

## **AÑO 2011 - FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA**

Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave.

Pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales.

**AREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO COMUNITARIO**





## Presentación

En el presente libro se presenta un tipo de intervención en rehabilitación psicosocial de personas que padecen trastorno mental grave para su aplicación en el medio de la persona. Se trata de una intervención específica, adaptada al contexto en el que vive el usuario y que presenta algunas características especiales.

Primero, utiliza técnicas de evaluación y de tratamiento ajustadas a la problemática de la población de personas con un trastorno mental grave y a un tipo de contexto con dificultades de acceso. Segundo, se organiza en un proceso de atención secuenciado por fases que facilita el enmarque de la intervención para la persona y para el profesional. Tercero, considera las habilidades del profesional una parte importante para facilitar el compromiso de cambio en las personas a las que se atiende.

A lo largo de los diferentes apartados se hace una revisión de diferentes pautas y técnicas de intervención tomadas del campo específico de la rehabilitación psicosocial e integrándolas con enfoques y procedimientos que resultan útiles como el manejo y potenciación de las competencias personales, el enfoque de recuperación y la visión secuenciada de los procesos de cambio.

**José Antonio Contreras Nieves**

*Director de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.*









# Indice

Presentación .....	13
--------------------	----

<b>INTRODUCCIÓN: LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO RURAL .....</b>	<b>14</b>
---	-----------

Parte primera: Características del contexto, del paciente y de la intervención .....	23
---	----

<b>1. INTRODUCCIÓN A LA PRIMERA PARTE .....</b>	<b>24</b>
---	-----------

<b>2. CARACTERÍSTICAS Y VARIABLES A TENER EN CUENTA DE LAS REDES DE ATENCIÓN RURALES.....</b>	<b>26</b>
---	-----------

2.1. Características del contexto rural en salud mental.....	27
--	----

2.2. El contexto de Castilla-La Mancha en relación a la atención en salud mental a los pacientes más graves .....	29
--	----

2.3. Clasificación de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral en Castilla-La Mancha según el ámbito territorial en el que se encuentran .....	33
--	----

<b>3. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DE LA ATENCIÓN EN CONTEXTOS RURALES .....</b>	<b>35</b>
--	-----------

3.1. Situación de la atención a personas con trastorno mental grave en contextos rurales.....	35
--	----

3.2. Consecuencias en la situación del paciente en el área rural y alejada y dificultades específicas .....	38
--	----

<b>4. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CONTEXTO RURAL.....</b>	<b>38</b>
--	-----------

4.1. La influencia del contexto en la incidencia y la prevalencia.....	38
--	----

4.2. Estimaciones globales.....	41
---------------------------------	----

4.3. Estimaciones específicas. Prevalencia de personas con trastorno mental grave en zonas rurales de Castilla-La Mancha .....	42
---	----

4.4. Perfil del paciente ubicado en el contexto rural.....	45
--	----

<b>5. PRINCIPALES PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO RURAL.....</b>	<b>46</b>
---	-----------

5.1. Programas de intervención en servicios de salud mental.....	47
--	----

5.1.1. Ingredientes esenciales .....	48
--------------------------------------	----

5.1.2. Recomendaciones desde la investigación para instaurar programas de seguimiento intensivo en la comunidad.....	49
---	----

5.1.3. Adaptación al contexto .....	52
-------------------------------------	----

5.2.	Pautas para adaptar la intervención de los servicios de salud mental al contexto rural y alejado .....	53
5.2.1.	Recomendaciones extraídas de otras experiencias.....	53
5.2.2.	Factores que predicen el éxito y el fracaso en la implantación del programa en la comunidad .....	56
5.3.	Conclusiones: componentes básicos para desarrollar programas para el trastorno mental grave en el contexto rural .....	57
<b>6.</b>	<b>PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN CONTEXTOS RURALES .....</b>	<b>58</b>
6.1.	Principios generales .....	58
6.2.	Principios específicos: la “atención activa” en rehabilitación psicosocial .....	59
6.3.	Ingredientes esenciales para hacer rehabilitación psicosocial en el contexto rural .....	60
6.4.	Consejos prácticos para el desarrollo de programas de rehabilitación en el medio rural.....	62

## Parte segunda: Cómo llevar los programas de rehabilitación psicosocial al medio: metodología y guía para diseñar la intervención ..... 65

<b>7.</b>	<b>INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA PARTE .....</b>	<b>66</b>
<b>8.</b>	<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y METODOLOGÍA GENERAL DE LA INTERVENCIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>9.</b>	<b>METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS RURALES .....</b>	<b>71</b>
9.1.	Principios de la Rehabilitación Psicosocial Activa .....	72
9.1.1.	La intervención es activa .....	72
9.1.2.	Flexibilidad para saltarse los protocolos .....	73
9.1.3.	Aumento de colaboración entre instituciones .....	73
9.1.4.	Intervenir en el contexto tiene la misma importancia que intervenir con el paciente .....	73
9.1.5.	Las intervenciones necesitan tiempo para tener un efecto.....	74
9.2.	Áreas de intervención.....	74
9.3.	Forma de proceder en la intervención activa.....	75
<b>10.</b>	<b>CUESTIONES PRELIMINARES .....</b>	<b>76</b>
10.1.	Directrices para trabajar con personas con trastorno mental grave en la comunidad.....	76

10.2.	Dificultades añadidas en contextos rurales .....	76
10.3.	Escoger el contexto del tratamiento .....	77
<b>11.</b>	<b>MODELO DE INTERVENCIÓN PARA CASOS DESVINCULADOS Y SIN PREDISPOSICIÓN A SER TRATADOS .....</b>	<b>79</b>
11.1.	Causas de la falta de predisposición al tratamiento .....	79
11.2.	Estrategias de intervención para casos sin predisposición a ser tratados .....	81
11.2.1.	Primer nivel: intervención preventiva.....	83
11.2.2.	Segundo nivel: Intervención específica.....	87
11.3.	Resumen: esquema de la intervención para casos sin predisposición a ser tratados .....	95
<b>12.</b>	<b>FASES Y ETAPAS EN REHABILITACIÓN ACTIVA CON PACIENTES RESISTENTES A LA INTERVENCIÓN.....</b>	<b>96</b>
12.1.	Motivación al cambio .....	96
12.2.	Los principios del cambio .....	97
12.3.	Fases y procesos del cambio.....	97
12.3.1.	Relación.....	99
12.3.2.	Enganche terapéutico y compromiso.....	101
12.3.3.	Intervención .....	103
<b>13.</b>	<b>GUÍA PARA DISEÑAR PROGRAMAS DE “REHABILITACIÓN ACTIVA” PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES QUE VIVEN EN ZONAS RURALES Y CON DIFICULTAD DE ACCESO .....</b>	<b>106</b>
13.1.	Aspectos prácticos para la planificación de programas de rehabilitación psicosocial .....	106
13.2.	Guía para el diseño de programas .....	108
13.3.	Requisitos necesarios para su puesta en marcha .....	112

Parte tercera: Modelo de vulnerabilidad, proceso de atención y estructura de los programas de rehabilitación activa..... 117

<b>14.</b>	<b>INTRODUCCIÓN A LA TERCERA PARTE.....</b>	<b>118</b>
<b>15.</b>	<b>MODELO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS COMO GUÍA DE LA INTERVENCIÓN ....</b>	<b>118</b>



<b>16.</b>	<b>EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN.....</b>	<b>120</b>
<b>17.</b>	<b>PROCESO DE ATENCIÓN .....</b>	<b>123</b>
17.1.	Itinerario de atención con los usuarios de los programas: una propuesta .....	123
17.2.	Proceso de atención de los programas de rehabilitación activa .....	128
17.2.1.	Acceso.....	128
17.2.2.	Procedimiento de derivación.....	130
17.2.3.	Acogida y primer contacto .....	131
17.2.4.	Fase de Evaluación y Diseño de PIR.....	135
17.2.5.	Fase de Intervención .....	137
17.2.6.	Fase de Seguimiento.....	141
<b>18.</b>	<b>INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA .....</b>	<b>141</b>
18.1.	Asignación de tutor profesional .....	142
18.2.	Desarrollo de las tutorías.....	142
18.3.	Funciones del tutor.....	144
18.4.	Acciones y actividades del tutor .....	144
18.5.	Papel del profesional de referencia.....	145
<b>19.</b>	<b>ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN ACTIVA .....</b>	<b>147</b>
19.1.	Marco general .....	147
19.2.	Estructura de programas y servicios adaptados al contexto rural .....	147

## Parte cuarta: Programas de intervención y sesiones en el domicilio ..... 153

<b>20.</b>	<b>INTRODUCCIÓN A LA CUARTA PARTE.....</b>	<b>154</b>
<b>21.</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS.....</b>	<b>155</b>
<b>22.</b>	<b>EL ENFOQUE DE LAS INTERVENCIONES Y DE LAS HABILIDADES PROFESIONALES EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL ACTIVA .....</b>	<b>159</b>
22.1.	Cómo enfocar los programas en el medio rural.....	159
22.2.	Habilidades profesionales .....	159
<b>23.</b>	<b>CARENCIA Y NECESIDAD DE PROGRAMAS EN EL DOMICILIO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.....</b>	<b>160</b>
<b>24.</b>	<b>ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES EN EL DOMICILIO.....</b>	<b>161</b>

24.1.	Diseño de las sesiones de intervención .....	161
24.2.	Estructura de las sesiones en el medio y en el domicilio del usuario .....	163
24.3.	Desarrollo práctico de las sesiones de entrenamiento en habilidades .....	167
24.4.	Tres pasos para el desarrollo efectivo de las sesiones en el medio .....	171
24.5.	Diseño cognitivo de la sesión.....	173
24.6.	Autosupervisión de las sesiones .....	176
24.7.	Resumen: planificación de las sesiones en el medio del usuario .....	178

Parte quinta: Descripción de los programas y de las pautas de intervención: autonomía, integración comunitaria, intervención con familias y trabajo con redes sociales ..... 181

<b>25.</b>	<b>INTRODUCCIÓN A LA QUINTA PARTE.....</b>	<b>182</b>
<b>26.</b>	<b>UN ABANICO DE TRATAMIENTOS POSIBLES .....</b>	<b>182</b>
<b>27.</b>	<b>LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL APLICADOS EN EL MEDIO DEL USUARIO.....</b>	<b>184</b>
<b>28.</b>	<b>SELECCIÓN DE LOS PROGRAMAS .....</b>	<b>186</b>
28.1.	Factores clínicos a tener en cuenta .....	186
28.2.	Programas de intervención .....	187
28.2.1.	Programa de intervención en actividades de la vida diaria.....	189
28.2.2.	Programa de uso de recursos comunitarios .....	190
28.2.3.	Programa para incrementar las redes sociales .....	191
28.2.4.	Programa de intervención con familias .....	191
<b>29.</b>	<b>LAS PAUTAS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>195</b>
<b>30.</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>200</b>
<b>31.</b>	<b>PAUTAS DE INTERVENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....</b>	<b>201</b>
31.1.	Objetivos .....	201
31.2.	Contenidos.....	202
31.3.	Metodología .....	203
31.3.1.	Evaluación .....	204
31.3.2.	Procedimiento .....	209

31.4.	Pautas para mejorar el manejo del entorno: sesiones con el usuario .....	223
31.5.	Pautas para facilitar el apoyo de la familia en la intervención de AVD .....	231
31.6.	Pautas para modificar el comportamiento sedentario y facilitar el ejercicio físico .....	236
31.7.	Pautas para mejorar los hábitos de sueño.....	243
31.8.	Pautas para reducir el consumo de alcohol.....	245
31.9.	Pautas para controlar la conducta de comer.....	248
31.10.	Pautas para dejar de fumar .....	251
31.11.	Pautas de autoprotección y adherencia la tratamiento .....	253
31.12.	Pautas para manejar la medicación .....	266
31.13.	Pautas para el manejo autónomo del dinero .....	276
31.14.	Pautas para incrementar la autonomía social .....	282
<b>32.</b>	<b>PAUTAS DE INTERVENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA.....</b>	<b>284</b>
32.1.	Programa I: Programa básico de uso de recursos comunitarios.....	287
32.1.1.	Evaluación .....	291
32.1.2.	Intervención: metodología para el trabajo con recursos comunitarios.....	295
32.2.	Programa II: Programa de afrontamiento psicológico y uso de recursos comunitarios.....	298
32.2.1.	Fase I. Programa de afrontamiento y manejo de problemas psicológicos asociados al aislamiento comunitario .....	299
32.2.2.	Fase II: Programa de uso de recursos comunitarios. Diseño de un Plan personal de contacto comunitario .....	326
<b>33.</b>	<b>PAUTAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS.....</b>	<b>336</b>
33.1.	Justificación de las intervenciones psicosociales con familias de personas con TMG.....	338
33.2.	Objetivos .....	340
33.3.	Perfil descriptivo del cuidador principal.....	341
33.4.	Características y contenidos de la intervención .....	342
33.4.1.	Modelos de intervención familiar.....	344
33.5.	Evaluación de familias.....	358
33.6.	Desarrollo práctico de un programa de intervención con familias en el domicilio .....	370
33.6.1.	Objetivos del programa .....	371
33.6.2.	Perfil de beneficiarios y criterios de acceso al programa.....	371
33.6.3.	Formas de acceso al programa.....	371
33.6.4.	Profesionales implicados.....	372
33.6.5.	Evaluación .....	372
33.6.6.	Estructuración temporal del programa.....	373



33.6.7.	Metodología de la intervención .....	374
33.6.8.	Pautas prácticas para la intervención .....	378
<b>34.</b>	<b>PAUTAS DE INTERVENCIÓN CON REDES SOCIALES .....</b>	<b>388</b>
34.1.	Objetivos .....	394
34.2.	Perfil de beneficiarios .....	395
34.3.	Fases de la intervención con redes.....	395
34.4.	Pautas para la evaluación de las redes sociales.....	398
34.5.	Elementos que influyen en la falta de red social .....	401
34.6.	Pautas para mejorar la red social.....	402
34.6.1.	Pautas para vencer los miedos sociales .....	402
34.6.2.	Pautas para mejorar las habilidades sociales .....	407
34.6.3.	Pautas para integrarse en un colectivo .....	409
34.6.4.	Pautas para incrementar la calidad de las relaciones .....	410
34.6.5.	Pautas para potenciar las redes sociales existentes .....	410
34.6.6.	Pautas específicas dirigidas a la familia para reforzar su posición en la red social.....	411

Anexos .....	413
--------------	-----

Bibliografía.....	493
-------------------	-----









# Introducción

*La salud mental  
en el ámbito rural.*

## La salud mental en el ámbito rural

Las zonas rurales constituyen un amplio ámbito territorial en España. Estas zonas presentan características, y variables que afectan a la salud mental de las personas que viven en ellas. En concreto, y en nuestro ámbito de Castilla-La Mancha hemos observado que la geografía, economía y el sistema social rural están experimentando rápidos cambios. Los segmentos rurales de la población están expuestos a cambios relacionados con la incorporación de nuevas tecnologías, cambios sociales y una variedad de estresores que exigen mecanismos de adaptación específicos. Aunque estos cambios pueden ser comunes para las áreas urbanas y rurales, la manera en que se manifiestan puede ser sustancialmente diferente en cada ámbito.

Por otro lado, cuando hablamos de ámbito rural no hablamos de un contexto homogéneo. Así, las zonas rurales pueden ser muy diferentes de un ámbito geográfico a otro, tanto en densidad poblacional, como en costumbres y necesidades asociadas. Sin embargo pensamos que existen suficientes características que comparten y que justifican pautas comunes. Por ejemplo, la mayoría de las zonas rurales presentan dificultades relacionadas con la dispersión y aislamiento geográfico, reducción de las redes de soporte y apoyo social, escasas oportunidades de acceso al empleo, y una escasez general de servicios sociosanitarios que están garantizados en la mayoría de las áreas urbanas. Por otro lado, los especialistas en salud mental que trabajan en las zonas rurales manifiestan en su experiencia tratando pacientes mentales de estas zonas, que existen necesidades y problemas específicos de lo rural que son poco conocidos y poco reconocidos.

A pesar de que el reconocimiento de las peculiaridades del contexto rural cada vez va suponiendo un campo de evidencia desde la práctica, existe una escasez de información acerca de las condiciones asociadas a la atención de salud mental de estas zonas. Por otro lado, es especialmente difícil localizar bibliografía o investigación asociada a la salud mental rural, que pueda facilitar el mayor conocimiento de los roles a desempeñar por los profesionales que trabajan en estos ámbitos.

La conciencia de la necesidad de planteamientos específicos para el ámbito rural se ha manifestado en varios documentos de planificación y organización de servicios sociosanitarios de nuestro ámbito regional. Así ha sido manifestado en los diferentes Planes Regionales de la Consejería de Bienestar Social y de la Consejería de Sanidad (hoy Consejería de Salud y Bienestar Social) de nuestro ámbito en Castilla-La Mancha de los últimos ocho años, reconociendo las dificultades de accesibilidad y la especial vulnerabilidad de los colectivos localizados en las zonas rurales.

Los principales objetivos de esta publicación son identificar las características de las zonas rurales y cómo éstas afectan a la salud mental de sus habitantes, especialmente a los pacientes con un trastorno mental grave y duradero, de cara a facilitar el diseño de servicios y programas específicos de rehabilitación psicosocial para esta población en concreto, así como estimular el interés, estudio y desarrollo futuro sobre este tema.



La expectativa a la hora de elaborar este manual de pautas es por tanto que resulte de interés a los profesionales de la salud mental y de los servicios sociales que trabajan en ámbitos rurales, para las personas que se están preparando o formando para ello, así como para los interesados en estudiar más en profundidad el ámbito rural en salud mental.

### **A) Algunas características del ambiente rural**

- Peculiaridad geográfica

Los datos de los censos oficiales de Castilla-La Mancha indican que desde el año 1991 hasta el año 2008 la población se ha incrementado en un 19% (de 1.658.446 habitantes a 2.038.956 habitantes). Sin embargo existen diferencias regionales muy importantes. De los 919 municipios existentes en Castilla-La Mancha tan solo un 1% de los municipios superan los 30.000 habitantes, el 80% no supera los 2.000 habitantes y los que superan los 100.000 habitantes suponen un 0,1% (datos INE 2008). Esta distribución de los municipios no se corresponde con la distribución de los habitantes pues el 16% se sitúa en municipios de menos de 2.000 habitantes y el 33% en municipios mayores de 30.000 habitantes. En resumen, hay mayor cantidad de población ubicada en poblaciones grandes tal y como era de esperar, aunque el resto de los habitantes se encuentran muy dispersos y distribuidos en un “racimo” de pueblos pequeños y muy numerosos. Las consecuencias más a la vista resultan en la existencia de numerosas diferencias geográficas, culturales y sociales en relación a la distribución de recursos sociosanitarios, que complican tanto la planificación y ordenación de los recursos como la accesibilidad de los mismos de una manera equitativa a la población.

- Definición de rural

La definición de contexto rural se suele aplicar para los habitantes que viven en poblaciones de menos de 2.000 habitantes y están más allá de las poblaciones que constituyen el “cinturón” de un área metropolitana o urbana. Para definir área urbana se suele hablar de poblaciones de mayor población (más de 30.000 habitantes) o poblaciones menores pero muy cercanas a zonas urbanas y que constituyen el cinturón de grandes poblaciones. Ateniéndonos fielmente a este criterio, que suele ser el utilizado para definir lo rural en la investigación especializada (aunque desde luego no es el único), el 80% del contexto geográfico Castellano-manchego sería un contexto rural. Sin embargo además de considerar la densidad poblacional como único criterio para definir lo rural es necesario su combinación con otros criterios relativos a aspectos sociales y culturales y que permita operativizar en mayor medida el término, que aún carece de una definición establecida.

Cuando se revisa la literatura al respecto ninguna definición de las que se utiliza parece completamente satisfactoria en incluso la mayoría de las definiciones parecen arbitrarias. La densidad parece un criterio muy simplista. En este libro se utilizará el término “rural” para considerar las zonas que tienen poblaciones muy pequeñas y dispersas, alejadas geográficamente de núcleos poblacionales grandes y que carecen de la red de servicios que normalmente están garantizados en las zonas más pobladas y

denominadas como “urbanas”. Sin embargo, la variedad y riqueza de las áreas rurales de España y de Castilla-La Mancha no puede ser incluida en una breve descripción, ya que cada área contiene importantes características en términos sociales, económicos y en estilos de vida que las diferencian entre sí y de las zonas urbanas. A pesar de que la definición de “rural” es importante se mantendrá una consideración general del término ya que en el momento actual no existe una definición única que nos pueda servir para los fines de esta guía.

- Valores y creencias

Las actitudes, valores y creencias que cada uno construye están en gran medida mediatizadas por el medioambiente cultural y social del que proviene la información y la formación. Los cambios en las tecnologías sanitarias y sociales son más rápidos en las zonas urbanas que en las rurales. A pesar de que las comunidades hacen esfuerzos para introducirlos en todos los territorios, los habitantes rurales pueden tener una menor motivación para adaptarse a esos cambios (tecnologías de la comunicación, un nuevo sistema de producción industrial, o la participación en un programa de prevención y tratamiento de trastornos mentales).

De hecho, los habitantes rurales pueden sostener en mayor medida estilos de vida y creencias consideradas como “tradicionales” respecto a los demás, el trabajo, la economía o la salud, que pueden hacerles “resistentes” a nuevos planteamientos. Entre algunos de estos valores están: a) un mayor énfasis en el trabajo manual y físico, b) mayor importancia otorgada a la familia y a las relaciones sociales, y c) una visión más pesimista del futuro.

Por otro lado y debido a la rapidez de los cambios en las sociedades modernas muchas de las personas que viven en entornos rurales ven como otros valores y creencias diferentes a las suyas y provenientes del ámbito urbano se introducen en sus vidas a través de los medios de comunicación. Esto les enfrenta a un cambio o choque de sus creencias que puede ser una fuente de estrés. Considérese por ejemplo una mujer, ama de casa de un pueblo rural, con valores tradicionales familiares que frecuentemente se expone por televisión a visiones feministas modernas del papel de la mujer en la sociedad. Mientras la mujer urbana puede tener oportunidades de experimentar y probar el significado de esos puntos de vista en su vida, la mujer rural puede no tener esas mismas oportunidades de cambio, y la información puede llegar a convertirse en una fuente de confusión y estrés o incluso fomentar ideas negativas hacia sí misma.

Los valores y creencias también suelen tener importantes implicaciones para la salud mental. Por ejemplo, la creencia de que uno debe resolver sus problemas sin que nadie se entere o “cuchichee” sobre ello en su comunidad, puede interferir con la búsqueda de ayuda de servicios específicos de salud mental.

- Desarrollo de servicios sociales y de salud mental

Existe un tópico, una visión idílica e infundada de la vida rural, como una vida tranquila, sin problemas, relajada y que previene de los trastornos mentales. Junto con la lejanía geográfica (a veces aislamiento) y la escasa densidad poblacional, esta creencia

ha podido influir en el escaso desarrollo e interés por los servicios sociosanitarios de estas áreas. La evidencia demuestra como una gran cantidad de población que vive en zonas rurales carece de múltiples servicios sociales, sanitarios y comunitarios. Por otro lado, no hay evidencia consistente en la investigación de que las personas de los ámbitos rurales tengan mejor salud mental que las personas urbanas, y si que existe evidencia empírica de que los rurales sufren los mismos índices de psicopatología e incluso mayores si hablamos de enfermedades mentales graves y crónicas.

Una de las pruebas más obvias de la menor dotación de recursos es en la distribución de los profesionales sanitarios en estas zonas como son psiquiatras y psicólogos. En concreto los problemas que requieren una mayor especialización como la atención infanto-juvenil, los trastornos mentales crónicos, y los centros especializados en la rehabilitación en salud mental, se han desarrollado en menor medida en las zonas rurales y sin que se basen en modelos específicos y adaptados para el área rural.

La accesibilidad de los centros y servicios sanitarios ha mejorado, pero el transporte sanitario a los servicios de tratamiento y rehabilitación continúa siendo un gran obstáculo para conseguir una mayor efectividad de los servicios, dependiendo en su mayoría de recursos de transporte del propio paciente o de sus familiares.

## **B) Estrés, vida rural y salud mental**

- Factores estresantes

La principal característica que comparten las zonas rurales es el problema de la accesibilidad. Aunque hay mucha variación en la dispersión geográfica de las zonas rurales, las personas suelen vivir a largas distancias de los servicios disponibles para cubrir sus necesidades de ocio, trabajo, y cuidados de salud.

Otra fuente de estrés puede ser el efecto del clima que cobra un mayor significado en un núcleo rural que en uno urbano. Las personas y familias que dependen de las tierras de cultivo, pastizales, terrenos forestales y otras superficies físicas a su vez dependen de las condiciones del clima para poder alcanzar un mayor bienestar e ingresos económicos. El efecto negativo del clima en combinación con la escasa accesibilidad a los recursos puede generar miedos y expectativas negativas de indefensión y soledad, un sentido de desprotección y de falta de control que se relaciona potencialmente con trastornos mentales como la depresión.

Las personas rurales son muy dependientes de los medios de transporte personales ya que la ausencia de medios de transporte públicos en estas zonas es lo normal. La gasolina cada vez es más cara, por lo que las personas del medio rural pueden incrementar el sentido de vulnerabilidad y aislamiento.

En relación con los valores sociales y culturales la población más joven está expuesta a otras formas de vida que pueden ver en la televisión, la radio o en Internet, potencialmente en conflicto con los valores y estilos de vida de su comunidad. El resultado puede ser un incremento de la insatisfacción por la vida o un deseo por emigrar de su

lugar de residencia, a la vez que mayores discusiones con la familia de origen por el choque de visiones.

- Cambios sociales

Los roles familiares y relacionales han cambiado en las zonas rurales. La mayor accesibilidad a un automóvil o transporte personal y la emigración de la gente más joven ha hecho que la familia extensa rural tradicional vaya en descenso. Así, los cuidados que anteriormente proveía la familia extensa están en descenso y en algunas zonas en extinción, recayendo en los miembros más antiguos de cada familia que incrementan su sentido de asilamiento social. Esta reducción de la capacidad familiar es un fenómeno creciente en las zonas rurales, lo que supone un declinar de los sistemas de apoyo naturales. Por el término de apoyo natural se hace referencia a subsistemas naturales sociales que apoyan a los miembros de la comunidad ante las circunstancias estresantes de la vida, reducen el impacto de estos estresores y apoyan en la solución de los conflictos y problemas. La reducción de los apoyos sociales unida a la situación de aislamiento o despoblación es un foco fundamental para el desarrollo de programas de salud mental ayudando a la gente a establecer nuevas formas de dar y encontrar apoyos sociales.

### **C) Necesidades de salud mental**

Aún existe el mito de creer que las zonas rurales son idílicas y saludables, donde las personas experimentan poco estrés y pocos problemas, o muchos menos que en la gran ciudad. De hecho la visión de la ciudad como algo estresante y que afecta a la salud mental de sus habitantes suele ser compartida por grandes sectores de la población al mismo tiempo que la creencia de que lo rural consiste en todo lo contrario. Estos son conceptos dicotómicos que nunca se han comprobado y que no facilitan construir una comprensión realista de la vida rural y sus dificultades. Las dificultades y estresores del ambiente rural son diferentes que las del ámbito urbano.

La prevalencia de psicopatología en el contexto rural apenas ha sido estudiada. La escasa literatura que existe se refiere a países diferentes a España, comparten las mismas deficiencias que los estudios epidemiológicos del trastorno mental grave en la definición del objeto de estudio, además de las dificultades añadidas a la ambigüedad en la definición de lo que considera rural. Las conclusiones acerca de la prevalencia, incidencia y manifestación de la psicopatología en el ambiente rural deben ser tratadas con precaución y nunca aceptadas absolutamente. Así hay estudios que encuentran una mayor prevalencia de psicosis en el área rural (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974), y otros que dicen lo contrario (Strole, 1997); en unos estudios se ha encontrado relación entre el ambiente rural y peor calidad de vida (Murray, et al., 2004); en otros no se han encontrado diferencias en el número y tipo de necesidades asociadas (Freeman, Malone y Hunt, 2004); otros estudios encuentran una mejor salud mental en las personas que viven en el medio rural (Wech, Twigg y Lewis, 2006); otros concluyeron justo lo contrario, que los hombres y mujeres rurales presentan mayores tasas de psicopatología y de mayor gravedad (Strole y Fischer, 1977). La ausencia de un acuerdo sobre lo que se considera rural, las diferencias metodológicas de los estudios, y el hecho de la heterogeneidad asociada a las localidades denominadas rurales limitan la utilidad de

la investigación existente para establecer posibles relaciones entre lo rural y la salud mental. Cualquier extrapolación hay que tomarla con reservas y simplemente como referencia para adaptar a la realidad concreta que se quiera estudiar.

Desde nuestro punto de vista además de las deficiencias metodológicas para extraer conclusiones universales de la investigación, existen factores mediadores de lo rural. Si la investigación se dirigiese a esos otros factores en vez de hacia la consideración de lo rural como una variable “rasgo” o como una categoría única, es posible que mejorase nuestro conocimiento sobre la salud mental en el ámbito rural. En esta línea otros estudios ha concluido que la presencia y gravedad de problemas de salud mental están relacionados con otros factores asociados al contexto como la pobreza y el estatus social (Husaini y Neff, 1982), o a la accesibilidad a los servicios (Murray et al. 2004) más que a características inherentes de lo rural o urbano.

#### **D) Aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de servicios de salud mental en zonas rurales**

Como ya se ha dicho varias veces, un aspecto muy importante tiene que ver con la accesibilidad y disponibilidad de servicios y proveedores de cuidados. La capacidad de control de una persona se incrementa si puede escoger entre una variedad de servicios públicos o privados de tratamiento de la salud mental. Las características de la accesibilidad de los contextos rurales inhiben esta capacidad de elección.

Relacionado con lo anterior está la dificultad de desarrollar servicios muy especializados, debido a que los programas rurales van a servir a un número de habitantes pequeño. Las soluciones exigen ofrecer programas creativos y flexibles en cuanto a la ubicación, horarios y desplazamientos de los profesionales en la localidad.

El desarrollo de servicios de salud mental en la comunidad debe tener en cuenta los siguientes principios:

- 1) Localización geográfica.
- 2) Aspectos culturales y sociales.
- 3) Dificultades para reclutar profesionales.
- 4) Flexibilizar los programas.

- Localización geográfica

La organización en planificación de servicios normalmente se basa en la ordenación de profesionales y servicios en torno a ratios poblacionales que comprenden entre 10.000 y 100.000 habitantes. Esta ratio no es válida para planificar servicios en las áreas rurales, donde no se llega a estas cantidades de población y además las poblaciones se encuentran localizadas en múltiples municipios alejados entre sí. Los problemas logísticos en planificar son obvios: ¿dónde localizar los servicios? y ¿cuántos? Una solución parcial es localizar los servicios en la localidad mayor en habitantes y con mejor accesibilidad, pero se siguen dejando descubiertas las necesidades de las poblaciones que giran en torno a ella y que siguen teniendo dificultades de acceso.

El transporte de los profesionales, debido a las dificultades de los pacientes para trasladarse a un centro de atención puede ser necesario. Esto significa también la posibilidad de atender a menos pacientes que en las zonas urbanas, ya que los tiempos de desplazamiento consumen la mitad de la jornada laboral. También se puede optar por incluir furgonetas o trasportes para traer a los pacientes al centro de atención. Todo ello lógicamente incrementa el coste de los servicios y contribuye a la dudas de los gestores en la relación coste-efectividad de los servicios implementados.

- Aspectos culturales y sociales

El éxito o el fracaso de la introducción de centros de salud mental en la comunidad pueden depender de la aceptación de los programas desarrollados. Las campañas de sensibilización e información pueden ejercer un efecto positivo antes de la implementación del servicio. Estas campañas de información deben hacerse a través de las redes sociales internas que existan en la comunidad y que sirvan de mediadoras para presentar el proyecto. Estas redes tienen la potencia de facilitar o inhibir el programa a través de comunicaciones internas.

En contraste con el medio urbano las acciones que se realizan en el medio rural tienen una consecuencia inmediata. La comunicación entre vecinos y la visibilidad del programa es mayor y más rápida. Los resultados de esto pueden ser obviamente positivos o negativos.

- Problemas de reclutamiento de profesionales

Los profesionales bien cualificados a menudo encuentran dificultades para ajustarse al medio rural. La ausencia de anonimato en la comunidad lleva a la confusión de roles. Por otro lado suelen estar atraídos por las posibilidades culturales y formativas que caracterizan a las áreas urbanas, en las que se localizan escuelas profesionales y universitarias.

El medio rural exige que el profesional sea un “generalista”, tenga capacidad de tratar con una gran variedad de patologías y sea capaz de tener independencia del apoyo institucional y del trabajo con otros compañeros. El sentimiento de aislamiento o soledad puede incrementar la desmotivación del profesional.

Es más fácil que el profesional sea de la misma comunidad en la que trabaja para evitar alguno de estos problemas, en especial el del rechazo de los habitantes que le pueden ver como un “forastero” que ha venido a la comunidad a “salvarles” de sus problemas internos de salud mental.

- Flexibilizar los programas

El desarrollo de programas en el área rural requiere de programas flexibles y que hagan énfasis en servicios y equipos pequeños, cercanos a la población y que sean capaces de ir más allá de los componentes tradicionales de planificación, no limitados por las rigideces del desplazamiento de los profesionales, de los horarios de un centro de salud y de los protocolos tradicionales de derivación y alta utilizados.



Es posible que el desarrollo de un centro de salud mental o de rehabilitación psicosocial no tenga el mismo efecto en una comunidad rural que en la comunidad urbana. Los valores y creencias de la población podrían interferir con la utilización del centro. Una alternativa viable puede ser la de utilizar coterapeutas de la propia comunidad que ayuden a las personas con trastornos mentales a considerar los efectos positivos de la intervención que se les plantea. La aceptación o no de las normas establecidas por el centro de atención y la posibilidad de acceder es más importante que la evidencia empírica de las intervenciones que se desarrollen y que las credenciales de los profesionales que trabajan allí. Un objetivo por tanto más adecuado sería el de desarrollar programas que vayan enfocados inicialmente a las necesidades percibidas por la población (accesibilidad, apoyo social, información), más que ir enfocados a una intervención directa sobre los problemas desde un primer momento como son los servicios tradicionales de medicación, psicoterapia y rehabilitación, los cuales han sido desarrollados para las áreas urbanas.

#### CONCLUSIONES

- Existen problemas, estresores y características específicas en el medio rural que están asociadas a los problemas de la salud mental. A pesar de la idea tradicional de que “en el campo se vive mejor”, los habitantes del medio rural sufren de los mismos problemas de salud mental con la diferencia de que los centros de atención y programas especializados están menos desarrollados en estos ámbitos.
- La prevalencia y gravedad de estos problemas dependen de una mezcla de factores únicos para cada contexto y que tienen que ver con la accesibilidad a los recursos socio-sanitarios, el estatus económico, el apoyo social y las creencias mantenidas por la comunidad.
- El desarrollo de servicios especializados en el ámbito rural debe contemplar la dispersión geográfica, los valores culturales, los problemas para reclutar profesionales de salud mental y la flexibilidad en los modelos de intervención como principios básicos para planificar cualquier actuación.
- La presente publicación se centra en los problemas graves de salud mental en el área rural. La primera parte describe el perfil de la comunidad y del paciente con trastorno mental grave, junto con las relaciones que se establecen entre estas dos características. Las partes siguientes de la guía, ofrecen una base para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial para ayudar a los profesionales interesados en este campo de intervención.







PARTE  
Primera

*Características del  
contexto, del paciente  
y de la intervención*

# 1. Introducción a la primera parte

La Rehabilitación Psicosocial como ámbito específico de la atención a las personas con enfermedades mentales graves, se ha constituido en un elemento esencial en la organización de un sistema de atención comunitaria a la población afectada de trastornos mentales.

En concreto, durante los últimos 20 años el desarrollo de recursos en España ha supuesto una importante reforma psiquiátrica, incrementándose la plantilla de profesionales de salud mental, dotando a las comunidades de Unidades de Salud Mental Ambulatorias, creando Unidades de Media Estancia, Hospitales de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (en adelante CRPSL), recursos de alojamiento supervisado e iniciativas de rehabilitación e inserción laboral.

Uno de los máximos exponentes de este desarrollo han sido los dispositivos orientados al desarrollo de programas individualizados de rehabilitación e inserción para las personas con enfermedad mental grave. En este contexto se han creado distintas fórmulas que reproducen un espacio “socio-sanitario” de la atención, necesario para la problemática mental necesitada de una amplia y compleja combinación de servicios. En nuestro contexto de Castilla-La Mancha se creó la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (en adelante FISLEM), aglutinando todos los recursos de rehabilitación psicosocial, laboral y residencial y cubriendo las expectativas de desarrollar en cinco años (desde el año 2000 al 2004) 1.000 pacientes atendidos en los nuevos CRPSL.

Sin embargo tanto en Castilla-La Mancha como en otras comunidades el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial ha venido condicionado por una interacción de factores como son: a) el retraso en la dotación de recursos específicos de rehabilitación; b) el entorno sociodemográfico y con dificultad de acceso. Estos elementos unidos a las características específicas del Trastorno Mental Grave, han hecho que un porcentaje importante de pacientes graves permanezcan alejados de los recursos y con importante nivel de deterioro personal y social asociado a su psicopatología. Uno de los principales retos de los nuevos recursos ha sido, por tanto, la adaptación de las intervenciones para que la atención rehabilitadora llegue a los pacientes tradicionalmente “abandonados” en la comunidad.

Esta situación se da especialmente en las zonas rurales en las que un número importante de enfermos mentales graves se encuentra en situación de aislamiento, con imposibilidad de acceder a los nuevos recursos ubicados en núcleos de población más grandes y accesibles. La extensión en las distancias de las zonas rurales y la ausencia de un transporte público que las pueda paliar, determina la posibilidad de acceder a los centros de atención. Es por ello que la accesibilidad se convierte en un criterio clave a la hora de planificar la atención a los pacientes mentales más graves.

La situación del paciente mental en este contexto, de forma general, supone la per-

manencia en el tiempo de una situación de marginación y exclusión, y con pocos apoyos comunitarios de salud mental que puedan ocuparse de la complejidad que lleva asociada la cronicidad en un ambiente poco favorable para el desarrollo de intervenciones, que a priori, son eficaces en otros contextos más favorables.

Los resultados emergen por sí solos: reingreso hospitalario frecuente como principal vía de acceso al sistema sanitario, fenómeno de “puerta giratoria”, progresión continua hacia el deterioro y pérdida de roles, aislamiento o reclusión en el hogar familiar, importantes problemas de convivencia, cuidadores familiares mayores (más de 65-70 años) y agotados, desempleo y falta de ocupación.

En este libro se aborda el tema de la enfermedad mental grave y crónica o el trastorno mental grave (TMG) (se tratarán ambos términos indistintamente) que actualmente constituye un importante problema de salud pública. El objetivo es tratar de forma sistemática los aspectos relacionados con el tratamiento de estas patologías en los contextos rurales más alejados, dispersos y difíciles de abordar. Es importante abordar el problema de aquellos pacientes que especialmente precisan de actuaciones “in vivo”, en la propia comunidad en la que se encuentran. No se trata del enfermo mental crónico tradicional, sino de pacientes que mantienen importantes niveles de discapacidad y requieren de programas “activos” y “asertivos”, ya que reproducir los modelos de atención tradicionales (“atender a quien se deriva al servicio”), no supondría ningún efecto (o muy limitado) debido a su situación de deterioro psicosocial, falta de motivación, desvinculación de las redes de atención y lejanía geográfica.

Los problemas ocasionados por la cronicidad sin tratar con técnicas de rehabilitación psicosocial derivan en alteraciones de la salud general, comorbilidad psicopatológica, pérdida de independencia y conflictos psicosociales, complicándose cada vez más en el tiempo, constituyendo una realidad compleja que requiere de un tratamiento adecuado. Sin embargo, las posibilidades de recuperación del trastorno mental grave son alentadoras cuando los sujetos se implican activamente en su proceso de rehabilitación. Dicho en otras palabras, la mayor urgencia estriba en captar a las personas para el tratamiento, y flexibilizar las intervenciones para que lleguen a los pacientes desvinculados, porque una vez incorporados a la rehabilitación las posibilidades de recuperación y mejora de la calidad de vida son esperanzadoras para un número importante.

