a su vez con Juan José para adquirir una mayor autonomía en diferentes tareas domésticas.</p> <p>La colaboración de los padres es discontinua, aunque comienzan a participar, aunque con reticencias.</p> <p>Aprovechando que realiza actividades de ocio de manera autónoma, se trata de que establezca nuevos vínculos sociales.</p> <p>Se ve necesario continuar insistiendo en la disminución de su tendencia a la impulsividad.</p>

2. CRITERIOS TENIDOS EN CUENTA PARA DECIDIR LA BAJA

Desde la primera revisión se observan mejoras en la utilización de recursos en su entorno y se ajustan sus expectativas laborales, que en principio estaban distorsionadas. Sin embargo, es necesario un año para que acuda al CRPSL de manera regular.

En la última revisión de su PIR que se realiza previa a su baja del Centro, se observan mejoras en las siguientes áreas:

- Asistencia regular al CRPSL.
- Es capaz de realizar actividades de ocio de forma autónoma.
- Consigue una mayor estabilidad emocional, aunque continúa los conflictos con su familia (ahora principalmente porque no aceptan hablar de su enfermedad).
- En el último año asiste de manera continua al programa de psicoeducación y adquiere conciencia de enfermedad. Se estima que los conocimientos adquiridos sobre su enfermedad mental han ocasionado la mejoría observada.

Como conclusión, se observan cambios muy significativos en el usuario. Se valora que en una vivienda supervisada se aceleraría el proceso de recuperación, fuera del ambiente sobreprotector de la familia. Es necesario que adquiera mayor autonomía en su enfermedad (toma de medicación y visitas al psiquiatra), que establezca nuevos vínculos sociales, y que continúe avanzando en el área de afrontamiento, concretamente su tendencia a la impulsividad.

Teniendo presente estos criterios, se decide de manera conjunta con su psiquiatra en reunión de coordinación, la derivación a una vivienda supervisada donde se valora que potenciará sus capacidades y adquirirá una mayor autonomía.

3. ENTREVISTA CON EL USUARIO

Se realiza una entrevista con el usuario y la familia, en la que se les informa sobre estas valoraciones y resultados, consensuados por el CRPSL y su psiquiatra en la USM.

Se acuerda con ellos preparar a Juan José para su adaptación a la vivienda, por lo que es derivado a un programa específico en el Centro, en el que se trabajan dichos objetivos a nivel individual con él y con la familia (preparación para la convivencia).

Finalmente, se le deriva a la vivienda supervisada mediante informe redactado de manera conjunta por su psiquiatra y el CRPSL. Una vez valorado su caso por el Programa Residencial, es derivado a una vivienda tutelada en la provincia de Toledo, causando baja en el CRPSL para incorporarse a dicho dispositivo. Se redacta el informe de baja del Centro (Anexo 1).

4. DEVOLUCIÓN A LA USM

En reuniones sucesivas de coordinación con la psiquiatra, se va informando de todas estas intervenciones, hasta que tiene lugar su baja en el CRPSL.

La última coordinación con referencia a este usuario, es para entregar el informe de baja y la fecha y el lugar de incorporación a la vivienda supervisada.

- Discusión del caso

Tras seguir los procesos de derivación, evaluación, y ejecución del PIR, se comienza a intervenir con Juan José. Durante dos años esta intervención se limita principalmente a intervenir en el domicilio familiar. Esto es debido a que, dada la escasa conciencia de enfermedad que posee, no entiende cuál es la razón para acudir a un centro de rehabilitación para “enfermos mentales”. Por esta razón, en la primera revisión del PIR se modifican los objetivos a trabajar a corto plazo, dando prioridad a los motivos para asistir al Centro. Una vez conseguido, se retoman los objetivos iniciales referidos al trabajo de participación grupal en el CRPSL. El equipo estima que la participación en el Programa grupal de Psicoeducación, fue clave para su mejora: se produjeron importantes cambios en cuanto a conciencia de enfermedad, y paralelamente se observó bastante mejoría en su sintomatología referencial. Ésta observación fu confirmada por su psiquiatra en reuniones de coordinación posteriores.

A lo largo de todo el proceso de rehabilitación se experimentan serias dificultades para trabajar la autonomía profesional: la familia, en especial el padre, manifiesta en todo momento un gran afán de sobreprotección, siendo su colaboración bastante escasa en los objetivos planteados en esta área, y frenando en ocasiones el proceso rehabilitador. Además, y a pesar de su participación desde la derivación de su hijo al Centro, en el Programa de Psicoeducación para familias no acepta su enfermedad. En este sentido, se observan discusiones desde la mejoría de Juan José. Cuando su hijo les habla sobre “su” “enfermedad” y razona sobre la misma, no les gusta que hable de “esas cosas” y le recriminan, provocando el enfado del mismo y la “pelea” correspondiente. Por estas razones, tanto el equipo como su psiquiatra valoran la baja de Juan José para ser derivado a una vivienda tutelada, como el camino más rápido para su recuperación.



Anexo Caso 4C

PROCEDIMIENTO DE SALIDA Y SEGUIMIENTO: BAJA



ANEXO 1: INFORME DE BAJA CRPSL DAIMIEL

01. APELLIDOS:
02. Nc HISTORIA: 025/06
03. U.S.M.: Ciudad Real
04. EDAD: 34
05. F. NACIMIENTO:
06. DIAGNÓSTICO: Esquizofrenia Paranoide
07. DIRECCIÓN: C/,
08. TUTOR CRPSL: M^{ra} José Mcnéndez Sánchez Atareos.
09. FECHA PRIMER CONTACTO CRPSL: Marzo 2006
10. FECHA BAJA CRPSL: octubre de 2009

El paciente es derivado desde la USM de Daimiel al CRPSL con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Desde la USM se plantean como objetivos:

- Apoyar su relativa conciencia de enfermedad.
- Favorecer el desarrollo de relaciones sociales en su nuevo domicilio
- Estudiar posibilidades de reinserción laboral.
- Trabajar alternativas para el manejo de la ansiedad
- Apoyar que la familia no supone un peligro.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales.

Se ha mantenido la intervención con el usuario desde la fecha de derivación arriba indicada hasta el mes de octubre de 2009.

Causa baja en el CRPSL de Daimiel porque es derivado a la vivienda supervisada de Consuegra, donde continuará con su proceso de rehabilitación.