En Castilla-La Mancha los problemas mentales severos se tratan en las Unidades de Salud Mental (USM) y en los CRPSL de forma coordinada. Desde los CRPSL se vienen poniendo en marcha programas de captación y ayuda activa para las personas con enfermedad mental alejados de la red de atención comunitaria. Estos programas pretenden complementar a la prestaciones existentes mediante un conjunto de intervenciones que van desde la atención en el domicilio, el trabajo de enganche terapéutico previo al plan individualizado de rehabilitación, acompañamiento al medio comunitario o el trabajo con las redes de apoyo informal, que aseguran el acceso y la continuidad de cuidados para evitar situaciones de alto deterioro.

Cabe mencionar que cualquier intervención comunitaria para el trastorno mental grave que tenga como objetivo la continuidad de cuidados, la atención “in vivo”, el trabajo

en el domicilio y la vinculación a la comunidad, debe guiarse en sus principios y metodología por el modelo de atención “asertivo comunitario”, que cuenta ya con importantes apoyos empíricos respecto a su adecuación y eficacia para reducir las recaídas, conseguir una mayor permanencia del paciente en la comunidad, facilitar la adherencia al tratamiento y mayor satisfacción con la atención en pacientes y familias en comparación con cualquier otra forma de intervención comunitaria.

## 2. Características y variables a tener en cuenta de las redes de atención rurales

Hablar de redes rurales en salud mental es hablar de “redes dispersas”, es hablar de servicios de atención poco coordinados, con dificultad de acceso para una parte importante de pacientes y con mayor escasez de recursos y personal especializado. Estas características son propias de las zonas más rurales, normalmente con menor densidad poblacional y dificultades de transporte. En estas áreas, muchos pacientes de salud mental, especialmente los más graves (esquizofrenias y otras psicosis crónicas), quedan fuera del sistema de atención y no se benefician de programas de rehabilitación psicosocial, manteniéndose o aumentando su deterioro y sus discapacidades con el tiempo.

A pesar de que han pasado más de 20 años de trabajo en salud mental comunitaria, aún no existe una taxonomía de servicios y prestaciones que permita comparar los componentes a instaurar en distintos ámbitos rurales y urbanos. Es más, aunque contamos con una importante fuente de evidencias de la utilidad de los equipos de rehabilitación psicosocial y laboral, hay una escasez de publicaciones sobre la manera de implantarlos considerando las características diferenciales que conlleva el contexto rural. Esto es un tema importante ya que el ámbito rural presenta particularidades que obligan a plantearse la adaptación de las intervenciones tradicionales pues, previsiblemente, no se obtendrán los mismos resultados que en zonas urbanas, sin dificultad de acceso, donde los recursos tengan mayor contacto y coordinación. Así, por ejemplo, cuestiones básicas en el proceso de asistencia en salud mental como son la derivación, coordinación entre dispositivos, seguimiento, atención preventiva para las crisis, continuidad en la asistencia a programas rehabilitadores, van a determinar que el tipo de atención venga definido más por las condiciones asociadas al contexto que por las necesidades de los usuarios o por el tipo de prestaciones en rehabilitación que es necesario asignar a los pacientes.

A continuación se describen los ingredientes que conforman el contexto rural. Seguidamente se analizan las características de la red de atención de Castilla-La Mancha, haciendo un análisis de las variables relacionadas con la lejanía e inaccesibilidad y su influencia en la persona con trastorno mental severo.

## 2.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO RURAL EN SALUD MENTAL

Con el objetivo de analizar como influyen los elementos del entorno en el paciente, el primer paso es definir lo que se entiende por “contexto rural” y analizar la diferencia con los modelos de salud mental urbanos.

Se han descrito diferencias demográficas, clínicas y en el uso de servicios en pacientes rurales y urbanos. Entre las principales características asociadas al entorno se han encontrado: mayor pobreza económica, menos recursos sanitarios y sociales, mayor dificultad para reclutar y retener a los profesionales especializados, los pacientes tienen que recorrer largas distancias para acudir al servicio de salud mental encargado de su tratamiento y mayor dificultad para contactar con los pacientes mediante el sistema tradicional de citas telefónicas.

Las principales características encontradas en los pacientes con trastorno mental grave en el contexto rural en comparación con el urbano son: menor nivel educativo, viven en mayor número con la familia de origen, menor conocimiento en la familia sobre la enfermedad mental, menor uso de servicios de orientación y empleo. Aunque no se han encontrado diferencias en sintomatología clínica, este dato hay que tomarlo con reservas, pues apenas existen estudios comparativos de muestras clínicas rurales y urbanas.

La escasez de recursos de salud mental en las zonas rurales y su desproporción con respecto a las zonas urbanas es un fenómeno común en el mundo (WHO, 2001). Esto, unido con la necesidad de desplazamientos largos para recibir la atención necesaria, puede influir en la menor utilización y mayor resistencia para acudir a servicios de salud mental. En lo que se refiere a las distancias se ha determinado que uno de los principales indicadores que condicionan la calidad de un servicio es el tiempo que se tarda en llegar a él. También se ha encontrado que en pacientes que viven en contextos alejados los niveles de recaída son hasta 4,8 veces mayores con respecto a pacientes de zonas accesibles a los servicios (Simón, 2002). Por otra parte, la dificultad para retener a profesionales especializados puede responder a la desmotivación debido a la situación de aislamiento profesional. Incluso puede llegarse a una dificultad para contratar profesionales (como se ha comprobado en Castilla-La Mancha en determinados momentos).

También se han descrito patrones específicos en el uso de servicios: los pacientes rurales reciben menos servicios de “case-managment”, menos atención en el domicilio, usan más servicios de urgencia, usan más servicios no sanitarios como son parroquias y curanderos, usan más el servicio de atención primaria, tienen menos posibilidad de recibir servicios de rehabilitación psicosocial y laboral, y tienen mayor resistencia a acudir a los centros de salud mental. En concreto, el 25% pueden faltar a las citas de su USM de referencia por los problemas de transporte. La mayor utilización de otros servicios de atención más generales es un hecho generalizado en el contexto rural y con escasez de recursos específicos, lo que coloca al sistema de salud general en un papel de primera fila en la atención a la patología mental de estas

zonas. Este hecho se ha demostrado recientemente en nuestro país en zonas pequeñas, rurales y dispersas (Martín et al., 2002).

Hay algunas experiencias que describen cuales son las ventajas y desventajas del contexto para la prestación de este tipo de programas específicos para personas con trastornos mentales graves. En general, hacen una definición del área rural mediante una combinación de criterios como:

- a) La densidad poblacional escasa.
- b) La población de cobertura reducida.
- c) La zona geográfica es muy extensa.
- d) Los problemas de transporte suponen la principal barrera para recibir atención específica en salud mental.

De una revisión de unas 15 referencias bibliográficas sobre el tema McDonell (1997) extrae las siguientes conclusiones. Como desventajas: barreras para acceder a servicios por ausencia de transporte, mayor escasez de personal, mayor estigma hacia la enfermedad mental, menor variedad de servicios, mayor descoordinación entre los mismos, menor número de servicios de apoyo comunitario (residenciales y ocupacionales) y mayores índices de desempleo en comparación con los contextos urbanos. En lo que se refiere a los profesionales señalan: aislamiento profesional, menor acceso a supervisión clínica y formación continuada, menor coordinación entre profesionales de salud mental, y mayor presión asistencial. Las últimas variables podrían contribuir a un menor acceso y difusión a las nuevas tecnologías de tratamiento (como son las técnicas de rehabilitación psicosocial e intervenciones comunitarias) y a convertir a los clínicos del contexto rural en “generalistas” (pocos profesionales atendiendo a todo tipo de patologías), renunciando a la especialización y tiempo que conlleva la atención al TMG. También se ha encontrado que existe la percepción en los profesionales de estar dando una calidad asistencial pobre, lo que puede influir en su autoestima profesional, desmotivación y abandono definitivo.

Continuando con la revisión de McDonell, en lo que se refiere a los pacientes que participaron en estas experiencias adaptadas al contexto rural presentaban las siguientes características: acuden menos a los centros de salud mental, mayor accesibilidad a redes sociales informales y familiares, mayor conocimiento en la comunidad del paciente. El que acudan poco al servicio de salud mental, además de por las barreras del transporte, podría responder al miedo a perder la confidencialidad, así como a la dificultad inherente a la enfermedad mental crónica de articular sus necesidades en demandas (Hernández, 2000), lo que facilita que en algunos contextos rurales el paciente mental grave resulte “invisible” a los servicios.

Santos et al. (1993) implantaron un programa asertivo-comunitario en un área rural para pacientes mentales graves en situación de aislamiento y evaluaron los resultados en términos de hospitalización y costes económicos. A pesar de obtener buenos resultados describieron dificultades asociadas específicamente al contexto rural que pueden limitar los resultados. Fueron: altos niveles de analfabetismo, inexistencia de transporte público, dificultad para localizar estaciones y paradas de autobús, condiciones de pobreza en las viviendas (higiene, calefacción, teléfono y electrodomésticos).

cos), principal entrada a salud mental vía ingreso hospitalario o urgencias, pérdida de pacientes tras el alta hospitalaria, mayor tolerancia familiar de conductas inadecuadas, menos accesibilidad de la familia a tratamientos psicoeducacionales y menor contacto social con otras redes distintas a su entorno familiar inmediato.

Los datos señalados hasta ahora, aunque están tomados de otros entornos distintos al español, pueden ser extrapolados a nuestros entornos rurales, especialmente a las áreas más alejadas y dispersas, que suman buena parte de las características descritas anteriormente. Por hacer una mención más contextualizada, en nuestro país, Simón (2002) ha analizado el contexto rural en relación a la accesibilidad a los servicios de salud mental. Dos serían las características esenciales que entiende por lo "rural": a) lejanía y dispersión geográfica; b) el contexto socio-cultural. Para Simón, el principal elemento es el de dispersión y dificultad de acceso, que determina en gran medida el proceso de atención al paciente y debería incorporarse en el diseño de las actividades de rehabilitación psicosocial. Por todo ello, el auténtico reto en rehabilitación no está tanto en aplicar de forma exacta una intervención concreta sino en adaptar la técnica haciendo en cada caso una definición operativa de las variables contextuales e incorporarlas como parte de la intervención misma.

En este libro, más adelante, se listan el tipo de programas e intervenciones que se pueden implementar en estas zonas específicas, como ingredientes a incorporar en los centros o servicios de salud mental y/o rehabilitación psicosocial. Haciendo un resumen de lo más relevante en relación al contexto rural, en el cuadro 2.1 se describen las características del contexto rural en salud mental (Navarro, 2003).

## **2.2. EL CONTEXTO DE CASTILLA-LA MANCHA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A LOS PACIENTES MÁS GRAVES**

En Castilla-La Mancha (C-LM) la dispersión geográfica de la región condiciona en gran medida el tipo de atención a implantar. A continuación se detallan algunas de las características de C-LM, definiendo las variables relacionadas con el contexto rural y alejado.

C-LM ocupa 79.462 Km<sup>2</sup>, tiene 5 provincias que son de las mayores en extensión en España. La población es de 2.038.956 habitantes (Según censo oficial 2008). En los siguientes cuadros se detalla la distribución de la superficie geográfica y de la población.



Cuadro 2.1. Características del contexto rural en salud mental.

PROFESIONALES	SERVICIOS DE ATENCIÓN	ÁMBITO SOCIOCULTURAL	PACIENTES	VENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez de personal cualificado.</li> <li>• Aislamiento profesional.</li> <li>• Escasa supervisión clínica.</li> <li>• Ausencia de formación continuada.</li> <li>• Poca colaboración entre profesionales.</li> <li>• Sobrecarga asistencial.</li> <li>• Dificultad para reclutar y mantener a los profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca variedad.</li> <li>• Poca cantidad.</li> <li>• No evaluación de eficacia o calidad asistencial.</li> <li>• Inaccesibilidad.</li> <li>• Atención primaria atiende a un gran porcentaje de enfermos mentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigma hacia la enfermedad mental.</li> <li>• Índices de pobreza y desempleo.</li> <li>• Ausencia de transporte.</li> <li>• Mayores distancias en desplazamientos.</li> <li>• Dispersión geográfica.</li> <li>• Tolerancia hacia conductas problema.</li> <li>• Menor cantidad de recursos comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuden a salud mental en menor medida.</li> <li>• Miedo a perder la confidencialidad.</li> <li>• Dificultad para contactar con el paciente.</li> <li>• Mayores niveles de recaída.</li> <li>• Viven con la familia.</li> <li>• Incapacidad para articular sus demandas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor accesibilidad a redes sociales y familiares.</li> <li>• Mayor aceptación ("tolerancia") del enfermo mental.</li> </ul>

Cuadro 2.2. Distribución provincial de la superficie geográfica\*.

PROVINCIA	KM <sup>2</sup>	DENSIDAD (HAB./KM <sup>2</sup> )
Albacete	14.926	26.6
Ciudad Real	19.813	26.3
Cuenca	17.141	12.5
Guadalajara	12.212	19.2
Toledo	15.370	43.5
C-LM	79.462	25.7
Total España	505.990	91

\*Padrón de habitantes año 2008

La densidad de población de Castilla-La Mancha es de 25,7 habitantes por Km<sup>2</sup>, lo que supone que la densidad geográfica en C-LM es un 28% inferior a la de España.

Castilla-La Mancha tiene 8 áreas de salud distribuidas en 203 zonas básicas de salud y 919 municipios. La distribución de la población es la siguiente.



Cuadro 2.3. Distribución de la población según tamaño de los municipios.

	MUNICIPIOS	%
Menos de 5.000 habitantes	851	92.6
5.000-10.000 habitantes	34	3.6
10.000 a 20.000 habitantes	20	2.1
Más de 20.000 habitantes	14	1.5

Cuadro 2.4. Ubicación de la población de Castilla-La Mancha en municipios mayores y menores de 5.000 habitantes.

	HABITANTES	%
Más de 5.000 habitantes	1.283.826	65
Menos de 5.000 habitantes	693.478	35

Como se puede ver, casi el 100% de los municipios de la región tienen menos de 5.000 habitantes (93%), estando una importante porción de los habitantes (35%) concretados en esos municipios. Esta distribución de habitantes unida a la dispersión geográfica de los mismos nos informa que un porcentaje muy importante de los pacientes que van a ser derivados a los servicios específicos de salud mental pueden quedar muy alejados de los servicios, especialmente los pertenecientes a poblaciones pequeñas, rurales y con dificultades de transporte. En estos municipios o zonas se concentran parte de las características enumeradas en el apartado anterior para la definición de contexto rural. Haciendo una extrapolación inicial grosera, teniendo en cuenta los datos de la población general, entre el 30% y el 40% de las personas con trastorno mental grave podrían quedar en esta situación, incrementándose o manteniéndose la situación de aislamiento y deterioro en la que se encuentran. En otras palabras, de un total de 1.000 plazas asignadas a los CRPSL de Castilla-La Mancha, unas 300 personas podrían tener importantes dificultades o imposibilidad para acudir al centro de rehabilitación de referencia.

En este contexto surge la necesidad de flexibilizar la atención, considerando la accesibilidad como un criterio clave en la planificación.

Haciendo cálculos obteniendo la distancia entre el municipio y el servicio de salud mental de referencia tomando una velocidad de 120Km/h para autopistas o autovías, 100Km/h para carreteras nacionales y regionales y 50Km para travesías, hemos obtenido algunos datos que apoyan los datos expuestos anteriormente. Tan solo el 5% de las poblaciones se encuentra a menos de 15 minutos de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Destacable es que el 85% de las poblaciones se encuentran a 30 minutos o más y a 15Km o más de su CRPSL de referencia.

En situación de inaccesibilidad a los CRPSL se encuentran un 20% de poblaciones (tar-

darían más de 1 hora en llegar y sin transporte público). Lo mismo ocurre con las Unidades de agudos ya que normalmente están situadas en los hospitales generales provinciales, quedando a más de 1 hora para el 35% de poblaciones.

En Castilla-La Mancha existen en la actualidad 19 CRPSL ubicados en las cabeceras de población, es decir, en poblaciones de más de 5.000 habitantes y en su mayoría de más de 20.000 habitantes. Cuentan con más de 1.000 plazas, lo que nos da un total de 56 plazas por 100.000 habitantes, muy aceptable según las estimaciones recomendadas para el territorio nacional (AEN, 2002). Sin embargo, estimamos que aproximadamente un 30% ó 40% de la población con necesidad de acudir a los centros se encuentran a más de 30Km de su CRPSL de referencia y sin posibilidad de transporte al mismo. A continuación se detalla la ubicación y zonificación asignada a cada CRPSL.

*Cuadro 2.5. Situación geográfica de los CRPSL de C-LM.*

CRPSL	Nº DE PLAZAS	Nº HABITANTES DE LA POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO*	Nº HABITANTES ASIGNADO POR ZONIFICACIÓN DE ÁREA*
Albacete	110	164.771	245.616
Almansa	50	25.272	34.000
Caudete	35	10.003	9.290
Hellín	70	30.366	67.000
Villarrobledo	65	25.417	71.680
Alcázar de San Juan	65	29.693	110.258
Tomelloso	65	35.637	96.772
Ciudad Real	70	71.005	127.884
Valdepeñas	55	28.570	70.879
Daimiel	45	18.078	54.410
Cuenca	85	52.980	110.000
Tarancón	50	14.214	34.760
Guadalajara	110	77.925	194.000
Puertollano	55	50.838	79.286
Talavera	75	85.549	144.251
Illescas	45	17.312	55.268
Consuegra	50	10.635	60.448
Toledo	95	78.618	178.000
Torrijos	45	12.000	63.825

\* Actualizado censo poblacional 2007

Como conclusión general se puede afirmar que principalmente llegan los pacientes del propio municipio y de los cercanos con posibilidad de transporte. Este hecho cuestiona un modelo de rehabilitación basado en demandas (atender a quién llega o es derivado) ya que presumiblemente una gran parte de la población dejará de hacer la demanda no por falta de necesidad sino, más bien de posibilidad. Elementos a desarrollar dentro de los servicios de salud mental por tanto, son el desplazamiento de los profesionales al contexto del paciente, la búsqueda de transportes alternativos a los existentes en la zona, y la necesidad de priorizar en un tipo de enfermo mental más accesible, haciéndose consciente que los recursos no pueden dar respuesta a toda la cobertura geográfica asignada. Con el desarrollo de alternativas residenciales para pacientes desplazados con alta necesidad de recursos parte de este problema también podría quedar resuelto. Sin embargo, sería necesaria una combinación de medidas para paliar en su conjunto el problema, como: transportes alternativos para pacientes, desplazamiento de los profesionales al domicilio, plazas residenciales y trabajo coordinado entre los recursos sanitarios y sociales.

### **2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS CRPSL DE CASTILLA-LA MANCHA SEGÚN EL ÁMBITO TERRITORIAL EN EL QUE SE ENCUENTRAN**

Considerando que la organización territorial de los centros influye en la atención prestada a los usuarios, hemos analizado la situación en la que se encuentra cada dispositivo de rehabilitación de Castilla-La Mancha. La intención es clasificar a cada CRPSL en un continuo rural-urbano, entendiendo el contexto rural no sobre la base de estratos de población únicamente, sino teniendo en cuenta una combinación de variables como:

- 1) Número de habitantes de los municipios de cobertura asignados.
- 2) Lejanía geográfica de las poblaciones asignadas.
- 3) Existencia de medio de transporte para acudir al centro.

Por tanto, se equipara contexto rural con: estrato de población pequeño + dispersión geográfica + ausencia de transporte.

Aquellos centros de rehabilitación en los que el 80% de los municipios de referencia sean de menos de 5.000 habitantes, el 80% de los usuarios tarden en llegar al centro más de 30 minutos o el 80% de los usuarios estén a más de 15 kilómetros y no exista transporte para el 40% ó más de los usuarios derivados, serían considerados como rurales y con dificultades de acceso.

De esta clasificación extraeríamos el tipo de organización y programas más adecuados para cada dispositivo, adaptando el diseño de las intervenciones al contexto en el que se llevan a cabo.

Se recogió en cada CRPSL el número de usuarios en situación de inaccesibilidad, así como el análisis de la situación rural o urbana en función de los criterios antes mencionados. El análisis nos permite clasificar a los centros en relación a su situación de accesibilidad. En los cuadros siguientes están los datos obtenidos.

Cuadro 2.6. Centros según tiempo y distancia para los usuarios atendidos. Datos año 2006.

CRPSL	% USUARIOS QUE TARDAN EN LLEGAR MÁS DE 30 MIN.	% DE CASOS QUE ESTÁN A MÁS DE 15 KM. DEL CRPSL
ILLESCAS	50	25
TOLEDO	45	45
CONSUEGRA	34	43
TORRIJOS	40	47
CIUDAD REAL	26	35
PUERTOLLANO	16	21
DAIMIEL	5	23
ALCAZAR	47	40
TOMELLOSO	21	38
ALMANSA	7	19
ALBACETE	22	13
VILLARROBLEDO	41	41
HELLIN	40	30
GUADALAJARA	70	55
CUENCA	28	28
TARANCON	40	60
TALAVERA	15	20

En general, la situación compartida por la mayoría de los CRPSL es: una mayoría de población asignada al centro (entre un 60% y un 70%) se encuentra a menos de 15KM, en municipios con el mayor número de habitantes. Sin embargo, representan una minoría del total de municipios asignados. El resto de municipios son mucho más numerosos, más pequeños y dispersos, abarcando el resto de población asignada (entre un 30% y un 40%).

Igualmente ocurre con el tiempo de desplazamiento al CRPSL. El mayor porcentaje de usuarios tardan menos de 30 minutos en llegar pero corresponden a la minoría de municipios. El mayor número de municipios tiene un tiempo de desplazamiento superior a 30 minutos, aunque en estos municipios se localiza una menor cantidad de habitantes y de usuarios.

Por todo ello, es difícil poder clasificar a los centros como “rurales” o “urbanos”, combinándose estas dos variables dentro de un continuo. Los centros combinan zonas rurales y urbanas al mismo tiempo, siendo la variable determinante la accesibilidad en función fundamentalmente del tiempo de desplazamiento, y la existencia de algún transporte. Algunos de estos centros utilizan distintas fórmulas para llegar las zonas más alejadas y prevenir el aislamiento de algunos usuarios: equipos móviles o servicios de transporte alternativo fundamentalmente.

La situación común consiste pues en: un CRPSL ubicado en un núcleo poblacional grande, en el que existe un núcleo urbano o semiurbano, poca distancia al CRPSL y poco tiempo de desplazamiento de la población atendida, pero a la vez tienen asignados a una mayoría de pueblos dispersos, con pocos habitantes y con grandes distancias de desplazamiento. Esta descripción no representa algo exactamente rural o urbano.

Por otro lado, la heterogeneidad es el denominador común entre las zonas, lo que obliga a hacer un análisis centro por centro. Así, en unas áreas la mayoría de casos en situación de inaccesibilidad se concentra solo en varios centros, debido a que el resto cuenta con transportes alternativos y/o extensiones del centro (talleres de rehabilitación en localidades accesibles a medio camino) que solucionan en parte el problema de la accesibilidad. En otras, los casos alejados se localizan en zonas donde se ha localizado una demanda efectuada por los servicios de salud mental así como al incremento de la cobertura poblacional en los últimos años. En algunos centros, existen casos no detectados por el CRPSL, muy probablemente por la ausencia de protocolos y recursos de detección y atención en la zona, lo que hace que esta población de casos permanezca “oculta” y en seguimiento por servicios locales de atención primaria de los pueblos. En algunas zonas la escasa cantidad de casos localizados en zonas con dificultad de acceso puede responder no a la falta de conocimiento de los casos sino a la falta de protocolos de detección y derivación por diversas razones (falta de espacios para la coordinación con salud mental, falta de agilidad para atender la demanda, ausencia de atención en el domicilio, escasa conciencia o iniciativa para derivar al centro de rehabilitación, etc.).

Resumir que las tasas de casos inaccesibles y localizados en zonas rurales y pequeñas dependen de factores tales como el incremento de dispositivos de salud mental, la existencia de buenos protocolos de detección en el área que permitan declarar la necesidad, el trabajo asertivo en las zonas más alejadas e inaccesibles, el incremento de la demanda y la existencia o ausencia de alternativas para solucionar el tema en cada zona (furgonetas, extensiones en centros de día, atención en el domicilio, etc.)

### 3. Características del Trastorno Mental Grave y de la atención en contextos rurales

#### 3.1. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CONTEXTOS RURALES

La rehabilitación psicosocial ha venido adquiriendo cada vez una mayor importancia durante los últimos años. Su mayor o menor desarrollo en las distintas áreas ha estado relacionado no solo por el mayor o menor desarrollo de la reforma, sino también por la mayor o menor dificultad para implantar recursos en los territorios. Es decir, que a

pesar de los avances en ámbitos como el desarrollo de las Unidades de Salud Mental de adultos territorializadas, incremento de Unidades de Hospitalización Breve, desistitucionalización de parte de la población en internamiento largo, desarrollo de Centros de Rehabilitación Psicosocial y de alojamientos supervisados normalizados, los problemas relacionados con el desarrollo de programas para atender a los pacientes de las áreas más alejadas y dispersas siguen existiendo. Las desigualdades entre las zonas más urbanas y rurales en cuanto a dotación de recursos pueden tener que ver más con las facilidades asociadas al territorio para la creación de recursos y para la asignación de profesionales, que con las necesidades reales de la población.

Algunos de los retos en los que se encuentran las áreas sanitarias que tienen que dar cobertura a una población alejada, rural y dispersa son:

- Necesidad de potenciar el desarrollo de programas comunitarios de salud mental. El reto es el asumir y extender unas prácticas de atención acordes al modelo comunitario, promoviendo la atención sobre la base de una orientación de rehabilitación psicosocial. En el caso de los pacientes más alejados, el seguimiento se realiza mediante la mera consulta farmacológica, realizada desde la USM o el equipo de zona correspondiente, al que normalmente el usuario se desplaza. Esta situación está lejos de buscar una orientación rehabilitadora en las prácticas, es decir, buscar que la intervención favorezca la máxima autonomía del enfermo mental grave con programas ajustados, ya que la consulta individual en pocos casos permite asegurar que el paciente se vaya a mantener activo en el medio tras la consulta. Evidentemente la consulta periódica basada fundamentalmente en el cumplimiento del tratamiento tiene poca capacidad terapéutica para conseguir al paciente los apoyos sociales necesarios en su medio y el asesoramiento necesario a la familia.
- Con la implantación de programas de atención a domicilio (PAD) en las Unidades de Salud Mental alguna vez se ha planteado remediar parte de este déficit. Sin embargo, cabe plantearse si las visitas a domicilio se harían con la regularidad necesaria, si la atención desarrollada se ajustará a prácticas de rehabilitación psicosocial, si los perfiles de los atendidos en el domicilio coincidirán con el perfil de TMG, si las áreas de intervención estarán más enfocadas al tratamiento clínico de síntomas o a la rehabilitación de habilidades funcionales, si los equipos estarán formados en la metodología para desarrollar planes individuales de rehabilitación psicosocial y/o laboral, o si la saturación en la demanda asistencial impedirá el desarrollo de técnicas de rehabilitación psicosocial más específicas, intensivas y a largo plazo. Una realidad que hemos comprobado con la instauración de estos programas en sus comienzos, es que los equipos asignados a las USM para ocuparse del PAD pasan a repartirse el trabajo de consulta de los profesionales que ya estaban antes. Esto puede ser debido a la saturación en la demanda, la dificultad para reorganizar y cambiar el estilo de trabajo anterior, así como barreras de orden organizativo y político-sanitario: dificultad del profesional para gestionar su agenda de citas, priorización de la atención a demanda y a corto plazo debido a la presión por “ventilar” las listas de espera, priorización de la gerencia correspondiente en la cartera de servicios de las unidades sobre prácticas más biologicistas que sobre técnicas de atención más comunitarias.

Evidentemente todas las medidas comentadas suponen importantes barreras para impulsar programas de atención orientados al apoyo y la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales crónicos.

- Ausencia de modelos de atención aplicados a contextos rurales. Como ya se ha comentado el principal reto es la adaptación de los modelos tradicionales para que la atención llegue a personas con enfermedad mental. El desarrollo de programas de rehabilitación específicos que cubran las necesidades de los pacientes más graves que presentan importantes dificultades para beneficiarse de la atención en rehabilitación serviría como complemento al trabajo desarrollado por los Centros de Rehabilitación del área. Habría que potenciar subprogramas integrados en los Centros de Rehabilitación que hicieran llegar la rehabilitación ofertando una mayor accesibilidad y continuidad de cuidados a los usuarios normalmente desatendidos (sin transporte, alejados geográficamente, en situación de aislamiento en la vivienda, con pocos o ningún soporte social facilitador).
- Necesidad de potenciar la implicación de los servicios sanitarios de atención primaria y de los servicios sociales en la atención comunitaria del enfermo mental, y de buscar la complementariedad en la atención integral a esta población.
- Necesidad de buscar mecanismos que faciliten la coordinación entre profesionales. La atención sobre la población de pacientes mentales crónicos debe articularse sobre una estrecha coordinación de los profesionales encargados de la atención. Las necesidades que presentan son amplias (sanitarias, sociales, laborales, residenciales, familiares, etc.) y por tanto requieren de la actuación de distintos profesionales implicados sobre un mismo caso. Contar con medidas que faciliten el contacto entre esos profesionales es un elemento que favorece el éxito en la atención integral (p.e. vehículos para el desplazamiento, teléfonos móviles, comunicación por chat o video-conferencias, posibilidad de cambio de citas en la agenda, etc.)
- Necesidad de contemplar medidas específicas dentro de los Centros de Rehabilitación que actúen sobre áreas rurales y alejadas. A modo de propuesta: contar con un programa de seguimiento domiciliario para un tipo de pacientes alejados; diseño de programaciones de actividades orientadas a horarios de transporte; desplazamiento de profesionales a determinadas zonas; uso de viviendas o pisos que sirvan de residencia a usuarios del área que necesiten una atención intensa desde el CRPSL.
- Necesidad de reconocer la problemática específica del colectivo en cada área. La problemática de la cronicidad, su impacto personal y social, los graves déficits en el funcionamiento que genera y la sobrecarga familiar que sufren muchos de ellos, hace necesario reconocer y conocer las necesidades reales actuales. La alternativa aquí es elaborar “censos de pacientes graves y crónicos” en todas las áreas sanitarias y detectar aquellos que están en situación de lejanía y abandono.



## 3.2. CONSECUENCIAS EN LA SITUACIÓN DEL PACIENTE CON TMG EL ÁREA RURAL Y ALEJADA. DIFICULTADES ESPECÍFICAS

Ateniéndonos a la realidad del contexto en el que nos movemos nos encontramos con que, asociadas a las problemáticas comunes de las enfermedades mentales graves y duraderas, la persona afectada que viva en un contexto rural que cumpla con las características contextuales ya señaladas, va a presentar además dificultades específicas vinculadas a la peculiaridad de este contexto. Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- Escasos o inadecuados mecanismos y servicios para la atención en crisis.
- Prioridad sobre la consulta farmacológica individual, con escasa atención a lo psicosocial.
- Mayores niveles de recaída y “puerta giratoria”.
- Familia como principal recurso de cuidados.
- La atención primaria se encarga de parte de la atención mental.
- La continuidad de cuidados es un criterio difícil de alcanzar.
- El Centro de Rehabilitación es el único recurso que ofrece programas de rehabilitación psicosocial en el área.
- Los profesionales que atienden en las unidades ambulatorias están poco formados, preparados o motivados para asumir nuevas técnicas comunitarias de rehabilitación en salud mental.

## 4. Epidemiología del Trastorno Mental Grave en el contexto rural

### 4.1. LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Primero se hace un análisis crítico de las ratios de incidencia y prevalencia y a continuación se dan algunas claves para estimar la cantidad de personas con TMG en una zona rural determinada.

#### **A) *La influencia del contexto en la incidencia y la prevalencia.***

Cada vez existe más evidencia de la variabilidad en las cifras de incidencia y prevalencia del TMG. La creencia tradicional asumida por la comunidad científica de que la esquizofrenia afecta por igual independientemente del sexo, raza o país no se sustenta con las



evidencias actuales. Se han encontrado variaciones importantes en la incidencia y prevalencia en función del contexto y del status social. Así, se han encontrado prevalencias de hasta el doble en pequeñas comunidades aisladas, en grupos sociales desaventajados y en minorías étnicas (Barbato, 2005). Los estudios de la OMS en diferentes países del mundo han abierto una vía que demuestra que las variables ambientales tienen una incidencia clave sobre la incidencia, prevalencia, evolución, pronóstico y respuesta al tratamiento. También estos nuevos hallazgos cuestionan el dato de que la esquizofrenia es más frecuente en las zonas urbanas y desarrolladas encontrando incrementos en la frecuencia de la esquizofrenia en países en vías de desarrollo que van asociadas a un empeoramiento en el curso de la enfermedad, con larga evolución y bajos porcentajes de recuperación. En estas zonas más desfavorecidas las discapacidades, el estigma y el aislamiento social son extremadamente importantes.

Recientemente McGrath (2005) ha revisado la investigación sobre incidencia y prevalencia de la esquizofrenia, con las siguientes conclusiones:

- La incidencia varía considerablemente entre países. Los ratios están en un rango entre 7,7 x 100.000 habitantes y 43 x 100.000 habitantes.
- La incidencia varía entre las zonas urbanas y rurales. Que se encuentre mayor incidencia en las zonas urbanas podría reflejar que la mayoría de las muestras de los estudios epidemiológicos han nacido en una ciudad.
- La incidencia es mayor en poblaciones inmigrantes. Además entre el tipo de inmigrantes también se encuentran variaciones (ratios x 10.000 habitantes: 5,8 para los marroquíes, 3,5 para los turcos y 2,9 para los indios).
- La incidencia varía a lo largo del tiempo. Durante los últimos 40 años los ratios han aumentado lo que podría ser una consecuencia de los cambios sociológicos: mayor exposición a estresores, inmigración, dificultades económicas, problemas residenciales, etc.
- La prevalencia varía considerablemente entre países.

También las tasas de recuperación a lo largo de la evolución del trastorno varían en función del contexto o país. Bromet, Naz, Fochtmann, Carlson y Tanenberg (2005) revisaron los estudios prospectivos a largo plazo de seguimiento de pacientes con TMG publicados en los últimos 30 años y encontraron tasas de recuperación que oscilaban entre el 15% y el 50%. Por ejemplo, en India el 15% de los pacientes están recuperados a los 10 años, en Manchester un 50%, en los Países Bajos un 27% y en Bulgaria un 25%. Estos datos plantean la necesidad de añadir el contexto como variable predictora de la evolución del trastorno. Así, al perfil tradicional asociado con una peor evolución del TMG: antecedentes familiares, comienzo insidioso, pobre funcionamiento premórbido, severidad de los síntomas negativos y duración de la psicosis no tratada, habría que añadir el vivir en un contexto social determinado. La investigación debe afinar más para poder seleccionar concretamente qué variables contextuales o sociales son las que afectan negativamente a la recuperación.

En conclusión, los problemas mentales no se distribuyen igual en los distintos grupos sociales, culturales y geográficos pues las variables del contexto influyen sobre la evolución y las posibilidades de recuperación. Las poblaciones rurales podrían considerar-

se en riesgo de desarrollar mayores índices de incidencia, prevalencia, discapacidad o peor pronóstico debido a sus desventajas sociales.

### ***B) Estimación del TMG en las zonas rurales.***

La prevalencia de psicopatología en el contexto rural apenas ha sido estudiada. La escasa literatura que existe proviene de países diferentes a España y comparte las mismas deficiencias que los estudios epidemiológicos del TMG en cuanto a la definición del objeto de estudio, además de las dificultades añadidas a la ambigüedad de lo que se considera rural. Las conclusiones acerca de la prevalencia, incidencia y manifestación de la psicopatología en el ambiente rural deben ser tratadas con precaución y nunca aceptadas absolutamente. Así, hay estudios que han encontrado mayor prevalencia de psicosis en el área rural y otros que hallaron lo contrario. Además, la ausencia de un acuerdo sobre lo que se considera rural y urbano, las diferencias metodológicas de los estudios, y el hecho de la heterogeneidad asociada a las localidades denominadas rurales limitan la utilidad de la investigación existente para establecer posibles estimaciones. Cualquier extrapolación hay que tomarla pues con reservas y simplemente como una referencia para acercarse a la realidad concreta que se quiere estudiar.

Se pueden utilizar algunas referencias que pueden servir para hacer algunas estimaciones (tomando como ejemplo una Comunidad Autónoma de cerca de 2.000.000 de habitantes): a) la del número de personas que conforman la población diana para los programas de rehabilitación psicosocial, estableciéndose inicialmente en unas 3.000 personas (2x1.000 habitantes de la población general), b) la de la cifra de usuarios atendidos en los centros de rehabilitación en el año (p.e. 1.300 personas con TMG), c) la cifra de usuarios derivados a un centro de rehabilitación y que no pueden acudir por motivo de vivir en zonas rurales y alejadas, d) la cifra de habitantes y poblaciones pertenecientes a la zonificación territorial de cada centro de rehabilitación psicosocial que combinan criterios de larga distancia, tamaño pequeño y dificultad de transporte. Utilizando una combinación de estos criterios y a modo de ejemplo, en una Comunidad de 2.000.000 de habitantes se podrían estimar las siguientes cifras: el 30% de los usuarios derivados y atendidos en los dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial y laboral se encuentran en zonas rurales y alejadas (mirar punto 2.2.), tienen importantes dificultades para acudir asiduamente a ellos, discontinuando su plan de rehabilitación y manteniéndose en situación de aislamiento, deterioro y cronicidad. Aplicando este porcentaje al total de beneficiarios de los centros de rehabilitación psicosocial (1.300 personas), tendríamos un colectivo de 390 personas que debido a su lugar de residencia rural, necesitaría abordajes específicos desde programas adaptados a la realidad rural.

Las estimaciones solo muestran un ejemplo de cómo obtener tendencias en las cifras pero los cálculos nos obligan a mantener importantes incertidumbres hasta no tener detectados con precisión a todos los pacientes en un área concreta. Con el objetivo de alcanzar mayor precisión utilizamos estas referencias en nuestra Comunidad de Castilla-La Mancha en un breve análisis epidemiológico en nos permitiera arrojar algunos estándares cuantitativos. El objetivo fue hacer estimaciones sobre el núme-

ro de personas con TMG que vivía en una zona rural y poco accesible de Castilla-La Mancha (Navarro y Carrasco, 2006). Para seleccionar a los pacientes utilizamos los criterios de TMG (diagnóstico, deterioro, duración y complejidad asistencial). Se añadieron dos criterios más, el de “contexto” definido por residir en un núcleo poblacional rural (a más de 30 Km. ó 15 minutos del centro de rehabilitación de referencia, sin transporte para acudir y menos de 10.000 habitantes), y el de “necesidad” definido por precisar una asistencia continuada en programas de rehabilitación psicosocial. Se compararon la prevalencia registrada en los centros de rehabilitación (casos conocidos) con la estimada (casos potenciales). Los resultados encontraron: un 85% de personas potenciales con TMG podrían permanecer “invisibles” al sistema, las tasas de ruralidad en la comunidad oscilan entre el 20% y el 50% de todos los habitantes según las áreas y provincias, existe una gran heterogeneidad en la distribución territorial de los pacientes debido a factores únicamente explicables por la particularidad de cada provincia o zona. De estos resultados extrajimos las siguientes conclusiones: 1) los dispositivos que tienen asignadas zonas rurales deben organizar sus servicios para diseñar parte de la atención que ofrecen en el medio (para al menos un 20% de todos los usuarios atendidos), 2) son necesarios programas de atención en el domicilio en los servicios de salud mental que tienen asignadas zonas rurales, 3) se necesita una alta coordinación entre los centros de rehabilitación y las unidades de salud mental para intervenir sobre los casos más alejados, 4) la existencia de protocolos de detección de casos en las zonas rurales del área evitaría las pérdidas y los pacientes “invisibles”, 5) organizar protocolos de coordinación y atención con la atención primaria rural de zona podría facilitar una atención más accesible y, 6) la formación a los profesionales de los equipos para intervenir con este tipo de pacientes serviría para la concienciación del problema y para mejorar los programas psicosociales de intervención complementarios a la asistencia estándar.

## 4.2. ESTIMACIONES GLOBALES

Es difícil estimar el número exacto de personas con una enfermedad mental grave que está en contextos rurales. En primer lugar hay una ausencia de datos precisos sobre la incidencia y prevalencia tanto en nuestro contexto nacional como internacional. Las estimaciones iniciales que hemos ido haciendo en Castilla-La Mancha desde la Fundación FISLEM a lo largo de estos cinco últimos años son:

- La del número de personas que conforman la población diana para los programas de FISLEM, estableciéndose inicialmente entre 2.500 y 3.000 personas para toda la población de C-LM.
- La de la cifra actual de usuarios atendidos por los CRPSL que está entre 1.300 y 1.400 personas al año.
- La de la cifra de usuarios derivados a los CRPSL y que no pueden acudir por motivo de lejanía geográfica, aunque tomada con reservas, porque su análisis puede revelar diferencias de criterio profesional entre los servicios de salud mental derivantes, a la hora de hacer la demanda, más que las necesidades en sentido estricto.

- La de las cifras de habitantes y poblaciones asociadas a la zonificación territorial de cada CRPSL y del análisis de su distancia, tamaño y disponibilidad de transporte.
- La de la cifra actual de usuarios atendidos por el Programa Regional de Integración Social y Laboral de Enfermos Mentales, cuya población diana más numerosa está en la zonas más rurales de Castilla-La Mancha y que supone un 30% de los atendidos en los CRPSL.

Así se extraerían:

- Unas 400 personas atendidas actualmente en los CRPSL viviría en una zona rural, pequeña y tendría dificultad para asistir a los programas del CRPSL con asiduidad (lo harían parcialmente o por temporadas, discontinuando su proceso de recuperación y con frecuentes retrocesos).
- Entre el 30% y el 40% del total de demandas efectuadas por las USM a los CRPSL estarían en esta situación, aunque con las reservas señaladas para la adecuación de las derivaciones según la unidad que derive.
- El 30% de los atendidos en el CRPSL precisaría de una atención con desplazamiento al medio en el que vive, con imposibilidad de acudir al centro y requiere de equipos específicos que le asistan en su medio.

Como extrapolación general a la baja, se podría contar con las siguientes cifras en C-LM:

- El 30% de los pacientes derivados y atendidos en los CRPSL se encuentran en zonas rurales y alejadas del centro, tendría importantes problemas para acudir asiduamente, discontinuando su plan de rehabilitación y manteniéndose en importante situación de aislamiento y deterioro.

Evidentemente la disparidad de cifras y márgenes en los cálculos nos obligan a mantener importantes incertidumbres hasta no tener detectados con precisión a los pacientes con TMG en cada área. Además como se ha mostrado en el apartado 2.3. Esta situación no es compartida por todos los centros de rehabilitación, aunque si por al menos la mitad de ellos. En el siguiente apartado se presenta un estudio epidemiológico realizado por la Fundación FISLEM que nos permitirá arrojar estándares cuantitativos con mayor precisión que los elaborados hasta el momento, como una aproximación que nos sirva para manejar cifras más exactas.

### **4.3. ESTIMACIONES ESPECÍFICAS. PREVALENCIA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ZONAS RURALES DE CASTILLA-LA MANCHA**

El siguiente estudio se hizo durante el año 2006 con el objetivo de encontrar datos de la prevalencia de personas con un TMG en las zonas rurales y con dificultad de acceso de Castilla-La Mancha. El objetivo específico fue estimar el número de personas con trastorno mental grave (TMG) en Castilla-La Mancha que está en un contexto alejado y poco accesible de los Centros de Rehabilitación.

- Método

- Sujetos

Personas con TMG derivados a los CRPSL por los servicios de salud mental, que no pueden acudir a programas de rehabilitación psicosocial por dificultades de accesibilidad (residen a grandes distancias y sin medio de transporte). Los criterios de selección fueron:

- Criterios diagnósticos. Priorizando en pacientes con esquizofrenia u otras psicosis.
- Criterios de funcionamiento. Deterioro generalizado en áreas de la vida cotidiana.
- Criterios longitudinales. Curso crónico de la patología y dependencia de servicios asistenciales durante años.
- Criterios de contexto. Residir en núcleos poblacionales inaccesibles: más 15 Km o más de 30 minutos al CRPSL más cercano y sin transporte para acudir.
- Criterios de necesidad. Precisan programas de rehabilitación psicosocial estructurados y continuados en el tiempo.

- Procedimiento

Se envió a todos los CRPSL de la comunidad el conjunto de criterios antes señalados para seleccionar el número de pacientes que había en el recurso en esa situación. Se contactó con el coordinador/a de cada centro, pidiendo un listado de casos que cumpliera los criterios.

También se calculó la cobertura poblacional total asignada a cada centro con dificultades para acudir al recurso, para comparar la prevalencia estimada de casos con la prevalencia registrada en ese momento.

- Resultados

*Cuadro 4.1. Tasas de población con dificultad de acceder a los CRPSL de Castilla-La Mancha.*

AREA SANITARIA	POBLACIÓN ASIGNADA A CRPSL EN FEBRERO DE 2006	POBLACIÓN CON DIFICULTAD PARA ACCEDER AL CRPSL
TOLEDO	421.000	100.000 (24%)
TALAVERA DE REINA	135.000	0 (0%)
CUENCA	159.000	74.211 (46,6%)
GUADALAJARA	200.000	20.000 (10%)
ALBACETE	395.350	77.897 (20%)
PUERTOLLANO	80.000	14.726 (18%)
CIUDAD REAL	183.974	2.500 (1,5%)
MANCHA-CENTRO	221.300	36.553 (16.5%)
TOTAL CASTILLA-LA MANCHA	1.795.624	325.887 (18%)

Cuadro 4.2. Estimación del número de enfermos mentales graves y crónicos en zonas con dificultad de acceso en Castilla-La Mancha.

AREA SANITARIA	PREVALENCIA ESTIMADA SOBRE POBLACIÓN CON DIFICULTAD DE ACCESO		PREVALENCIA REGISTRADA	
	TMG en población general 0.6%	Porcentaje de TMG objetivo de cobertura de los CRPSL 40%	Número de casos derivados.	Porcentaje sobre plazas de CRPSL disponibles en el área.
TOLEDO	600	240	36	18
TALAVERA DE LA REINA	0	0	0	0
GUADALAJARA	120	50	17	15
CUENCA	345	138	20	16.5
ALBACETE	467	187	35	12.5
PUERTOLLANO	88	35	1	2
CIUDAD REAL	15	6	0	0
MANCHA-CENTRO	220	88	0	0
TOTAL CASTILLA-LA MANCHA	1.955	744	109	10

Cuadro 4.3. Comparación entre prevalencia registrada y estimada de casos con dificultad de acceso a los CRPSL.

ÁREA SANITARIA	PREVALENCIA REGISTRADA	PREVALENCIA ESTIMADA	DIFERENCIA
TOLEDO	36	240	204
TALAVERA DE LA REINA	0	0	0
CUENCA	20	138	118
GUADALAJARA	17	50	33
ALBACETE	35	187	152
PUERTOLLANO	1	35	34
CIUDAD REAL	0	6	6
MANCHA-CENTRO	0	88	88
TOTAL CASTILLA-LA MANCHA	109	744	635

Como se aprecia en las tablas, existe una gran diferencia entre la prevalencia registrada y estimada. Un 85% (635) de potenciales pacientes con necesidades de rehabilitación psicosocial en las zonas alejadas permanecen “ocultos” para el sistema.



Por otro lado, casi el 20% del total de la población de Castilla-La Mancha está en situación de dificultad para acceder a los CRPSL, llegando en algunas áreas al 50%.

Las tasas de casos inaccesibles se distribuyen de forma heterogénea entre las áreas, debido a factores específicos en cada zona: número de CRPSL, existencia de protocolos de detección y coordinación, captación de nuevos casos por los nuevos recursos, incremento de la demanda, presencia o ausencia de soluciones a la accesibilidad en cada recurso (transportes, equipos móviles, programas de atención en el domicilio, plazas residenciales, etc.).

De nuevo se refuerza la conclusión general de que en algunas áreas habría que reorganizar los servicios para que parte de la atención a los pacientes se diseñe en el medio (para el 20% de las plazas asignadas al recurso).

- Conclusiones

Al menos para nuestro contexto el análisis realizado nos permite extraer algunas conclusiones. Así, en los contextos alejados y rurales hay que tener en cuenta unos componentes básicos para desarrollar recursos de rehabilitación psicosocial, algunos de ellos son:

- Se necesitan programas de atención en el domicilio en todos los servicios de salud mental de las zonas con dificultad de acceso. Por ejemplo a través del desarrollo de programas tipo asertivo comunitario en los equipos de salud mental.
- Es necesaria una alta coordinación entre los Centros de Rehabilitación y Unidades de Salud Mental para la intervención con casos alejados.
- Protocolos de detección de casos en inaccesibilidad en el área, facilitarían la localización de estos pacientes.
- La intervención con las familias de estas zonas alejadas y rurales es clave para conseguir una colaboración en los cuidados del paciente.
- Protocolos de atención y coordinación con centros de salud de atención primaria y de servicios sociales de la zona podrían facilitar una atención normalizada e integral.
- La formación a los profesionales de los equipos para intervenir sobre este tipo de paciente serviría tanto para la concienciación del problema como para mejorar las vías de detección e intervención psicosocial.

#### 4.4. PERFIL DEL PACIENTE UBICADO EN EL CONTEXTO RURAL

Como se ha señalado, el 30% de los atendidos en los CRPSL son atendidos por el Programa Regional de Integración Social y Laboral, orientado a atender a pacientes con enfermedades mentales graves alejados de la red y complementar a los CRPSL con equipos que se desplazan a la comunidad para facilitar el acceso y el mantenimiento en la comunidad, evitando situaciones de desvinculación o deterioro. Haciendo un análisis del perfil de usuario atendido por este programa podríamos extrapolar el perfil de usuario que vive en un entorno rural (evidentemente con las debidas reservas ya que entre estos casos no están todos los rurales, aún así es necesario hacer alguna aproximación cualitativa para poder “fotografiar” el perfil del que hablamos).

Entre las características generales del perfil de usuario atendido por este subprograma, que lleva funcionando cinco años, están las siguientes:

- Media de edad entre 35 y 40 años (46%), aunque también hay un porcentaje importante de población joven entre 25 y 35 años (40%).
- Misma proporción de hombres y mujeres.
- El 75% vive con la familia de origen. Un 25% viven solos y en condiciones de aislamiento social en su propio domicilio.
- La mayoría tiene diagnóstico de Esquizofrenia.
- Son pacientes conocidos por salud mental con una antigüedad del primer contacto en la USM de más de 5 años en el 75% de los casos. Sin embargo, el 20% ha perdido el contacto con su USM durante los dos últimos años.
- El 70% se encuentra en situación de desadaptación social y no utilizan ningún recurso comunitario de su entorno.
- El 5% está en situación de pobreza económica sin ingresos propios.
- Durante los dos años anteriores al primer contacto, el 60% ha tenido 2 ó más ingresos hospitalarios y el 40% ninguno.
- El 20% de los casos son detectados por atención primaria y servicios sociales.
- La primera demanda de atención con el caso es social y familiar.
- La frecuencia de visitas en el domicilio que precisan son: el 50% de 1 a 2 veces por semana, el 40% quincenal, el 10% mensual.
- En el momento del primer contacto entre un 10% y un 15% permanece descompensado, sin tomar medicación o sin tratamiento prescrito.

Según los datos extraídos estaríamos ante:

- Usuarios que residen a grandes distancias del CRPSL.
- Con escasez de recursos de apoyo social.
- Que no pueden acudir con regularidad a los programas de rehabilitación psicosocial.
- Que vive con la familia en situación de aislamiento y falta de apoyo y orientación necesarios para convivir con un enfermo mental.

## 5. Principales programas de salud mental en el contexto rural

A continuación se van a describir brevemente los modelos de intervención en salud mental que más se ajustan a un contexto rural, y que cuentan con mayor evidencia empírica. Las intervenciones suelen ser llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, con un enfoque rehabilitador, integrados en un servicio o unidad de referencia con capacidad para llevar a cabo intervenciones móviles sobre el medio.



Las intervenciones deben ir dirigidas a mejorar el grado de capacitación y autonomía, tratando de disminuir la severidad y consecuencias de la enfermedad mental.

Primero, a través de una lectura crítica de la información obtenida por los tratamientos asertivo-comunitarios, se resumen los aspectos más característicos de estos programas. Este tipo de intervenciones se ajustan bien a las características del ámbito rural y alejado, aunque precisan de ajustes necesarios. Con ello se pretende contextualizar la posterior presentación de los criterios a tener en cuenta para diseñar intervenciones comunitarias para pacientes con trastorno mental grave desde salud mental, a la vez que extraer algunas consecuencias prácticas para la organización y desarrollo de este tipo de programas.

## 5.1. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La existencia de pacientes especialmente graves con trastornos duraderos en el tiempo, con especiales dificultades de integración y con mayor riesgo para las recaídas ha llevado al diseño de distintos modelos de atención intensiva en la comunidad, que encuentran su principal exponente en el modelo de tratamiento asertivo-comunitario (TCA). La principal diferencia entre esta modalidad con otros programas de seguimiento intensivo de casos, está en que el tratamiento lo administra un equipo, mientras que en otros programas de gestión de casos es realizado individualmente por profesionales o tutores (“case-managers”).

Los procedimientos de gestión de casos se desarrollaron para pacientes con trastorno mental grave que tienen dificultades para desenvolverse y cubrir sus necesidades en sistemas de salud mental complejos y fragmentados (Mueser, Bond y Drake, 2000). Aunque se han desarrollado otros modelos de seguimiento como el de “gestión clínica” o el de “gestión intensiva”, el modelo TCA es el que más se ajusta al paciente en contextos alejados y rurales, ya que se basa especialmente en pacientes que por diversas razones tienen especiales dificultades para acudir a los servicios de salud mental. Además, parte de la metodología nuclear del programa está en desarrollar las intervenciones proporcionando los servicios a los pacientes en su ambiente natural de residencia, en lugar de en la clínica. Por otro lado, el TCA hoy cuenta con mayores apoyos empíricos y clínicos que el resto de modelos de seguimiento comunitario.

El TCA consiste en un abordaje intensivo que se lleva a cabo mediante actuaciones “in vivo”. El equipo concentra sus esfuerzos en mejorar y prevenir los síntomas y las crisis, incrementar las capacidades de funcionamiento y promover apoyo a las redes naturales del paciente. Todo ello con una actitud “asertiva” para evitar que el paciente se desvincule del programa terapéutico. El equipo, que puede consistir entre tres y cuatro profesionales, normalmente mantiene el 75% del tiempo en contacto con el paciente en su lugar de residencia.

En los cuadros siguientes se resumen las características generales del TCA:

Cuadro 5.1. Características de las modalidades de programas de seguimiento de personas con TMG.

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO	OTROS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil homogéneo de paciente: &gt; 18 años, alto uso de hospital, historia de abandonos.</li> <li>• Preferencia por pacientes con esquizofrenia.</li> <li>• Equipos formados por 1 ó 2 psiquiatras, 1 ó 2 enfermeros, 1 trabajador social, 1 psicólogo.</li> <li>• Énfasis en la adherencia al tratamiento y el manejo de la enfermedad.</li> <li>• Intervención en el medio en lugar de en la clínica.</li> <li>• Desplazamiento de profesionales.</li> <li>• Disponibilidad horaria de 24h.</li> <li>• Alta frecuencia de contacto con el paciente.</li> <li>• Administración directa del fármaco y atención durante las crisis.</li> <li>• Ratio de profesional / paciente limitado (1:10).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismo perfil que TCA.</li> <li>• Menos frecuencia de contacto con el paciente.</li> <li>• Equipo formado por un profesional que gestiona individualmente el caso.</li> <li>• Facilita el acceso a tratamiento y citas (no provee tratamiento directamente).</li> <li>• Facilita el acceso a otros recursos comunitarios.</li> <li>• No resuelve crisis directamente.</li> <li>• Coordinan a los servicios en los que está el paciente.</li> <li>• No cobertura de 24h.</li> <li>• Mayor ratio profesional/ paciente (1:30).</li> </ul>
<p>Mismos objetivos: evitar abandonos / pérdidas, reducir uso de hospital, mejora funcionamiento social.</p>	

### 5.1.1. INGREDIENTES ESENCIALES

La dificultad y complejidad del medio rural exige el desarrollo de unos criterios que faciliten la implantación de los programas con una buena relación coste-eficacia.

En realidad, no está claro todavía qué tipo de ingredientes asegurarán la eficacia de la intervención. El “UK 700 Group” (1999) sugiere los siguientes: ratio profesional-pacientes reducido (1:15), existencia de recursos sociosanitarios que apoyen y complementen al programa y, definición clara del perfil del paciente que va a ser atendido por el programa.

Issakidis et al. (1999) encontraron en su estudio con 73 enfermos mentales graves que el factor que podía predecir la eficacia del programa es el ratio profesional-paciente, ya que el profesional que tenga un ratio entre 1:10/15 puede desarrollar intervenciones cualitativamente distintas de otro que tenga 1:30 pacientes.

Teague y otros (1998) enfatizaron la importancia de documentar los componentes de tratamiento que proveen eficacia para los programas asertivo-comunitarios, criterios que también han sido usados para evaluar los programas de “case-management” intensivos (Hernández, 2000). Recientemente estos autores han desarrollado una escala para medir la fidelidad de los tratamientos a la hora de aplicarlos (ver cuadro 5.2).

Cuadro 5.2. Criterios de fidelidad para el TCA (Teague, et al., 1998).

- Proporción de casos asignados a cada profesional 1:10.
- El equipo comparte casos.
- Existen reuniones del equipo.
- El equipo tiene un líder o responsable
- Continuidad de la dotación y de los miembros del equipo.
- El equipo cuenta con un psiquiatra.
- El equipo cuenta con un enfermero.
- El equipo cuenta con un especialista en drogodependencias.
- El equipo cuenta con un especialista en actividades vocacionales.
- Se han definido criterios de inclusión en el programa.
- Responsabilidad completa del tratamiento.
- Responsabilidad de intervención en crisis.
- Responsabilidad de planificar el alta.
- Seguimiento por tiempo ilimitado.
- Intervención “in vivo” (ej. en el domicilio).
- Política de evitar abandonos.
- Frecuencia de contactos alta.
- Trabajar con el sistema de soporte natural.
- Tratamiento de la adicción por el mismo equipo.

\* Tomado de Hernández (2000)

### 5.1.2. RECOMENDACIONES DESDE LA INVESTIGACIÓN PARA INSTAURAR PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVO EN LA COMUNIDAD

Se pueden extraer algunas recomendaciones después de las revisiones sistemáticas que se han hecho sobre el tema. Basándonos en dos de ellas, la de Mueser, Bond y Drake (1998) y la de Emeterio et al. (2004), a continuación se resumen los resultados obtenidos y se hacen algunas recomendaciones para implantar este tipo de programas en la comunidad.

En la mayoría de los estudios se hace una comparación del TCA con la atención estándar o con el modelo de “case-managment”, hacen una evaluación de los resultados durante una media de dos años y agrupan cerca de 3.000 pacientes que han pasado por este tipo de intervención.

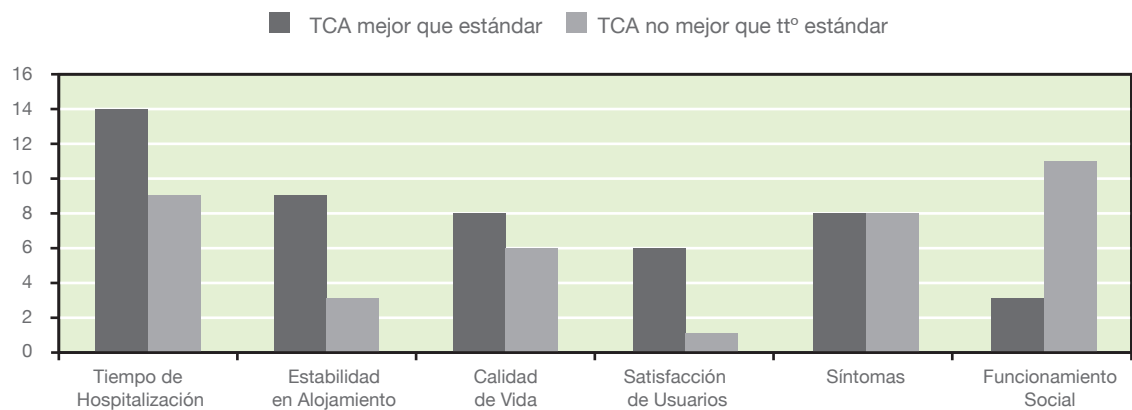
De la revisión de Muser, Bond y Drake se muestran los siguientes efectos:

- Reducción del tiempo pasado en el hospital.
- Mayor tiempo de estancia en el propio domicilio.
- Incremento de calidad de vida objetiva (necesidades básicas: vivienda, dinero y comida) y subjetiva (estado de ánimo y compañía).

- Estabilización clínica de los síntomas.
- Escaso impacto en la integración social.
- Escasos resultados en integración laboral.
- Reducción de costes económicos solo para los TCA que cumplan la mayoría de criterios de fidelidad expuestos anteriormente, y con pacientes que muestran un patrón de uso de hospital alto.
- Menos pérdida de pacientes al año (5% vs. 30% en otros modelos de seguimiento).

En la figura 5.1 se exponen los efectos encontrados por los estudios experimentales revisados por los autores:

*Figura 5.1. Resultados del TCA para casos con TMG. Eficacia experimental de 25 estudios (Mueser, Bond, Drake, 1998).*



Recientemente se han elaborado algunas recomendaciones basadas en la evidencia empírica disponible para el desarrollo de este tipo de programas en nuestro país. Así, Emeterio et al. (2004) ofrecen una guía de práctica clínica para facilitar la toma de decisiones en la adecuación del tratamiento que se ofrece para el paciente esquizofrénico, que permite establecer las siguientes recomendaciones para desarrollar TCA:

- Las características básicas que tiene que tener el programa para poder ser eficaz son:
  - Adecuarse a un perfil tipo de paciente de “alto riesgo”: esquizofrenia o psicosis crónica, fase estable, pobre cumplimiento terapéutico, situación de aislamiento, riesgo de rehospitalizaciones, severa restricción de funcionamiento, dificultades de vinculación a tratamientos y seguimientos ambulatorios.
  - Los beneficios encontrados con nivel de evidencia científica “a” y “b” (ensayos aleatorizados y estudios cuasi experimentales) en la revisión de Emeterio et al. (2004) son:
    - Reducción de hospitalizaciones en un 50% (en número de días en el hospital y número de reingresos)
    - Más satisfacción con la atención comparada con cualquier otra forma de atención comunitaria.
    - Para pacientes con inestabilidad moderada o alta: combinar con asistencia a centros ambulatorios de seguimiento.

- Para pacientes estables y con discapacidad moderada: más conveniente combinar psicoeducación con tratamiento farmacológico y atención familiar en un contexto ambulatorio.
- TCA altamente recomendado y eficaz para fases iniciales de la esquizofrenia.
- Recomendado y eficaz para pacientes que requieren de cumplimiento terapéutico.

En resumen, existe una amplia evidencia que demuestra que la metodología del TCA es adecuada para contextos difíciles en los que se encuentran pacientes difíciles de vincular. De hecho, las predicciones sobre quién se beneficiará más de este tipo de formato de intervención indican que una historia de abandonos, desvinculación y dificultad de acceso son los predictores más importantes. Sin embargo, a pesar de los resultados obtenidos sobre hospitalización y la permanencia en la comunidad, existen limitaciones para incrementar el funcionamiento social, incluyendo la integración social y laboral. Hay que hacer algunas matizaciones a esta conclusión.

La principal limitación de estos resultados es que la mayoría de los estudios están hechos en contextos urbanos. Habría que estudiar la adecuación y modificaciones para la práctica del modelo en entornos rurales en los que los clínicos no tienen tan fácil acceso a los pacientes, y tienen que recorrer largas distancias. La modificación de criterios como la ratio profesional/ pacientes o la frecuencia de visitas deben ser tenidas en cuenta para desarrollar estrategias alternativas a los contextos urbanos. Otra limitación importante se encuentra en el hecho de que todos los TCA se orientan hacia un tipo de usuario de alto riesgo, siendo inexistentes los estudios que aplican un TCA no tan intensivo para pacientes no tan graves, que están algo más estabilizados. En este último caso no hay acuerdo, algunos autores defienden la exclusividad del TCA solo para un tipo de casos muy consumidores de servicios, mientras que otros defienden el acercamiento de TCA parciales y adaptados a otro tipo de casos, como por ejemplo, las psicosis agudas o para pacientes sin hogar con trastorno mental severo. Otra limitación es que en los quipos de TCA no se suelen desarrollar programas de rehabilitación psicosocial bien planificados. La mayoría de las veces se nombran casi de manera anecdótica, para concluir que el TCA no es eficaz para conseguir la integración social y/o laboral. Sin embargo en aquellos estudios en los que se obtuvieron resultados positivos en el funcionamiento, sí incluían con especial énfasis programas de entrenamiento en capacidades o de empleo. Por tanto, la limitación en este tipo de resultados no se debe tanto a la poca potencia terapéutica del TCA en esta área, sino más bien a la falta de intervenciones de rehabilitación.

A continuación se listan más detalladamente las principales limitaciones de los programas publicados de seguimiento intensivo que se basan en TCA:

- La mayoría de los estudios están realizados en contextos urbanos.
- La principal medida de resultado suele ser la rehospitalización del paciente. Pero la ratio de hospitalizaciones en contextos rurales y urbanos no tiene por qué ser equiparable, además el hecho de prevenir una hospitalización tampoco es reflejo de una mejora en las condiciones de calidad de vida o de funcionamiento.
- Hay una ausencia de estudios que incluyan medidas de eficacia más “pragmáticas” como: funcionamiento, carga familiar, integración comunitaria, autonomía en el tratamiento, etc.

- La duración de los programas suele ser limitada a dos años de media, no teniendo estudios prospectivos de larga duración para comprobar la evolución a largo plazo de los resultados.
- Los programas desarrollados hacen un énfasis casi exclusivo en la adherencia a la medicación y la prevención de crisis, no incluyendo programas estructurados de rehabilitación psicosocial.
- La “fidelidad” en aplicar el programa determina los resultados. Por ejemplo, aspectos como la ratio de pacientes asignada al profesional o la duración del programa son predictores del éxito o el fracaso de las intervenciones.
- Solo se encuentran buenos resultados para el “paciente adecuado para el programa”. Sin embargo la preferencia por seleccionar un tipo de paciente exclusivo no responde tanto a la evidencia “per se” como a la preferencia por un tipo de intervenciones de corte más clínico - sintomatológico.
- La población que se incluye en los estudios ya está detectada, diagnosticada y tiene algún tratamiento prescrito. En contextos muy alejados parte de la población permanece sin detectar o sin tratamiento pautado, por lo que se desconoce si esta intervención tendrá los mismos resultados en este tipo de sujetos.
- Aunque se han listado algunas, se desconocen las variables del perfil predictoras del éxito. Variables como la duración de la enfermedad antes de la incorporación al programa, si el paciente vive solo o con la familia, el ajuste premórbido anterior, el tipo de red social o la presencia de síntomas afectivos, pueden ser determinantes de los resultados, en la misma medida que el diagnóstico o la historia de uso de servicios de salud mental, que suelen ser las variables utilizadas para priorizar al tipo de pacientes que se incluyen en estas intervenciones.

### 5.1.3. ADAPTACIÓN AL CONTEXTO

Por todo lo expuesto hasta este momento algunas respuestas a la pregunta: ¿por qué los programas de salud mental comunitaria deberían operar de manera distinta en contextos rurales?, serían:

- Por el perfil diferenciado del paciente (menor educación, mayor pobreza, mayor aislamiento, ...)
- Por las características específicas socio-geográficas del contexto ambiental (mayores distancias, ausencia de transporte,...).
- Por las características especiales de los servicios de atención (menor variedad y especialización, fragmentación, ...).
- Por las características especiales de los profesionales ubicados en el contexto rural (menor motivación, aislamiento, escasa supervisión, ...).
- Por el patrón de uso de servicios diferenciados del paciente (mayor resistencia a acudir a salud mental)
- Por la información, expectativas, características y posibilidades del medio familiar en el ámbito rural (mayor tolerancia, menor contacto social, etc.)

Por tanto, la adaptación de los programas debería tener en cuenta aspectos como: intervención “activa” o “asertiva” de la población no atendida o fácilmente desvincula-

da como cimiento de la intervención, atención móvil con desplazamiento de los profesionales y coordinación con servicios sanitarios no específicos de salud mental como elemento facilitador.

En los siguientes puntos se indican algunas pautas para adaptar los programas tradicionales de seguimiento a los contextos rurales, dando recomendaciones sobre los componentes básicos a incluir como parte de la intervención.

## **5.2. PAUTAS PARA ADAPTAR LA INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL AL CONTEXTO RURAL Y ALEJADO**

### **5.2.1. RECOMENDACIONES EXTRAÍDAS DE OTRAS EXPERIENCIAS**

A pesar de las evidencias empíricas expuestas para los programas asertivo-comunitarios y otras formas de seguimiento intensivo de casos en la comunidad, los modelos no se han desarrollado lo suficiente o al menos lo esperable. Haciendo un repaso a las características del trastorno mental severo, a la situación contextual y a los modelos de tratamiento validados, los obstáculos para la implantación pueden deberse tanto a la resistencia profesional como al problema de extrapolar intervenciones provenientes de otros países. Pero sigue existiendo una contradicción: las preferencias de las políticas por intervenciones comunitarias versus biologicistas, como alternativa a los modelos anteriores. El apoyo empírico está logrado, la reducción de costes también y la adaptación de estos modelos a contextos rurales con garantías razonables de éxito también. De hecho los resultados de estos programas intensivos comunitarios aplicados en contextos rurales pueden mostrar el mismo tipo de ventajas en los pacientes (Navarro, 2003).

Los autores de varias experiencias exitosas en la comunidad, hacen algunas recomendaciones a tener en cuenta para la implantación de programas en contextos rurales.

- Recomendaciones para diseñar programas de seguimiento para pacientes con TMG en la comunidad rural
  - Es difícil proveer todos los servicios directamente por el equipo (atención en crisis, medicación, apoyo social, rehabilitación, etc.), ya que se requieren muchas visitas y recorrer largas distancias.
  - El contacto diario con pacientes y ofrecer un servicio de atención de 24 horas es impracticable en contextos rurales y alejados. En ocasiones el servicio de urgencia queda alejado y la posibilidad de contar con personal médico que se desplace es más limitada. Por ello se recomienda entrenar a la familia en asuntos como supervisión del tratamiento y detección precoz de señales de alarma.
  - Es más realista contar al menos con 1 psiquiatra disponible para los desplazamientos 2 veces por semana y con acceso a supervisión telefónica de casos el



resto de la semana, que 1 psiquiatra con desplazamientos diarios y a tiempo completo.

- Si hay pacientes cercanos es más operativo juntarlos en un mismo lugar o localidad (una clínica, centro social, ayuntamiento, un mismo domicilio, etc.).
- Es de ayuda incluir en el equipo al menos 1 trabajador social perteneciente a la comunidad, que tenga contacto con recursos de apoyo social local.
- Es conveniente preparar el itinerario de visitas con anterioridad. Al menos, en una reunión semanal de equipo hay que planificar las citas que se harán y confirmarlas con los pacientes. El equipo no se puede permitir recorrer largas distancias para no tener la cita al llegar al domicilio.
- Hay que considerar a los servicios locales formales e informales como parte del equipo, localizando figuras clave de apoyo (atención primaria, servicios sociales, policía, parroquias, etc.).
- Debido a que es posible que las alternativas laborales sean limitadas en el entorno en ocasiones el equipo debe hacer más énfasis en el incremento de actividades diarias ocupacionales gratificantes usando los recursos comunitarios disponibles, más que hacer hincapié en conseguir una inserción laboral plena.
- Hay que ofrecer espacios de atención en crisis de 24 horas alternativas a las presenciales, como: entrenamiento de la familia en resolución de crisis, consulta telefónica en horas de tarde y noche, diseñar protocolos con servicios de urgencias generales de la localidad.
- Es difícil hacer anotaciones en la historia clínica al mismo tiempo que viajar y atender, por lo que es recomendable hacer grabaciones magnetofónicas mientras se viaja, con un apoyo administrativo en la clínica para transcribir las notas en los historiales.
- Es conveniente que el paciente sea bien conocido por al menos 2 profesionales del equipo.
- Respecto a las intervenciones que se lleven a cabo deben estar ajustadas individualmente al caso, aunque al menos la cartera mínima de servicios del equipo debería incluir:
  - Monitorización de la medicación (vía visita a domicilio, supervisión telefónica o supervisión familiar).
  - Facilitar acceso a apoyos sociales básicos (económicos y medios de comunicación en la casa).
  - Reforzar la red de apoyo natural (programas de autoayuda de familias y encuentros sociales).
  - Psicoeducación a la familia y al paciente en el manejo de la enfermedad (orientada a la adherencia, autocontrol de síntomas y clima familiar).

En resumen, los programas de apoyo comunitario pueden ser llevados a cabo en los contextos rurales, pero solo si se aplican correctamente. El principal elemento que contribuiría al fracaso del modelo sería la implantación exacta (sin tener en cuenta la adaptación a las variables del contexto). Sería necesario, en la línea del TCA, desarrollar un protocolo para evaluar la fidelidad de los componentes aplicados en contextos rurales. De lo contrario modelos ya validados en otros contextos no tendrían por qué arrojar los mismos resultados, e incluso podrían incrementar el coste de los servicios.



En el cuadro 5.3 se muestran algunas diferencias a tener en cuenta entre los formatos de programas seguimiento en diferentes contextos para ser aplicados teniendo en cuenta que las condiciones del contexto rural relativas a distancias, comunicaciones y oferta de servicios son diferentes.

*Cuadro 5.3. Comparación de las características entre programas tradicionales y TCA en áreas rurales y urbanas.*

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	PROGRAMAS COMUNITARIOS TRADICIONALES	PROGRAMAS ASERTIVO COMUNITARIOS URBANO RURAL	
Proveedor de servicio	Un clínico (individual)	Compartida por el equipo	Equipo con ayuda de voluntario/ colaborador de la comunidad.
Cliente (consumidor del servicio)	Paciente (individual)	Varios casos (servicios compartidos)	Varios casos (servicios compartidos)
Proporción de profesionales: pacientes	De 1:30 a 1:50	De 1:10 hasta 1:12	De 1:10 hasta 1:12
Comunicación en el equipo	Infrecuente	Reuniones diarias	Reunión 1/2 veces por semana
Disponibilidad del equipo	Limitada a las horas de despacho	24h. Al día, 7 días de la semana	Atención de día con disponibilidad de 24h. para consultas telefónicas.
Lugar de tratamiento	Clínica	Comunidad	Comunidad
Lugar de rehabilitación	Contextos facilitadores	Comunidad	Comunidad
Tratamiento de base	Psicoterapia y medicación	Flexible e individualizado (ajustado a necesidades)	Flexible e individualizado (ajustado a necesidades)
Frecuencia de contacto	1 vez cada mes o 3 meses	Varios por semana (cada 2 ó 3 días)	1 vez a la semana
Frecuencia de contacto con la familia	Ocasionalmente	1/semana	1/semana coincidiendo con la visita a domicilio
Adherencia a la medicación	Ocasionalmente	Lo indica y administra el equipo	Responsabilidad compartida entre el paciente, el equipo y la familia
Cuidado de la vivienda	Responsabilidad del paciente y la familia	Responsabilidad del equipo	Responsabilidad compartida entre el paciente, el equipo y la familia
Funciones de los tutores ("case-managers")	Organización/correo de casos	Provisión directa de servicios	Ambas cosas
Pisos protegidos	Transición graduada a vivienda independiente	Máxima independencia	La mayoría de los pacientes vive con la familia. Trabajo para incrementar la satisfacción con la vivienda y mejorar el ambiente y el funcionamiento del paciente.
Movilización de recursos comunitarios	Baja	Considerable	Alta

Tomada de Santos et al. (1993)

## 5.2.2. FACTORES QUE PREDICEN EL ÉXITO Y EL FRACASO EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN LA COMUNIDAD

De cara a hacer una buena implantación de estos modelos o programas y teniendo en cuenta las dificultades comentadas para su implantación, sería recomendable tener un listado de variables que a priori señalaran si el programa tiene altas o bajas probabilidades de obtener buenos resultados. Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores podemos hacer un intento de listar estos factores o variables. Así, sería recomendable reflexionar sobre la capacidad de control de estas variables antes de lanzarse a implantar el programa.

- Factores que predicen el éxito del programa
  - Baja proporción profesional/pacientes. Con ratios superiores a 1:30 se han documentado ausencia de efectos.
  - Atención del caso compartida por un equipo, de al menos 2 profesionales.
  - Supervisión de la mediación en el domicilio.
  - Inclusión de personal sanitario en el equipo o alta coordinación con el mismo.
  - Acceso a cuidados de 24 horas para emergencias.
  - Alta frecuencia de contacto con el paciente en el domicilio (mínimo 1/semana) con distanciamiento tras mejoría.
  - Equipo integrado por distintas disciplinas sanitarias y sociales.
  - Formación previa del equipo a la implantación del programa.
  - El perfil del paciente debe estar claro antes de la implantación del programa.
  - Existe acceso a recursos comunitarios locales.
  - Continuidad del programa de al menos 2 años.
  - Existen intervenciones específicas de entrenamiento de habilidades de funcionamiento.
  
- Factores que predicen el fracaso del programa
  - Frecuencia de visitas de menos de 1 vez por semana.
  - No tener perfil de acceso claro.
  - Movilidad del personal en menos de 2 años.
  - Escasa formación del equipo en programas de rehabilitación psicosocial.
  - Escasa formación del coordinador en programas comunitarios.
  - Proporción de profesional/pacientes entre 1:30 a 1:50.
  - Reuniones de equipo menores a 1 por semana.
  - Reuniones de supervisión de casos de menos de 1 vez por semana.
  - Escasa integración con el equipo de salud mental de referencia.
  - Consideración de las decisiones del programa de rehabilitación y de los técnicos no facultativos como secundarias a las del resto de profesionales.
  - Separar o priorizar las intervenciones clínicas de las sociales.
  - El equipo no tiene acceso para las urgencias hospitalarias en el control de las crisis ni para planificar el alta post-ingreso.

### 5.3. CONCLUSIONES: COMPONENTES BÁSICOS PARA DESARROLLAR PROGRAMAS PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CONTEXTO RURAL

Para finalizar, y haciendo una síntesis de todo lo argumentado, vamos a considerar los componentes que en la práctica hay que desarrollar para alcanzar el máximo rendimiento del programa de salud mental en el contexto rural. Aparecen en el siguiente cuadro.

- Equipos pequeños (3-4) como complemento del equipo de salud mental de referencia.
- Dedicación de al menos 3 días/semana a visitas de pacientes.
- Dedicación de al menos 1/semana a reuniones de casos.
- Integrado por distintas categorías, al menos psiqui, psicol, enferme, trabajo social, (otros: terapeuta ocupacional, educador social, técnico de integración social, etc).
- Que combinen en el mismo caso manejo clínico y rehabilitación, en el mismo equipo o en alta coordinación con otros equipos.
- Que estén instaurados procedimientos de captación de casos no tratados.
- Que más del 80% de las intervenciones se hagan en la comunidad.
- Que el equipo provea los cuidados directamente (fármaco, crisis, AVD, psicoeducación familias, etc.).
- Contactos con el paciente mínimo 1 a la semana.
- Alta coordinación y acceso a equipos de salud mental y hospitalización.
- Acceso a actividades comunitarias (ocio, asociaciones, talleres, etc.)
- El plan de intervención está dentro de la historia general de la USM.
- Máximo de 15/20 pacientes asignados por profesional.
- Continuidad de profesionales mínimo 2 años.
- La familia se considera parte del equipo de cuidados.