Daimiel 20 de octubre de 2009

Psicóloga-Responsable del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Daimiel

15. Descripción del proceso de atención de un caso completo

15.1 CASO 5. PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL: CASO COMPLETO

CASO 5: ELABORADO POR: CRPSL DE VILLARROBLEDO

Datos básicos del CRPSL:

- Profesionales:
 - 1 Responsable/Psicóloga
 - 1 Trabajadora Social
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 2 Monitores
 - 1 Técnico de Integración Social y Laboral
 - 1 Auxiliar Administrativo
- Número de usuarios atendidos en el año 2010: 73
- Sectorización / número de habitantes: 38.434

COMENTARIO:

En este caso se presenta el proceso de rehabilitación psicosocial completo. Se incluyen todos los procedimientos descritos anteriormente: derivación, incorporación, evaluación y diseño de PIR, intervención y salida.

Para una descripción en más detalle de cada uno de los procedimientos se remite a la lectura de cada uno de los casos concretos, o de la guía: "Procedimientos de atención en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Descripción, metodología y guía de actuación profesional".

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ramón de 52 años, soltero, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde los 17 años y abuso de alcohol (35 años de evolución). La sintomatología actual es de ideación autorreferencial y de perjuicio en segundo plano. Intensa sintomatología negativa.

Es el tercero de cuatro hermanos. Fue al colegio muy poco tiempo, hasta que aprendió a leer y escribir. Dejó el colegio por obligación de ayudar a su padre; con 9 años comenzó a trabajar en el negocio de su padre. La relación con éste era conflictiva, malos tratos psíquicos y físicos. A los 17 años, inicia consumo de alcohol y tiene el primer brote psicótico, fue atendido en psiquiatría privada y hospitalizado. No hizo el servicio militar por este motivo. Las relaciones sociales han sido significativas a lo largo de la vida, contaba con un grupo de amigos, que conocían su enfermedad y le apoyaban. Sin embargo Refiere, “me costaba mantener los amigos, era muy introvertido, me acostaba abrimme a los demás, pero tuve suerte y conté con buena gente”. A los 25 años, hereda el negocio familiar, tras la muerte del padre por cirrosis hepática. En este comercio tenía atención directa con el público, lo que le permitió combatir la predisposición al aislamiento social y pérdida de apoyo social. Refiere también que toda su infancia y adolescencia estuvo vinculada al trabajo, impidiendo compartir actividades de ocio con familiares y amigos.

En esta etapa, su funcionamiento es adecuado, aunque con déficit en el afrontamiento personal y social, hasta que el usuario tiene 39 años. El fallecimiento de su madre, principal apoyo emocional e instrumental, precipita un empeoramiento clínico y un grave deterioro en su funcionamiento psicossocial: abuso de alcohol, abandono de medicación, múltiples ingresos, pérdida de trabajo, pérdida de relaciones significativas (amigos y familiares), déficit en autonomía básica y social,... que llevan a una situación de exclusión social.

En cuanto a sus características personales, es de gran importancia para el usuario tener un rol de trabajador y sentirse útil, siendo esta su mayor preocupación. Es una persona sumisa, respetuosa, con una papel pasivo a la hora de aceptar normas.

Es derivado por la Unidad de Salud Mental (USM) de referencia, tras múltiples ingresos en Unidad de Hospitalización Breve (UHB) durante el año anterior por abandono de medicación y abuso de alcohol.

Los objetivos de la derivación al Centro de Rehabilitación Psicossocial y Laboral (CRPSL) son:

- Mantener ocupación remunerada como medio de contacto con la realidad.
- Poseer un medio económico que asegure su futuro.
- Control sobre el seguimiento del tratamiento farmacológico y citas psiquiátricas.
- Refuerzo sobre la necesidad de mantener abstinencia alcohólica.

En el momento de la derivación el usuario vive solo, tan solo cuenta con el apoyo puntual de su hermano mayor. Dicho hermano no puede darle los apoyos que necesita por su situación laboral y familiar (conflictivo conyugal). Una hermana vive fuera de la población y con la hermana más pequeña no existe ningún tipo de relación por problema económico, refiriendo el usuario rechazo hacia ella.

Actualmente parado, con subsidio por desempleo que se agotará en dos meses. No tiene dinero, ni posibilidad de apoyo económico de ningún hermano. Deuda a la Segu-

ridad Social de aproximadamente 4.000€. Certificado de minusvalía en trámite.

En cuanto al entorno donde vive, es una casa en la que se integran varias viviendas. El usuario tan solo utiliza una parte. Los propietarios son hermanos y primos del usuario por herencia, cedida para su uso. La casa está muy deteriorada y se ha derrumbado una parte: amenaza de ruina. No tiene electricidad (por impago), por lo que no tiene agua caliente. Está en pésimas condiciones y no cumple los mínimos de habitabilidad.

Sus relaciones sociales, que siempre han estado vinculadas al trabajo, actualmente se limitan a bares, porque manifiesta que tiene frío en casa y se siente solo.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS PRIMEROS CONTACTOS Y DE LA INTERVENCIÓN INICIAL DESDE EL CRPSL. (ACOGIDA)

La primera entrevista se lleva a cabo por la psicóloga, responsable técnico del centro y la trabajadora social. Se realiza en el CRPSL, de manera conjunta, acuden el usuario y su hermano, tras alta en UHB. Se les presenta el espacio físico, el equipo de trabajo así como el folleto informativo de las actividades y programas del centro.

En esta primera entrevista, el usuario mantiene una actitud sumisa, está abatido ante su situación, “ todo esta perdido, que más me puede pasar “aceptando así pasivamente el tratamiento rehabilitador. La expectativa de su hermano es delegar el cuidado del usuario al centro, ante el agravamiento y la incapacidad para abordar la problemática, ya que los apoyos puntuales que le ha podido ofrecer han sido causa de conflicto con su mujer.

La psicóloga da la próxima cita al usuario para comenzar la evaluación. La trabajadora social informa al familiar del proceso a seguir y da una primera cita para comenzar la evaluación familiar.

Tras la presentación del caso al equipo y la asignación del tutor, que es la trabajadora social, se inicia el proceso de evaluación del usuario y de la familia, programándose las sesiones con los diferentes profesionales.

La incorporación del usuario se lleva a cabo a través de esa primera entrevista con el usuario y su hermano en el centro, presentación del caso al equipo y asignación de un profesional de referencia que es un educador. Paralelo a este proceso se introduce al usuario a actividades de apoyo social y de soporte en el centro como el taller de montaje de bolsas.

3. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

3.1. PROCESO DE EVALUACIÓN

Este proceso, iniciado tras la incorporación del usuario al centro, es llevado a cabo por los distintos profesionales del equipo, a través de la valoración de la información aportada por los recursos implicados en la derivación y atención (Unidad de salud

mental, Unidad de hospitalización y servicios sociales), las entrevistas con el usuario y su hermano, la observación en el centro, en el domicilio así como en el medio.