## 6. Programas de rehabilitación psicosocial en contextos rurales

Este apartado se centra en las intervenciones y programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica en contextos rurales y alejados como ámbito específico a considerar dentro de los programas de tratamiento y seguimiento en salud mental descritos en el apartado anterior, o como complemento a ellos.

### 6.1. PRINCIPIOS GENERALES

La puesta en marcha de programas de rehabilitación psicosocial y laboral en la comunidad rural debe plantearse el dar una atención a los pacientes localizados que permanezcan en situación de abandono y lejanía, con importantes dificultades para acceder y mantenerse en programas de rehabilitación.

Una cuestión a señalar, que parece básica es la necesidad de extender a lo rural las mismas características o principios básicos de la rehabilitación en cualquier contexto, a saber:

- Tratamiento estructurado
- Tratamiento personalizado
- Potenciar el contacto con la comunidad
- Preferencia por habilidades de autonomía y ajuste social
- Facilitación de apoyos sociales y comunitarios

Asimismo, los elementos que deben sustentar cualquier intervención en rehabilitación psicosocial son:

- Intervención integral
- Objetivos diana:
  - Discapacidades funcionales
  - Habilidades de afrontamiento
  - Desempeño de roles reconocidos socialmente
  - Equilibrio entre factores de riesgo y de protección
  - Prevención de recaídas
- Participación activa
- Normalización
- Intervención mínima necesaria
- Contacto con la red social
- Generalización al ambiente natural

Sin embargo, también se ha planteado ya en varios apartados anteriores la importancia de no reproducir los modelos tradicionales, así como de adaptar las técnicas y metodología a desarrollar. En nuestra experiencia en Castilla-La Mancha el proceso de implantación de dispositivos de rehabilitación psicosocial en contextos rurales durante los últimos años nos ha mostrado este hecho en numerosas ocasiones, mostrándonos algunas evidencias. Así, por ejemplo, entrenar en habilidades al paciente sin asegurar la continuidad en el tratamiento no asegura que las habilidades se mantengan. Además, la necesidad de intervenir sobre el entorno inmediato, la familia, toma una dimensión específica, ya que es el principal recurso con el que se cuenta para complementar y reforzar las intervenciones de los profesionales “a distancia”.

Además, la interacción sujeto-ambiente toma mayor relevancia en contextos alejados en donde el análisis de la vulnerabilidad y de la discapacidad obliga a articular la intervención con actuaciones que combinen programas de entrenamiento en habilidades con actuaciones en el medio del paciente.

La rehabilitación psicosocial es por tanto “en la comunidad” y “con la comunidad”. El desarrollo de la intervención debe ajustarse a: las posibilidades del contexto en el que vive el paciente, el diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación, los horarios de trabajo y el tipo de actividades a desarrollar.

Por otro lado, llevar la rehabilitación al medio supone llevar los principios de la reforma psiquiátrica a sus últimas consecuencias: atención en el medio, individualización, continuidad de cuidados, etc. Teniendo como principal referente la comunidad pues, en cada centro de rehabilitación que tenga asociada una zona rural y dispersa con las características señaladas en los apartados anteriores, se necesita crear protocolos de intervención específicos para esas zonas. Esto supondría diseñar un tipo de rehabilitación “activa” en la comunidad para un grupo especial de pacientes que contemple la atención a domicilio y programas de entrenamiento específicos en la comunidad.

Como cualquier otro programa, la atención activa debería incluir algunas características específicas, además de las ya enumeradas como: tener un proceso o itinerario de atención del paciente bien delimitado, tener asignado unas plazas limitadas, contar con unos profesionales especialmente asignados al desarrollo de este tipo de intervención con horarios definidos para ello, contar con una cartera de prestaciones específica y tener un sistema de evaluación propia. Estas características se desarrollan más adelante.

## **6.2. PRINCIPIOS ESPECÍFICOS: LA ATENCIÓN “ACTIVA” EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Aunque dentro de la intervención en la comunidad rural podría caber prácticamente todo, y teniendo en cuenta la gran heterogeneidad territorial en la que se llevan a cabo las intervenciones, podría entenderse que los principios y metodología de la atención activa deberían aplicarse a cualquier usuario y a cualquier intervención, siendo más “una forma de actuar” que una prestación concreta y definida. Este enfoque tiene sus

pros y sus contras, ya que aunque dentro de una intervención “en la comunidad” puede haber todo, si parece existir la necesidad de una mayor sistematización en el desarrollo de protocolos específicos de intervención.

Aunque la escasez de referentes útiles para diseñar la intervención de rehabilitación psicosocial en el contexto rural es lo común, a continuación se van a exponer algunos principios rectores que se deben sumar a los más generales ya mencionados sobre la rehabilitación. En el siguiente cuadro se enumeran los principios generales de la atención activa en la rehabilitación psicosocial rural.

*Cuadro 6.1. Principios de la “Rehabilitación Psicosocial Activa”.*

- Sigue los principios del Tratamiento Asertivo-Comunitario como cimiento.
- Intervención móvil.
- Continuidad de cuidados.
- Profesionales accesibles.
- Iniciativa en la atención. \*
- Flexibilidad en la derivación y admisión de casos.
- El diseño del Plan Individual de Rehabilitación debe ser rápido.
- Primar por intervenciones útiles y prácticas para el paciente y su familia.

\* Implica una actitud clave en el profesional: no esperar a que sea el usuario, la familia o la institución la que haga la demanda, sino identificar de forma “activa” la necesidad, evitar la tendencia a el abandono y desvinculación del paciente.

### **6.3. INGREDIENTES ESENCIALES PARA HACER REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL CONTEXTO RURAL**

Un enfoque más específico en el ámbito rural que identifique los ingredientes que pueden aumentar la potencia de las intervenciones nos permitiría acercarnos con mayor claridad a los ingredientes que son necesarios para esperar los mejores resultados posibles. Esta es un área que ha recibido escasa o ninguna atención en la literatura.

A pesar de las deficiencias estructurales de fondo del contexto rural es posible contar con unos criterios que favorezcan la calidad de los programas de atención psicosocial en este ámbito. Haciendo un esfuerzo integrador de los datos con los que contamos y siguiendo alguna de las directrices marcadas por los programas TCA (programas que como hemos visto se adaptan en su metodología a lo rural), se han establecido algunos de los ingredientes o criterios de calidad en el contexto rural para los enfermos mentales más graves. Se enumeran en el cuadro 6.2.

Cuadro 6.2. Criterios de calidad para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental grave en contextos rurales (Navarro, 2003).

CRITERIOS	AMBITO RURAL
Proporción de profesionales:pacientes	De 1:10 hasta 1:15
Responsabilidad del paciente	Compartida por el equipo
Tipo de intervención	Énfasis en el entrenamiento en habilidades
Medicación	Supervisión por el equipo
Provisión de servicios	Directa. Atención directa más que “case-managment”
Frecuencia de contacto	Varios a la semana
Frecuencia de contacto con la familia	1 a la semana
Reuniones de equipo	Diarias para revisar los casos y organizar el trabajo diario
Dirección del equipo	1 coordinador supervisa el programa y la atención
Continuidad de cuidados	Lo garantiza el equipo (clínicos, sociales y ocupacionales)
Continuidad del equipo	Variable, con turnos relativamente estables
Roles profesionales	Equipo multidisciplinar con especialización de roles (terapia ocupacional, trabajador social, psicólogo clínico, educador social y técnico de inserción laboral)
Integración en la red	Acceso a otros recursos en la comunidad (hospital, sistemas de salud, legales, sociales, otros)
Cobertura	Atención de día
Perfil del paciente	Criterios explícitos de admisión: pacientes con trastorno mental severo diagnosticados por servicios de salud mental locales en fase estable y con discapacidades asociadas
Lugar de contacto	Comunidad
Integración de tratamiento	Rehabilitación integrada con tratamiento en crisis desde una USM (con atención a domicilio)
Duración del servicio	Ilimitada
Lugar de la rehabilitación psicosocial de habilidades	En el medio donde vive el paciente
Seguimiento	Intensivo. Prevención de abandonos
Evaluación de resultados	Hospitalizaciones, abandonos, calidad de vida, funcionamiento psicosocial y satisfacción

## 6.4. CONSEJOS PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN EL MEDIO RURAL

Para concluir con este apartado acerca de la metodología y principios a tener en cuenta en rehabilitación psicosocial en contextos rurales, sirva a modo de ejemplo, algunas recomendaciones extraídas de nuestros propios equipos. Aunque la flexibilidad en los planteamientos debe ser la lógica, se deberían revisar algunos aspectos que permitan protocolizar y sistematizar este tipo de intervención.

- Los programas de atención activa no podrán asumir a todos los casos graves, debido a la dificultad de llegar a todos ellos. Por tanto tienen que priorizar el acceso.
- El objetivo al diseñar los programas no es garantizar que todas las intervenciones lleguen, sino que algún tipo de intervención especializada en rehabilitación psicosocial llegue.
- Acotar el perfil de beneficiario de la atención activa. Esto significa priorizar en un tipo de casos y ser conscientes que nuestros recursos para llegar a todos son limitados. El perfil debe tender a: personas que viven solas o con un único cuidador mayor, trastornos psicóticos y altas discapacidades mantenidas en el tiempo.
- La forma de acceso a la rehabilitación activa debe protocolizarse pero no encorsetarse.
- Aunque el planteamiento de la transversalidad es común para todos los programas y actuaciones del Centro de Rehabilitación, se debería de avanzar en el diseño de algunos protocolos de intervención específicos de base para los Centros de Rehabilitación Psicosocial que estén en las zonas más rurales. Por ejemplo, contemplar 3 ó 4 áreas de intervención básicas como: potenciación del uso de recursos, trabajo con redes sociales, programas con familias y potenciación de la autonomía básica en el propio entorno.
- La coordinación con entidades locales como ayuntamientos, asociaciones y centros de salud son básicas.
- Los objetivos pueden ser modestos (contamos con jornadas laborales y tiempos limitados, y con las distancias para el desplazamiento) aunque importantes: acompañamiento, orientación, apoyo social básico, seguimiento frecuente, apoyo en necesidades instrumentales.
- Las formas de evaluación y diseño del plan deben ser rápidas. Se debe diseñar un protocolo básico de evaluación de necesidades y un plan general de atención que sirva para intervenir desde el primer contacto.
- Las reuniones deben ser pocas, priorizando la atención a los usuarios. Con una reunión a la semana en la que los casos de los que se hable vayan rotando podría ser adecuado, aunque esta metodología depende de la situación de cada centro.
- Sería importante diseñar indicadores específicos que evalúen la intervención con este tipo de casos (satisfacción con la atención, calidad de vida, etc.), para poder realizar una evaluación de la efectividad del programa.
- Los profesionales deben organizar su jornada de trabajo asignando tiempos específicos en su agenda para la intervención exclusiva con estos casos.









PARTE  
Segunda

*Cómo llevar los programas  
de Rehabilitación psicosocial  
al medio.*

*Metodología y guía para  
diseñar la intervención*

## 7. Introducción a la segunda parte

La necesidad de diseñar una “atención activa” en rehabilitación para los pacientes situados en las zonas rurales, surge de la necesidad que presentan estos casos, ya que es la familia su principal recurso de cuidados, lo que provoca un gran coste personal y emocional.

A pesar del pesimismo tradicional o la “adaptación” profesional (o “dejadez” profesional) en el tratamiento de los trastornos crónicos o graves, especialmente la esquizofrenia, actualmente se dispone de métodos para hacerle frente. La dificultad asociada a la falta de acceso y tener que desplazarse a hacer la atención supone un inconveniente más. El mayor problema no es tanto crear técnicas terapéuticas nuevas como diseñar estrategias para adaptar y hacer llegar las técnicas existentes.

Desde luego el primer paso en el establecimiento de cualquier programa de atención es la definición del objetivo terapéutico, en este caso: hacer llegar programas de rehabilitación psicosocial a los pacientes en alto riesgo de desvinculación para minimizar al máximo las consecuencias de la enfermedad. Los programas de “Rehabilitación Psicosocial Activa” pueden resolver las pérdidas de pacientes o usuarios (en adelante el término de Rehabilitación Activa se usará para referirse a los programas de rehabilitación psicosocial diseñados y adaptados para el contexto rural. Se utilizarán las siglas PRPA para referir “Programas de Rehabilitación Psicosocial Activa”).

El encargado de llevar a la práctica la intervención debe ser un equipo multidisciplinar, que puede presentar variaciones dependiendo del tipo de programas que se desarrollen. El equipo se orienta a la tutorización y planificación cuidadosa de la intervención diaria, y requiere una predisposición “activa” hacia la intervención. Esta actitud “activa” y hacia el usuario, se concreta en ciertas características que constituyen las habilidades del profesional como: la motivación, la iniciativa, y las expectativas positivas sobre la mejoría del paciente.

## 8. Objetivos terapéuticos y metodología general de la intervención

A continuación se describen las consideraciones previas para diseñar cualquier intervención orientada al manejo de pacientes con trastorno mental grave, siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia. Posteriormente se delimita ya específicamente la metodología que deben seguir los programas de rehabilitación activa.

Los objetivos generales de cualquier tratamiento son la reducción de la gravedad y las consecuencias negativas en el funcionamiento personal y social. Además, el plan de intervención debería involucrar al paciente y a la familia, para conseguir una colaboración en el desarrollo de las intervenciones.

Como prerequisites de la intervención es necesario: a) un conocimiento global del paciente (psicopatología, habilidades de afrontamiento y necesidades); b) un plan de coordinación entre los profesionales que participan en la intervención del paciente; c) un plan de tratamiento general.

Siguiendo las recomendaciones para desarrollar un plan de tratamiento integral para pacientes con esquizofrenia de la guía de la APA (2004, [www.psych.org](http://www.psych.org)) y en nuestro contexto nacional de la de la AATRM (2004, [www.aatrm.net](http://www.aatrm.net)), los elementos a desarrollar son los siguientes:

1. Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.
2. Vigilancia del estado psicológico del paciente.
3. Provisión al paciente y a la familia de educación en relación con la enfermedad y su tratamiento.
4. Facilitación del cumplimiento del plan de tratamiento.
5. Incremento en la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.
6. Identificación de los factores que precipitan y exacerban crisis y promoción de intervenciones precoces para prevenir recaídas.
7. Provisión a la familia de psicoeducación y apoyo para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.
8. Ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.

Especialmente en el campo de la rehabilitación psicosocial, que es el que nos ocupa, se trataría de desarrollar, dentro de ese plan integral recomendado por la APA, el proceso de recuperación de roles a través de la tecnología de la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades, así como de la provisión de soportes sociales.

La cuestión está en qué tipo de técnicas habría que seleccionar para facilitar su aplicación en esta tipología de pacientes rurales. La respuesta a esta pregunta vendrá dada tras la evaluación del paciente y el desarrollo del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que determinarán las intervenciones necesarias. Sin embargo, en el caso de los pacientes alejados conlleva, muy especialmente la intervención sobre la familia y el medio comunitario.

Habría que designar también qué personal se hará cargo de la intervención, que se encargaría de “llevar la rehabilitación al medio del paciente”. La disponibilidad de recursos, profesionales, tiempos y carga de atención determinarán también en gran medida tanto la elección de las intervenciones, como del personal que las llevará a cabo.

Continuando con la metodología general, los elementos esenciales sobre los que deben descansar los programas de rehabilitación psicosocial son:

- Modelo vulnerabilidad-estrés-afrontamiento como marco teórico de referencia.
- Énfasis en la provisión de información y educación acerca de la naturaleza de la enfermedad.
- Fomento de la confianza mutua entre paciente, familia y equipo.
- Consideración de los familiares como aliados terapéuticos.
- Fortalecimiento de las capacidades naturales de afrontamiento conservadas, tanto en las familias como en los pacientes.
- Flexibilidad para adaptarse a las peculiaridades del paciente y al momento de la evolución en que se encuentra.
- Contar con las preferencias de las familias y de los pacientes en la elección de objetivos o metas a seguir en el tratamiento.

Por otro lado, todo programa de rehabilitación psicosocial sigue varias fases en su desarrollo, se enumeran a continuación. También, en forma de esquema se explican en la figura 8.1.

- Fase de evaluación:
  - Evaluación funcional del sujeto.
  - Evaluación del medio.
- Fase de planificación:
  - Establecimiento de objetivos.
  - Programación de la intervención.
  - Asignación de responsabilidades.
  - Programación temporal.
- Fase de intervención:
  - Desarrollo de habilidades y apoyos.
  - Intervención sobre el medio.

En lo que se refiere a las posibles áreas de la intervención en rehabilitación psicosocial, se podrían clasificar en dos grandes bloques (Moro, Camps y Gisbert, 2003):

*A. Mejora del conocimiento y manejo de la propia enfermedad*

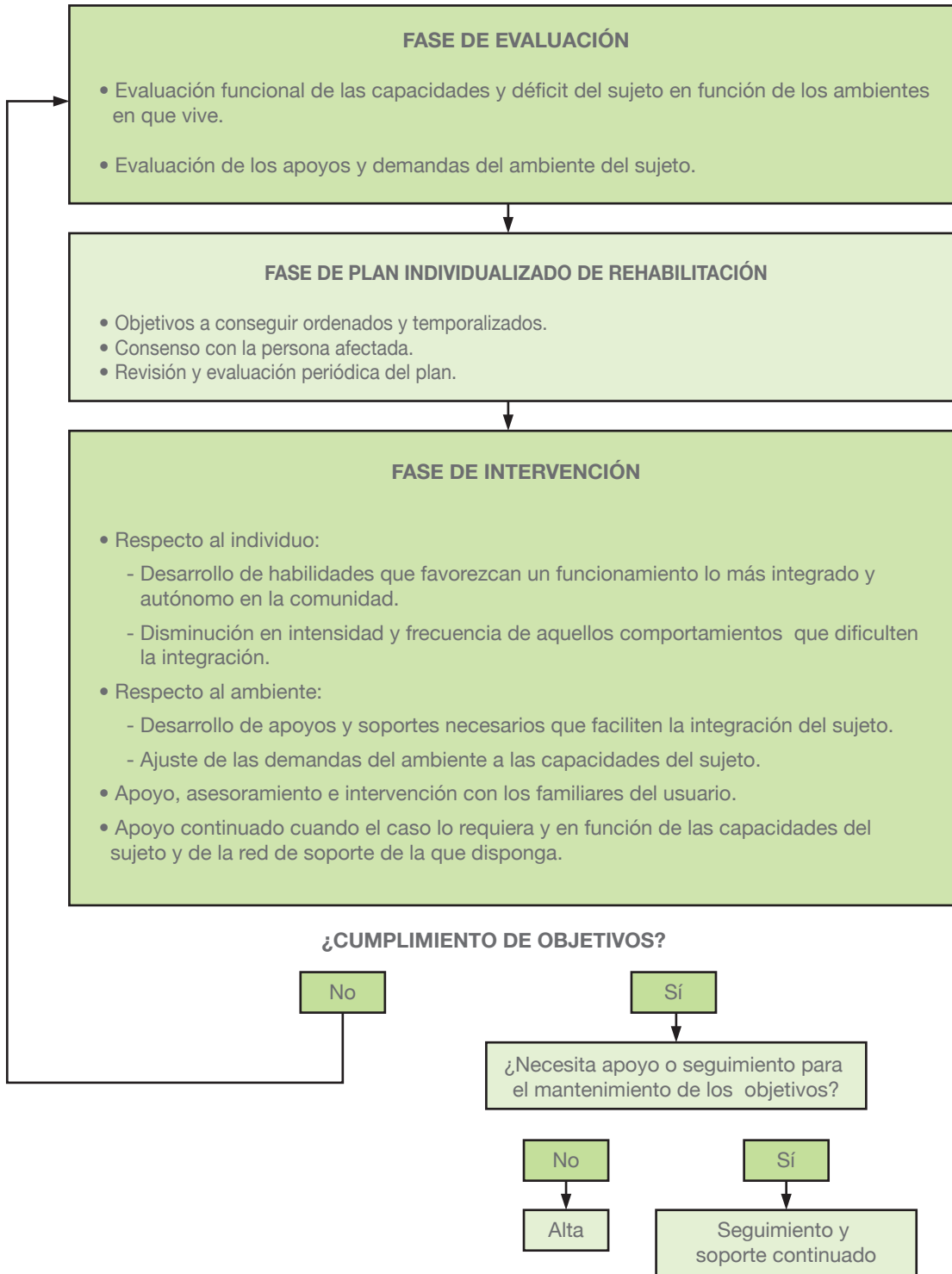
- Información sobre la enfermedad y el tratamiento
- Manejo de la medicación
- Control de síntomas
- Prevención de recaídas
- Afrontar el consumo de drogas

*B. Mejora del funcionamiento personal (habilidades de afrontamiento y competencia en el desempeño personal y social).*

- Autocuidados y actividades de la vida diaria
- Habilidades sociales

- Manejo de las situaciones de estrés: ansiedad-depresión
- Mejora del funcionamiento psicológico (habilidades de afrontamiento personal): autoestima y emociones negativas
- Habilidades psicológicas de afrontamiento de síntomas psicóticos

Figura 8.1. . Fases del proceso de rehabilitación (Cañamares et al., 2001).



Para abarcar estas áreas existen múltiples técnicas de intervención, sin embargo, en el caso de la rehabilitación adaptada a los pacientes más alejados, se hace necesario priorizar en un grupo limitado de ellas, ya que por las características del contexto, no se podrán desarrollar todas las intervenciones posibles. Por ello, se plantearán especialmente los programas orientados a la adquisición de una autonomía básica en el medio, el desarrollo de redes sociales y de apoyo natural, y la intervención con las familias, ya que son intervenciones básicas que se ajustan a las necesidades, objetivos y metodología de la atención en el medio.

Por tanto será necesario agrupar un conjunto variado de intervenciones cuya meta final sea la integración del sujeto en la comunidad. El entrenamiento debe ampliar la estructura habitual de entrenamientos grupales en aulas o salas, realizándose en el propio domicilio o la comunidad del paciente de manera prioritaria. Las intervenciones dianas escogidas por tanto para el contexto rural serían “instrumentales”, de cara a enfatizar su carácter de instrumento para conseguir la mayor autonomía y abordarían cuatro grandes áreas: actividades de la vida diaria (AVD), trabajo con redes sociales naturales, integración comunitaria y trabajo con la familia. Estas cuatro áreas de intervención o bloques vertebrarían lo que se puede denominar los PRPA y los que luego se desarrollarán en la última parte práctica de este libro.

Las habilidades de la vida diaria deben preparar al paciente para vivir con cierta autosuficiencia con su familia o en su vivienda, ejecutando directamente o participando en las actividades cotidianas de manejo del hogar.

El trabajo con redes debe incluir técnicas para incrementar la participación del paciente en su entorno natural, así como incrementar el contacto de la red con el paciente (fomentando visitas, encuentros sociales, actividades compartidas y otras reuniones).

El bloque dirigido al aprendizaje y potenciación del uso y dominio de los servicios municipales y comunitarios persigue conectar al paciente con su realidad social inmediata: obtención de información, medios de comunicación, servicios comunitarios, etc.

La intervención con la familia presentaría aquí una variación importante respecto a los abordajes psicoeducativos tradicionales. No se debe hacer tanto hincapié en reducir la emoción expresada y la carga familiar. Debido a la situación de lejanía geográfica y a la limitación en la frecuencia de los contactos, se considerará a la familia como un aliado en el entrenamiento del paciente, como una especie de “brazo extensible” de las medidas propuestas por el equipo. Así, el trabajo para encontrar soluciones también es “activo” para la familia, de cara al papel que debe adoptar la familia. Por ejemplo la facilitación de medios para las AVD, el recordatorio de instrucciones y el reforzamiento para su inclusión en recursos comunitarios, o el acompañamiento inicial del usuario en ciertos contactos sociales, formarían parte del trabajo a realizar por la familia.

Al igual que en la mayoría de programas de rehabilitación psicosocial, el paquete de técnicas que se utilizaría en la aplicación de los programas sería fundamentalmente conductual: instrucción verbal, modelado, role-playing, feedback, reforzamiento y generalización. Especialmente en los programas orientados al entrenamiento de habilidades, las técnicas más aplicables serían el modelado y el ensayo de conducta. Las



técnicas de solución de problemas, el uso de registros de conducta y de síntomas, la transmisión de información, y la recuperación o adquisición de repertorios conductuales vitales positivos, son claves en la intervención con la familia. La planificación de actividades gratificantes, las habilidades de búsqueda de información, el acercamiento progresivo y el reforzamiento serán fundamentales para planificar el contacto con recursos comunitarios. Las técnicas de evaluación de la red social (tamaño y composición), la planificación de contactos sociales, y el modelado social serán técnicas a desarrollar para las intervenciones que traten de incrementar las redes de apoyo.

Pero, es importante mencionar que la instrucción, el apoyo y la información al paciente y a la familia no son suficientes para lograr los objetivos. La potencia terapéutica procederá de las prácticas “in vivo” de la habilidad que queramos desarrollar, por lo que técnicas como el modelado, el ensayo de conducta y el uso de registros de generalización al medio, deberían ser los procedimientos más utilizados en las intervenciones con estos casos. Más adelante se detalla el uso de estas técnicas en el apartado de sesiones en el domicilio.

Mención específica en la metodología es la generalización. Debe incluirse este apartado especialmente dentro de todos los programas, pues de otro modo difícilmente se terminarán incorporando las habilidades al repertorio habitual de conductas del paciente. La generalización se trabajará a través de la colaboración de la familia, de la asignación de tareas intersesiones, de los entrenamientos en contextos reales y de la supervisión telefónica periódica de las tareas encomendadas. Por ejemplo, la colaboración de los padres es fundamental para las AVD y los entrenamientos para las habilidades de contacto e integración comunitaria.

## 9. Metodología específica de la intervención en contextos rurales

Si hablamos de una metodología específica, es necesario recordar el colectivo diácono de este tipo de intervención: el grupo de pacientes o usuarios, localizados en la comunidad rural que permanecen en situación de desvinculación y lejanía, con importantes dificultades para acceder a cualquier recurso específico de rehabilitación.

Además, en las comunidades dispersas y rurales lo normal es que exista una importante heterogeneidad territorial dividida en provincias, áreas, zonas o distritos. Sin perder de vista la organización y metodología común a cualquier programa de rehabilitación psicosocial que se vio en el punto 8, existe una necesidad de adaptar esta metodología al contexto rural. Sin embargo, la rehabilitación es una intervención eminentemente comunitaria y que pretende el ajuste entre individuo y contexto, por lo que podría dar la impresión de que es redundante o innecesario hablar de programas de rehabilitación específicos ajustados a contextos específicos ya que esta adap-

tación es inherente a la metodología general de la rehabilitación psicosocial. Puede bastar con señalar tres aspectos definitorios de la rehabilitación: las intervenciones suelen ir más allá de los servicios sanitarios, incluye el trabajo con redes diversas y las técnicas se aplican en contextos diferentes.

Desde esta óptica podría caber un planteamiento amplio, de que estos programas “activos” o “asertivos” con una orientación rehabilitadora podrían servir para cualquier usuario con trastorno mental grave y podrían englobar cualquier intervención, siendo más una forma o estilo de actuar en la comunidad que un tipo de prestación concreta. Aunque sea cierto en parte, si parece existir la necesidad de una mayor sistematización de protocolos adaptados al contexto alejado y rural, por varias razones. Entre las que más destacan y ya mencionadas estarían: el perfil diferenciado entre el paciente rural y urbano, las características del contexto social y cultural, y la variedad y accesibilidad de recursos. Estos elementos hacen pensar que la aplicación de los programas y métodos tradicionales de rehabilitación no serán todo lo viables que se deseara y que los resultados no serán los mismos que los esperados para contextos más accesibles, urbanos y con mayor variedad de recursos.

No hay fronteras nítidas para definir los límites o las diferencias entre la metodología de uno y otro tipo de programas de rehabilitación, pero si podemos definir la metodología de la intervención rural en base a tres áreas: 1) unos principios y filosofía de atención; 2) una áreas de intervención preferentes; 3) una organización de la intervención o forma de proceder.

## **9.1. PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL ACTIVA**

### **9.1.1. LA INTERVENCIÓN ES ACTIVA**

Se refiere a no esperar a que sea el usuario el que demande la necesidad, sino tener iniciativa para articular convenientemente la demanda de los pacientes graves que puedan resultar “invisibles” al sistema. Sin embargo un exceso de insistencia del profesional para hacer llegar el tratamiento puede llegar a sobrepasar la autonomía de quien mantiene una preferencia por vivir en condiciones precarias. Esto planteará un equilibrio entre el respeto a la decisión del paciente y el forzar la adherencia al tratamiento. La clave aquí será empezar la intervención teniendo en cuenta los deseos del usuario y su derecho a ser consultado sobre la mejor decisión que afecte a su vida.

La intervención activa implica una actitud o cualidad profesional-personal que incluye: 1) alto compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas; 2) capacidad para identificar potencialidades; 3) alto nivel de preparación; 4) flexibilidad; 5) experiencia en el “mundo real” y en “la vida en la calle”; 6) confianza en uno/a mismo/a.

### 9.1.2. FLEXIBILIDAD PARA SALTARSE LOS PROTOCOLOS TRADICIONALES

Al trabajar en contextos difíciles se necesitan ciertas “licencias” para que el equipo pueda llegar a los casos que no llegan con los cauces instaurados por el sistema de atención para el resto de pacientes. Entre algunas de esas “licencias” se pueden incluir: agilizar los canales de derivación, facilidad para acceder a información clínica y personal de los casos, saltarse rigideces en las agendas de citación, preferencia para acceder a las intervenciones en crisis, acceso rápido y poco burocrático para las atenciones de urgencia.

### 9.1.3. AUMENTO DE LA COLABORACIÓN ENTRE DISTINTAS INSTITUCIONES

Una mayor colaboración entre instituciones y recursos, es decir una utilización más eficaz de los recursos existentes, puede mejorar la intervención. La coordinación entre programas de las Unidades de Salud Mental, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Atención Primaria y Servicios Sociales, puede comprender el diseño de protocolos de coordinación, que estén dotados de contenidos y dejar claro la responsabilidad de cada recurso y los formatos de cada intervención.

### 9.1.4. INTERVENIR EN EL CONTEXTO TIENE LA MISMA IMPORTANCIA QUE INTERVENIR CON EL PACIENTE

Este suele ser un desafío para los equipos que en general están entrenados para intervenir en contextos muy específicos, definidos con anterioridad y con mayor control sobre los acontecimientos inesperados. Las claves del contexto a las que dirigirse son la red social del paciente y los cuidadores. El análisis de la red social es tener en cuenta las funciones de los miembros y las características estructurales para dirigir la red hacia la mejora de la situación social del usuario. Esto puede ser una tarea difícil si además de la ruptura de lazos habitual con la familia, amigos y comunidad, existen muy pocas o ninguna opción de ampliar contactos debido a un entorno empobrecido y con pocas opciones.

Con los cuidadores la atención debe concebirse de una manera completa, desde la más elemental como es la información, hasta tratar de aliviar la carga familiar mediante una orientación de solución de problemas. También la intervención con los cuidadores puede ser muy complicada en casos acostumbrados a recibir una intervención que durante años ha enfatizado la responsabilidad individual y biológica de la enfermedad, no considerando como parte implicada del tratamiento a la familia.

### 9.1.5. LAS INTERVENCIONES NECESITAN TIEMPO PARA TENER UN EFECTO

Cuanto más largo sea el periodo de intervención cabrá esperar mejores resultados. En la práctica de la rehabilitación y en la investigación se sabe que la mejora en las habilidades instrumentales y en el ajuste social aumenta más después de dos años de intervención que de seis meses.

Esta dimensión es la comúnmente definida como *continuidad de cuidados*, no solo entendida como el trabajo conjunto entre servicios, sino como unos cuidados que no tienen limitaciones temporales y aseguran mayor o menor apoyo según la necesidad en cada momento. En el caso de personas que se desvinculan por inaccesibilidad este principio se convierte tanto en un medio como en un fin, imprescindible para el desarrollo de la intervención.

## 9.2. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

No se detallarán en este apartado las intervenciones pues hay un apartado específico que las contempla. Sin embargo, es conveniente hacer un breve comentario que justifique la necesidad de sistematizar algunos protocolos de intervención ajustados a este tipo de contexto rural.

De los principios anteriores y del tipo de perfil y de contexto del que hablamos se pueden apuntar unas características generales que de manera imprescindible habría que contemplar en los programas rurales, como: énfasis en que los programas potencien el contacto con los recursos y las redes sociales locales; que pongan énfasis en los asuntos prácticos y cotidianos; las habilidades se trabajan “in vivo” (en la casa, la calle, etc.); requieren de un acompañamiento activo del profesional y a veces “enérgico” en las áreas entrenamiento y apoyo en la que se interviene; los cuidadores participan directamente (como sujetos activos de cambios) o indirectamente (como objetos de la ayuda) .

Lo más adecuado, de cara a facilitar la intervención es tener un diseño de cada programa que especifique las instrucciones de trabajo (acceso de casos, evaluación, descripción de las sesiones, personal necesario, registros y fichas de trabajo, etc.).

En esta parte y en la tercera se ofrece un guión práctico para facilitar el diseño de estos programas de rehabilitación activa en el medio dentro de un servicio o centro y en la cuarta y quinta parte se dan instrucciones prácticas para el desarrollo de las sesiones y de cada programa que permite hacerlos extensibles a cualquier servicio de rehabilitación que se encuentre en zonas rurales y dispersas.

### 9.3. FORMA DE PROCEDER EN LA INTERVENCIÓN ACTIVA

La forma de proceder debería seguir las fases que se describen en la figura 8.1. Pero también en el desarrollo de este proceso de intervención cabe mencionar algunos puntos que permitan adecuar la intervención a esta tipología de contextos rurales.

Es importante acotar el perfil de beneficiario que se incluirá dentro de los programas siendo preferente los desvinculados de los programas psicosociales, que viven solos o con un cuidador mayor, sin actividad ocupacional, sin contacto social y con escasas posibilidades de incrementar su red natural, con psicosis y riesgo de ingreso psiquiátrico, y alta dependencia de recursos sociosanitarios.

Las formas y protocolos para derivar a estos programas deben ser muy flexibles y deben poder saltarse los cauces tradicionales instaurados en el área para el resto de los casos. Esto posibilitaría llegar a los casos ingresados en una unidad de agudos y que van a ser dados de alta y a casos que sean detectados en el circuito no formal de atención de salud mental (asociaciones, parroquias, policía, consultorios de salud, etc.).

Los programas de rehabilitación activa deben estar integrados en recursos y centros de salud mental (Unidades de Salud Mental, Unidades de Media Estancia, Centros de Rehabilitación Psicosocial, etc.). Se tiene que asignar un horario dentro de la jornada laboral, un número de pacientes a cada profesional implicado y una planificación del trabajo integrada en las reuniones de planificación del centro (para hablar de casos y distribuir tareas). El plan específico de intervención en los programas activos de atención debe formar parte a su vez de un plan general más global e integral, por lo que dentro de la historia del caso se puede incluir una “subcarpeta” que incluya el plan de acción, hojas de seguimientos y control de las evaluaciones periódicas.

El seguimiento temporal de estos casos debería ir más allá de los conceptos tradicionales de alta o baja de un recurso o actividad. Aspectos a supervisar en el seguimiento a largo plazo no deberían abandonarse se alcanzaran o no los objetivos iniciales. Algunos de estos aspectos son el control de la adherencia, el acompañamiento para el uso de recursos comunitarios, la anticipación de las crisis, promover contextos sociales, o facilitar rellenar el tiempo de ocio durante el día.

El trabajo con los pacientes debe basarse en un sistema de “tutorías” en el que cada uno es asignado a un profesional de referencia que a su vez diseña la intervención en consonancia con un equipo del que forma parte. Entre las tareas del tutor, profesional de referencia del caso, se encuentran: asegurar la adaptación del plan de rehabilitación a la situación concreta de la persona, tratar de sumar los esfuerzos de varios recursos o profesionales, mantener un contacto frecuente con el caso y la familia y tener información actualizada de lo que pasa en la vida del paciente. En resumen, conocer los factores de riesgo y de protección de cada paciente para promover que se alcancen los mejores resultados posibles.

## 10. Cuestiones preliminares

### 10.1. DIRECTRICES PARA TRABAJAR CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA COMUNIDAD

Independientemente de la metodología de rehabilitación psicosocial, el contexto comunitario y fase de la intervención en la que se esté, hay que seguir unas directrices precisas que nos permitan organizar las intervenciones con pacientes mentales graves en la comunidad. A continuación se detallan algunas de ellas.

1. Desarrollar una estrategia local de intervención en rehabilitación sobre el caso. Especificar las vías de acceso a los programas de rehabilitación y diseñar estrategias que aclaren las formas de detección y derivación.
2. Construir un sistema de tutorías *asertivo* y de larga duración, mediante profesionales *tutores de referencia*.
3. Evaluación global dirigida a las necesidades personales: evaluación de los síntomas y factores psicosociales implicando a usuario y familia.
4. Cuidar especialmente las dosis, seguimiento y adherencia a los neurolépticos.
5. Utilizar estrategias psicológicas para la superación de las discapacidades.
6. Implicación de la familia y red social en el proceso de enganche, evaluación y tratamiento. Hay que dedicar especial atención al fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento de la familia.
7. Desarrollar planes individuales de prevención de recaídas, según el modelo de vulnerabilidad.
8. Facilitar acceso a empleo, ocupación y uso de recursos comunitarios. Evaluar y trabajar los intereses actuales y pasados.
9. Asegurar la cobertura de las necesidades básicas para la vida diaria: vivienda y economía.
10. Tratamiento de la comorbilidad al mismo tiempo: consumo de drogas, fobia social,...

### 10.2. DIFICULTADES AÑADIDAS EN CONTEXTOS RURALES

Como se va a desarrollar en apartados posteriores la intervención en la comunidad consiste en un conjunto de distintas intervenciones, cuyos componentes generales son:

- a) Intervenciones y técnicas de psicoeducación.
- b) Intervenciones y técnicas de incremento de habilidades y autonomía.
- c) Una serie de sesiones en el hogar/medio.
- d) Un trabajo para vincular a la familia a la intervención.
- e) Un trabajo para vincular al paciente con redes de apoyo social.

Es muy normal encontrar familias y pacientes reacios a vincularse a cualquier programa de intervención. Existen múltiples variables que lo explican como una historia de contactos infructuosos, miedo a que la familia sea culpada, miedo a empeorar, visión de los profesionales como poco interesados en las experiencias inusuales del paciente, miedo a ser castigado o ingresado si no cumple con las exigencias de la intervención que se le plantee, etc.

Cualquiera de esas variables entorpecerá el acercamiento. Pero una de las variables más paralizantes para el cambio es la mantenida después de muchos años de convivencia y aislamiento, que consiste en una resignación de todo su entorno social, un sentimiento de indefensión, de que no se puede hacer nada. Las consecuencias serán valorar los esfuerzos profesionales como pérdidas de tiempo y la preferencia por mantener un estilo de vida cronificado que consiste en la aceptación de los comportamientos inadecuados del paciente y de la familia.

La primera intervención no será por tanto, precipitarse a evaluar y comenzar la intervención, sino que el paciente y la familia se interesen por la intervención que se les ofrece. La insistencia ante las negativas es fundamental. Mostrar interés y preocupación por su situación no debe despreciarse por el temor a ser pesados o insistentes en exceso, puesto que la negativa ya se tiene desde un principio. Hay que ofrecer a la familia y al paciente aspectos que no han conseguido previamente: información, escucha, tiempo y disposición a acudir a su casa o entorno. Por tanto, hay que estar preparado para prevenir el rechazo de las familias y pacientes rurales.

### 10.3. ESCOGER EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO

Dentro de cualquier programa de rehabilitación en salud mental y especialmente al intervenir con personas que permanecen alejadas de los servicios y en aislamiento social, en más de una ocasión habrá que afrontar la elección de escoger el contexto de tratamiento: ambulatorio u hospitalario.

En algunas ocasiones el programa de rehabilitación solo será posible iniciarlo o continuarlo utilizando el régimen hospitalario, pues habrá circunstancias concretas (ambiente familiar muy negativo, presencia de sintomatología comórbida grave, deseo de la familia o del usuario de no permanecer en el ambiente habitual, etc.), en las que el régimen ambulatorio impida una atención adecuada.