Una vez recabada la información previa a través de los recursos implicados y los primeros contactos con el usuario y su hermano, se expone en reunión de equipo la información disponible y se decide toda la información que será necesario seguir recabando para identificar las necesidades, déficits y capacidades en cada área.

La primera valoración del caso, nos da un perfil de la situación del usuario, estableciéndose los objetivos urgentes relacionados con la situación clínica: cumplimiento del tratamiento farmacológico y abstinencia alcohólica y con la cobertura de las necesidades básicas: alimentación, aseo, económico y vivienda. Ante esta situación y la grave ausencia de soportes, se inicia la intervención urgente en estas áreas, activando recursos y apoyos: control toma de medicación en el centro, refuerzo de la abstinencia alcohólica, a través de la realización de actividades diarias en el CRPSL, acompañamiento y gestión de citas médicas de atención primaria y especializada y coordinación con los servicios sociales generales.

En la reunión de presentación del caso se acuerda el reparto de las áreas de evaluación entre los profesionales, el calendario de evaluaciones con el usuario y su hermano, los contextos de evaluación, horarios y disponibilidad de los profesionales y usuario. Con todo ello se establece la fecha de la junta de evaluación y presentación de la propuesta de intervención en el CRPSL de cada profesional.

La evaluación del usuario y la familia, atiende a las siguientes áreas de evaluación, así como los profesionales implicados, los instrumentos empleados y las sesiones de evaluación.

PROFESIONAL	ÁREAS DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTOS	Nº DE SESIONES
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y responsabilidad. • Funcionamiento cognitivo. • Afrontamiento personal y social: habilidades sociales, autocontrol y autoestima • Historia clínica y psicopatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada. • SANS • SAPS • Waiss-III • Cuestionario de memoria de la vida cotidiana. • STAI • Cuestionario de depresión B.D.I • Escala de autoestima de Rosenberg • Escala de calidad de vida. • Escala de percepción de necesidades del usuario. 	5
Terapeuta ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados y actividades de la vida diaria • Ocio y tiempo libre • Área laboral • Psicomotricidad. 	<p>Entrevista semiestructurada de actividades de la vida diaria y actividad ocupacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de AVD. • Cuestionario de ocio y tiempo libre. • Listado de intereses. • Cuestionario de datos laborales. • Cuestionario sobre el conocimiento del mercado laboral • Listado de ítems de acercamientos laborales • Protocolo observación parámetros psicomotores 	2

Trabajador social	<ul style="list-style-type: none"> Familia: Historia familiar, composición, relaciones familiares, relaciones sociales y red de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada Cuestionario de percepción de necesidades (versión familia) Escala de restricción de vida (ERVI) Gráfico de red social Protocolo de evaluación de la vivienda. 	4
Educador /monitor	<ul style="list-style-type: none"> Red de apoyo Relación y conocimiento del medio Orientación socio-cultural Evaluación ajuste laboral Evaluación habilidades sociales 	<p>Observación directa</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de habilidades de ajuste laboral (taller rehabilitador) Gráfico de red social Entrevista semiestructurada. SECHS. 	3

3.2. VALORACIÓN FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (ÁREAS DE VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL)

La evaluación realizada nos lleva a identificar un listado de déficits en las áreas vitales de funcionamiento y soportes.

ÁREAS DE EVALUACIÓN	VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA PERSONAL Y SOCIAL
Autocuidados:(higiene personal, vestido y alimentación)	<p>Presenta aspecto desaseado que despierta rechazo. No se ducha, no cuida su aspecto, ni mantiene higiene bucal, en general hay un abandono de sus autocuidados.</p> <p>Viste ropa vieja, rota, y sucia. Nunca se compra la ropa y la recibe de Cáritas o la que su hermano le da. No se cambia de ropa, ni la lava, ni se la quita para dormir. Pueden pasar semanas sin que se cambie de ropa interior.</p> <p>Hábito de alimentación gravemente desestructurado, se alimenta de conservas, bocadillos, restos de comida.</p> <p>En general presenta alteración en todos los aspectos: volición, habituación y desempeño. No identifica necesidad de aseo, no tiene hábito adquirido, sus capacidades para la ejecución están conservadas, pero el desempeño es inadecuado.</p>
Hábitos de vida: (hábitos de vida saludable, estructuración del sueño y consumo de sustancias tóxicas)	<p>Grave deterioro de los hábitos de vida saludables, con consumo de café, tabaquismo y vida sedentaria. No cuida su salud física, con dificultad para identificar síntomas de enfermedad física, y no pide ayuda cuando está enfermo o tiene malestar. Nunca va al médico de atención primaria, no se automedica, ni consulta a un especialista.</p> <p>Con respecto al sueño, esta ligeramente desestructurado en tiempo. Se acuesta muy temprano y se levanta tarde.</p> <p>Historia previa de abuso de alcohol, actualmente no consume.</p>
Afrontamiento personal y social: (autocontrol y afrontamiento del estrés, habilidades sociales y solución de problemas)	<p>El usuario presenta oscilaciones en su estado de ánimo, tendiendo a la depresión. Se queja de ponerse muy nervioso y evita las situaciones que le causan malestar, sobre todo en la interacción social. Su estilo de afrontamiento es evitativo. Presenta también baja autoestima con sentimientos intensos de inutilidad y fracaso. Su capacidad de solución de problemas está muy disminuida. Le cuesta valorar alternativas y tomar decisiones y si las toma evita llevarlas a cabo.</p> <p>Sus habilidades sociales básicas están conservadas y también muchas de las habilidades de relaciones interpersonales, (hacer preguntas, mantener una conversación), sin embargo no las ejecuta. Su estilo de comunicación es totalmente pasivo, adoptando siempre a nivel relacional la sumisión.</p>

<p>Capacidades cognitivas: (habilidades cognitivas básicas, procesamiento de la información y capacidad de aprendizaje).</p>	<p>El usuario se muestra orientado en las tres esferas. Según los datos aportados en las pruebas, se objetiva un menor rendimiento en la memoria de trabajo y memoria inmediata, así como un déficit en atención sostenida, no pudiendo mantener su atención en la tarea demandante más allá de cinco minutos si es una tarea no controlada, y treinta minutos si es simple. Su capacidad selectiva y dividida también está deteriorada, ya que no puede atender a las instrucciones y a la tarea a la vez. Por ello su procesamiento de la información se haya levemente disminuido. El tiempo de respuesta es alargado y precisa de simplificación en la información. Las funciones ejecutivas están también levemente disminuidas, por lo que necesita de apoyos y soportes para llevar a cabo tareas que exijan planificación, secuenciación, coordinación y control en la atención.</p>
<p>Autonomía básica (manejo del dinero, manejo del transporte, manejo del entorno donde vive y conocimientos básicos educativos)</p>	<p>Necesita ayuda en el manejo y organización de su propio dinero. No distingue entre los gastos necesarios y los superfluos, priorizando las compras de tabaco y café ante las de alimentos o pago de facturas. No paga las facturas y recibos, llegando a cortar el agua y la corriente eléctrica por impago.</p> <p>Presenta una grave desorganización del entorno, desatendiendo totalmente la organización y cuidado de la casa. Nunca ha tenido un patrón de comportamiento donde haya integrado actividades de cuidado de la casa, por lo que sus hábitos no integran éste área como de su competencia, no solo en la ejecución sino también en la organización.</p> <p>El entorno a su vez no reúne condiciones de habitabilidad necesarios para vivir, no tiene luz, por lo que no dispone de agua caliente, frigorífico, lavadora, calefacción. La casa está sucia, amenazando ruina e insalubre.</p> <p>Sabe leer y escribir, tiene conocimientos de cálculo que le son útiles en su vida diaria, pero necesita apoyo para la comprensión lectora, interpretación de cartas, recibos o para realizar gestiones.</p>
<p>Autonomía social (capacidad de autogestión, manejo de recursos sociales, manejo del ocio y tiempo libre)</p>	<p>En cuanto al manejo de recursos sociales, no utiliza redes sanitarias de ningún tipo, no acude al médico cuando está enfermo, ni a citas psiquiátricas. Los servicios sociales generales han intervenido durante unos meses, incluyendo al usuario en planes de inserción social, que no ha obtenido resultados, valorando que la problemática del usuario sobrepasa las posibilidades de ayuda que pueden ofrecer.</p> <p>En cuanto al manejo del ocio y el tiempo libre tiene dificultades para identificar intereses en el presente, aunque sí que identifica los pasados (pintar, los toros...), pero en la actualidad tiene un empobrecimiento importante de su volición.</p> <p>Su tiempo libre lo utiliza para ir al bar de su barrio, y disfrutar del calor de la calefacción y la televisión. Nunca está en casa salvo para dormir y permanece en el bar hasta esa hora.</p>
<p>Capacidad laboral (situación laboral, capacidad laboral, motivación laboral)</p>	<p>La situación laboral del usuario es de desempleo. En cuanto a su capacidad, puede realizar un trabajo protegido productivo. Manifiesta una alta motivación por el trabajo, pero con un planteamiento poco realista, ya que tiene una percepción desajustada de sus capacidades. Los fracasos laborales del pasado los atribuye siempre a causas externas. Existe una necesidad importante de trabajar por su situación económica y la falta de prestaciones sociales.</p>
<p>Relación con el tratamiento (conciencia de enfermedad, responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento, respuesta al tratamiento y efectos secundarios)</p>	<p>Conciencia parcial de la enfermedad. Conoce el diagnóstico, pero el reconocimiento de síntomas es muy deficitario, así como sus discapacidades asociadas. La responsabilidad ante el tratamiento es también muy deficitaria. No percibe la necesidad de mantener el tratamiento como factor de protección, llevándole a abandonar la medicación y no suele ir a las citas con psiquiatría. La respuesta al tratamiento, cuando lo mantiene, es también parcial, ya que no utiliza ningún factor de protección (consumo de alcohol, falta de soportes etc.)</p>

<p>Red de apoyo: Soportes informales (actividad principal, soporte familiar y redes de soporte social)</p>	<p>Grave deterioro en las actividades principales, no cuenta con ningún soporte, no desarrollando ninguna actividad principal salvo de “trabajador” de forma esporádica, en empleos protegidos y con dificultades derivadas de la sintomatología y el abuso de alcohol.</p> <p>El soporte familiar es exiguo, distanciamiento familiar y escaso apoyo, con hostilidad y criticismo, en el caso de su hermano. Este, lo visita una vez cada dos semanas, nunca en la casa, sino en bares. Nula cobertura por parte del resto de la familia.</p> <p>En cuanto a la red de apoyo social, círculo de relación marcadamente empobrecido, no posee ningún entorno relacional estable adecuado, relaciones sociales muy disminuidas e inexistentes, ya que su situación ha derivado en marginalidad y exclusión social.</p>
<p>Red de apoyo: Soportes institucionales (autonomía económica, soporte residencial e inserción en recursos sociales)</p>	<p>No tiene ingresos económicos. Casa insalubre sin condiciones de habitabilidad. No utiliza ni recibe apoyos institucionales.</p>

3.3. FORMULACIÓN DEL CASO: MODELO EXPLICATIVO BAJO EL MODELO DE VULNERABILIDAD

Una vez valoradas todas las áreas del funcionamiento psicosocial del usuario, así como su historia personal, sociofamiliar y clínica, estamos en disposición de formular el caso, bajo el modelo de vulnerabilidad (Zubing y Spring 1977), donde cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad, que bajo determinadas circunstancias, se traduce en un episodio esquizofrénico. Este modelo es sumamente importante a la hora de determinar el modelo de atención e intervención en un centro de rehabilitación, ya que en estas personas altamente vulnerables, deben promoverse conductas de protección que potencien medidas de seguridad específicas para las conductas de riesgo personales. Esto es el reflejo de la filosofía que identifica la intervención en el centro, ya que el principal objetivo del recurso es promover variables de protección tanto medioambientales (baja emoción expresada familiar, incremento de la red de apoyo social y familiar), como personales (incremento de la capacidad de autocontrol y afrontamiento, conciencia de enfermedad, capacidad de autocuidado, habilidades sociales, manejo social), que no desencadenen episodios esquizofrénicos y contribuya a las personas a llevar una vida digna y con seguridad.

En relación al modelo mencionado, iniciamos la comprensión del caso identificando en primer lugar las **factores de vulnerabilidad y predisposición** como son: el modelo educacional paterno-materno disfuncional, escasa escolarización, modelo de consumo de alcohol paterno, personalidad (introversión, déficits en afrontamiento social y autocontrol), y en segundo lugar los **factores precipitantes** (incremento conflictiva del conflicto, abuso de alcohol, incremento de demandas personales y sociales: trabajo, relación con los iguales).