Aunque desde un punto de vista profesional el ingreso puede ser una medida adecuada y hasta beneficiosa, no suele ocurrir así desde el punto de vista del paciente y de la familia. Habría que evitar el ingreso, tratando de evitar la etiquetación social que suele tener asociada, la privación de las gratificaciones diarias que se obtengan del ambiente y la ruptura de la estructura de hábitos cotidianos.

Con una vigilancia estrecha y la cooperación de la familia, el ingreso hospitalario en situaciones de crisis sería preciso en un 50% de todos los casos. En el cuadro se enumeran algunas recomendaciones para decidirse por un ingreso hospitalario.



Cuadro 10.1. Recomendaciones para iniciar el tratamiento hospitalario.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Riesgo de conductas agresivas.</li><li>• Riesgo de conductas suicidas.</li><li>• Baja capacidad de autocuidado.</li><li>• Escasa estabilidad familiar.</li><li>• Preferencia del paciente/familia.</li><li>• Abandono de la medicación.</li><li>• Ambiente altamente estresante.</li></ul>
--

El riesgo de conductas agresivas se incrementa cuando los síntomas psicóticos consisten en alucinaciones auditivas de mandato y aún más cuando existe consumo de alcohol asociado. En cuanto a las conductas suicidas el riesgo aumenta cuando se trata de un hombre, sin red de apoyo, sin ocupación/trabajo y con sintomatología depresiva. También hay que tener en cuenta que la prescripción de antidepresivos puede incrementar el riesgo de suicidio y los síntomas positivos.

El tratamiento ambulatorio de una situación de crisis requerirá de un apoyo de la familia y el profesional, más intensivo. En los casos en los que haya que realizar el ingreso es conveniente plantearlo como una estrategia efectiva, complementaria y temporal, señalando las ventajas que podría aportar. En el cuadro se enumeran algunas de estas ventajas a exponer al paciente y a la familia, sin menospreciar las desventajas que también deben ser analizadas para cada caso concreto.

Cuadro 10.2. Ventajas y desventajas de un ingreso hospitalario.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Observación y seguridad 24 horas que permite contener conductas agitadas y consecuencias graves.</li><li>• Inicio de recuperación de pautas que en la casa estaban abandonadas (ducha, hora de comida y sueño,...).</li><li>• Seguridad en la toma del fármaco con la supervisión médica que requiere.</li><li>• Protección contra el estrés de un ambiente desorganizado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retirada del paciente de su entorno natural y esfuerzo de adaptación.</li><li>• Asimilación de pautas de actuación pasivas ("paciente").</li><li>• Sentimientos de culpa en los familiares que pueden llevar a la falta de colaboración posterior.</li><li>• Estigma social en el entorno.</li></ul>

La medida de la hospitalización es compleja y no siempre efectiva para todos los casos. El objetivo será utilizarla como un recurso más, de ayuda temporal y siempre como un medio y no un fin. Ante la duda, algunas preguntas que pueden ayudar a decidir la necesidad e idoneidad de una hospitalización son:



- ¿Puede la persona mantenerse en términos básicos de comida, higiene y hábitos adecuados con los cuidados que le ofrece su entorno?
- ¿Puede mantenerse una observación y contención de sus conductas desadaptativas o agitadas en el domicilio?
- ¿El entorno natural está manteniendo o empeorando su trastorno?
- ¿Retirar al paciente de su entorno aliviaría el trastorno?
- ¿Retirar al paciente de su entorno exacerbaría el trastorno?
- ¿Beneficiaría o perjudicaría el ingreso a sus familiares o cuidadores en algo?

## 11. Modelo de intervención para casos desvinculados y sin predisposición a ser tratados

### 11.1. CAUSAS DE LA FALTA DE PREDISPOSICIÓN AL TRATAMIENTO

Parte de la población diana a la que se van a dirigir los programas de rehabilitación activa van a ser personas sin predisposición a recibir la atención, debido a una combinación compleja entre las actitudes, la psicopatología y el contexto socio-cultural en el que se mueve la persona. La motivación a cualquier intervención psicosocial puede ser baja o fluctuante. Baja porque acuden muchas veces a los tratamientos por presiones externas (familiares, sociales o sanitarias) más que por un proceso de convencimiento profundo y automatizado. Y es fluctuante porque la actitud ante el tratamiento puede verse influida por multitud de acontecimientos externos e internos (cambios en los síntomas, abandonos de la medicación, la implicación de la familia, falta de “insight”, etc.).

El hecho normal es que serán pocos los pacientes que se incorporen voluntariamente a los programas de rehabilitación y lo harán con una continuidad intermitente. Pueden ser personas que nunca han conocido una prestación psicosocial como la recibida desde un recurso de rehabilitación, en donde se fomenta el establecimiento de una relación de colaboración, se ve a los pacientes como socios activos, teniendo en cuenta sus deseos y requiriendo su consentimiento y participación, desde una modelo eminentemente psicoeducativo y tolerante. Quizá estén acostumbrados a un modelo de atención que refuerce su percepción de sujeto pasivo, que no participa en establecer su tratamiento. También pueden ser usuarios que fueron derivados a un centro de rehabilitación psicosocial y por problemas de accesibilidad se desvincularon y es necesario recuperar el trabajo iniciado en su día.

Por tanto, son muchas las variables que harán que una persona no tenga predisposición al tratamiento o esté “desmotivada”: falta de “insight”, refuerzo de su posición pa-

siva en sus cuidados, presiones externas, experiencias anteriores con los tratamientos recibidos, accesibilidad de los recursos, fluctuación de los síntomas, etc.

Las personas con enfermedad mental no superan sus discapacidades solo a fuerza de voluntad, pero sin embargo, el grado de motivación inicial (referido sobre todo a la conciencia de enfermedad) se va a relacionar con el éxito del tratamiento. A continuación se describen algunos factores específicos que influyen en la desmotivación o falta de predisposición a recibir ayuda:

- El asociar los tratamientos sanitarios o sociales con momentos de crisis o urgencias, que han podido terminar en tratamientos involuntarios o ingresos hospitalarios. En estos casos se ha podido imponer el tratamiento a la fuerza, a veces con la intervención de la policía, lo que se asociará con falta de control y amenaza, más que con ayuda o comprensión.
- La presencia de estímulos aversivos asociados al tratamiento, tales como la incapacitación legal, discusiones familiares, expulsión del trabajo, etc. Normalmente estos acontecimientos son consecuencias de la propia sintomatología (agitación, delirios, etc.), pero la persona puede asociarlos con el inicio de los tratamientos que le quitan el control de su vida.
- Haber tenido contacto con terapeutas con poca empatía. Muchos pacientes se habrán enfrentado con terapeutas que les han tratado de convencer de lo raro, anormal o enfermo de sus ideas y conductas. El efecto que suele provocar estas explicaciones es el de incompreensión y rechazo. Este rechazo puede retroalimentar a su vez las creencias del terapeuta de que está ante un paciente “difícil”, “crónico” o “grave”. De nuevo estas ideas y actitudes se reflejan en el paciente y en su familia, formando un círculo de expectativas negativas hacia el tratamiento.
- No haber encontrado una buena formulación, explicación de lo que le pasa. El dar una explicación comprensible psicológicamente para el paciente, de sus síntomas suele ser en lo que más se falla. Las explicaciones tradicionales suelen estar relacionadas con tener una enfermedad o simplemente con la necesidad de tomar una medicación sin profundizar en las razones para ello. Esto puede surgir como resultado de una visión tradicional de la enfermedad o como una consecuencia de un afán prematuro por instaurar el tratamiento, antes de que el paciente tenga claro los beneficios de implicarse.
- Si el paciente y la familia han recibido el tratamiento farmacológico como única intervención es posible que se produzcan algunos “efectos secundarios psicológicos”. El principal es el “locus de control” externo, o adoptar una postura pasiva ante la enfermedad. En este marco, las habilidades y esfuerzos por mejorar cuentan poco, o mucho menos que las pastillas. En varios estudios internacionales ha quedado documentado que las familias prefieren explicaciones que dan más importancia a los factores biológicos (cerebro) y mentales (anomalías inespecíficas) que a factores psicológicos (estrés o falta de habilidades). También en estudios que hemos realizado nosotros mismos (Navarro y Díaz Conde, 2007) hemos encontrado una mayor preferencia en la familia por explicaciones biológicas de los

síntomas (falta de adherencia o el tipo de diagnóstico). Esto puede responder a una necesidad adaptativa de evadir el sentimiento de culpa y el miedo a hacer cambios que supongan la posibilidad de un empeoramiento de la situación actual.

*Cuadro 11.1. Cómo incrementar la predisposición a recibir tratamientos psicosociales en personas con trastorno mental grave.*

- Analizar las consecuencias temidas de iniciar la relación de ayuda.
- Ofrecer un repertorio amplio de habilidades de autocontrol para crear una relación de trabajo basada en el control del individuo ante sus malestares.
- Hablar claramente sobre sus miedos anticipatorios de ingresos psiquiátricos u otras consecuencias temidas de recibir tratamientos.
- Enfatizar cualquier idea o propuesta de cambio del paciente.
- Evitar rigidez, adoptar un perfil bajo y sin presiones por resultados.
- No abordar inicialmente temas sensibles o que perturben al paciente.
- Evitar explicaciones que relacionen los síntomas con una enfermedad.
- Reconocer las limitaciones de la intervención.
- Demostrar ganas por comprender lo que le pasa.

## 11.2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA CASOS SIN PREDISPOSICIÓN A SER TRATADOS

Todavía hoy se han diseñado y evaluado pocas intervenciones acerca de cómo vincular y mantener en el tratamiento a los pacientes más graves. Lo normal es pensar que la motivación es un requisito previo y necesario para cualquier intervención, y que depende del paciente, siendo más un trabajo de la persona que del terapeuta el esfuerzo por “tener o no tener” esa motivación. En lo que se refiere a la esquizofrenia la falta de motivación parece más “justificable” aún, debido a que se piensa que lo normal en esta enfermedad es que evolucione hacia la apatía y la desgana generalizada. Que la apatía sea un síntoma explica en parte la falta de predisposición, pero no justifica la renuncia a intervenir sobre esa conducta, como variable susceptible de evaluación y tratamiento.

Por otro lado, la necesidad de estar motivado para el cambio como requisito imprescindible es una idea extrapolada de las drogodependencias, donde un factor predictor del buen resultado es la auto-conciencia del adicto a la necesidad de cambio. Sin embargo, ni los procesos psicológicos que llevan al cambio, ni posiblemente los obstáculos para acercarse al tratamiento sean generalizables entre patologías.

Es más, las dificultades para vincular al tratamiento no son exclusivas de los pacientes con psicosis o esquizofrenia, también se da en patologías como la ansiedad, la depresión y como se ha dicho antes en las drogodependencias. Sin embargo, en los otros problemas que no son esquizofrenia si se considera un tema a abordar específicamente con la intervención. En la ansiedad y en la depresión se ofrecen anticipadamente soluciones y expectativas positivas como manera de ofrecer soluciones al malestar, que

son más fáciles de trabajar para el terapeuta, ya que no se encuentra con los síntomas psicóticos. En las drogodependencias, como una manera más o menos directa de ejercer presión sobre el paciente al comienzo del tratamiento para hacerle ver las consecuencias negativas de sus hábitos. Incluso se han desarrollado modelos teóricos y de intervención específicos para abordar este tema (Miller y Rollnik, 1999; Prochaska y Diclemente, 1984). Sin embargo, cuando se habla de la esquizofrenia se piensa que la motivación es un problema inherente a la propia patología, que viene ya mermada por lo extremo o grave de los síntomas, y que lo más normal es que sus síntomas le lleven a no tener conciencia de enfermedad como un manera defensiva ante el panorama sombrío de reconocer que uno es un enfermo mental.

Las consecuencias de esta visión pueden ir desde considerar al paciente como poco recuperable e inestable, dejando que sea él/ella o su familia quien decida cuando recibirá el tratamiento u obligarle a tratarse sin consultarle bajo la suposición de que no tiene capacidad para decidir lo que es mejor para él/ella. Esta visión tradicional de la enfermedad no ofrece ningún marco teórico ni explicativo del problema de la vinculación, más allá de meras conjeturas extraídas del viejo concepto de enfermedad mental irrecuperable y con pocas posibilidades. Tampoco ofrece alternativas de qué hacer en estos casos. Las respuestas asistenciales han sido aumentar las presiones externas o forzosas encaminadas a facilitar el paso inicial de acudir a tratarse (que vaya acompañado de alguien, fijar el calendario de citas o revisiones con la familia en vez de con el paciente, negociar el tratamiento farmacológico con terceros, “amenazar” con un ingreso en el hospital, probar una combinación cada vez más amplia de fármacos antipsicóticos, etc.). Pero se pueden plantear dos objeciones a estas estrategias: 1) hay evidencia de que los pacientes no cumplen los programas que no son negociados y consensuados con ellos, lo cual lleva al abandono del tratamiento; b) estas técnicas están orientadas normalmente a forzar la adherencia al fármaco como conducta aislada, no como actitud de cambio que lleve emparejada unas expectativas, autoestima y creencias personales. No se tiene en cuenta que la adherencia y la motivación al tratamiento son dos procesos distintos regidos por leyes psicológicas distintas.

Las estrategias de vinculación a un tratamiento psicosocial deben orientarse a identificar y entrenar a los pacientes en conductas, cogniciones y emociones de manera que sean capaces de identificar y afrontar las situaciones que les mantienen bloqueados para el cambio.

Por otro lado se ha documentado la necesidad y buenos resultados de las intervenciones motivacionales en el tratamiento de la esquizofrenia. En la revisión de Sevilano, Hernando, Andreu y Bernal (2007) se observaron mejores resultados de la intervención motivacional comparada con el grupo estándar en el 90% de los estudios en actitud hacia la medicación, insight, vinculación a los servicios e incluso un mejor funcionamiento y reducción de síntomas positivos y negativos (Hayward et al., 1995; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Swauson et al., 1999; Barrowclough et al., 2001). Las intervenciones motivacionales añadidas a la intervención familiar pueden mejorar los síntomas negativos (Haddock et al., 2003) y añadidas al entrenamiento en habilidades sociales, el uso de recursos comunitarios y la calidad de vida (Bellack et al., 2006).

*Cuadro 11.2. ¿En qué consiste el trabajo para mejorar la predisposición a recibir tratamientos psicosociales?*

- Consiste en entender la predisposición o motivación como una conducta vinculada con determinantes situacionales y con procesos cognitivos y conductuales que el paciente realiza en relación con el tratamiento. Se trata de determinar, en primer lugar, qué principios psicológicos están presentes en la falta de predisposición y en segundo lugar qué relación se establece entre la falta de predisposición y la resistencia mantenida a recibir el tratamiento.
- En lugar de entender la motivación como “fuerza de voluntad” o una dimensión interna previa a la fase del tratamiento, se trata de identificar las variables mantenedoras de esa dimensión y de intervenir sobre ellas, de modo que el paciente sea capaz de afrontar la situación de iniciar el tratamiento psicosocial.
- El apoyo empírico para este modelo de trabajo está extraído de nuestra experiencia en el trabajo con personas con enfermedad mental crónica (Carrasco y Navarro, 2004) y de la propia metodología práctica en rehabilitación psicosocial (Castejón et al., 1997). La intensidad de la intervención dependerá de varios factores tales como la colaboración del entorno familiar, la accesibilidad de los tratamientos, y la experiencia profesional y relación del sujeto con su trastorno y tratamientos anteriores.

En este apartado se presentan dos estrategias de intervención. En primer lugar estrategias para diseñar acciones preventivas ante potenciales sujetos que se prevé que van a tener una actitud negativa ante la intervención. Estos procedimientos están centrados en el diseño de los primeros contactos con el usuario. En segundo lugar se presenta una estrategia más específica e intensiva para reconocer las variables relacionadas con la falta de predisposición al tratamiento y modificar las situaciones que contribuyen a este hecho. El primer abordaje se denomina “intervención preventiva” y el segundo “intervención específica”. Estas dos estrategias pueden considerarse como dos estrategias independientes o como dos etapas dentro de un continuo de la misma intervención motivacional. Según la evaluación de la motivación y del grado de problema se puede aplicar solo una de ellas o las dos de manera que sumen sus componentes.

### **11.2.1. PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN PREVENTIVA**

Antes de diseñar una intervención específica para facilitar el enganche a la intervención, se pueden detectar a priori, en el momento de la derivación y en las primeras fases, qué personas van a negarse a recibir la atención o van a presentar una actitud negativa. El desarrollo de acciones preventivas en los primeros contactos, puede suponer una serie de intervenciones que permitan disminuir las probabilidades de abandono tras los primeros contactos.

Por tanto, el primer contacto con el paciente, así como los posteriores, requiere de una estructuración y diseño determinado que se centra en elementos muy concretos y no dejados al azar. El primer contacto no se concibe como una primera fase meramente administrativa anterior a la intervención (recoger información, hacer la presentación de los profesionales, etc...). Será necesario recoger previamente toda la información posible sobre las variables de riesgo que puedan darnos pistas sobre la actitud negativa del paciente.

Los objetivos a cubrir con la intervención preventiva serán: a) establecer una hipótesis a priori que explique por qué se puede negar a la intervención; b) diseñar los primeros contactos con el objetivo de reducir al máximo el rechazo.

## **A) Antes del primer contacto**

Antes del primer contacto será de gran ayuda una entrevista con el servicio derivador que permita obtener información sobre los factores de riesgo (sería conveniente diseñar documentación escrita sobre los problemas anteriores para vincular al paciente). También la coordinación con la familia para evaluar esos aspectos antes de contactar con el paciente es de gran ayuda y puede ampliar la visión del derivador (preferencias, expectativas, etc.). En el cuadro 11.3 y 11.4 hay una lista de información que podría ser útil tener antes del primer contacto. También en los anexos hay un registro para poder identificar las variables predictoras del rechazo de la intervención.

*Cuadro 11.3. Información a recoger antes del primer contacto.*

- Información que es bueno transmitir al paciente.
- Información que es mejor no transmitir.
- Momento del día más adecuado para el primer contacto.
- Lugar del primer contacto (dentro o fuera de la casa, habitación, salón, bar, ...)
- Personas más adecuadas que estarán presentes (familiares, profesionales, hombres, mujeres, número de personas,...)
- Duración de los contactos.
- Expectativas que tiene el paciente (listar demandas e intereses)
- Abandonos en otras ocasiones y causas.
- Errores de acercamiento que hayan cometido otros profesionales en el pasado.

*Cuadro 11.4. Variables de riesgo que se relacionan con el posible rechazo de la intervención.*

- Experiencias negativas con otros servicios.
- Abandonos anteriores de la intervención.
- Aislamiento social y duración del mismo.
- Deterioro en habilidades sociales.
- Ausencia de conciencia de enfermedad.
- Tolerancia de la familia.

## **B) Diseñar el primer contacto**

Con la evaluación que se ha recogido se tiene que estar en disposición de efectuar una primera hipótesis explicativa de las variables de riesgo y facilitadoras, que permita diseñar las acciones y disminuir al máximo posible la negativa a la intervención tras los primeros contactos. En la siguiente tabla se ofrece un formato posible que recopila la información relativa a las variables que deben tenerse en cuenta para los primeros contactos.



Cuadro 11.5. Ejemplo de recogida de información con un caso para diseñar la intervención preventiva.

EXPERIENCIAS NEGATIVAS CON OTROS DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES	FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL	AISLAMIENTO	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
Rechazo manifiesto hacia la USM.  2 intentos de derivación al centro de rehabilitación fallidos en el último año.  Percibe intromisión de los profesionales en su vida privada.  Falta de información de los profesionales que intervienen.	Motivación para la independencia económica de la familia.  Ausencia de esfuerzos por aprender habilidades de AVD.  Nivel intelectual muy bajo en lectoescritura.  Pocas posibilidades en el contexto para ejercer roles (empobrecido-sin recursos).	Ausencia de red social fuera de la familia.  Últimos contactos sociales fuera de la familia hace >2 años valorados como muy positivos.	Niega problema mental.  No quieren que le vean con profesionales de salud mental ni servicios sociales.  No entiende la utilidad del fármaco.  Rechazo verbal a los problemas de salud mental.
FAMILIA: RELACIONES Y ACTITUDES	ACCESIBILIDAD	EXPECTATIVAS HACIA EL PRIMER CONTACTO	EXPECTATIVAS HACIA LOS TRATAMIENTOS
Ausencia de exigencias hacia el paciente.  No quiere que la familia se entreviste con los profesionales.  Sentimiento de culpa y resignación.  Ausencia de demandas de la familia a los profesionales.	No está dispuesto a madrugar para acudir a una actividad.  No hay medio de transporte o conlleva más de una hora de desplazamiento más gasto económico que supone un carga.	Rechaza la visita en el domicilio.  Miedo a que los profesionales rompan la confidencialidad.  Ansiedad a que el profesional sea una persona extraña.  Sentirse como un "caso", sin tomarle en serio.	Ausencia de expectativas.

Tras un primer análisis del caso presentado en el cuadro 11.5 podemos extraer algunas características de la intervención. Por ejemplo: no vincularnos con la USM en el primer contacto, empezar por transmitir información y facilitar que nos haga preguntas más que iniciar la entrevista con preguntas hacia el paciente, evitar hablar de asuntos muy íntimos de su vida, mostrar interés por su situación económica, no centrarse en problemas mentales, no mantener la entrevista inicial junto con la familia, y realizar el primer contacto en el sitio que él elija. Estas serían algunas variables que facilitarían el acercamiento al paciente y los futuros contactos.

Por tanto, en este primer momento la intervención iría dirigida a evitar factores de riesgo y fomentar variables facilitadoras, para modificar la predisposición del paciente a recibir atención. El primer contacto tendrá algunas características que no se deben obviar:

- Espacio físico donde se va a realizar: domicilio, centro cívico, cafetería, etc.
- Personas que estarán presentes: número y tipo de profesionales, amistades, familiares, etc.

- Contenidos a tratar en el primer contacto. Evitar temas de alto contenido emocional, es preferible tratar temas que tengan que ver con motivaciones, intereses o demandas. En los cuadros 11.6 y 11.7 se ofrecen ejemplos de contenidos a tratar en estas primeras entrevistas.
- Duración de la entrevistas. Valorar en función de las capacidades cognitivas del usuario.
- Hora de contacto. Evitar horas que puedan ser aversivas o puedan suponer la retirada de reforzadores naturales para el usuario (horas de siesta, programas de tv, etc.)

Cuadro 11.6. Guión para entrevista de primer contacto. Contenidos generales.

Con la entrevista se persigue conocer su situación actual, valorar expectativas y comprobar su motivación. Algunas preguntas pueden ser:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EXPECTATIVAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué información tienes de esta entrevista?</li> <li>- ¿Piensas que te podría ayudar en algo?</li> </ul> </li> <li>• <b>FUNCIONAMIENTO GENERAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué te interesa mejorar de tu vida diaria?</li> <li>- ¿Estás contento con el sitio en el que vives?</li> <li>- ¿Estás contento con las cosas que haces?</li> </ul> </li> <li>• <b>FAMILIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué clima hay en la familia?</li> <li>- ¿Podemos ayudar a la familia en algo?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OPINIÓN DE SALUD MENTAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué piensas de la unidad/centro de salud mental?</li> <li>- ¿Tienes confianza en el psiquiatra?</li> <li>- ¿Te dan explicaciones? ¿de qué?</li> </ul> </li> <li>• <b>OBJETIVOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Si continuáramos viéndonos, que objetivos nos podríamos marcar?</li> <li>- ¿Qué podríamos hacer por ti?</li> </ul> </li> </ul>

Cuadro 11.7. Guión de entrevista para generar demandas en usuarios y familias. Indica qué necesidad de cambio crees que necesitas en cada uno de los siguientes aspectos.

	Nada	Algo	Mucho	Muchísimo
Mejora del vestido				
Mejorar en la alimentación				
Mejorar en el sueño				
Mejorar en el estrés				
Mejorar en la comunicación con otros				
Mejorar en los ingresos económicos				
Mejorar en el entorno de casa				
Mejorar en el ocio				
Mejorar en la capacidad laboral				
Mejorar en la educación y cultura				
Mejorar en la autoestima				
Mejorar en las amistades				
Otras mejoras...				

Se deben graduar de mayor a menor importancia para el usuario/familia y establecer el compromiso de hacer una agenda de sesiones para mejorar esos aspectos.



- Anticipar y dar información sobre la entrevista. Es importante que el usuario sepa con anterioridad el día, la hora, lugar, las personas y de qué se va a hablar. Se trata de que no tenga sorpresas y tenga elementos de control anticipado.
- Buscar una persona de enlace. Es bueno establecer una buena relación con alguien con quien el usuario también la tenga (un profesional, un familiar, un amigo, etc.).

*Cuadro 11.8. Factores que predicen el enganche en el primer contacto.*

- Refuerzo de la intervención psicosocial del equipo de salud mental de referencia, mediante consejo y prescripción.
- Alianza con la familia.
- Personas en su red social que pueden reforzar la alianza terapéutica.
- Que existan demandas en el usuario o familia para mejorar/cambiar.

Toda la intervención preventiva minimizará la posibilidad de abandonos al inicio, pero no garantiza la vinculación. Sin entrar en consideraciones éticas sobre el tomar decisiones de intervenir sin la aprobación del usuario, entendemos que se trata de situaciones de grave deterioro y que la intervención para mejorar su situación actual es necesaria. Entonces pasaríamos a la intervención específica, mediante el diseño de un plan individualizado que se centre en modificar las variables mantenedoras de la situación de bloqueo ante la intervención. Esto se explica en el siguiente apartado de “intervención específica”.

### 11.2.2. SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN ESPECÍFICA

En este apartado se presentan estrategias para reconocer y afrontar las situaciones relacionadas con la dificultad de vinculación de los pacientes a los programas de rehabilitación psicosocial. Aunque esta vinculación no está únicamente centrada en pacientes del contexto rural se hace un análisis incluyendo las variables que puedan tener mayor relevancia y peso en estos contextos. La determinación de las variables influyentes en la vinculación a un programa de rehabilitación debe tener en cuenta las variables asociadas al contexto, para establecer una adecuada respuesta asistencial comunitaria ajustada a ese contexto. Evaluando qué factores están presentes y estudiando la interrelación de los mismos, se pueden desarrollar programas adaptados, yendo más allá de la mera consideración del problema como un problema motivacional del paciente.

En tema de la intervención específica gira entorno al análisis de un grupo de variables personales, así como relativas al sistema de salud sociales, y familiares (cobertura de atención, accesibilidad, conocimientos y actitudes de la familia, etc.) que hace necesario el diseño de actuaciones concretas encaminadas a conseguir el enganche del usuario y mejorar la eficacia de la rehabilitación en los contextos rurales y alejados.

Una intervención específica enfocada de esta manera nos permite dar un paso más de la intervención preventiva, en concreto: identificar las causas principales para que los usuarios rechacen o no reciban intervenciones psicosociales, estudiar factores

relacionados, determinar el trabajo posible con los familiares y la influencia que tienen en la situación, y diseñar estrategias concretas que mejoren la metodología tradicional de intervención.

### **A) *Objetivos de la intervención específica***

Aunque algunos de ellos ya se han comentado, hay que recalcar que se persiguen los siguientes objetivos:

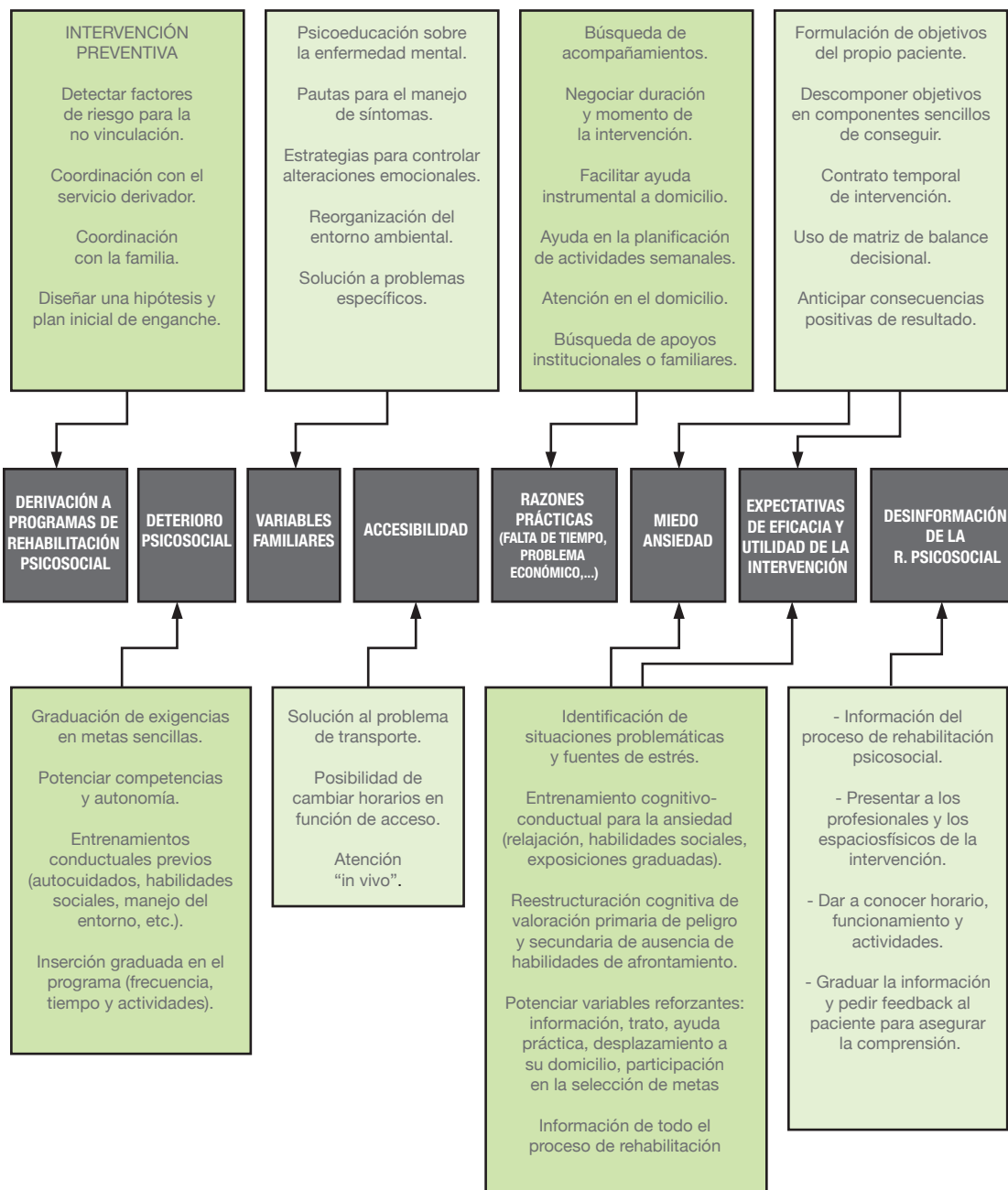
- Determinar los factores relativos a la no vinculación a programas de rehabilitación psicosocial y diseñar una intervención específica en base a dichos factores.
- Facilitar la incorporación al proceso de rehabilitación de los pacientes desenganchados de la red.
- Diseñar actuaciones encaminadas a la mejora de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental severo en medios rurales y difíciles.

También es preciso hacer algunos comentarios de la población diana y de las técnicas a escoger. En relación a la población, como ya se ha dicho en el anterior apartado, no todos los pacientes pasarían a esta intervención, sino solo aquellos que por motivo de deterioro y gravedad necesitan de esta intervención, así como aquellos con los que el primer nivel de la intervención preventiva no ha sido suficiente. Estamos hablando de pacientes con un trastorno mental grave, con importantes dificultades de acceso y motivación a centros y programas de rehabilitación psicosocial, con alto nivel de deterioro social y situación de aislamiento, que por ello precisa de alto contacto con recursos sanitarios y sociales y con una evolución prolongada de la enfermedad.

Las estrategias que se pueden utilizar para mejorar la motivación pueden agruparse en las siguientes categorías: estrategias de entrenamiento en habilidades, estrategias de información y psicoeducación, estrategias de motivación y relación, y estrategias de reestructuración y cambio cognitivo. Las estrategias de entrenamiento en habilidades consisten en aprender respuestas conductuales y cognitivas para afrontar dificultades personales y situaciones de riesgo. La información se dirige al cambio de expectativas y a facilitar la toma de decisiones. Las estrategias de motivación y relación son procedimientos de negociación y discusión para facilitar el pasar de una fase a otra en la implicación en el tratamiento. Los procedimientos de reestructuración cognitiva van dirigidos a proveer a los pacientes de cogniciones alternativas en lo que se refiere a la naturaleza de procesos de cambio de actitudes y hábitos. La figura 11.1 muestra una visión esquemática de las estrategias de intervención específicas.

Aunque hay gran cantidad de posibilidades hay que preguntarse: ¿cuáles de las posibles técnicas de intervención deben aplicarse a cada persona en particular? Se pueden aplicar una gran cantidad de técnicas: solución de problemas, entrenamiento en manejo de estrés, desensibilización sistemática, potenciación de estrategias para los síntomas positivos, etc.,... Lo normal será escoger las técnicas para intervenir formando un paquete de intervención que se aplique a cada paciente según su situación y de acuerdo con el contexto. El programa será individualizado, según una evaluación previa.

Fig. 11.1. Estrategias de intervención específicas para casos sin predisposición a recibir la intervención psicosocial.



La cuestión más controvertida del tratamiento puede ser la decisión de intervenir o no. Últimamente se han intensificado las argumentaciones en contra de los tratamientos involuntarios, así como la capacidad de decisión de los pacientes, desde los modelos comunitarios de atención. Si embargo, la intervención puede usarse como una aplicación del tratamiento en fases iniciales, como una herramienta motivacional para pacientes que de otra manera se resistirían a buscar ayuda o que no tienen posibilidades de hacerlo.

En el caso de personas que tengan una negativa explícita a la intervención, se podría intervenir indirectamente, a través de la red social y familiar. Este tipo de intervención consistiría en convertir la red social en una red protectora, unificando sus actuaciones y completándola con nuevas relaciones. En situaciones de extremo aislamiento la intervención en red principal será la intervención con la familia, convirtiendo a la familia en una vía de acceso al usuario que le permita participar directamente en su rehabilitación.

## **B) Evaluación**

El primer paso es reconocer las variables que causan la situación de resistencia a la vinculación en cada caso. Las variables responsables o mantenedoras se consideran una cuestión individual que requiere de procedimientos de evaluación específicos para cada persona.

Determinar el desempeño existente en las áreas de funcionamiento también es un objetivo crítico de la evaluación. Para ello, diseñar alguna entrevista específica para medir la discapacidad funcional es fundamental. Se puede dirigir en forma de encuesta poniendo ejemplos de situaciones cotidianas y preguntando su nivel de desempeño y dificultad en esa situación. La respuesta se puede graduar en nivel de dificultad, deterioro o motivación, haciendo un recorrido global por todas las áreas de funcionamiento. Igualmente se tienen que realizar entrevistas para explorar las variables que tienen una causalidad directa con no recibir programas de rehabilitación psicosocial, como son el miedo y la ansiedad, expectativas erróneas, falta de tiempo o dinero para desplazarse, o desconocimiento de las ventajas, entre otras. Se pueden elaborar listas de razones de no seguir un programa de rehabilitación, para cada razón se puede puntuar en una escala de 0 a 10 para estimar la importancia de cada una de ellas. Las puntuaciones de las razones principales permiten que la persona y el terapeuta identifiquen las causas principales desde una óptica del paciente, más que del profesional.

En resumen, hay que hacer una evaluación de cada persona incluida en esta intervención en un formato que permita incluir cuestiones referidas al análisis de determinados factores psicológicos, sociales, familiares, clínicos y contextuales que pueden explicar las características asociadas a la no vinculación a programas de rehabilitación psicosocial. Para paliar el problema de la validez de las entrevistas y autoinformes (escalas, cuestionarios, y autorregistros) se deben utilizar con dos versiones, una para el paciente y otra para la familia. También se pueden necesitar fuentes adicionales de información. En el cuadro 11.9 se listan posibles fuentes de información.

*Cuadro 11.9. Fuentes de información adicional.*

- Recurso o dispositivo que deriva al caso a la intervención psicosocial.
- Unidades de salud mental y otros dispositivos sanitarios que hubieran tenido contacto con el usuario.
- Familiares.
- Amigos y redes de apoyo informal.
- Recursos sociales que hayan tenido contacto con el usuario o la familia.

En los anexos se ha incluido una escala que facilita la evaluación, la generación de hipótesis y el diseño de la intervención con cada caso. Recoge categorías relacionadas con la conducta de resistencia o dificultad para recibir la intervención psicosocial. Se puede aplicar en formato de entrevista tanto al paciente como a la familia. Analiza factores de tipo individual, social y contextual: a) datos sociodemográficos, b) cobertura asistencial de la zona en la que vive el paciente, c) aspectos clínicos, d) deterioro psicosocial, e) factores familiares, y f) motivo principal de no asistir o no recibir programas de rehabilitación psicosocial. Para cada categoría se consideran varias variables que pueden mostrar correlaciones significativas con aspectos relativos a la enfermedad mental. Aunque se aplica en forma de entrevista, cada categoría tiene varios ítems con varias opciones de respuesta, así como escalas tipo likert para medir la intensidad de las variables. También parte de la obtención de los datos de la escala podría llevarse a cabo con la revisión de la historia del sujeto, con la revisión de informes anteriores o entrevistas con otros centros de referencia para el paciente.

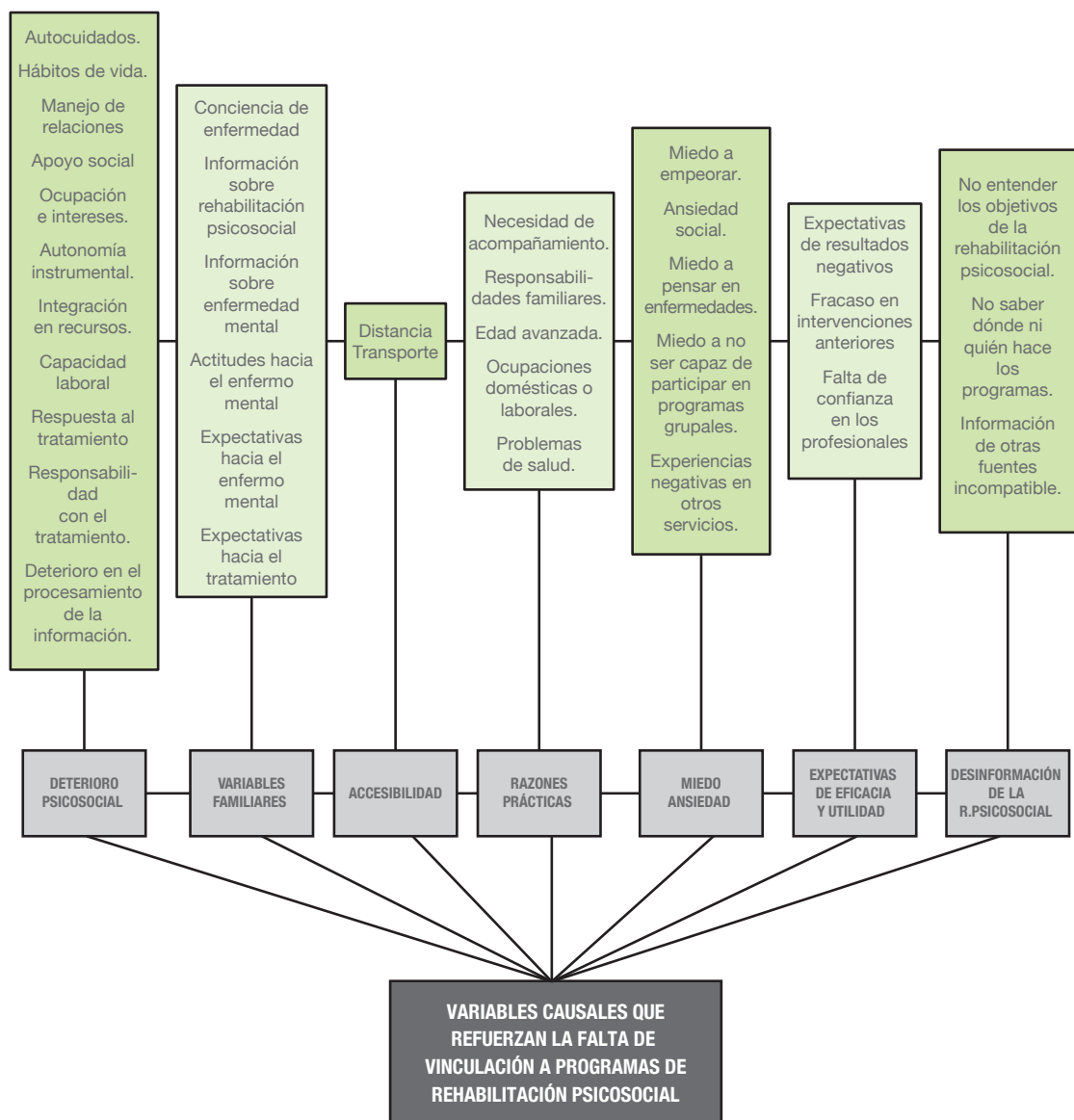
En el cuadro 11.10 se describe la información obtenida con la entrevista diseñada para este tipo de evaluación. La entrevista completa está en los anexos del final de la guía.