Posteriormente también se han analizado las **variables moduladoras o de mantenimiento**. Son aquellas conductas y variables que no explican u originan por sí mismas el desencadenamiento de la crisis, pero que resultan fundamentales a la hora de su resolución, sobre todo por su influencia para aminorar o agravar la discapacidad producida, y por tanto aumentar o disminuir la capacidad de la persona para desarrollar una vida

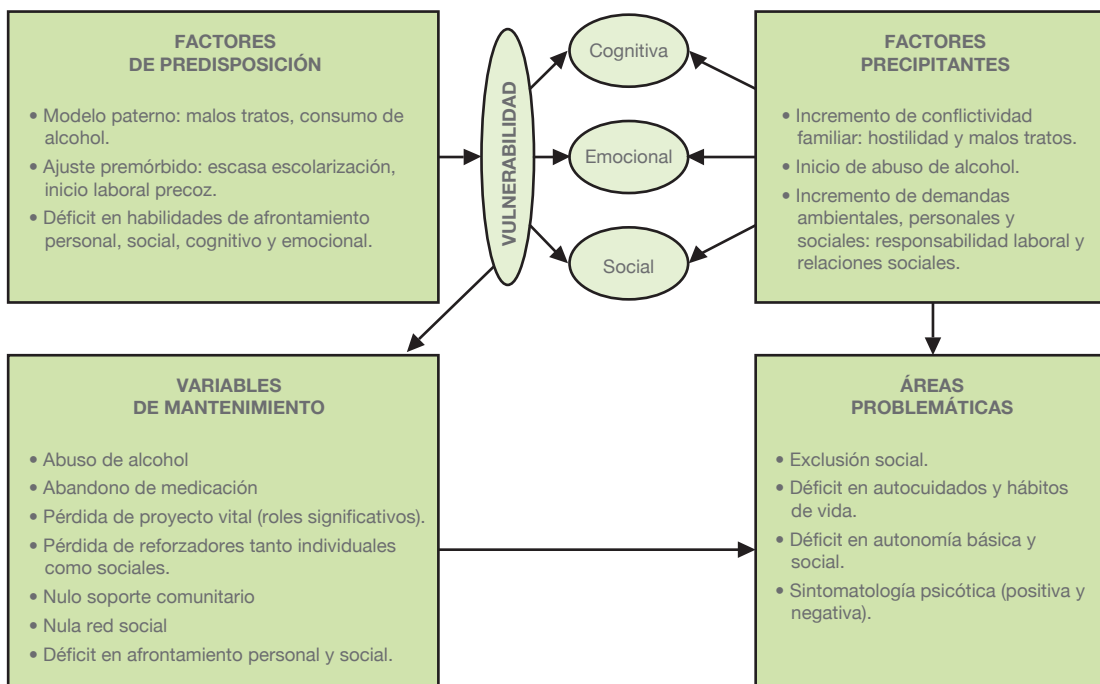
digna y con el mayor número de relaciones significativas posibles. La identificación de estas variables es imprescindible en el trabajo rehabilitador con el usuario, ya que nos indican los factores de riesgo que mantienen actualmente los problemas y nos orientan a perfilar los factores de protección (objetivos de rehabilitación). En este caso, las variables de mantenimiento actuales son: abandono de medicación y abuso de tóxicos, pérdida de roles significativos, nulo soporte comunitario, falta de habilidades de afrontamiento personal y social, distanciamiento familiar y alta emoción expresada.

El abandono de medicación disminuye las creencias negativas de sí mismo, así como la autoestigmatización. El abuso de alcohol le disminuye la ansiedad ante situaciones sociales e incrementa el refuerzo social, por ello pasa todo el día en los bares. Los déficits cognitivos y de afrontamiento (autocontrol y habilidades sociales) le llevan a evitar la situaciones sociales, disminuyendo así la ansiedad. Ello también le lleva a una pérdida de reforzadores positivos tanto individuales como sociales (pérdida de red de apoyo), así como una pérdida total de roles significativos (trabajador, amigo, etc...). Como consecuencia de todo ello las áreas problemáticas que el usuario presenta son:

- Situación de exclusión social: aislamiento social, pérdida de relaciones interpersonales, desempleo, sin ingresos económicos, casa insalubre.
- Autocuidados y hábitos de vida saludable: descuido en el aseo y vestido, desestructuración grave en la alimentación, alteración del ciclo sueño-vigilia, no cuidado de su salud física.
- Sintomatología psicótica: aparición de síntomas positivos (referencialidad y perjuicio) y negativos (abulia, apatía, anhedonia, insociabilidad). Depresión secundaria.
- Déficit de autonomía básica y social: manejo de dinero, gestión, recursos sociales y sanitarios, pérdida de reforzadores positivos (actividades gratificantes).

De manera esquemática, se representa a continuación la formulación del caso:

Esquema de formulación del caso.



La vulnerabilidad desarrollada no solo contribuyó al origen del problema esquizofrénico, sino que también impacta y se perpetúa en las variables de mantenimiento. Los factores precipitantes se siguen proyectando en el tiempo como factores desencadenantes de la aparición de las áreas problema actuales.

4. DISEÑO DE PIR: ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Un vez detectadas las áreas problemáticas, pasamos a la formulación de los objetivos que irán encaminados a minimizar las variables de mantenimiento, es decir, dichos objetivos plasmados y secuenciados en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) responden a incrementar los factores de protección del usuario (**modelo de vulnerabilidad**). Organizados estos, permiten el establecimiento de un equilibrio progresivo entre las necesidades del usuario y sus recursos personales.

Dado que el desempeño de cualquier rol social o conducta depende de la voluntad, capacidad y habilidad de llevarlo a cabo, se deberán tener constantemente en cuenta estas variables para adecuar los objetivos a las actitudes y expectativas del usuario por un lado, y a las demandas y características del ambiente por otro. Esta adecuación permitirá estructurar metodológicamente las etapas o fases de actuación con el usuario, estableciendo constantemente las bases de futuras acciones u objetivos, mediante la valoración continua de los niveles de funcionamiento alcanzados (**Modelo de competencia**). Así pasamos a la elaboración de Plan Individualizado de Rehabilitación, donde se les presenta al usuario y al familiar los objetivos secuenciados, los profesionales que intervienen, así como las actividades y/o programas de intervención.

4.1. NECESIDADES Y RECURSOS.

- Necesidades
 - Alojamiento y manutención
 - Autocuidado y habito de vida saludable.
 - Autonomía básica y social
 - Apoyo social y familiar
 - Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento farmacológico.
 - Afrontamiento social y personal
 - Integración laboral.
- Recursos
 - Actitud positiva ante el proceso rehabilitador
 - Motivación y capacidad laboral para un empleo protegido conservada.
 - Habilidades sociales básicas e interpersonales conservadas.

4.2. OBJETIVOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO.

- A corto plazo

- Favorecer la cobertura de las necesidades básicas de alimentación, aseo, ingresos económicos y vivienda.
 - Conseguir un nivel básico de aseo.
 - Activar un lugar para realizar su aseo y estructurar un horario para realizar dicha actividad.
 - Asegurar que el usuario cubra sus necesidades alimentarias (al menos dos comidas principales).
 - Disminuir el consumo de café y tabaco.
 - Conseguir un patrón de sueño saludable.
 - Mejorar la autoestima.
 - Potenciar y conocer técnicas para afrontar situaciones estresantes.
 - Trabajar metacognición y estrategias de compensación de déficit.
 - Mejorar los procesos cognitivos básicos (atención y memoria).
 - Supervisar de forma periódica el manejo de su dinero.
 - Apoyar al usuario en los trámites administrativos y burocráticos, y la realización de compras personales.
 - Aumentar la utilización de redes sanitarias del usuario, colaborando en la asistencia a las citas con atención primaria y atención especializada.
 - Favorecer la utilización de los servicios sociales básicos de forma adecuada para resolver situaciones que lo precisen.
 - Desarrollar actividades que le motiven en la utilización del tiempo libre en el CRPSL.
 - Constituir y potenciar factores de protección: abandono de consumo de tóxicos y toma de medicación y citas con USM.
 - Cumplimiento del tratamiento farmacológico y abstinencia alcohólica.
- A Medio plazo
 - Integrar en su rutina la necesidad de aseo personal, así como la necesidad de cambio de ropa y limpieza de la misma.
 - Identificar la necesidad de realizar una alimentación adecuada.
 - Conseguir que el usuario realice compras de alimentación más saludables.
 - Incrementar el cuidado y manejo de su salud física.
 - Adquirir estrategias para la solución de problemas.
 - Iniciar y mantener una conversación en distintos contextos
 - Mejorar la función ejecutiva (tareas de la vida cotidiana y empleo).
 - Favorecer la autonomía en el manejo y la organización de su propio dinero.
 - Dotar al usuario de destrezas para realizar tareas básicas del cuidado del hogar.
 - Recuperar intereses pasados y actividades de ocio que le sean gratificantes.
 - Mejorar su situación laboral, consiguiendo la inserción en el circuito laboral protegido.
 - Evitar la pérdida de capacidades laborales en periodos de desempleo
 - Incrementar la conciencia de enfermedad y la percepción de la necesidad del tratamiento.
 - Mejorar la responsabilidad y el nivel de cumplimiento del tratamiento.
 - Dotar al usuario de una actividad principal (trabajador) que sea reconocida socialmente y que le sirva de soporte.
 - Ampliar la red social de apoyo del usuario.
 - Conseguir la independencia económica en la obtención de su propio dinero a través de trabajo o prestación económica.
 - Obtener un soporte residencial que cubra su necesidad básica de alojamiento

que cumpla los requisitos básicos de habitabilidad.

- Favorecer el manejo autónomo de su relación terapéutica, así como de la medicación.
- Reducir la emoción expresada de su hermano (criticismo y hostilidad).

- A Largo plazo

- Conseguir un nivel adecuado de habituación integrando adecuadamente el hábito de aseo, cambio de ropa y limpieza de la misma.
- Conseguir un hábito saludable de alimentación.
- Mejorar el desempeño para realizar las tareas necesarias para cocinar menús sencillos.
- Mejorar las conductas encaminadas a conseguir una mejor asertividad y disminuir el estilo inhibido.
- Reforzar la capacidad y autonomía del usuario en la realización de gestiones.
- Favorecer la realización de actividades de ocio en recursos comunitarios.
- Mejorar la inserción en recursos sociales comunitarios, que favorezcan la ampliación de su red social.
- Mejorar el soporte familiar (de su hermano), reduciendo la carga objetiva sobre la enfermedad, favoreciendo los contactos puntuales con sus hermanos.

4.2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESARROLLADAS, RESULTADOS DE LAS MISMAS Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

En el cuadro siguiente están las estrategias de intervención.

Cuadro 1: Resumen de las estrategias de intervención desarrolladas y resultados de las mismas, objetivos y técnicas y lo programas.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN Y PROFESIONALES	TÉCNICA/PROGRAMAS
Autocuidados y Hábitos de vida Terapeuta Ocupacional	Individual: Entrenamiento individual en autocuidados, alimentación y vestido. Grupal: Programa de actividades de la vida diaria.
Afrontamiento personal y social Psicóloga	Grupal: Programa de autocontrol y manejo del stress (módulos: autoestima, técnicas de afrontamiento del stress y solución de problemas). Programa de habilidades sociales (módulos: habilidades conversacionales y de comunicación, habilidades asertivas, habilidades para la gestión de conflictos y solución de problemas).
Capacidades cognitivas Psicóloga/monitora	Individual: Intervención individual en rehabilitación cognitiva. Grupal: Programa de rehabilitación cognitiva.
Autonomía básica Terapeuta Ocupacional	Individual: Entrenamiento en tareas básicas de cuidado de la casa. Supervisión del manejo del dinero. Entrenamiento en la organización de su propio dinero. Grupal: Programa de actividades de la vida diaria (módulo de actividades domésticas).

Autonomía social Monitor/técnico de integración	Individual: Entrenamiento en realización de tramites burocráticos, utilización de redes sociales y sanitarias. Ocio: Motivación y recuperación de actividades gratificantes y uso de recursos comunitarios. Grupal: Programa de ocio. Talleres de apoyo a la rehabilitación.
Capacidades laborales Terapeuta Ocupacional	Individual: Itinerario formativo-laboral. Búsqueda activa de empleo. Grupal: Taller de ajuste laboral. Búsqueda activa de empleo.
Tratamiento Psicóloga	Individual: Entrenamiento en automedicación y en el manejo de la relación terapéutica. Potenciación de factores de protección: tóxicos y toma de medicación. Grupal: Programa de psicoeducación.
Apoyos informales Monitor/técnico de integración	Individual: Intervención en el medio con personas significativas para el usuario (vecinos, amigos,...), potenciando las relaciones interpersonales. Grupal: Talleres de apoyo a la rehabilitación: en CRPSL y en la comunidad.
Apoyos institucionales Trabajadora Social	Individual: Cobertura de necesidad básica de alimentación mediante contraprestación del usuario en Centro de Día del Menor. Coordinación servicios sociales, búsqueda de prestaciones sociales (Certificado de minusvalía, AES, solicitud de vivienda de promoción pública,...). Mediación en conflictos. Coordinación recursos laborales. Grupal: Programa de apoyo a la integración social y comunitaria (conocimiento de recursos comunitarios, motivación, interacción usuario-medio, itinerario individualizado de integración social y comunitaria).
Familia Trabajadora Social	Individual: Intervención individual refuerzo de las relaciones familiares. Grupal: Programa de psicoeducación familiar: Módulos de conocimiento de la enfermedad, comunicación y solución de problemas.