*Cuadro 11.10. Áreas de evaluación y contenidos de la entrevista de variables relacionadas con la falta de predisposición y dificultad para recibir programas de rehabilitación psicosocial.*

<p><b>1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Sexo.</li> <li>• Estado civil.</li> <li>• Municipio de residencia.</li> <li>• Tipo de convivencia.</li> <li>• Edad del cuidador.</li> <li>• Nivel educativo.</li> <li>• Situación laboral actual.</li> </ul> <p><b>2.- DATOS RELATIVOS AL SISTEMA DE SALUD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura asistencial.</li> <li>• Derivación de atención primaria.</li> <li>• Accesibilidad del servicio.</li> </ul> <p><b>3.- ASPECTOS CLÍNICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico.</li> <li>• Antecedentes psiquiátricos.</li> <li>• Años de evolución .</li> <li>• Tipo de evolución deteriorante.</li> <li>• Número de ingresos psiquiátricos</li> <li>• Número de urgencias psiquiátricas</li> <li>• Tratamiento actual</li> </ul>	<p><b>4.- DETERIORO PSICOSOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidados</li> <li>• Hábitos de vida saludables</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Ocupación, manejo de ocio y tiempo libre</li> <li>• Autonomía básica</li> <li>• Manejo de recursos sociales</li> <li>• Capacidad laboral</li> <li>• Respuesta al tratamiento farmacológico</li> <li>• Responsabilidad con el tratamiento</li> <li>• Autonomía económica</li> <li>• Valoración global del deterioro.</li> </ul> <p><b>5.- FACTORES FAMILIARES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos</li> <li>• Actitudes</li> <li>• Expectativas</li> </ul> <p><b>6.- MOTIVO DE RESISTENCIA A RECIBIR ROGRAMAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo-ansiedad</li> <li>• Falta de interés</li> <li>• Ausencia de información</li> <li>• Razones prácticas</li> <li>• Accesibilidad</li> </ul>
---	---

Una vez recogidas todas las variables que están mediatizando la falta de predisposición del usuario a recibir programas de rehabilitación psicosocial, se debe realizar un análisis funcional de las variables y construir un modelo explicativo que permita establecer hipótesis explicativas que guíen a la intervención. En la figura 11.2 se muestra un esquema de las variables que sirven para construir el modelo explicativo causal. Esta figura se complementa con la figura 11.1 de estrategias específicas de intervención.

Fig. 11.2. Modelo causal de no vinculación a programas de rehabilitación psicosocial de pacientes con trastorno mental grave.



Un modelo explicativo causal ajustado al caso concreto permitirá el diseño de un plan específico de intervención activa que se centre en las variables mantenedoras de la situación. En este caso habrá que identificar la importancia y la susceptibilidad de cambio de cada una de las variables evaluadas, para tratar de modificarlas en la dirección deseada. Después del diseño del modelo hay que capacitar al individuo y a la familia para la comprensión del mismo. El primer paso es que comprendan las variables que están influyendo en los problemas actuales y percibir las como elementos que pueden cambiar, como señales que avisan de la necesidad de un cambio. Desde este punto de vista se puede incrementar la sensación de control y facilitar la toma de decisiones para el cambio. El papel del terapeuta debe situarse como un facilitador para el cambio, enseñando estrategias de afrontamiento para hacerlo más fácil. Un individuo que nunca ha empezado un tratamiento psicosocial necesitará un tiempo de práctica y prueba hasta que vea por sí mismo los logros obtenidos y el estilo de la relación que se va a mantener. Un individuo que se encuentre inhibido por la ansiedad o por una historia de fracasos en otras intervenciones debe aprender las habilidades que reduzcan la ansiedad y reduzcan la resistencia motivacional frente a la intervención activa (graduación en los contactos, entrenamiento en habilidades de negociación con el terapeuta y autocontrol de los progresos).

### **C) *Diseño de la intervención específica***

La intervención específica es la piedra angular del programa de intervención motivacional. El diseño de la intervención y la elección de las técnicas de tratamiento dependerán de la conducta sobre la que se va a intervenir y/o de las variables mantenedoras de las resistencias. Una vez conocidas las variables se ponen en práctica las técnicas más adecuadas para conseguir el enganche con cada caso.

Con el fin de establecer las técnicas de intervención más adecuadas para cada caso se estimará la fuerza o grado de relación de las variables con la no predisposición o falta de vinculación con la intervención. Aunque podrán estar presentes más de una variable, es recomendable empezar a trabajar con 1 ó 2, las que más relación tengan con la no predisposición (motivación, resistencia familiar, falta de habilidades sociales, problemas económicos, expectativas equivocadas, etc...). La importancia o peso estimado de cada variable se obtiene de las prioridades del paciente, la familia y otros interlocutores (psiquiatras, trabajadores sociales, etc...).

Lo más normal es que el individuo carezca de habilidades de afrontamiento, y en ese caso podrán enseñársele varias. El contenido del programa es por tanto variable y dependerá de las necesidades del individuo. Entre las áreas de habilidades posibles se incluyen las habilidades de comunicación, el control del estrés, el entrenamiento en actividades de la vida diaria y las habilidades de toma de medicación. Otros métodos más educativos son la información de los efectos positivos y negativos de la medicación, las matrices de decisiones que permitan examinar los efectos inmediatos y demorados del consumo de una droga y/o el abandono del fármaco. Los métodos que vayan dirigidos a la enseñanza de habilidades se basan en ensayo de conducta, la instrucción verbal, el feedback, el modelado y la práctica en vivo.



Para seleccionar la técnica hay que tener en cuenta que cada técnica suele incidir sobre una única dimensión. Una vez conocida la variable realizamos la técnica más adecuada (por ejemplo si fuera ansiedad: aproximaciones sucesivas, relajación, respiración; si fueran pensamientos negativos: autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, ...; si fuera desinformación: psicoeducación; si fuera falta de transporte: solución de problemas y valorar distintas alternativas; si fuera desmotivación o desinterés: balance decisional, solución de problemas, contrato de prueba,...; si fueran síntomas positivos: estrategias de afrontamiento, exposición y prevención de respuesta, control de estímulos, ...; si fuera apatía: planificación semanal de conductas reforzantes, etc.

En ocasiones no es posible realizar la intervención con el paciente (por ejemplo debido a una negativa expresa). Este problema se puede superar mediante el entrenamiento de su red social en la aplicación de una técnica concreta. En este procedimiento se instruye a un familiar cuidador en la técnica en concreto y mediante role-playing, se facilita que se imagine que está envuelto en una situación real con el paciente. En ese momento se le dan instrucciones para que realice comportamientos y elabore estrategias que facilitan el trabajo con el usuario.

Debe anticiparse que los pacientes no responderán de manera óptima a las intervenciones. Las reacciones del terapeuta y la familia son un elemento clave ya que determinan el grado de escalada de entender este hecho como una dificultad a superar hasta entenderlo como un fracaso fatal. Durante el primer momento hay que anticipar y tratar las expectativas de resultado, haciendo una reestructuración cognitiva que contrarreste sentimientos de fracaso y frustración ante avances lentos.

Hay que hacer siempre un seguimiento mediante contactos esporádicos durante el tiempo que sea necesario aunque el paciente no termine de engancharse. El seguimiento debe estar programado y lo que hay que hacer es comprobar el estado de las variables que se recogieron en el primer análisis (su resistencia, nivel de cambio, aumento o disminución). Si las variables se van modificando de forma positiva seguiremos en la dirección señalada durante el tiempo que sea necesario.

Si durante el seguimiento de la intervención se observa que no cambia la situación habrá que optar por otras técnicas o por intervenir sobre otras variables más accesibles a la intervención.

*Cuadro 11. 11. El apoyo de la familia en la intervención específica.*

Un gran número de evidencias destacan la importancia de la implicación de la familia en la recuperación de la enfermedad mental. La implicación activa de la familia en las habilidades de comunicación y solución de problemas, puede incrementar la motivación para el cambio y la sensación de utilidad del tratamiento. Enseñar a los miembros de la familia a reconocer y afrontar una situación de crisis los convierte en auténticos recursos facilitadores. También se puede ayudar a la familia a desarrollar habilidades para autogestionar las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales en una situación de crisis.

El entrenamiento en expresar los afectos positivos y negativos también puede ser objeto de aprendizaje para la familia, que facilite reconocer y cambiar patrones de relación que pueden conducir a factores de riesgo para una futura recaída.

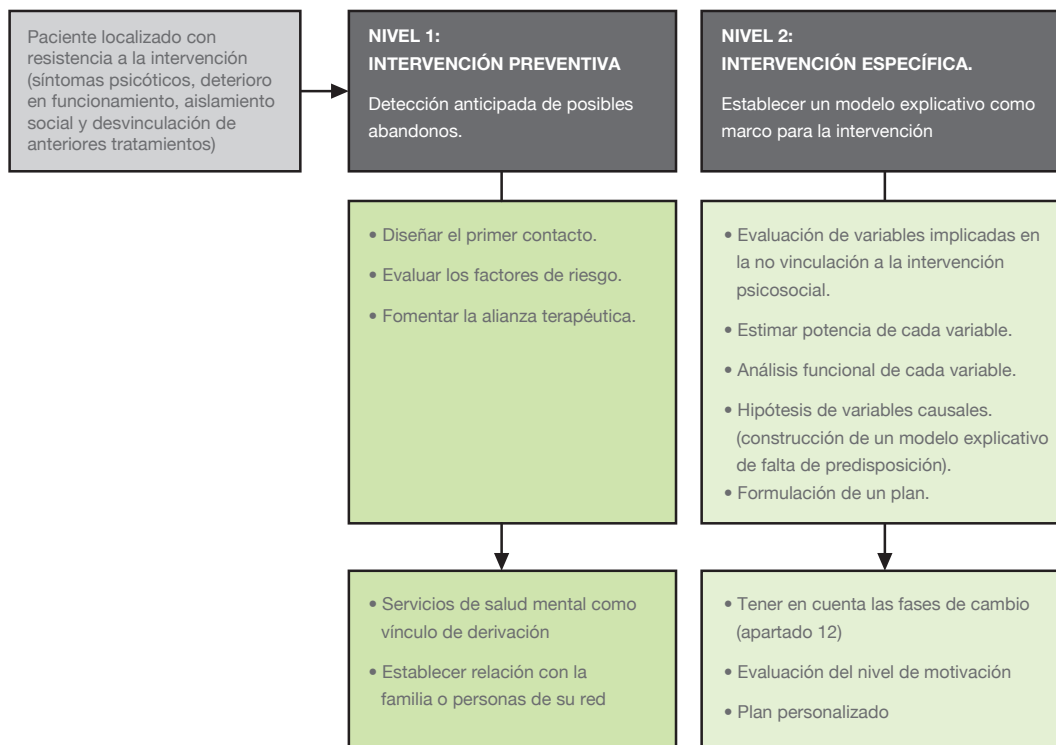


### 11.3. RESUMEN: ESQUEMA DE LA INTERVENCIÓN PARA CASOS SIN PREDISPOSICIÓN A SER TRATADOS

En resumen, adaptar un enfoque específico para iniciar la intervención para casos desvinculados y con falta de motivación, significa evaluar y diseñar un modelo específico de tratamiento, más que esperar a que ellos se motiven por sí mismos.

Es importante tener claro los dos niveles de la intervención. Se ha hecho una distinción entre la intervención preventiva y la específica. La figura 11.3 representa los dos niveles de la intervención.

Figura 11.3. Niveles de la intervención para pacientes sin predisposición a ser tratados.



Para finalizar cabe incorporar algunas conclusiones para facilitar la intervención con los casos más difíciles. Algunas claves para mejorar los protocolos de trabajo que favorezcan la vinculación a programas de rehabilitación son:

- Utilizar una combinación de estrategias estructuradas orientadas a problemas concretos parece lo más adecuado: entrenamiento en habilidades y técnicas para promover cogniciones facilitadoras; estrategias de solución de problemas prácticos (accesibilidad, acompañamiento, etc.); intervenciones de apoyo y colaboración terapéutica de la familia.
- Utilización del modelo de vulnerabilidad al estrés como soporte para explicar el curso de la intervención.

- El trabajo de “convencer” al paciente para que comience un proceso de rehabilitación psicosocial se puede adaptar a distintos pacientes, independientemente de los años de evolución y su deterioro.
- No ponerse límites temporales para la intervención.
- La evaluación de las variables causales de la no vinculación y el diseño de una intervención focal sobre tales variables parece un requisito imprescindible en los pacientes con fracasos anteriores de vinculación a recursos de rehabilitación psicosocial.
- Necesidad de hacer actuaciones “in vivo”, en el domicilio.
- Se necesita flexibilidad en las normas y horarios del profesional.
- Coordinación entre los equipos implicados como componente clave.
- Las limitaciones en la intervención vendrán cuando: no se puede asegurar la frecuencia en las visitas, no se asegura la colaboración de familia, no existe red social que pueda apoyar la intervención.

## 12. Fases y etapas en rehabilitación activa con pacientes resistentes a la intervención

### 12.1. MOTIVACIÓN AL CAMBIO

Como se ha dicho, los pacientes acuden a tratamiento a menudo por presiones o recomendaciones que no provienen de ellos mismos. Por tanto, aunque tengamos clara la intervención necesaria, lo primero será ajustar la intervención a la situación o fase en la que se encuentre la persona. Puede haber una tendencia equivocada a suponer que una vez realizada la evaluación o tenidos los primeros contactos, ya se puede intervenir. Esta suposición no es correcta. La motivación e implicación en el tratamiento es básica en la mejoría de los trastornos mentales. Se sustenta en estados de ánimo, pensamientos e interacciones que son cambiantes. Será necesario pues, durante todo el tratamiento, estar pendiente de la motivación y asegurarse de que es duradera y estable.

*Cuadro 12.1. Principios básicos para ayudar a promover la motivación (adaptado de Miller y Rollnick, 1999).*

- |   |
|---|
| 1. Quitar el énfasis en las etiquetas. La etiqueta de enfermo o psicótico no es un requisito para la intervención. Se debe animar al paciente a que vea la necesidad del tratamiento por la mejora de su estilo de vida y no por “curarse” de algo. |
| 2. La persona necesita considerar que la responsabilidad de mejorar es algo personal y se encuentra en él mismo.  |
| 3. El paciente necesita hacer atribuciones internas que le permitan considerar que los problemas son controlables y no una parte incontrolable de él mismo.   |
| 4. Hay que facilitar la disonancia cognitiva. Descubrir una inconsistencia entre sus pensamientos racionales y las conductas diarias.   |

## 12.2. LOS PRINCIPIOS DEL CAMBIO

Adaptar un estilo de fases o momentos y ajustar técnicas y procesos de cambio implica adoptar una postura estratégica, que según Costa y López (2006) define el “manual de estilo” del profesional y que despliega líneas de intervención y habilidades concretas que vamos a repasar brevemente.

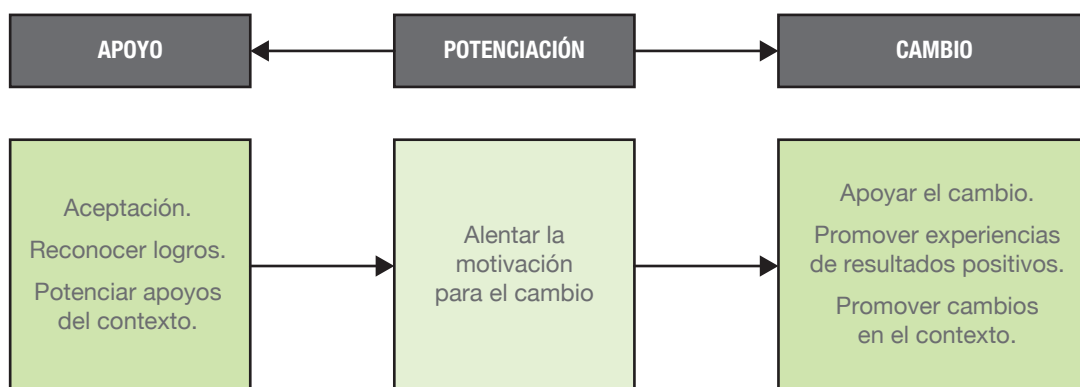
*Cuadro 12.2. Visión estratégica de la potenciación para el cambio de Costa y López (2006).*

**LOS PROFESIONALES DE LA INTERVENCIÓN...**

- Huyen de explicaciones simplistas y lineales sobre el cambio.
- Se fijan en la capacidad y las competencias para aprender.
- Anticipan consecuencias positivas de los cambios que proponen.
- Escuchan las resistencias al cambio.
- Reconocen la capacidad de ayuda de los grupos que rodean a las personas con las que trabajan.
- Proporcionan información.
- Planifican los cambios para que resulten fáciles.
- Son perseverantes.

Los principios para el cambio tratan de equilibrar el apoyo y la aceptación con la firmeza para mantener el cambio, a través de la motivación para emprender las acciones de cambio.

*Fig. 12.1. Principios de la potenciación para el cambio.*



## 12.3. FASES Y PROCESOS DEL CAMBIO

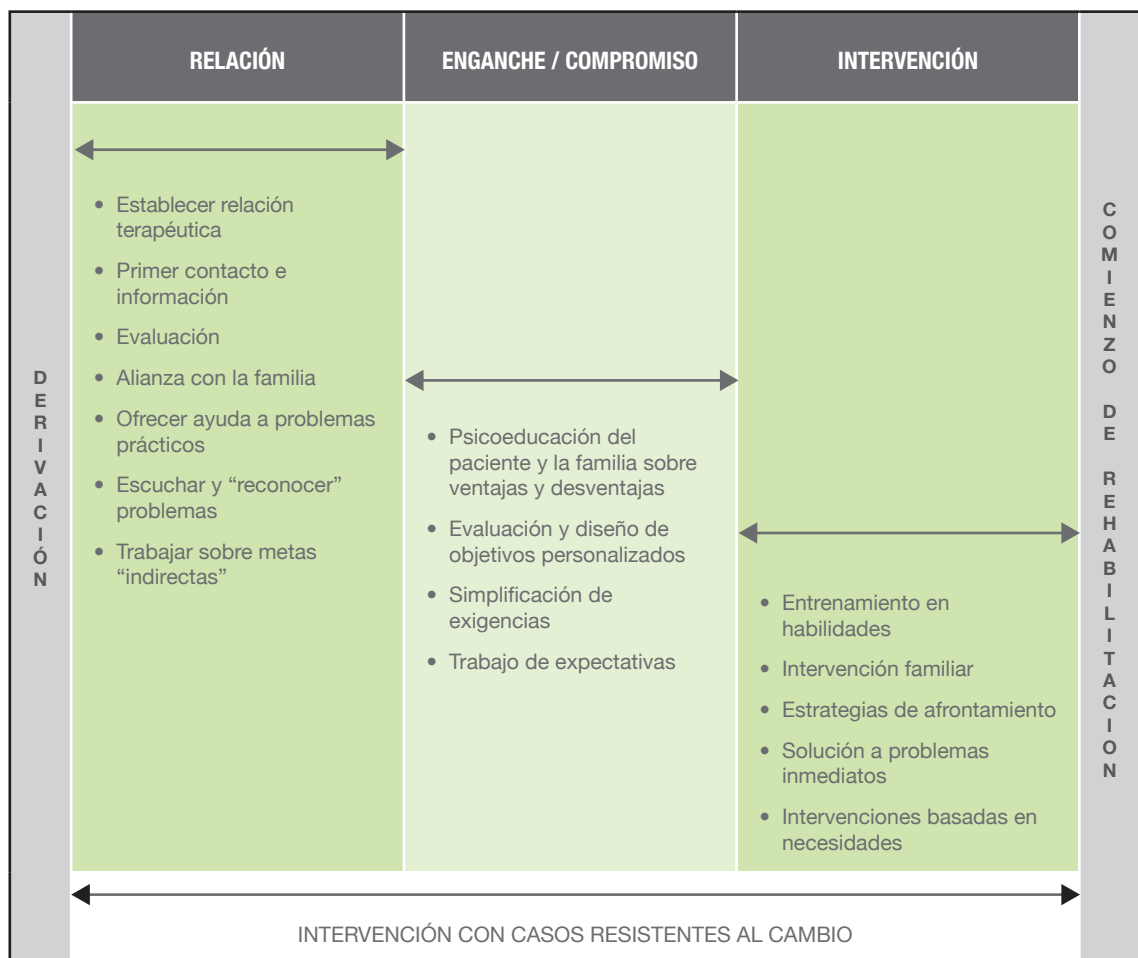
En los últimos años se ha experimentado un conocimiento importante de los modelos explicativos y de intervención orientados a facilitar el cambio terapéutico (Prochaska y Prochaska, 1993; McCrady, 1998; Valiente, 2002; Costa y López, 2006). Se trata de intervenciones que organizan el trabajo terapéutico según el estado o fase en la que se encuentra el paciente.

Desde este enfoque el paciente siempre se va a encontrar en un estado o etapa que le predispone más o menos a implicarse en la intervención. Un aspecto central es que los sujetos, al iniciar la intervención responderán a intervenciones diferentes dependiendo de la etapa de cambio en la que esté.

Es clave diferenciar las etapas o fases en las que está la persona de las técnicas de intervención, para facilitar que progrese por las etapas. La etapa o fase se refiere al momento en el que se encuentra la persona para lograr el objetivo (un cambio en el estilo de vida mediante la intervención psicosocial), mientras que la técnica se aplica con la finalidad de que la persona logre progresar de forma gradual por las fases.

A continuación se proponen tres fases de cambio que representan tres secuencias o momentos que puede atravesar una persona con poca predisposición a recibir tratamiento psicosocial. De un modo lineal estas fases son: relación > compromiso/enganche > intervención específica. Vamos a describir brevemente cada fase y las técnicas de intervención a utilizar en cada una de ellas.

Figura 12.2. Fases durante el proceso de rehabilitación activa.



### 12.3.1. RELACIÓN

#### A) Descripción

Se trata de la fase en la que se realizan los primeros contactos con el usuario y la familia y se presenta el profesional de referencia. El objetivo es establecer una relación terapéutica. Se le da información y se extrae información de la situación actual. Se debe buscar la relación en el medio del usuario y trabajar sobre asuntos que sean de utilidad y relevancia para el paciente. El principal objetivo es facilitar la confianza con el profesional para involucrarle en la siguiente fase de la intervención. Las dos estrategias fundamentales serán la oferta de ayuda a problemas prácticos de la vida cotidiana y la escucha activa evitando la interpretación y la etiquetación de las conductas.

Todos los acercamientos iniciales se pueden desarrollar en el domicilio o en el medio del paciente, en un entorno conocido por él/ella y que le facilite elementos y sensación de control.

#### B) Intervención

Las intervenciones que se diseñan dentro de ésta primera fase van orientadas a trabajar la transmisión de información, la aceptación y escucha, el reconocimiento de bloqueos y miedos, el ajuste de expectativas, la valoración de intereses y motivaciones, así como el establecimiento de objetivos personales.

En esta fase va a ser clave la aceptación del impacto emocional que se está produciendo debido a los problemas o a una situación crónica.

También hay que ser conscientes de que el hecho de recibir ayuda de un profesional supone para muchas personas una experiencia que las coloca en situación de vulnerabilidad: por ponerse en manos de alguien extraño que le pide que le revele sus problemas íntimos, por admitir puntos débiles en su persona, por incertidumbre, por miedo y suspicacias a ser etiquetado o infravalorado.

Las líneas de intervención se van a estructurar sobre la base de las siguientes tareas terapéuticas.

- Proporcionar un clima positivo para que pueda expresar sus sentimientos y emociones

Se trata de dar una oportunidad de expresar la insatisfacción por la situación que está viviendo, sin juzgar y mostrando interés por lo que dice. Para muchas personas etiquetadas de esquizofrénicas y en situación de aislamiento extremo ésta puede ser la primera oportunidad que tienen de ser escuchados en profundidad. Algunas ideas para facilitar el clima de escucha y aceptación son:

- Mostrar disposición para explorar sus experiencias personales
- Expresar con gestos y palabras respeto y estima
- Reconocer habilidades y puntos fuertes
- Mostrar interés por objetivos y aspiraciones de vida
- Respetar las dificultades que experimentan en los procesos de cambio
- Aceptar el papel de la propia intervención en las resistencias.

*Cuadro 12.3. El papel del profesional como facilitador de las resistencias.*

- La resistencia es comprensible cuando la intervención implica una invalidación personal mediante una etiqueta “diagnóstica”, una información mediante pautas del tipo “tienes o debes”, o una reducción de la capacidad de decisión.
- La desacreditación de las resistencias las pueden intensificar (“tu actitud no ayuda”).
- Si el cambio se plantea en términos de “yo profesional tengo la razón y usted está equivocado”, puede generar rechazo.
- Reñir por no cambiar constituye un castigo que puede provocar el rechazo de quien castiga.

- Clasificar el tipo de resistencia al cambio y ajustar la intervención a cada una de ellas. Es posible encontrarse con varios tipos de comportamientos en esta primera fase.

1. *Personas reacias al cambio.* No consideran la posibilidad de ningún cambio. La intervención más adecuada será la escucha y el feedback objetivo sobre la situación. Si son hostiles y rechazan explícitamente la intervención la estrategia puede ser ofrecer un abanico de posibilidades para cubrir algunas necesidades detectadas de antemano y dejar la elección al paciente.
2. *Personas que racionalizan su no implicación en la intervención.* La intervención sería escuchar y no discutir sus razones. Se pueden pactar un número de sesiones para “comprender” sus razones.
3. *Personas que están descompensadas clínicamente.* En el caso de que la sintomatología positiva coloque al paciente en una situación de confusión mental y dificultad para la relación, la intervención iría a movilizar los recursos de la red necesarios para lograr la disminución de la patología presente. Algunas estrategias serán informar al psiquiatra de referencia, movilizar servicios de urgencia, asesorar sobre hospitalizaciones y apoyar a la familia para revisar el patrón farmacológico. En el caso de que el ingreso en el hospital se muestre como la principal estrategia a seguir, el enganche inicial podría peligrar si el paciente identifica a los profesionales como causantes del un tratamiento involuntario o restrictivo. Por ello siempre que sea posible se trataría que ante un ingreso involuntario sea el personal sanitario entrenado y asesorado quien gestione el ingreso. Las pautas de relación a tener en cuenta en esta situación se listan en el cuadro 12.4.

*Cuadro 12.4. Pautas para la relación inicial con el paciente descompensado.*

- Evitar la racionalización y confrontación con ideas delirantes
- Posponer cualquier componente psicoeducativo
- Evitar palabras como “enfermo” o “loco”
- Mostrar explícitamente empatía con la emoción sentida
- Mantener distancia física si hay violencia
- Tratar de llevarle a un entorno calmado
- Evitar dar mucha información
- Mostrar interés si escucha voces por las experiencias que está percibiendo

### 12.3.2. ENGANCHE TERAPÉUTICO Y COMPROMISO

#### A) Descripción

Se trata de una fase más avanzada una vez se ha conseguido establecer una relación que permita el contacto más continuado. Se trabaja para reforzar la alianza y mantenerla lo suficiente para conseguir involucrarle en estrategias de cambio directas.

Los objetivos principales serán los de afianzar el compromiso al cambio y ayudar a comprender las consecuencias del cambio en su estilo de vida. Habría que aprovechar en esta fase para intercalar las visitas en dos tiempos, una dedicada al refuerzo del enganche y otro a la evaluación más en profundidad. En esta fase se abordarían explícitamente las dudas, expectativas y ambivalencias.

Se pueden emplear muchas técnicas: educación sobre las consecuencias de seguir así, información sobre programas de rehabilitación, análisis de ventajas, planificar objetivos consensuados, etc.

#### B) Intervención

- Entrevista motivacional

Con esta técnica se intenta incrementar la implicación para el cambio, evitando la confrontación directa (Miller, 1983). Los elementos consisten en realizar una o varias entrevistas que incluyen:

- a) preguntas abiertas
- b) preguntas que inviten a la reflexión
- c) elicitación afirmaciones de automotivación

Tabla ejemplo de preguntas para evocar automotivación (adaptado de Miller y Rollnick, 1991).

<p><b>1.- RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué dificultades tienes?</li> <li>• ¿En qué medida crees que otras personas han sentido las consecuencias de tus problemas?</li> <li>• ¿Qué va mal en tu vida (familia, ocupación, relación con los demás, etc.)?</li> </ul>	<p><b>2.- PREOCUPACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es lo que más te preocupa?</li> <li>• ¿Cómo te sientes sobre tu forma de actuar?</li> <li>• ¿Qué crees que va a suceder si no cambias?</li> </ul>
<p><b>3.- INTENCIÓN DE CAMBIAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El hecho de querer hablar conmigo significa que una parte de ti cree que es hora de cambiar?</li> <li>• ¿En qué te basas para pensar que necesitas un cambio?</li> <li>• ¿Qué te hace pensar que el cambio es posible?</li> <li>• ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?</li> <li>• ¿Qué tienes que cambiar realmente?</li> </ul>	<p><b>4.- OPTIMISMO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué te hace pensar que podrás lograr el cambio?</li> <li>• ¿Qué te anima a cambiar?</li> <li>• ¿Qué crees que funcionará para ti si te planteas superar tus problemas?</li> </ul>

- Establecer metas significativas y negociadas

En la medida en que se promueve su implicación activa en la definición y elección de las metas del cambio se facilita su implicación en las mismas. Para identificar los objetivos del trabajo conjunto el profesional puede sugerir algunos objetivos, pero es esencial que sea el usuario quien exprese sus propias metas. Cuando las personas participan en escoger las metas, se esfuerzan para lograr los cambios y están más satisfechos con la relación de ayuda. Identificar metas explícitamente ayuda de varias maneras (ver cuadros).

Cuadro 12.5.

Cuadro 12.6.

ESCOGER METAS SIGNIFICATIVAS. (Costa y López, 2006)	FUNCIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE METAS CONJUNTAS. (Cormier y Cormier, 1994)
<p><b>Las metas del cambio serán significativas cuando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están conectadas con sus temas de preocupación.</li> <li>• Se priorizan en función de la severidad de los problemas y de la facilidad del cambio.</li> <li>• Aparezcan como predecibles y controlables.</li> <li>• Sea factible alcanzar pronto al menos una.</li> <li>• Sepan que podrán contar con el terapeuta para lograr los cambios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionan una dirección en la intervención.</li> <li>• Clarifican expectativas.</li> <li>• Determinan los planes de acción.</li> <li>• Facilitan la evaluación de progresos.</li> </ul>

- Facilitar la toma de decisiones

Aquí se incluyen las técnicas denominadas normalmente de balance decisional. Se trata de analizar los pros y los contras de una conducta problema (adicción, toma del fármaco, pasividad, acudir o no a un tratamiento,...).



Cuadro 12.7. Ejemplo de balance decisional de no acudir un programa de intervención.

PROS	CONTRAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alivio de ansiedad al cambio.</li> <li>• Evitar esfuerzos cognitivos.</li> <li>• Sentirse “protegido” en la casa.</li> <li>• Disfrute de algunos privilegios (dependencia de la madre de las gestiones cotidianas).</li> <li>• Descanso y estar mucho tiempo tumbado en la cama.</li> <li>• Evitar pensar en la posibilidad de tener un trastorno mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse fracasado, con baja autoestima.</li> <li>• No tener interacción con nadie.</li> <li>• Miedo a no aprender a solucionar los problemas por sí mismo a largo plazo.</li> <li>• Está preocupado continuamente por los problemas y dificultades.</li> </ul>

Se trata de trabajar por reducir los beneficios percibidos de seguir como está y de hacer visibles los beneficios del cambio.

Cuadro 12.8. Cómo trabajar para aumentar los beneficios del cambio (Costa y López, 2006).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer las metas emocionalmente significativas</li> <li>• Promover expectativas de resultados positivos</li> <li>• Ayudar a adquirir las competencias y habilidades para realizar acciones de cambio</li> <li>• Proporcionar información que haga predecible el momento de aparición de las consecuencias positivas</li> <li>• Proporcionar recompensas intermedias que faciliten la demora hasta lograr la meta definitiva</li> </ul>
--

- Dar Información

Es importante que el usuario comprenda qué se va a hacer en las sesiones y qué puede esperar de la relación. Se le informará del papel del profesional durante las sesiones y de la estructura de las mismas.

### 12.3.3. INTERVENCIÓN

#### A) Descripción

Esta etapa consiste en estar preparado para seguir una intervención más estructurada de las variables identificadas como mantenedoras de la situación. Se deben explicar las variables mantenedoras: aislamiento social, miedos referenciales, miedos sociales, problemas instrumentales, tolerancia familiar, expectativas negativas de cambio, etc (ver apartado 11.2.2.). Luego se explica la intervención a seguir a partir de ahora, como alternativas a probar.

En el cuadro 12.9 se puede ver de forma esquemática las señales para interpretar el grado de predisposición para el cambio.

Cuadro 12.9. Señales de preparación para el cambio (tomada de Graña, 1994).

- Disminución de la resistencia. El paciente deja de discutir sobre el cambio.
- Relajación. El paciente se muestra más relajado y tranquilo.
- Afirmaciones de automotivación. Son autoafirmaciones que se caracterizan por el interés por cambiar.
- Preguntas sobre el cambio. El paciente pregunta cómo puede cambiar.
- Pre-acción. Empieza a realizar actividades dirigidas al cambio (madruguar, vestirse mejor, hacerse un horario de actividades semanales, salir, etc.).

## **B) Intervención**

- Elaborar un plan de cambio

Como parte de la negociación hay que elaborar un plan de acción en el que se incluyan los siguientes aspectos:

- a) **Objetivos.** Es importante incluir objetivos a corto plazo, verbalizados por el propio paciente y fáciles de lograr al principio.
- b) **Alternativas.** Se trata de listar alternativas de intervención. Hay que adaptar los procedimientos de intervención a las necesidades de cada paciente.
- c) **Desarrollo de un plan de acción.** Es aconsejable que quede por escrito, en forma de contrato, un plan donde se enumeren:
  - Las principales razones por las que quiere lograr el cambio
  - Los objetivos o metas más importantes
  - Las primeras acciones
  - Las personas que le ayudarán en la intervención.

- Iniciar estrategias de intervención

En esta fase ya se está preparado para recibir un programa o intervención estructurada. Básicamente el paciente inicia la ejecución de un serie de procedimientos terapéuticos y rehabilitadores dirigidos a modificar el estilo de vida. A continuación se resumen algunas estrategias a modo de ejemplo, que tendrán una duración y combinación única para cada persona en concreto.

Ejemplo de Estrategias serían:

### 1) Educación

- a. Se establece un programa de sesiones dirigidas al paciente y familiares con metodología psicoeducativa
- b. La temática es la comprensión del trastorno: síntomas, teorías, pronóstico, tratamientos

### 2) Prevención de recaídas

- a. Se establece un programa con el paciente y la familia para el reconocimiento de las señales prodrómicas

- b. Se enseñan al paciente y a la familia a hacer planes de prevención de recaídas, enseñando estrategias de afrontamiento
- 3) Control de factores de riesgo
- a. Se listan los factores de riesgo que mantienen la situación de deterioro
  - b. Se enseña al paciente a identificar los factores de riesgo
  - c. Se entrena en soluciones concretas para minimizar el riesgo: contratos de adherencia al fármaco, control de sustancias, etc.
- 4) Manejo de medicación
- a. Se enseñan los efectos de la medicación
  - b. Se entrena en autoadministración autónoma
  - c. Se dan pautas para el manejo de situaciones conflictivas relacionadas con el fármaco: efectos secundarios, olvidos, periodos de cambios, comunicación con el psiquiatra
- 5) Manejo de estrés
- a. Identificar los factores de estrés claves para las crisis
  - b. Enseñarle a controlar los estresores ambientales con técnicas cognitivo conductuales
- 6) Atención a la familia
- a. Se enseña comunicación con el paciente durante la fase activa y la fase residual
  - b. Se enseñan formas de negociación y solución de problemas
  - c. Se enseña a controlar la ansiedad asociada a la convivencia
- 7) Se establece un programa de actividades sociales diseñado para favorecer las relaciones sociales de los pacientes
- a. Habilidades sociales
  - b. Planificación de actividades diarias
  - c. Conexión con actividades comunitarias
- 8) Técnicas de rehabilitación específicas
- a. Entrenamiento en autocuidados
  - b. Rehabilitación cognitiva
  - c. Manejo del entorno
- 9) Inserción social del paciente
- a. Búsqueda de empleo
  - b. Actividades fuera de su casa
  - c. Clubes sociales
  - d. Contacto con empresas

## 13. Guía para diseñar programas de “rehabilitación activa” para personas con trastornos mentales graves que viven en zonas rurales y con dificultad de acceso

### 13.1. ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Diseñar programas de rehabilitación activa en el medio debe contar con la creatividad de los servicios y desarrollarse de forma congruente con el contexto local. En términos de planificación hay que diseñar alguna estrategia que conduzca hacia los cambios deseados. A continuación se enumeran algunos aspectos prácticos para desarrollar los programas que fundamentalmente inciden en cómo escoger los perfiles y las prestaciones que se quieren desarrollar. Parte de estas ideas están tomadas del modelo de nueve pasos de Edwards y McGorry (2004) para el desarrollo de servicios comunitarios de intervención en psicosis.

- Definir los principios

Es conveniente elaborar un diseño escrito del programa que recoja los principios, metodologías y declaraciones efectuadas previamente.

- Fijar límites para la población destinataria

Debe hacerse alguna estimación de los trastornos mentales graves en la zona que se quiere abarcar. Por lo general no se dispondrá de un estudio epidemiológico que estime la cantidad, por lo que deberá hacerse sobre ratios recomendados para el territorio nacional o local. Resulta útil hacer una estimación aproximada de cantidades máximas y mínimas de pacientes a atender en base a las recomendaciones existentes, la prevalencia registrada en los servicios de salud mental y la capacidad que tiene cada centro para abarcar la atención en las zonas rurales y alejadas. Desde nuestra experiencia existe una gran discrepancia entre los índices de prevalencia estimados y reales. Así, por ejemplo, en Castilla-La Mancha en unas zonas rurales de algunas provincias encontramos una prevalencia tres veces mayor que en núcleos urbanos de la misma provincia. También nos hemos encontrado grandes diferencias de prevalencia entre provincias, respondiendo a factores más contextuales que propios del trastorno (red de servicios disponible, accesibilidad a tratamientos de rehabilitación psicosocial, protocolos de detección, adaptación socio-cultural al trastorno, etc.,...).

Cualquier centro o dispositivo de rehabilitación que desarrolle estos programas adaptados al medio rural necesitará determinar cuál va a ser su responsabilidad hacia las

personas con trastorno mental grave que presentan alto deterioro o alto riesgo de aislamiento por motivos de vivir en un contexto alejado y poco accesible.

- Trastornos

Hay que establecer los límites del trastorno mental grave. Esto puede incluir solo los trastornos psicóticos o también los afectivos y de personalidad.

Basándose en ratios de la OMS en personas adultas de 18 a 65 años, la prevalencia para los trastornos mentales graves oscila entre 1X1.000 y 3X1.000 de la población general, según escojamos sólo la esquizofrenia o ampliamos los cuadros diagnósticos. Esto quiere decir que para una población de 10.000 habitantes cabría esperar en torno a 30 a 35 pacientes graves. Sin embargo en contextos muy empobrecidos y con pocos recursos socio-sanitarios que se ocupen de la cronicidad de una manera integral estos índices podrían llegar al 6 ó 7 X 1.000 habitantes. También y debido al efecto acumulativo, el número de personas irá aumentando en torno al 1% – 5%, cada año.