5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PIR: EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Desde el inicio, la intervención con el usuario ha estado basada en el trabajo en red, fundamentado en la cooperación coordinación y colaboración de los diferentes agentes e instituciones de la comunidad, imprescindibles en la mejora de la calidad de vida del usuario. Más allá de la coordinación, consiste en la colaboración y complementación con otros recursos de forma sistemática. Así, durante el proceso de intervención se ha trabajado con los servicios sociales comunitarios: trabajador social, psicólogo, centros de servicios sociales especializados (centros de día, recursos residenciales,...); servicios sanitarios (SESCAM: atención primaria y atención especializada); servicios de empleo (SEPECAM, centros formativos, bolsa de empleo, servicios laborales locales,...); Otras entidades ciudadanas (recursos culturales, recursos de ocio,...).

El trabajo rehabilitador se inicia con los objetivos urgentes planteados en el PIR. Por un lado el cumplimiento farmacológico y abstinencia alcohólica, imprescindible para el resto de la intervención. Por otro lado, se trabaja la cobertura de las necesidades básicas: alimentación, aseo, ingresos económicos y vivienda; activando recursos sociales y económicos.

Con respecto al aseo, y al no tener condiciones mínimas en su vivienda, se ducha diariamente en el CRPSL. En la alimentación, acude diariamente a comedor del Centro de Día de Menor de Servicios Sociales, por contraprestación del usuario de tareas de limpieza. Búsqueda de empleo protegido en Ayuntamiento y SEPECAM. Gestión de prestaciones, solicitud de certificado de minusvalía. Solicitud vivienda de promoción pública. Paralelamente asiste al CRPSL a los programas de atención grupal e individual asignados en su PIR, siendo esta asistencia regular. El tutor en el CRPSL se encarga de conocer la adecuación de las intervenciones a las necesidades y objetivos del usuario, valorando la ejecución del PIR. Así, posibilita la continuidad de cuidados y maximiza la utilización de recursos del CRPSL según las necesidades del usuario.

Tras cubrir las necesidades básicas, se puede iniciar el trabajo de generalización de algunas áreas como son autocuidados, cuidado del entorno, sueño y alimentación. Se realizan intervenciones individuales en el domicilio.

A lo largo del proceso de intervención, el usuario ha conseguido la mayoría de los objetivos propuestos en su PIR, favorecido por su alto grado de motivación para el cambio. Existe una mejoría significativa en su desempeño psicosocial, ausencia de hospitalizaciones y crisis durante todo el proceso, uso de recursos comunitarios y aumento de la red social. La inserción laboral del usuario, aunque con contratos temporales, permitió pagar las deudas, incluida la de la Seguridad Social, cumpliendo con sus deberes ciudadanos. Precisamente, puede contar con prestación contributiva de invalidez para cubrir sus necesidades, cuando tiene problemas para desarrollar un trabajo remunerado.

No obstante, en el área de autocuidados no se ha conseguido la adquisición del hábito de autocuidados. En el área de autonomía básica, el usuario no es autónomo en la realización de las tareas domésticas ni organización de su propio dinero. Valorado todo ello tras intervenciones intensivas individuales en su domicilio durante un largo periodo de tiempo.

La autonomía en estas áreas es deficitaria, no pudiéndose mantener el usuario en su domicilio sin una supervisión frecuente y de forma continuada. Tras la valoración de esta situación, el equipo del CRPSL, siguiendo los criterios de apoyo, normalización y autonomía, deriva a programa residencial de FISLEM. Dado su grado de desempeño tras el trabajo realizado, el recurso adecuado es una vivienda de media-baja supervisión.

En la vivienda supervisada se mantiene la misma filosofía rehabilitadora, intensificando los entrenamientos en el medio natural. Se consigue un nivel adecuado de autonomía con la activación de los soportes necesarios. Tras cuatros años en el recurso, no se reducen los apoyos que el usuario precisa, siendo mayores la demandas ambientales que los recursos personales del usuario y su competencia. Dicha competencia también se ve mermada por la edad del usuario (61 años). Por todo ello, se

deriva al usuario a Vivienda Supervisada de Mayores, con una menor exigencia en el área de cuidados del entorno. Añadir, que se trata también de una estrategia de intervención, para reducir paulatinamente apoyos especializados de salud mental y favorecer la integración en recursos normalizados de mayores.

6. SALIDA DEL USUARIO: ALTA

Después de 10 años de trabajo rehabilitador con el caso, en reunión de valoración de casos del equipo técnico del centro se propone y acuerda la salida del usuario, en este caso como ALTA del recurso, ya que el usuario ha alcanzado un nivel de mejoría muy significativa, (aumento del desempeño psicosocial, uso de recursos comunitarios, reducción total de ingresos hospitalarios, buena conciencia de enfermedad y responsabilidad al tratamiento, aumento de red social y apoyo familiar, soporte residencial y económico), valorándose que no es necesario continuar en programas de entrenamiento. Posteriormente, en reunión de coordinación con la USM se informa de esta decisión y se lleva a cabo acciones de información y planificación de la salida del usuario del recurso, estableciendo las futuras líneas de seguimiento, estando dirigidas a la no desvinculación de recurso y la necesidad de ofrecerle apoyo y soporte continuado, para mantener dicha mejoría. Como en todos los procesos se vuelve a contar de nuevo con la implicación y colaboración del usuario y familiar, por ello el tutor y el psicólogo convocan una entrevista con ellos, para revisar los objetivos planteados en su plan, el nivel de cumplimiento de los mismos, la situación actual del usuario, así como de su familiar, haciéndole de nuevo participe de su proceso de alta y posterior seguimiento.

Durante esta fase volvemos aplicar las escalas de evaluación vinculadas al alta como son SANS, SAPS, EVDP, calidad de vida, calidad de satisfacción, así como el STAI, BDI y escala de autoestima. Con los datos comparativos de “pre” y “post”, y teniendo en cuenta su estable situación psicopatológica, un adecuado funcionamiento psicosocial global, necesitando de una supervisión ocasional en todas las áreas excepto la de autocuidado, manejo de dinero y del entorno que precisa de supervisión frecuente, existencia de red y apoyo social: recuperación de roles significativos, apoyo de su hermano, disponibilidad de grupo de amigos (usuarios del centro) ingresos económicos estables, soporte residencial (vivienda de mayores), inserción en recursos sociales, se decide proceder al alta del usuario, articulando un sólido plan de seguimiento, estando en este la no desvinculación al centro, ya que este le proporciona la situación estable anteriormente mencionada.