- Evaluar las necesidades de la población diana

Es necesario clarificar las necesidades específicas del grupo de pacientes, desde un punto de vista cualitativo. Por ejemplo:

- Cuántos casos no están tratados por los servicios de salud mental del área.
- Quién se encarga de su seguimiento.
- Qué tipo de tratamiento reciben.
- Con qué frecuencia asiste a los tratamientos.
- Cómo son las vías de acceso para la remisión de las crisis.
- Que opinan los familiares y cuidadores.
- Qué intervención reciben sobre el trastorno mental grave y su manejo.

- Definir el alcance geográfico

Se debe decidir el área de actuación a cubrir. Si se escoge una región amplia se abarcará a más pacientes aunque con un seguimiento menos intensivo. Si se abarca un área más reducida, se pueden mantener menos pacientes pero con mayor frecuencia y contacto de seguimiento.

El tiempo que los usuarios permanecerán en contacto con los programas debe ser largo. Un periodo de 3 a 5 años es lo normal, aunque en principio la dedicación para un caso crónico podría ser indefinida.

- Programas a implantar

En función de las posibilidades de cada recurso es posible establecer varios niveles de desarrollo. Se podrían incluir actividades como: detección de casos, sensibilización en la comunidad, intervención con la familia, atención a domicilio, etc. Cuando los recursos son limitados hay que establecer el nivel de implicación que permita concretar e integrar los protocolos de tratamiento en la estructura general de la atención.

## 13.2. GUÍA PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS

A continuación se describe una propuesta de programa de atención activa en rehabilitación psicosocial (PRPA) que intentaría complementar las prestaciones de los centros de rehabilitación psicosocial que tienen que dar una atención a zonas rurales y con dificultad de acceso.

Esto cobra especial relevancia en las áreas sanitarias más rurales en las que los enfermos mentales más graves quedan fuera del sistema de atención, se encuentran en riesgo de cronificación, llegan a los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral con altos niveles de deterioro sin pasar antes por programas de seguimiento comunitario o sufren el ya conocido efecto de “puerta giratoria” como resultado de una escasez de apoyos comunitarios en rehabilitación psicosocial, así como de la situación de inaccesibilidad geográfica.

Los PRPA cubrirían las necesidades específicas de una población de enfermos mentales graves que presenta importantes dificultades para beneficiarse de la atención tradicional rehabilitadora así como de aquellos que necesitan un apoyo o soporte para mantenerse en la comunidad de forma integrada y normalizada. Serviría de complemento al trabajo de rehabilitación en el CRPSL: ofertando una mayor accesibilidad, continuidad de cuidados y seguimiento a los usuarios normalmente desatendidos (ausencia de transporte, lejanía geográfica, situación de aislamiento en la vivienda, inexistencia de soportes sociales facilitadores, etc.).

Se define como un programa integrado en centros de rehabilitación psicosocial u otros centros comunitarios que presten atención rehabilitadora, con el mismo personal del servicio compartido, o compuesto por profesionales específicos, indicando su definición, objetivos, actividades, personal, perfil de usuarios, derivación, sectorización, coordinación, estándares de implantación y propuestas.

### **A) Definición**

Se conciben como programas de rehabilitación de alto contenido comunitario con el objetivo general de favorecer el acceso especialmente para pacientes que no llegan a los servicios de rehabilitación o se desvinculan con facilidad y que viven en una zona rural. Se desarrollan los programas con el objetivo de adquirir competencias e independencia funcional.

### **B) Objetivos**

El objetivo general es proveer apoyos a pacientes que tienen dificultad de acceder a los servicios de rehabilitación psicosocial de las zonas rurales. Los PRPA están orientados a hacer accesibles e incluso atractivos los servicios de rehabilitación para pacientes con dificultad para buscar ayuda.

Los objetivos concretos son:

- Complementar las acciones de los centros de rehabilitación del área con acciones de apoyo social, estimulación comunitaria e intervención familiar en la comunidad.
- Evitar la desvinculación de la comunidad de pacientes crónicos del área y el alejamiento prolongado del contexto.
- Adaptar los servicios y los programas a las necesidades de los usuarios, especialmente en los contextos más rurales y alejados.
- Integrar a los usuarios en recursos sociales, potenciando el contacto con recursos comunitarios tanto normalizados como protegidos, en su comunidad de referencia.
- Potenciación de las funciones de cuidado del entorno habitual más cercano del paciente.
- Estimular el desarrollo de acciones de apoyo comunitario: ocio, soporte, vivienda, formación, etc.

### C) Población diana

1. *Criterios Psicopatológicos: gravedad.*
  - Psicosis, priorizando en la esquizofrenia.
  - Otros trastornos mentales graves como Trastornos de Personalidad graves y del estado de ánimo.
2. *Criterios Evolutivos: larga duración.*
  - Tiempo de evolución del trastorno mental de al menos 2 años.
  - Tiempo previsto de evolución del trastorno presente de al menos dos años.
3. *Criterios Asistenciales: complejidad de los tratamientos.*
  - Utilización de servicios sanitarios y sociales al mismo tiempo durante al menos dos años.
  - Tiempo previsto de utilización de recursos sanitarios y sociales al mismo tiempo de al menos 2 años.
  - Desvinculación frecuente del seguimiento de salud mental de referencia.
4. *Criterios Psicosociales: funcionamiento.*
  - Falta de autonomía sociolaboral.
5. *Criterios ambientales: entorno rural no facilitador.*
  - Vivir en entorno rural<sup>1</sup>, empobrecido y alejado, con dificultad de acceso.
  - Ausencia o escasez de red de apoyo social.
  - Familia como único o principal recurso de apoyo.

De forma más operativa se trataría de:

- Personas con perfil de acceso a Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

---

<sup>1</sup> Se entiende por entorno rural: 1) lejanía geográfica del recursos de rehabilitación de referencia en distancia o tiempo de desplazamiento; 2) ausencia de transporte para acudir o combinación inadecuada (complejidad de trasbordos u horarios incompatibles); 3) núcleo poblacional pequeño (menor de 5000 habitantes); 4) Zonas con escasez de recursos de apoyo comunitario (educativos, culturales, sociales, laborales,...).



- Usuarios con dificultad de acceso al centro de rehabilitación:
  - Viven alejados del centro de rehabilitación y se ven obligados a desplazarse desde lugares alejados.
  - Escasez de servicios de transporte.
- Situación ambiental y familiar deficitaria: padres muy mayores, ausencia de red familiar, ambiente empobrecido, etc.

Debe haber un acuerdo y compromiso de participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral acordadas entre los profesionales de referencia de la zona.

#### **D) Sectorización**

Del área asignada al centro de rehabilitación, en su zonificación de influencia, se escogerían las zonas que cumplieran los criterios de zona rural.

#### **E) Ratios estimadas**

Para estimar las necesidades de plazas, habrá que calcular un mínimo y un óptimo a cubrir en base a la capacidad de atención y a los recursos y profesionales disponibles.

#### **F) Recursos humanos**

Asignación de responsabilidades en mini-equipos con una estructura funcional:

- Responsable de los subprogramas PRPA con funciones de coordinación, estudio de perfiles y diseño de acciones sobre el caso.
- Actuantes: el equipo del centro asignado con funciones de intervención directa y puesta en marcha de indicaciones del plan diseñado. Conveniente asignar a 2 ó 3 profesionales específicamente.
- Otros técnicos de otros servicios o programas que se pueden integrar como parte del equipo de los PRPA en la ejecución de acciones de visita y acompañamiento.

#### **G) Vías de acceso**

- A propuesta de los servicios de salud mental.
- A propuesta de recursos hospitalarios (pacientes en riesgo de pérdida tras al alta)
- Reenganche de casos que han abandonado de los centros de rehabilitación psicosocial.
- Otras propuestas por otras vías que faciliten el contacto con usuarios desvinculados, en situación de cronicidad y alto deterioro (especialmente servicios sociales y centros de salud locales).

Para ello se debe habilitar un protocolo que establezca qué información debe aportarse por parte del derivante. También se pueden realizar, en coordinación con los servicios de salud mental rastreos periódicos.



## H) Actividades a desarrollar

- Evaluación funcional de déficit, capacidades y apoyos.
- Psicoeducación usuario y familia.
- Acompañamiento comunitario e intermediación.
- Entrenamiento en habilidades de desempeño personal y social.
- Integración comunitaria y apoyo a la inserción.
- Incremento de redes sociales.
- Orientar las actividades según las necesidades de cada usuario y su entorno.

Del programa de psicoeducación familiar se beneficiarían los familiares que viven con el paciente u otras personas clave cercanas a su ambiente. Las actividades con estos cuidadores serían individuales para fomentar actividades de apoyo, asesoramiento, afrontamiento de problemas y desarrollo de factores de protección, así como construir nuevos estilos de vida.

Las habilidades de desempeño psicosocial irían orientadas a la esfera de los hábitos personales de cuidados y del manejo del hogar.

La intervención comunitaria va desde el acompañamiento y búsqueda de apoyos comunitarios, hasta la conexión estrecha con los servicios comunitarios mediante contactos periódicos con todos los recursos utilizables por el usuario.

Tras la evaluación y el diseño del plan, el paciente sería asignado al sub-equipo de los PRPA que serían los profesionales de referencia para el paciente y la familia. El equipo, formado por un mínimo de dos/tres profesionales, debería estar supervisado por un especialista en rehabilitación y trabajar para proveer el tratamiento en el propio entorno del paciente mediante visitas entre una y dos veces en semana. Se trata por tanto de una intervención móvil para cada paciente y adaptable a las necesidades cambiantes del mismo.

## I) Estructura funcional

- Los programas serían parte de la programación asistencial del centro de rehabilitación.
- Todo el equipo podría estar implicado en los PRPA, dependiendo de la problemática planteada, pero habría 2 ó 3 profesionales encargados de coordinar y desarrollar las actividades.
- Habría un censo o registro de casos incluidos haciendo constar: n° de historia, fecha de derivación, fecha de inclusión en el subprograma, datos clínicos y socio-demográficos, y plan individualizado de rehabilitación.
- Protocolo de primeros contactos con el paciente y la familia, priorizando que la toma de contacto sea en el medio o en el domicilio.
- Todas las acciones con cada caso serán planificadas y conocidas por el equipo.
- Debe existir en el centro un calendario semanal con las actividades previstas para los PRPA.
- Los profesionales deberán conocer las actividades culturales, de ocio,... que se realicen en el contexto del usuario, con el objetivo de promover su participación.
- Colaboración con estructuras de apoyo a los pacientes: talleres, asociaciones, etc.
- Supervisión de los programas por un experto con experiencia en programas de rehabilitación psicosocial.

## **J) Coordinación**

Se establecerán las siguientes reuniones de coordinación:

- Reuniones de coordinación con recursos sanitarios, sociales y comunitarios.
- Reuniones de manejo de casos.
- Reuniones de organización y ajuste del programa.

Al menos debe existir una reunión semanal de casos en la que se valore el Plan Individual de Rehabilitación Psicosocial, las áreas de intervención, las personas responsables de esas intervenciones, el cambio en planes de tratamiento, etc.

## **K) Indicadores**

Se deben establecer de forma mensual, unos indicadores específicos, como por ejemplo:

- N° de usuarios atendidos
- N° de nuevos usuarios incluidos
- N° de actividades realizadas en el domicilio
- N° de actividades realizadas en el medio
- N° de altas y causa
- N° de bajas y causa
- N° Municipios beneficiarios
- N° de reuniones de coordinación externa
- Programas llevados a cabo y n° de beneficiarios
- N° de usuarios integrados en recursos sociales y laborales
- N° de usuarios que precisan reingreso hospitalario
- Satisfacción de los beneficiarios del programa
- Calidad de vida

## **L) Comentario**

El diseño inicial de los PRPA debe ser desarrollado por cada dispositivo, ya que tienen que asegurar una atención adaptada a su contexto.

Es necesario complementarse con posibles acciones de programas de atención a domicilio de las Unidades de salud mental y los servicios sociales que ya estén funcionando, tratando de complementarse en el caso de que existan en la zona o área.

## **13.3. REQUISITOS NECESARIOS PARA SU PUESTA EN MARCHA**

Dentro de este apartado se repasan los requisitos a tener en cuenta en el servicio antes de desarrollar los PRA y algunas pautas que resumen los aspectos necesarios para preparar la intervención.

Las enfermedades mentales graves son complejas y solamente terapeutas con una formación y experiencia adecuada pueden desarrollar la intervención en el medio del paciente y la familia. Hay síntomas que pueden avisar de una recaída (pródromos), síntomas persistentes (resistentes), pautas de medicación inadecuadas, interacción con variables familiares específicas (emoción expresada), mezcla entre efectos secundarios y sintomatología negativa, influencia a cambios estresantes y un buen número de factores que requieren de conocimientos suficientes para poder intervenir con esta población.

Se requiere una experiencia substancial sobre trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de personalidad, y si no es así, tener una supervisión frecuente por parte de un profesional que si la tenga. Además de las habilidades propias de cualquier terapeuta, el profesional que se desplaza al medio debería poseer una capacidad alta para trabajar con técnicas estructuradas y para trabajar con el mismo paciente durante periodos duraderos (de más de 2 años).

Se requiere también un conocimiento por parte del profesional de técnicas conductuales y cognitivas dirigidas a la adquisición y mantenimiento de habilidades como ensayo conductual, generalización, control de estímulos, técnicas de reforzamiento, técnicas de solución de problemas y ejercicios en vivo.

Llevar a cabo estas intervenciones desde un servicio comunitario exige configurarlo para proporcionar una respuesta adecuada, lo que supone la integración en su estructura de tres estrategias: 1) estructuración funcional del servicio: disponer de un sistema para ofrecer distintos formatos de rehabilitación psicosocial, 2) disponer de un perfil concreto que permita el reconocimiento del caso, 3) desarrollo de acuerdos de colaboración con otros servicios comunitarios, para facilitar el acceso y el acuerdo de intervención.

- Sugerencias para el coordinador/a o director/a del centro sobre cómo empezar

Algunas sugerencias que pueden dar una idea de cómo empezar pueden ser de ayuda para los dispositivos que se estén planteando esta forma de intervenir en el medio.

- Antes de empezar a aplicar la intervención activa:
  - Escoger a los profesionales encargados.
  - Leer esta guía de intervención en contextos rurales.
  - Familiarizarse con la estructura y las áreas de intervención que sirven para establecer la intervención en el medio.
  - Reunir las fichas, programas y elementos necesarios para la intervención.
  - Reunirse con el equipo escogido, y los materiales necesarios para discutir la intervención.
  - Destinar de 15 a 20 horas para preparar los procedimientos y diseñar la estructura en el dispositivo.
- Seleccionar a los pacientes a los que se va a dirigir la intervención activa.

- Remitirse al apartado de “población diana” del esquema de los PRPA propuesto en el anterior apartado. Establecer prioridades:
  - Trastornos psicóticos.
  - Inaccessibilidad.
  - Situación de aislamiento.
  - Contar con la aprobación de la familia para acceder al domicilio.
  - Bajos niveles de autonomía personal y social.
  
- Hacer un listado de beneficiarios, revisar la información que se posee de ellos y hacer una evaluación.
  
- Identificar para cada paciente los objetivos que se quieren obtener con la intervención activa.
  
- Consejos para el primer contacto con el paciente y la familia para ofrecerle la atención activa en rehabilitación psicosocial.
  - Presentar los objetivos de los PRPA.
  - Pedir al paciente que incluya objetivos propios.
  - Pedir a la familia que incluya objetivos propios.
  - Anticipar los beneficios de las intervenciones.
  - Preguntar por posibles obstáculos para diseñar la intervención y hacer las visitas con la regularidad establecida.
  - Plantear posibles soluciones a esos obstáculos.
  - Establecer la regularidad de las visitas.
  - Hacer un plan de sesiones con fechas prefijadas para las visitas del primer mes.
  
- Tener en cuenta algunos de los factores que predicen el éxito de la intervención. (Remitirse a los apartados de la primera parte).
  - Alta frecuencia de contacto al inicio.
  - Proporción de casos ajustada al número de profesionales.
  - Tener claro que el perfil del caso se ajusta a las intervenciones programadas.
  - Contar con apoyo para crisis y emergencias.

- *Dudas que puede plantear el equipo antes de diseñar la intervención*

A continuación hay una lista breve de algunas preguntas que puede hacer el equipo sobre la intervención activa.

- *¿Posibilidad de incorporar pacientes nuevos una vez seleccionados los primeros candidatos?*
  - Es posible siempre que la ratio no exceda 1:15 pacientes por profesional.
  
- *¿Cuántas visitas se deben hacer al domicilio o al medio?*
  - Se debe pactar con el paciente y la familia. Mientras más frecuentes sean, mejor.
  - Después de ir consiguiendo objetivos se pueden ir distanciando

- Visitas de menos de 1/ semana no es conveniente.
- *¿Y si existen pacientes que se niegan a la presencia del profesional en el domicilio?*
  - Implicar a la familia en el proceso de intervención como agente terapéutico indirecto, usándolos para registrar conductas o animar al paciente. Se puede diseñar una intervención familiar y sobre la red social esperando algunos efectos positivos indirectos en el paciente.
- *¿Duración del tiempo de la intervención?*
  - Sin límite prefijado. Se prevén intervenciones de al menos dos años. Pero depende de muchas variables: deterioro cognitivo, apoyo familiar, motivación y grado de deterioro.
- *¿Cuántos pacientes debe tener cada profesional asignado?*
  - Entre 1 y 15 es lo más recomendable.
- *¿Posibilidad de hacer pequeños grupos en el domicilio de un mismo paciente?*
  - Es posible juntar a 2 ó 3 pacientes en un mismo domicilio. Se necesita la colaboración inequívoca de la familia para hacer esto. Pequeños grupos optimizarán los recursos, incrementarán la motivación y la cohesión social.

Antes de comenzar con los PRPA, todos los ítems del cuadro 13.1 deben ser comprobados para asegurar el éxito de las intervenciones.

Cuadro 13.1. Guía resumen de comprobación para la puesta en marcha de los PRPA.

• **¿Son los pacientes los adecuados para recibir los PRPA?**

- Psicosis.
- Inaccesibilidad.
- Deterioro.
- Aislamiento.

• **¿Se dispone de personal cualificado?**

- Con experiencia en enfermos mentales crónicos.
- Habilidades interpersonales.
- Habilidades de estructuración y planificación.

• **¿La familia se va a involucrar en la intervención de forma activa?**

- Para servir como agente intermedio y aliado.
- Para supervisar al paciente entre las sesiones.

• **¿Hay tiempo para entrenar al equipo escogido y disponer de él?**

- Leer el libro de intervención en rehabilitación psicosocial para TMG en contextos rurales.
- Reunirse varios días para discutir la intervención.
- 1 ó 2 profesionales hacen visitas a domicilio al menos 1 ó 2 veces por semana durante un largo periodo de tiempo (2 años como mínimo).
- Tiempo para supervisar al equipo.

• **¿Hay apoyo administrativo?**

- Proporcionar material necesario.
- Buscar recursos necesarios.

• **¿Hay los recursos necesarios?**

- Dinero para dietas y desplazamientos.
- Teléfonos móviles.
- Agendas y cuadernos.
- Una sala para las reuniones del equipo y guardar el material y los programas.





PARTE  
Tercera

*Modelo de vulnerabilidad,  
proceso de atención y  
estructura de los programas  
de rehabilitación activa.*

## 14. Introducción a la tercera parte

Aunque conseguir la recuperación completa es un objetivo costoso a corto plazo, las metas terapéuticas en el paciente grave ir encaminadas a la recuperación funcional del sujeto. Un aspecto importante es el modelo de vulnerabilidad al que se hará mención específica no como hipótesis etiológica sino como marco de la intervención para orientar los programas.

En esta tercera parte se describirá la estructura general de los programas de rehabilitación activa, haciendo énfasis en cómo organizar una estructura de programas de rehabilitación psicosocial yendo de un esquema “tradicional” de organización de servicios a otro que contemple la adaptación de los programas al contexto rural.

También se tratará de un modo práctico el proceso de la intervención en el medio del paciente, describiendo el proceso de atención desde el primer contacto y la selección de las áreas a intervenir.

## 15. Modelo de vulnerabilidad al estrés como guía de la intervención

El modelo de vulnerabilidad guía las intervenciones en Rehabilitación Psicosocial (ver figura 15.1). Este modelo plantea que el curso y la severidad del trastorno está determinado por tres factores: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento. Se piensa que la vulnerabilidad esta causada por influencias genéticas-biológicas y ambientales tempranas (p.e.: daños cerebrales del recién nacido, rasgos de personalidad, antecedentes familiares, pobreza temprana en la competencia social, etc.) Es necesaria esta vulnerabilidad entendida como una anomalía para desarrollar el trastorno.

El estrés serían los acontecimientos que requieren una adaptación del individuo para reducir los efectos negativos de esos acontecimientos. Estresores pueden ser acontecimientos vitales (enfermedades, fallecimientos, o crisis vitales normales) y/o la exposición continuada a estresores crónicos mantenidos (clima familiar de crítica, ambiente social de sobreprotección, etc.). Cuanto mayor es la cantidad de estrés y la duración a la que se está expuesto más interacciona con la vulnerabilidad y se disparan los síntomas del trastorno (síntomas positivos y negativos y funcionamiento social deteriorado).

También se sabe que las habilidades de afrontamiento influyen en el curso del tras-



torno como factores mediadores. Sería la capacidad para reducir los efectos del estrés sobre la vulnerabilidad (p.e.: habilidades sociales para afrontar la soledad o la pérdida, procesamiento adecuado de una situación que requiere de una solución o manejo de la activación fisiológica que provoca un acontecimiento inesperado). De esta forma, unas buenas habilidades de afrontamiento median los efectos negativos del estrés.

Las implicaciones del modelo para el tratamiento de cuadros como la esquizofrenia es clave, ya que el desarrollo de los síntomas y los déficit para dos personas con la misma vulnerabilidad y mismo evento estresante puede estar en función de una medicación adecuada y unas conductas de afrontamiento adecuadas. Así, por ejemplo, los programas de rehabilitación psicosocial fomentan las habilidades para la adherencia a la medicación, prevenir el consumo de drogas o reducir el estrés familiar, lo que disminuirá las recaídas y mejorará el funcionamiento.

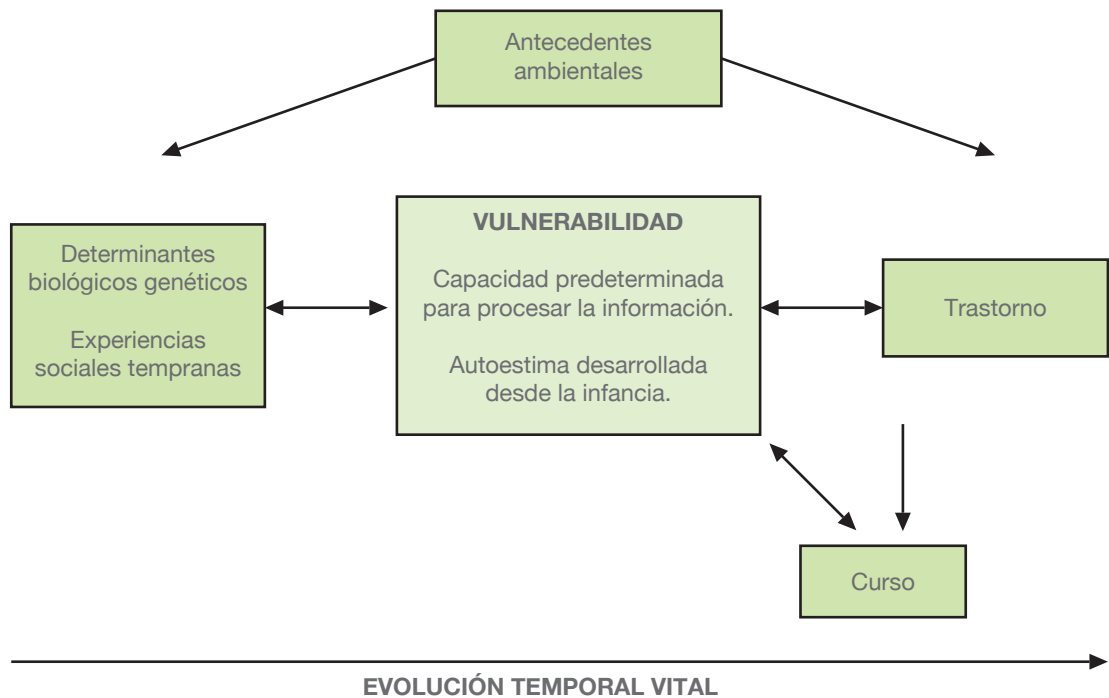
Un elemento importantísimo de este modelo ha sido el enfoque que supone para las enfermedades mentales crónicas. Este enfoque ha llevado a un cambio en la actitud del profesional que atiende al paciente y sus expectativas de resultados esperados.

Figura 15.1. Modelo de vulnerabilidad al estrés en los trastornos mentales graves.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medioambientales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta Emoción Expresada familiar.</li> <li>- Aislamiento familiar.</li> <li>- Acontecimientos estresantes vitales.</li> </ul> </li> <li>• <b>Personales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de tóxicos.</li> <li>- Abandono de la medicación.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medioambientales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja Emoción Expresada familiar.</li> <li>- Apoyo Social a la familia.</li> <li>- Incremento de la capacidad de autoprotección contra el estrés.</li> </ul> </li> <li>• <b>Personales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de autocontrol.</li> <li>- Conciencia de enfermedad.</li> </ul> </li> </ul>
FACTORES MEDIADORES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medioambientales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de soporte comunitario.</li> </ul> </li> <li>• <b>Personales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de habilidades de afrontamiento personal y social.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medioambientales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento de la red de apoyo</li> </ul> </li> <li>• <b>Personales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento de habilidades sociales</li> <li>- Incremento de capacidad de autocuidados</li> </ul> </li> </ul>

Algunos enfoques del modelo más innovadores van más allá de la mera intervención en variables mediadoras de la vulnerabilidad, tratando de establecer el objetivo de la intervención en reducir la vulnerabilidad en sí misma (Perris, 1998). En este caso se considera que lo patológico no es la vulnerabilidad como algo estático o predefinido, sino la interacción entre la vulnerabilidad, el ambiente y las habilidades, que hacen que la vulnerabilidad cambie continuamente a lo largo del curso vital de la persona (ver figura 15.2.).

Figura 15.2. Modelo interactivo de vulnerabilidad.  
(Adaptado de Perris, 2004).



Lo que ha quedado claro después de 30 años de investigación y tratamiento de las enfermedades mentales crónicas es que las habilidades de afrontamiento, el tipo de apoyo social y la cantidad y tipo de recursos profesionales disponibles determina el curso y la recuperación. Este es el punto de partida de todo el armazón de la rehabilitación psicosocial.

## 16. Evaluación y diseño del Plan Individual de Rehabilitación (PIR)

Como se ha descrito en la segunda parte de esta guía en la metodología general, la evaluación es la primera fase del proceso de rehabilitación. Es una pieza clave porque guía la intervención, a partir de ella se organiza el PIR, se proponen los objetivos y se diseñan las intervenciones.

Aunque no se explica aquí el proceso de evaluación, ya que el principal objetivo es describir las intervenciones, se hará una breve mención de cuestiones básicas a tener en cuenta, que es inevitable mencionar en cualquier proceso de rehabilitación psicosocial.

La evaluación en rehabilitación es una “evaluación funcional”, o sea, del funcionamiento del usuario en sus distintas áreas vitales. La diferencia con la “evaluación clínica” es que ésta se centra en los síntomas, la patología y las causas, mientras que la evaluación funcional se centra en las habilidades, recursos y está orientada al presente y no a las causas

En el cuadro siguiente se muestran las características de la evaluación funcional en rehabilitación psicosocial.

*Cuadro 16.1. Características de la evaluación en rehabilitación.*

- Funcional y conductual acerca de las habilidades en el funcionamiento personal, social y laboral.
- Participan varios miembros del equipo.
- Se evalúa a la familia, el paciente y el entorno.
- Se evalúan los déficit y las competencias.
- El modelo de vulnerabilidad al estrés guía la evaluación: demandas/estresores – presencia o ausencia de habilidades de afrontamiento.
- Se profundiza en las áreas en que hay déficit mediante análisis funcionales.
- Hay que tener en cuenta las expectativas y demandas del paciente y de la familia.
- La evaluación es continuada y se revisa periódicamente.

Debido a que las personas con enfermedad mental crónica tienen afectadas múltiples áreas de funcionamiento al mismo tiempo, la evaluación se complica ya que implica un análisis de diferentes niveles. Para simplificar el proceso se suele organizar la evaluación dividiéndola en áreas vitales, que son áreas de funcionamiento ajustadas a los ámbitos de desempeño personal y social. Siguiendo a Fernández Blanco et al. (2002) una posible organización sería:

- Área de autonomía económica.
- Formación, capacitación e inserción laboral.
- Área social y de ocupación del tiempo libre.
- Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.
- Área de autonomía doméstica: mantenimiento de la casa.
- Área de autonomía en el entorno comunitario: desenvolvimiento en el medio.
- Área de salud: incluye evaluación clínica, prevención de recaídas, hábitos de salud, uso de drogas y aseo personal.

Normalmente la evaluación implica el desarrollo de protocolos que incluyen diferentes instrumentos como entrevistas más o menos estructuradas, registros de observación, escalas y cuestionarios. En el siguiente cuadro se relaciona cada área con el tipo de instrumento a utilizar.

Cuadro 16.2. Áreas e instrumentos de evaluación.

AREA	INSTRUMENTOS*
AVD	Entrevistas estructuradas Registros de observación conductual
ASPECTOS CLINICOS	Entrevistas de síntomas de la enfermedad mental Escala de síntomas psicóticos y afectivos
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	Cuestionarios Entrevistas Observación
AUTONOMIA SOCIAL	Entrevistas semiestructuradas Escala de intereses Registros de recursos utilizados
FAMILIA	Entrevistas estructuradas Escala de clima familiar Observación en el domicilio Cuestionarios de carga y emoción expresada
DESEMPEÑO LABORAL	Entrevistas estructuradas Cuestionarios de actitudes y habilidades Escala de motivación y expectativas
DESEMPEÑO PSICOSOCIAL GLOBAL	Escala de funcionamiento psicosocial global

\* Se han diseñado múltiples instrumentos para cada área, con adaptaciones locales según el contexto donde se vayan a aplicar. La tabla anterior es a nivel orientativo, debiendo definir para cada recurso el tipo de instrumento más adecuado.

A continuación y en forma de guión-procedimiento se describe el proceso de evaluación y diseño del PIR.

- Procedimiento de evaluación y diseño del Plan individualizado de rehabilitación psicosocial (PIR).
- ACCIONES

Cada miembro del equipo evalúa un área asignada, mediante distintos cuestionarios, escalas y entrevistas. Luego se lleva a cabo una junta de evaluación cuando se haya terminado la recogida de información. En ella cada profesional expone la información recogida y hace una propuesta de intervención en un área concreta. El psicólogo o supervisor integra la evaluación de todos los profesionales y se construye el PIR. Se realiza una devolución del plan al paciente y a la familia. Finalmente se deja por escrito el PIR.

- DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se realiza atendiendo a la información aportada por el servicio derivante, entrevistas con el usuario y la familia y, la observación en el medio. Toda esta información se pone en común en una junta de evaluación.

El proceso de evaluación tiene un tiempo aproximado entre 3 y 4 semanas.

Habría que delimitar las áreas a evaluar para cada profesional.

En el PIR se integra toda la información recogida proponiendo la metodología y las acciones a seguir, estableciendo prioridades, secuenciando intervenciones y asignando responsabilidades de intervención a cada miembro del equipo.

La devolución será preferentemente en el domicilio y dará información relativa al diseño de su intervención, consensuando el plan de acción.

El último paso es dejar por escrito el PIR, herramienta básica que guiará todo el proceso del caso. Los objetivos se derivan directamente de la información recogida en cada área de evaluación por cada profesional, estando integradas y secuenciadas claramente por áreas de funcionamiento. La propuesta escrita final será global, funcional e integradora, sirviendo la propuesta de cada profesional para reflejar en más detalle las necesidades específicas en un área concreta.

Se entregará una copia del PIR al servicio derivante y una copia en su historia.

#### - DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA PARA DISEÑAR UN PIR

- Protocolo de derivación
- Protocolo de evaluación funcional de cada profesional
- Modelo de PIR
- Escalas de valoración del desempeño psicosocial (deterioro)

En cuanto a la metodología de evaluación para casos alejados se haría en el domicilio y en el entorno principalmente. Sería el tutor asignado al usuario quién facilitara los contactos y preparara las entrevistas (más adelante se explica en detalle el papel del tutor profesional).

## 17. Proceso de atención

### **17.1. ITINERARIO DE ATENCIÓN CON LOS USUARIOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN ACTIVA EN LA COMUNIDAD. UNA PROPUESTA**

Los programas de rehabilitación psicosocial activa (PRPA) pretenden ofertar a personas con un trastorno mental grave una oportunidad rehabilitadora en la que los usuarios tengan la posibilidad de recibir intervenciones para mejorar o adquirir habilidades para la autonomía y la convivencia social, ya sea para vivir de forma independiente, con su

familia o en un espacio compartido. Estos objetivos se van a conseguir mediante programas específicos que aportan una relación entre el profesional y los usuarios en su propio entorno, que les permita generar comportamientos más normalizados y eliminar o disminuir las conductas que generan deterioro y conflictos.

Así, a través de intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras, educativas y sociales en su propio entorno se busca mejorar el funcionamiento personal y social:

- en su domicilio
- en la comunidad
- en la red asistencial
- en la red social

Todas las intervenciones de rehabilitación se ven complementadas con el apoyo social y el refuerzo de valores como el apoyo y la compañía para los que viven más aislados, y la búsqueda de apoyos básicos para vivir de forma digna, que son la base para conseguir una convivencia social mínima.

Aunque en esta tercera parte se va a ofrecer una guía de servicios que los PRPA ofrecen y del proceso de atención a seguir con un caso, se debe reflexionar previamente en cada centro o servicio para elaborar el procedimiento que mejor se adapte en cada contexto de intervención.

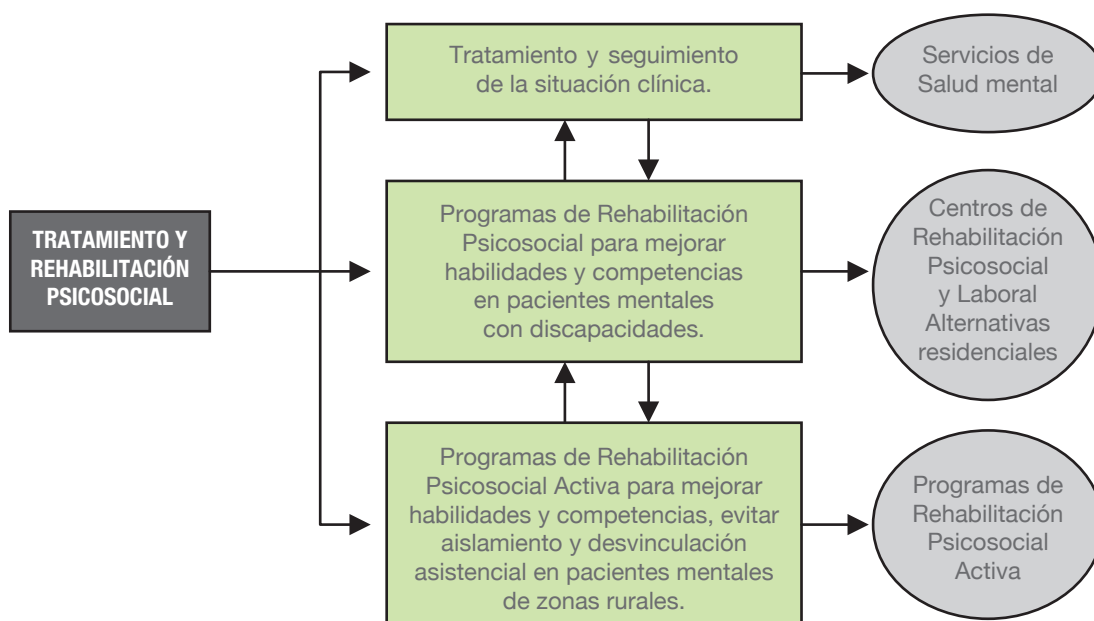
Los PRPA deben constituir una oferta que complemente a acciones tradicionales y que conlleven intervenciones más específicas para aquellos pacientes más discapacitados y alejados en contextos rurales poco accesibles, además de contemplar la facilitación de soportes sociales que posibiliten un mayor contacto social. Para garantizar estas acciones se consideran los PRPA como subprogramas que complementan las vías tradicionales de intervención en rehabilitación psicosocial, incorporando elementos como: atención en el domicilio, entrenamientos en vivo, intervención comunitaria y trabajo “asertivo”.

Es conveniente que los PRPA estén integrados en un dispositivo o centro especializado en la rehabilitación psicosocial, situado en un tercer nivel asistencial y en estrecha coordinación con el resto de servicios de salud mental de la zona. Así, el vértice coordinador de los programas de rehabilitación psicosocial y laboral podría ser el centro de rehabilitación, como unidad especializada en la globalidad de prestaciones rehabilitadoras. A su vez, el centro de rehabilitación debe formar parte de los dispositivos de salud mental o servicios sociales, concebido como una unidad orientada a pacientes mentales graves y crónicos del sistema socio-sanitario de atención.

La oferta de una atención especializada para pacientes en contextos rurales debe integrar: programas de tratamiento y seguimiento, programas individuales de rehabilitación psicosocial y laboral y programas de apoyo y soporte social. Además de los objetivos comunes a los programas de rehabilitación (adherencia al tratamiento, hábitos de vida, autonomía, habilidades sociales, etc,...), debe contemplar intervenciones específicas ofreciendo objetivos orientados a la situación rural (captación, implicación de la familia, trabajo con la comunidad, etc,...). De esta forma la oferta asistencial quedaría como sigue:

- Programas de tratamiento y seguimiento de personas con trastorno mental grave.
- Programas individualizados de rehabilitación psicosocial y laboral.
- Programas individualizados de rehabilitación psicosocial activa para pacientes que viven en contextos rurales (PRPA).

Figura 17.1. Ejemplo de una oferta asistencial especializada y completa para las personas con un trastorno mental grave en un área comunitaria.



Dentro de este modelo el paciente accedería a los PRPA a través de un Centro o Dispositivo de Rehabilitación Psicosocial. El equipo siempre que lo considerara necesario lo derivaría a los PRPA donde se iniciaría un abordaje de rehabilitación en el propio entorno a través del desplazamiento de los profesionales. Los PRPA estarían formados por personal del propio centro de rehabilitación. El caso sería asignado a un profesional y un sistema de tutoría garantizaría el seguimiento individualizado de los usuarios en la comunidad.

La organización general del itinerario de atención con el usuario se estructuraría de acuerdo a las siguientes fases:

1. Derivación
2. Primer contacto
3. Evaluación
4. Diseño de Plan Individual de Rehabilitación
5. Intervención
6. Seguimiento

La derivación se realizaría desde los servicios de salud mental con el envío de un protocolo de derivación al centro de rehabilitación donde se sitúen los PRPA. Sin embargo y debido a la situación de muchos pacientes en los contextos rurales y alejados, se podrían flexibilizar estos mecanismos mediante procesos de captación o acceso por otras vías que permitan evitar cualquier obstáculo para que el paciente llegue.



El primer contacto debe basarse en un protocolo fijado anteriormente y de manera progresiva a través de la persona de referencia asignada para el seguimiento del caso. Es conveniente que previo a este primer contacto o lo antes posible se discuta con la unidad de salud mental de referencia para el paciente las vías de trabajo coordinado así como con los servicios sociales. Si el caso es finalmente aceptado, se abriría la historia y se planificarían los siguientes pasos para iniciar la evaluación.

Si existen resistencias en el primer contacto se debe elaborar el diseño del trabajo previo a realizar, para favorecer la motivación al cambio (mirar capítulo 11).