7. SEGUIMIENTO

7.1. DISEÑO DEL PLAN DE SEGUIMIENTO. DEVOLUCIÓN USUARIO Y USM DE REFERENCIA

Tras el proceso del alta, se determinan las acciones necesarias para asegurar el mantenimiento de los objetivos y logros alcanzados. Para ello se decide, dadas las características del caso, un “alta no autónoma”, es decir aseguramos el seguimiento desde la USM de Villarrobledo, y desde el centro a través de intervenciones y tutorías puntuales, así como la participación en actividades de soporte social y apoyo estructurado como

principal factor de protección actual, sí queremos evitar situaciones de deterioro o un retroceso en su evolución. El plan de seguimiento se concreta con el usuario, el familiar de referencia y se informa a la Unidad de Salud Mental del contenido de dicho plan, acordándose así responsabilidades en el seguimiento de ambos recursos (Unidad de Salud Mental y CRPSL).

El psicólogo junto con el tutor, convocan una entrevista con el usuario y familia donde se revisan los objetivos planteados en su PIR y consecución de los mismos, la situación del usuario actual, así como la necesidad que presenta el usuario de un apoyo y soporte continuado. Con esta información se elaborara conjuntamente con el usuario y familiar el plan de seguimiento recogiendo los siguientes objetivos a trabajar, revisándose así los factores de riesgo y de protección.

Este será revisado semestralmente, e incluirá aspectos como el uso de recursos comunitarios, participación en actividades de soporte, mantenimiento de su nivel de desempeño psicosocial, así como la necesidad de activar recursos dentro de la red social, que permitan el ofrecer al usuario apoyos indefinidos.

El objetivo a trabajar en el Plan de Seguimiento es: dotar al usuario de los soportes necesarios para mantener su nivel de funcionamiento en la comunidad de la forma más normalizada posible. Así, el **plan de seguimiento del usuario desde el CRPSL** es, por áreas de actuación:

- Autocuidados:

Valoración de los profesionales que diariamente atienden al usuario del cumplimiento de la prescripción de ducha diaria que mantenía en la vivienda supervisada. Refuerzo en tutorías. Valoración de la necesidad de intervención individualizada del terapeuta ocupacional, responsable del área.

- Administración del dinero:

Se administrará el dinero en el CRPSL diariamente, excepto los fines de semana.

- Administración del tabaco:

Siguiendo una pauta coordinada con la vivienda supervisada, se administrará el tabaco en el CRPSL diariamente, excepto los fines de semana.

- Evaluación continua de su adaptación al recurso.

Acompañamientos: primer contacto vivienda tutelada de mayores, entrada recurso residencial,...

A través de las tutorías individuales y coordinación con Servicios Sociales Generales.

- Actividades de soporte comunitario grupales:

Se mantendrán las actividades de soporte en el CRPSL y en recursos comunitarios. Posteriormente, se iniciará un proceso de desvinculación del citado recurso, aumentando su participación en recursos normalizados propios de su edad y favoreciendo la

creación de nuevas redes sociales.

En el CRPSL: taller de bolsas, ocio y tiempo libre, excursiones, animación a la lectura, apoyo en la integración comunitaria.

En otros recursos comunitarios: Centro de mayores y universidad popular.

- Gestiones personales:

Apoyo en la realización de compras. Apoyo en la realización de gestiones.

- Actuaciones desde Vivienda Supervisada:

Participación del usuario en las actividades programadas de ocio y tiempo libre, principalmente del fin de semana, con el objetivo de dotar al usuario de apoyo y soporte social de iguales y mantener la red social.

- Discusión del caso. Valoración y resultados del proceso de atención en el CRPSL

La exposición de este caso es un claro ejemplo de como la atención a las personas con trastorno mental grave debe ofrecerse mediante un modelo sociosanitario, que responda a la exigencia de un tratamiento integral en todas las necesidades de la persona afectada (sanitarias, sociales, residenciales y laborales). Además, debe garantizar el continuo de cuidados a lo largo de las distintas fases que sufre el proceso de enfermedad, adaptándose también a las distintas etapas de la vida de la persona afectada.

Debido a la larga evolución de estos tipos de trastornos, el “éxito” de la intervención ha estado garantizado por la complementariedad de los recursos sanitarios, sociales y comunitarios, que articulados en todo el proceso (durante diez años), se han ido adecuando a las necesidades del usuario en cada momento de su ciclo vital. Todo este largo y complejo proceso, acompañado también de buenas dosis de implicación, y motivación por parte del usuario, le ha permitido aumentar su capacidad de autoprotección, disminuyendo los factores de riesgo, evitando así hospitalizaciones, aumentando su desempeño psicosocial, recuperando roles significativos, etc. Podemos decir, que esta relación o equilibrio entre factores de protección y de riesgo, es la que acaba por modular la evolución de la enfermedad a la que cada usuario presenta cierta predisposición. Así, los CRPSL se convierten en un claro factor de protección en la evolución del trastorno.

Por último, destacar que de todos los objetivos que el usuario ha ido cumpliendo en su largo proceso de recuperación y apoyo, el más significativo ha sido el reconocer como el usuario percibe al centro como figura de apoyo instrumental y emocional, y lo que es más, la recuperación de su dignidad como persona y su condición de ciudadano de pleno derecho, considerando su satisfactorio estado de calidad de vida.



Glosario de Siglas

CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

USM: Unidad de Salud Mental.

HD: Hospital de Día.

UME: Unidad de Media Estancia.

UHB: Unidad de Hospitalización Breve.

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla.-La Mancha

FISLEM: Fundación Socio Sanitaria para la Integración Socio-Laboral de Enfermo Mental.

C-LM: Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha

HH.SS: Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales.

AVD: Programa de actividades de la vida diaria.

TO: Terapeuta Ocupacional.

TS: Trabajador Social

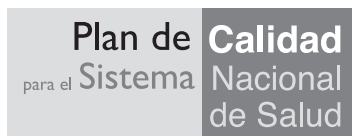
Ps: Psicólogo

Psq / Pq: Psiquiatra.

PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación.







Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10-02-2010, como apoyo a la implementación a la estrategia de Salud Mental.