Es conveniente en la primera cita establecer con el paciente y la familia, de mutuo acuerdo un plan de visitas, especificando fechas, lugar y horas. También informar de las características de la intervención y del papel del profesional, aclarando expectativas desde el inicio. En caso de ser necesario se puede establecer una agenda de citas o visitas específicas para la familia.

La evaluación debe permitir el diseño del Plan individual (PIR), aunque desde el primer momento se debería asignar al paciente a un plan provisional de rehabilitación basado en sus demandas o prioridades. El proceso de evaluación inicial puede durar entre 6 y 10 horas aproximadamente. Este estudio serviría para formular objetivos y la elaboración de un plan individual de rehabilitación. La evaluación comprende: entrevista de primer contacto, entrevistas al usuario y la familia, dando una consideración especial al grupo familiar.

Las áreas principales a recoger información son:

- Autonomía personal.
- Integración social.
- Habilidades sociales y de autocontrol.
- Tratamiento.
- Familia.

El diseño del PIR debe contemplar tres tipos de objetivos:

- Objetivo urgente: línea prioritaria, necesidad urgente del usuario o demanda principal en ese momento.
- Objetivos a largo plazo: el resultado final esperado con la intervención.
- Objetivos a corto plazo: el núcleo principal del trabajo a incidir en la rehabilitación.

Se debe dar cuenta del plan al usuario y familia, consensuando las actividades, intervenciones y calendario de trabajo del PIR.

Para la consecución de los objetivos se hace necesaria una metodología estructurada con una secuencia de tiempo clara y prefijada de ante-mano. La valoración continua y periódica debe recoger los efectos del plan en la persona y planificar nuevas estrategias. Evaluación e intervención son fenómenos que están entrelazados en todo el proceso.

La metodología de intervención general es a través de distintos programas. Los pro-



gramas de rehabilitación activa tendrán estrecha relación con la adaptación al entorno: disminuir las discapacidades en relación al contexto. Debido a la situación de este tipo de pacientes al que se pretende llegar (alejado de los recursos) la intervención será fundamentalmente individual. Sin embargo si fuera posible se debería incluir al usuario en alguna actividad grupal de cara a facilitar la resocialización a través de mecanismos como: modelado, incremento de la red natural, aumento de la comunicación, vinculación afectiva y expresividad emocional.

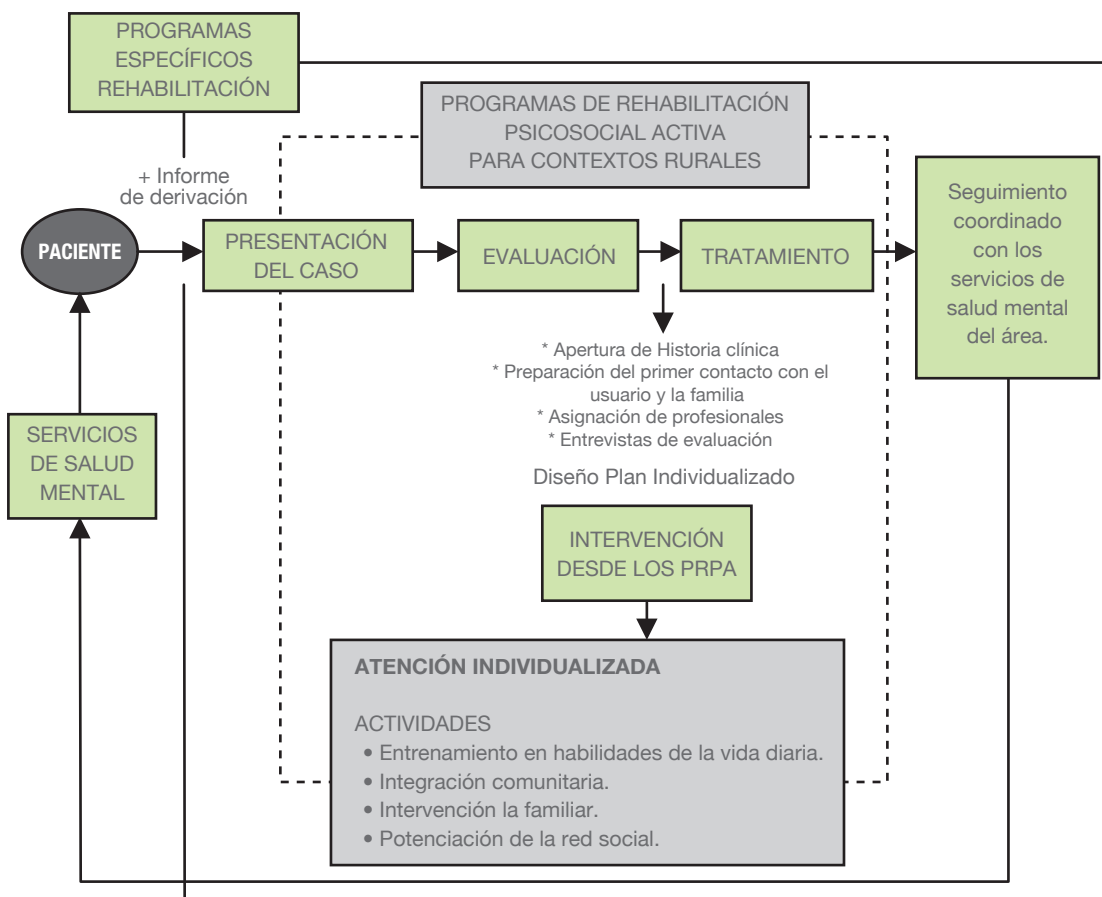
Los programas básicos que vertebran los PRPA no se extienden a todas las posibilidades de trabajo, se debe destacar la elección consciente del trabajo en base a unas áreas principales:

- Programa de AVD
- Programa de uso de recursos comunitarios
- Programa para incrementar redes sociales naturales
- Programa de intervención familiar

Estas 4 áreas pueden estar estructuradas en módulos con objetivos diferenciados. También pueden dividirse en fases y niveles de intensidad, de cara a asegurar el mayor ajuste posible a cada usuario concreto.

La figura 17.2 representa de manera esquemática el itinerario general que se acaba de describir.

Figura 17.2. Itinerario de atención de los usuarios.



## 17.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN ACTIVA

Siendo conscientes de que se parte de una notable variabilidad entre las zonas rurales se puede describir un proceso de atención que permita perfilar los aspectos básicos del tipo de atención. Esto cobra especial relevancia en las zonas rurales, en las que las enfermedades mentales más graves suelen llegar a la atención especializada a través de la consulta psiquiátrica individual o de las intervenciones de emergencias sanitarias, sin conocer otros procedimientos de atención como los programas de rehabilitación y seguimiento comunitario. Toda la organización de la atención gira en torno a unos ejes básicos como son:

- La intervención se guía por un plan individual de rehabilitación orientado a favorecer la recuperación de la autonomía personal y el acceso al entorno social-laboral.
- El plan individual está integrado en un plan integral de tratamiento y rehabilitación en coordinación con los servicios de salud mental de referencia del caso.
- La intervención se lleva a cabo en el contexto real de la vida cotidiana del paciente.
- Con los casos que no tengan motivación suficiente para empezar la intervención se hace un plan específico motivacional de atención y seguimiento como primer escalón de intervención.

### 17.2.1. ACCESO

Ya se ha mencionado el tipo de usuario a incluir en los programas de rehabilitación activa, que corresponde con las características del trastorno mental grave y crónico. A estas características le hemos unido: dificultad de vinculación a programas de rehabilitación psicosocial existentes en el área, situación de lejanía o inaccesibilidad, situación de aislamiento y escaso apoyo socio-sanitario, escasa densidad poblacional caracterizada por una zona rural.

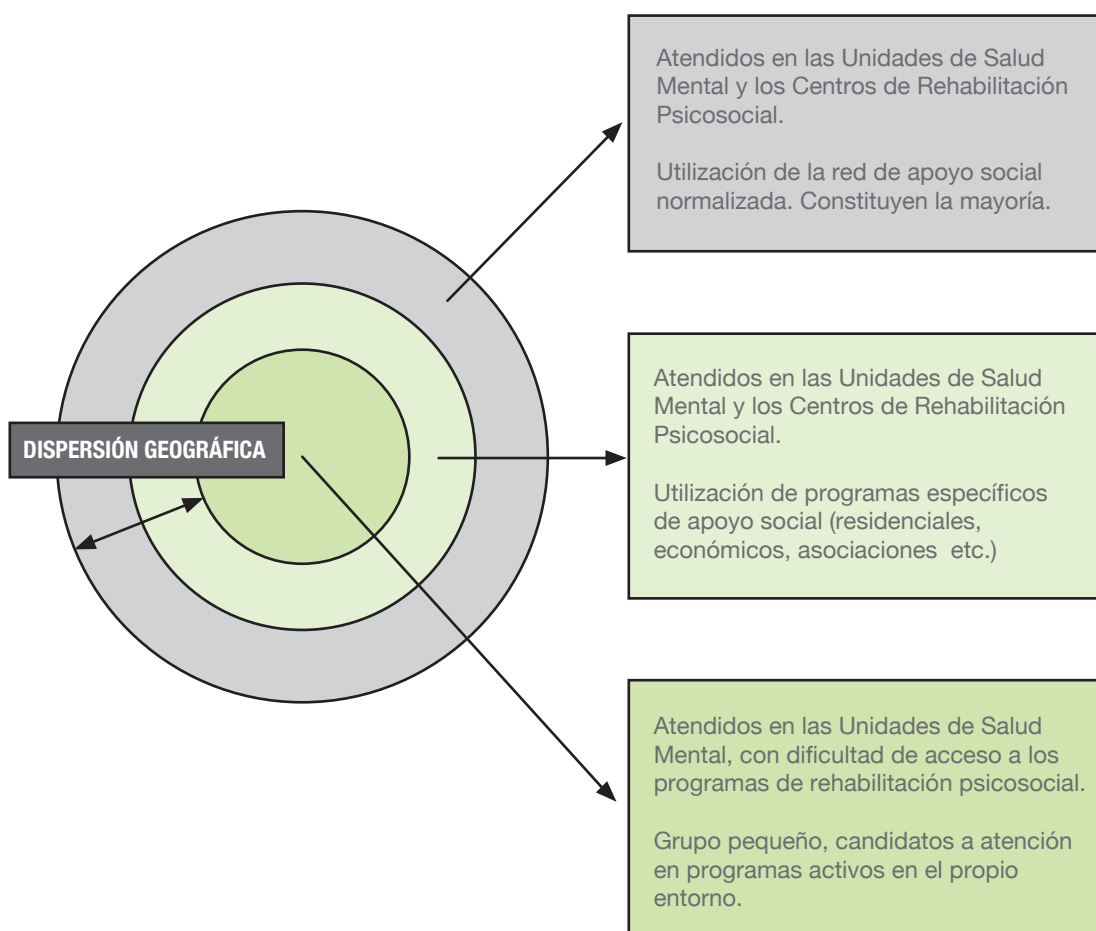
En cada servicio que se decida a desarrollar este tipo de programas se debe decidir cuáles van a ser las puertas de entrada y por tanto se debe generar un consenso en la identificación del usuario "tipo". Algunos criterios operativos para establecer esta decisión pueden ser una combinación de los siguientes parámetros:

- Criterios clínicos:
  - Presencia de sintomatología psicótica o afectiva grave
  - Predominancia de los síntomas negativos psicóticos
  - Comorbilidad
- Criterios sociales:
  - Soporte familiar inexistente o muy escaso
  - Familia muy desgastada por la convivencia
  - Conductas de aislamiento social del entorno durante un periodo prolongado
- Criterios asistenciales:
  - Que no esté en seguimiento por ningún dispositivo de la red socio-sanitaria

- Que exista una necesidad, consensuada en los servicios, de programas de rehabilitación prolongados en el tiempo, en los que se asegure la vinculación asistencial y una supervisión continuada de las conductas de autocuidado.

De una manera gráfica se puede representar a la población a atender a modo de capas concéntricas (ver figura 17.3).

Figura 17.3. Población a atender.



Estamos hablando de pacientes con graves dificultades en los que las formas habituales de intervención no funcionan, y para los que se propone una nueva forma de intervención. Así, para acceder a los programas de rehabilitación se podrían establecer varias formas de llegar a cada usuario:

- Derivación por los equipos de salud mental (pacientes localizados y diagnosticados).
- Derivación por los equipos específicos de rehabilitación (localizados y con dificultades de acceso).
- Localización por equipos de atención primaria del nivel sanitario y social de la zona (desenganchados o nunca vinculados a recursos específicos de salud mental).

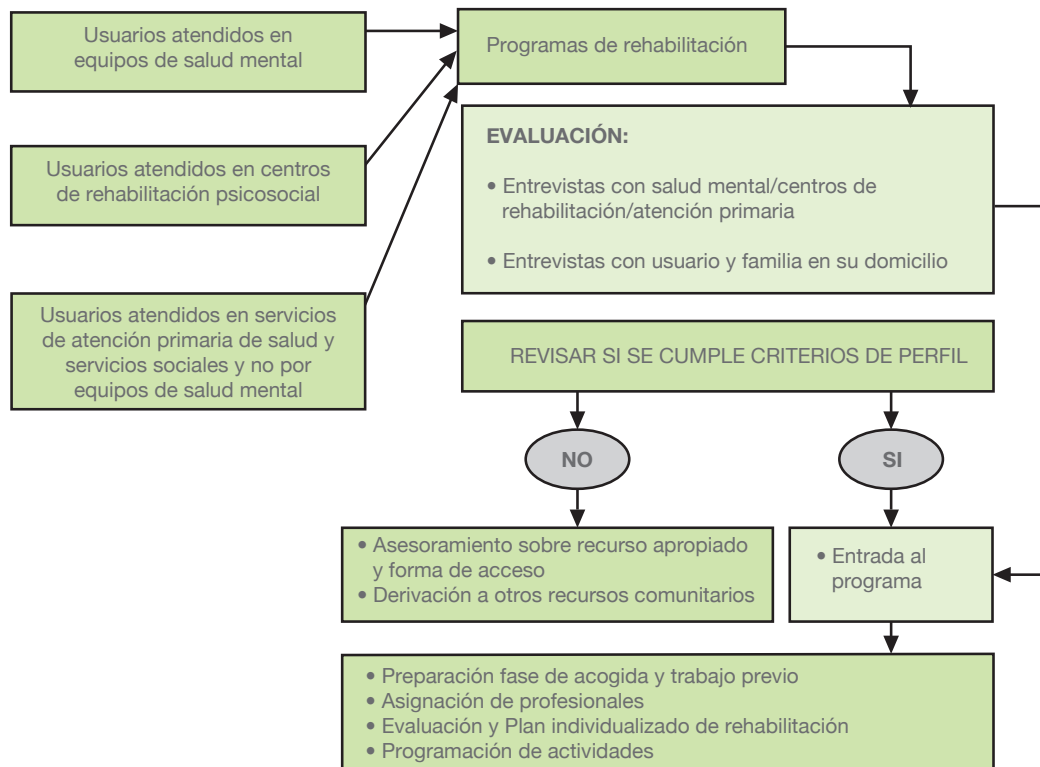
También se pueden establecer protocolos de acceso consensuados entre los recursos que permitan la identificación para casos nuevos (conocidos o no):

1. Para casos nuevos (no conocidos).
  - a) Se habilitaría un protocolo de derivación.
  - b) Se pueden hacer rastreos periódicos de usuarios susceptibles (por ejemplo cada 3 meses).
  - c) Se evalúan las necesidades y se diseña un PIR.
  
2. Para casos conocidos.
  - a) Presentación del Caso por un profesional de referencia que lo conozca.
  - b) Propuesta inicial de objetivos y necesidades, en base a información ya existente del caso.
  - c) Coordinación estrecha para los primeros contactos.

### 17.2.2. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE USUARIOS A LOS PRPA

El proceso de derivación tiene una especial importancia no solo como procedimiento de priorización de casos, sino porque puede ser en sí misma la primera fase de una intervención adecuada. En la figura siguiente se ilustra este procedimiento con un esquema.

Figura 17.4. Procedimiento de derivación en la fase inicial.



Como ya se ha dicho en el apartado anterior de acceso se deben establecer los requisitos básicos para garantizar la decisión de incluir a un paciente en los programas de rehabilitación específicos. Así es conveniente solicitar:

- Solicitud del equipo derivante.
- Indicación del tipo de actividad o programa que se considera necesario.
- Informe clínico actualizado.
- Informe social actualizado.

Cuando se reciba esta información es conveniente activar un procedimiento administrativo que contemple:

- Registro de entrada.
- Desde que se recibe la solicitud hasta el primer contacto telefónico con el derivante no debería transcurrir mucho tiempo (p.ej. 48 horas).
- Fijar una fecha para realizar 2 entrevistas: 1 con el paciente y 1 con la familia.
- Toda solicitud que llegue se puede archivar con un código especial provisional hasta que se confirme la entrada.
- Cuando se incorpore definitivamente se abre historia clínica con la numeración que corresponda.

### 17.2.3. ACOGIDA Y PRIMER CONTACTO

Antes de comenzar con esta fase conviene hacer algunas aclaraciones previas. En los siguientes procesos o procedimientos del itinerario de atención con el usuario se va a seguir la misma estructura, que se define en base a dos niveles:

- a) Actividades. Se describirán las acciones a desarrollar durante la fase de atención correspondiente. Dando algunas respuestas a ¿qué hay que hacer?
- b) Proceso. Se dan instrucciones que describen la forma de proceder de los profesionales con el usuario durante el desarrollo de la fase correspondiente. Dando respuestas a ¿cómo hay que hacerlo?

Las fases de la atención directa van desde el primer contacto que se tiene con el usuario y/o la familia hasta el seguimiento tras la intervención. El objetivo de estas fases es ayudar al paciente a lograr la vinculación con el tratamiento, estimular sus habilidades y mejorar su adaptación social. Definida de esta forma la atención con cada caso exige que los programas de rehabilitación activa contengan una serie de actividades para estos fines.

Dada la heterogeneidad e individualidad de cada caso (cada persona mantiene una interacción única con su ambiente) se deben establecer con claridad las actividades y fases de la intervención. Así, el objetivo es atender a cada paciente con un plan de actividades ceñido a sus necesidades, de forma que pueda experimentar un progreso de una fase inicial a otras posteriores.

Las fases de atención delimitan momentos temporales que sitúan a una serie de actividades de manera escalonada. Los parámetros que van a delimitar las actividades en cada momento son: 1) el grado de autonomía del usuario, 2) las redes de apoyo social (familia principalmente).

De manera lineal se pueden identificar las siguientes fases: acogida y primer contacto – evaluación – diseño de PIR – intervención – seguimiento.

Como ya se ha explicado en el apartado de cómo intervenir en casos sin predisposición a la intervención, el primer contacto con el paciente y la familia es un momento decisivo. Cabe esperar que las personas seleccionadas para la intervención tengan dificultades para incorporarse y mantenerse en una intervención específica. La desmotivación, en muchos casos como síntoma de anhedonia y apatía, agrava la situación de asilamiento. Se debe plantear un acercamiento paulatino a los profesionales y las actividades, dentro de un protocolo de acogida flexible y orientado por las expectativas del paciente y su familia.

En los servicios tradicionales de rehabilitación el primer contacto cuenta con un protocolo administrativo de recepción, explicación de las normas, presentación de los profesionales y las actividades y apertura de historia. En este caso se va más allá de esto, considerándose más como un momento de encuentro importante con los profesionales que le apoyarán en su proceso de rehabilitación y en el que es importante asentar las bases para establecer una relación de confianza y cercanía. En estos primeros contactos el paciente conocerá a los profesionales de referencia, los objetivos del trabajo y la dinámica que se establecerá en la relación con el/ella y su familia.

Es necesario destacar la importancia de la actuación de las familias durante esta fase inicial. Serán pieza clave del enganche y a su vez serán objetos de intervención desde el comienzo. Los objetivos en la fase de acogida son:

- Motivar a los pacientes que reciben atención en rehabilitación psicosocial por primera vez.
- Reducir al máximo el impacto estresante que puede suponer la relación con los profesionales.
- Fomentar la participación activa de la familia en la rehabilitación y apoyo a los profesionales.
- Informar de los servicios y programas que se van a ofrecer, ajustando expectativas erróneas.
- Recoger información por medio de observación y entrevista sobre el comportamiento del paciente.

La fase de acogida consta de varios momentos a través de los cuales los profesionales tendrán los primeros contactos con el usuario. Las principales actividades que se realizarán en esta fase son: visita domiciliaria, entrevista de primer contacto y diseño de una primera propuesta de actividades. A continuación se describen.

## A) Actividades a desarrollar en el primer contacto

Aunque el proceso es individualizado, hay una serie de elementos comunes que se deben protocolizar para todos los casos. Son los siguientes:

1. Acciones previas al primer contacto.
  - Actividades previas a desarrollar por los profesionales
  - Actividades previas a desarrollar con el paciente
2. Primer contacto.
  - Establecer la primera visita en el domicilio.
  - Hacer la primera entrevista.
3. Acciones posteriores al primer contacto.
  - Preparar la fase de evaluación.
  - Decidir el programa de actividades a priori.

A continuación se explican cada uno de estos puntos.

### 1. Actividades previas al primer contacto

- Actividades previas a desarrollar por los profesionales
  - Fijar fecha y hora de la visita en el domicilio con el usuario y la familia.
  - Informar a los profesionales de referencia de la fecha del primer contacto.
  - Garantizar que para la fecha prevista se cuenta con:
    - Informe clínico actualizado y tratamiento que recibe.
    - Informe social.
    - Otros datos de interés.
  - Preparar el primer contacto (lugar, personas, duración y contenidos de la entrevista).
  - Prever el tiempo de desplazamiento.
- Actividades previas a desarrollar con pacientes y la familia.
  - Se da al usuario y la familia información necesaria:
    - Dinámica de visitas.
    - Información del proceso a seguir.
    - Enfatizar el compromiso terapéutico de los profesionales de referencia.

### 2. Actividades en el primer contacto

- Cómo establecer la primera cita en el domicilio.

El primer contacto se debe establecer siguiendo las directrices consensuadas con la Unidad de Salud Mental y otros profesionales implicados en el caso. Para realizar el



primer contacto telefónico se pueden tener en cuenta algunas consideraciones:

- Si el usuario está motivado para recibir la intervención en el domicilio o no pone resistencias, el contacto telefónico lo puede hacer cualquier profesional.
  - Si el usuario no está motivado, la cita telefónica la hace un profesional del equipo específico de los PRPA.
  - Si es conveniente antes del primer contacto se pueden tener entrevistas con la familia para facilitar el enganche en el primer contacto.
- Primer contacto en el domicilio.
    - El primer contacto lo deben hacer preferentemente dos profesionales, si es posible acompañados de algún profesional que ya tenga relación con el usuario.
    - Se hará una observación del domicilio, de la rutina diaria y del clima familiar.
    - Se deben hacer hipótesis de trabajo iniciales para el diseño de los siguientes contactos.
    - Se hace una entrevista que permita recoger las primeras demandas del usuario y la familia, así como su motivación e implicación inicial.
    - Se deben utilizar algunos instrumentos para la evaluación en el primer contacto que permitan recoger de manera preliminar, al menos:
      - Listado de demandas
      - Listado de expectativas
      - Factores de riesgo
      - Características de la vivienda
      - Apoyo familiar
      - Autonomía doméstica
    - Un profesional elabora un primer informe que recoja un primer plan de intervención en el domicilio. Se reflejarán aquí las variables responsables de facilitar o impedir el enganche.
    - Si tras el primer contacto se confirma el perfil, y no existieran resistencias, se fija el siguiente contacto o un plan de visitas para el mes.
    - Si hay falta de motivación en el usuario y la familia, falta de ajuste de expectativas y demandas, se establece un plan de trabajo previo, con el objetivo de lograr su vinculación.
    - Si tras el primer contacto se considera que el caso precisa de otras intervenciones que van más allá de los programas de rehabilitación, se establecen los cauces para favorecer otros tratamientos (derivación a otro recurso, ingreso hospitalario, etc,...).
  - Hacer la primera entrevista en el domicilio

La entrevista va a ser la base sobre la que se sustenta la forma de intervenir con el caso. Ha de ser semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas, ha de cuidarse el clima emocional de confianza y evitar preguntas con carga emocional.

Se debe hacer un guión de esta entrevista (vinculación con los servicios de salud mental, relaciones actuales, uso de recursos, actividad diaria, etc.) es importante intercalar preguntas que hagan partícipe al usuario (¿qué intereses tienes?, ¿qué te gustaría conseguir?). Durante esta entrevista se puede hacer una observación de las conductas



del paciente y del domicilio. En los anexos aparecen algunos instrumentos que se pueden utilizar en la primera entrevista.

### 3. Actividades posteriores al primer contacto

- Preparar la evaluación

Tras la primera entrevista hay que preparar el protocolo de evaluación. Este estudio debe implicar al menos, dos entrevistas con el usuario y dos entrevistas con la familia. No se debería tardar más de un mes en realizar un primer informe sobre la situación del usuario, objetivos e intervención. En esta primera propuesta debe constar las primeras respuestas a las demandas del usuario y la familia, y una programación de las próximas intervenciones en el domicilio.

- Decidir el primer programa de actividades

Desde el primer contacto se tiene que elaborar un primer diseño de intervención ajustado al usuario. Debido a la gravedad clínica y psicosocial de los usuarios, un objetivo prioritario será lograr una vinculación lo más rápida posible a alguna línea de intervención. Se pretende lograr un apoyo inmediato y una relación profesional de confianza, así como una visión positiva y útil de la relación con el profesional.

### **B) Procedimiento a seguir en el primer contacto**

Haciendo un resumen de la fase de Acogida y Primer Contacto a continuación se describe brevemente el proceso a seguir en esta fase.

- Se deciden los profesionales que se van a encargar del trabajo de acogida y primer contacto.
- Se realiza una entrevista en el domicilio donde se recogen expectativas y motivación y se da información del proceso.
- La primera entrevista se hace a usuario y familia.
- Se establece un primer diseño de la intervención y se fija la frecuencia de contactos de evaluación con el paciente.
- Se prepara el protocolo de evaluación que se va a seguir
- La primera intervención debe recoger las demandas iniciales del usuario y la familia.

### **17.2.4. FASE DE EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIR.**

La evaluación es el protocolo de estudio que se hace con el usuario y la familia con el objetivo de diseñar el plan individualizado de rehabilitación.

### **A) Actividades a desarrollar en la evaluación y diseño de PIR**

- Se evalúan un conjunto de áreas mediante cuestionarios, registros y entrevistas, relacionadas con el funcionamiento psicosocial, entre las que destacan: autocuidados, uso de recursos, habilidades sociales, adherencia al tratamiento, apoyo social y familiar.
- Aunque en la evaluación pueden participar varios profesionales, es conveniente que se centralice en uno solo en el caso de los PRPA rurales, el que vaya a ser el referente profesional para los sucesivos contactos en el domicilio.
- Hay que integrar la información aportada por los servicios de salud mental, con las entrevistas y observación del usuario y la familia.
- Se pone en común la información obtenida con el equipo derivante o que es de referencia para el usuario.
- La evaluación se integra en una propuesta de intervención que es el plan individual de rehabilitación (PIR).
- Se hace una devolución del plan al paciente y a la familia.
- Hay que asegurar el consentimiento y acuerdo con el PIR propuesto.
- Es conveniente que el usuario tenga una tarjeta resumen con los objetivos y plan personal.

## ***B) Proceso a seguir en la evaluación y diseño de PIR***

El proceso de evaluación tiene una duración entre tres y cuatro semanas. Se deben hacer al menos, 2 entrevistas al usuario y 2 a la familia, más la entrevista de presentación del profesional de referencia.

Las áreas a evaluar serán:

- Aspectos clínicos: síntomas actuales, pródromos que se hayan repetido, ingresos psiquiátricos, tratamiento y respuesta al mismo.
- Autocuidados: aseo, vestido, comida, sueño.
- Autonomía personal: económica, doméstica y de ocio.
- Autonomía social: uso de medios de comunicación, uso de recursos sociales y uso de transportes.
- Habilidades sociales para la comunicación interpersonal.
- Solución de problemas y manejo de estrés.
- Apoyo familiar, conciencia de enfermedad y clima.

En este caso el protocolo varía del tradicional proceso de evaluación multidisciplinar de un centro de rehabilitación. La evaluación se hará en el domicilio o medio y será un profesional el que establezca la relación de confianza. Este profesional cuando haya reunido la información suficiente propone una reunión con el resto de profesionales asignados a los PRPA. En esta reunión expondría el caso y la propuesta de intervención. Es conveniente que esta exposición del plan del usuario se haga en una junta de casos o reunión similar que se tenga programada dentro del centro de trabajo para que el resto de profesionales conozcan la propuesta y hagan aportaciones al plan inicial. A continuación el mini-equipo encargado de los PRPA (2 ó 3 profesionales) preparan las acciones y asignan responsabilidades en el PIR a cada miembro del equipo. El plan debe secuenciarse además, en actividades a corto, medio y largo plazo.

Un paso importante será hacer una devolución al usuario y la familia en su domicilio. Se dará información relativa a la intervención a seguir, consensuando las actividades, la secuenciación temporal, la periodicidad y el lugar de los contactos. Se entregará al usuario una tarjeta – resumen anotando en su propio lenguaje los objetivos a conseguir y las actividades a desarrollar.

Para la devolución del PIR se pueden seguir las siguientes indicaciones:

1. Se puede hacer al usuario y la familia juntos o por separado.
2. Se les informa de que se les va a presentar el resultado de la evaluación y nuestra opinión sobre su situación.
3. Se anima a que opine sobre el plan.
4. Se comienza reconociendo las habilidades y capacidades observadas en cada área de funcionamiento.
5. Se proponen los objetivos generales y las líneas de intervención, utilizando ejemplos de cómo se realizarán las intervenciones.
6. Pedir opinión sobre pros y contras.
7. Anticipar posibles obstáculos para el éxito de las intervenciones y preguntar por alternativas.
8. Pedir feedback repetidamente para comprobar que se ha entendido la información.
9. Asegurar el compromiso de la familia.
10. Enfatizar el compromiso del profesional.
11. En la tarjeta – resumen se pide al usuario que con sus palabras escriba los objetivos que se van a conseguir a corto, medio y largo plazo. También se puede añadir un calendario con las próximas visitas hasta fin de mes.

Después de la devolución se anota la fecha del PIR, se manda una copia al equipo derivante y se guarda en la historia del paciente.

### 17.2.5. FASE DE INTERVENCIÓN

Las intervenciones se pueden desarrollar en alguna de las siguientes modalidades.

- Intervención en el domicilio
  - La mayoría de los usuarios de los PRPA encajarían en esta modalidad de intervención.
  - Según la gravedad y la disponibilidad del equipo la frecuencia de las visitas serán de varias veces a la semana o de una vez a la semana.
  - Una mayor frecuencia de atención en el domicilio debería reservarse para usuarios que por su gravedad y deterioro no se pueden mantener con una mínima calidad de vida en su medio social y familiar. Una frecuencia media de visitas en el domicilio se destinaría a usuarios que requieren de un seguimiento continuado para mantener las habilidades y afrontar la vida cotidiana y que vivan en un contexto social y familiar aceptable. Una frecuencia de menos de una vez a la semana se destinaría para usuarios con buen soporte familiar con el objetivo

de conseguir una vinculación con el profesional de referencia asignado para la solución de problemas cotidianos.

- Las intervenciones en el domicilio se centran en lograr las habilidades y apoyos necesarios para mantenerse en su medio de la manera más autónoma posible.

- Intervención en el entorno

- Destinado a usuarios que requieran de un apoyo en el uso de su medio comunitario.
- Consiste en acompañamientos y entrenamientos en el entorno para realizar gestiones cotidianas (domésticas, económicas, sociales, incorporación a programas de día en centros sociales, cívicos, etc...).

### **A) Áreas de intervención en la fase de intervención**

Se tratará de atender a cada paciente de forma integral e individualizada, interviniendo de forma específica y especial en la sintomatología defectual y déficit de habilidades de funcionamiento, incorporándole a actividades terapéuticas que su nivel, voluntariedad y tipo de problemas requiera.

A continuación se describen de manera resumida las principales áreas de los PRPA. Cada área abordará las actividades, programas y protocolos correspondientes.

- Desarrollo de habilidades de funcionamiento psicosocial

Se trata de potenciar el desarrollo de habilidades en cada paciente y que servirán para el mantenimiento positivo en su medio comunitario.

- Desarrollo de hábitos saludables.
- Adherencia a la medicación.
- Actividades de la vida diaria (domésticas, económicas,...).
- Manejo del tiempo libre.
- Comunicación y habilidades sociales.
- Afrontamiento de problemas sociales.

- Integración social

Se deben desarrollar con cada usuario un abanico de programas estructurados en actividades diversas, adaptadas a la realidad funcional, social y cultural. El objetivo es la adquisición de pautas de funcionamiento personal y social que faciliten su vida en la comunidad, y que le hagan independiente en su medio.

- Refuerzo de la red de apoyo social y búsqueda de nuevos apoyos.
- Conocimiento adecuado de su localidad y sus recursos.
- Participación gradual en actividades comunitarias.
- Búsqueda de apoyos económicos necesarios.

- Apoyo a la familia

Se pretende minimizar el impacto negativo de la convivencia con el enfermo mental. Esto supone el instaurar unas normas de convivencia, así como preparar a la familia para el manejo de la sintomatología.

- Psicoeducación familiar
- Apoyo social y emocional a la familia.
- Creación de espacios para la comunicación familiar.
- Reuniones conjuntas con la familia y el usuario para el análisis de las dificultades cotidianas.
- Establecimiento de rutinas adecuadas de actividades de carácter doméstico.

Con estas tres áreas globales se pretende ofrecer un trabajo alejado de la tradicional imagen de intervención clínica-psiquiátrica. Más bien se hace énfasis en la necesidad de desarrollar ayudas prácticas en aspectos como la economía, lo social y lo doméstico. Las áreas deben contemplar programas e intervenciones centradas en el paciente y en su medio. Así, de cara al paciente, los componentes e intervenciones deben contemplar alguna de las siguientes medidas:

- Control de factores de riesgo. Se debe considerar que el estilo de vida del paciente depende de factores como el estrés ambiental, la falta de adherencia al fármaco o el asilamiento social. En relación al seguimiento farmacológico hay que analizar el grado de cumplimiento de las prescripciones y el apoyo de la familia en este ámbito.
- Información y apoyo en la búsqueda de apoyo comunitario. Desde el incremento de la red social, hasta su participación en actividades de su localidad.
- Entrenamientos estructurados en caso de presencia de discapacidades severas en habilidades de autonomía (hábitos de comida, uso del tiempo, habilidades sociales,...).

De cara al entorno inmediato los componentes de intervención a contemplar deben incluir:

- Coordinación estrecha con servicios sociales para la búsqueda de recursos disponibles en la localidad del usuario.
- Actividades con la familia, cuidadores y referentes sociales. Desde una psicoeducación reglada hasta un apoyo en casos de gran “desgaste”.

## **B) Actividades y Programas**

Consiste en el desarrollo del PIR. Son las actividades que el equipo ofrece para la consecución de los objetivos. La intensidad de cada actividad o programa dependerá de cada persona. No se trata de que todas las personas pasen por todos los programas, la combinación de cada programa dependerá de los objetivos marcados con cada uno.

Más adelante se van a describir con más detalle la selección que se ha hecho para el desarrollo de programas de rehabilitación como parte de los PRPA, por ello ahora simplemente se nombran cada uno de ellos.

- Programa para incrementar la autonomía personal y social.
- Programa de integración comunitaria.
- Programa de intervención familiar.
- Programa para incrementar la red de apoyo social del usuario.

### **C) Proceso a seguir en la fase de intervención**

El procedimiento incluye la derivación a los programas e intervenciones necesarios, según las prioridades definidas para el caso. Se debe hacer un seguimiento de los programas que incluya una evaluación periódica de la consecución de objetivos.

La ejecución de los programas consistirá fundamentalmente en intervenciones individuales, aunque cuando sea posible, se pueden organizar grupos de 2 ó mas pacientes. Las intervenciones van orientadas al usuario, a la familia y al entorno comunitario.

Debe existir un profesional responsable de cada programa. La inclusión en uno u otro programa o actividad se puede llevar a cabo de la siguiente manera:

- En una reunión del equipo de los PRPA y después de diseñar el PIR, el referente del caso decide junto el resto del equipo, las actividades, programas y calendarización.
- Una vez decidido el programa en el que se incluirá al usuario, el profesional de referencia debe rellenar una hoja o documento que aporte información más específica sobre los objetivos a conseguir en cada programa. En esta hoja se deben recoger objetivos operativos y personalizados en relación con las actividades específicas que el usuario va a trabajar.

Como se ha dicho, la mayoría de las intervenciones serán individuales, pudiendo dividirlas en intervención individual y seguimiento.

### **D) Intervención individual**

Se refieren a intervenciones que consisten en entrenamientos individuales que permitan aumentar las habilidades de los usuarios y la integración comunitaria. Deben ser programadas y deben conllevar un trabajo planificado en una o varias sesiones. Algunas intervenciones individuales pueden ser: acompañamiento para enseñar a utilizar un transporte, técnicas motivacionales previas a la intervención, análisis de efectos secundarios de la medicación y solución de problemas, planificación de actividades en el fin de semana, control de las compras, control del tabaco, entrenamiento en asertividad a la familia, etc.

### **E) Tutorías de seguimiento**

Se trata de entrevistas periódicas de forma individual tanto con el usuario como con la familia, para valorar los objetivos alcanzados, planificar nuevas intervenciones y atender a nuevas necesidades.

La frecuencia de estas tutorías es continua y de manera específica se puede establecer que una vez al mes o cada 15 días se va a dedicar la sesión al seguimiento de logros y dificultades.

Ejemplos de tutorías son: evaluar mejoras en áreas concretas de funcionamiento y pedir feedback sobre el proceso y las actividades.

### 17.2.6. FASE DE SEGUIMIENTO

El seguimiento de los objetivos se puede hacer de la siguiente manera:

- En las reuniones de equipo. Se puede establecer un sistema rotatorio para hablar de los casos asignados a los PRPA. Se comenta la adecuación y progresos en las actividades.
- En cualquier momento que se produzca una incidencia digna de resaltar, el responsable del usuario lo comenta en el equipo.
- De forma estructurada y sistemática en seguimientos semestrales, cada profesional evaluará la consecución de objetivos del PIR.
- De manera continua mediante las tutorías individualizadas con cada caso.

## 18. Intervención del profesional de referencia

El profesional de referencia es la persona encargada del PIR de cada paciente. A través de este profesional se canaliza la intervención y se realizan las actividades del PIR. Este profesional será la persona que siga más directamente cada caso que tenga asignado. El profesional de referencia debe estar en contacto estrecho con un psicólogo de supervisión el PIR del paciente y el desarrollo de las actividades. El profesional ejercerá las funciones de tutoría que se han explicado en el anterior apartado.

La tutoría individualizada supone el desarrollo de la fase de intervención. Realizará las sesiones periódicas para comprobar la evolución del caso. Además propone objetivos y acciones que considere necesarias. En general, el tutor ejercerá un papel fundamental a la hora de articular en la vida del paciente las actividades asistenciales que se requieran para garantizar la mayor recuperación posible del paciente y su integración en la comunidad. Por tanto, constituye el eje fundamental del plan de rehabilitación del usuario. Será el instrumento que posibilite la continuidad de cuidados y evite la pérdida del caso.

Debido a la idea fundamental de que es necesario un trabajo individualizado que recaiga en un profesional de referencia o tutor, a continuación se describen las actividades, funciones y características que tiene este profesional, para asegurar la mayor coherencia posible en el desarrollo del PIR.



## 18.1. ASIGNACIÓN DE TUTOR

Como ya se ha comentado a cada caso se le asignaría un profesional de referencia que atendería las necesidades de cada usuario y de cada familia. Este profesional debe ser supervisado por un psicólogo especializado en técnicas de rehabilitación psicosocial (recuperación cognitiva, habilidades sociales, técnicas de modificación de conducta, autocontrol emocional y manejo del estrés, etc.). En el caso de que el tutor sea un psicólogo especializado no necesitaría esta supervisión de otro psicólogo para el desarrollo de las acciones del PIR, aunque sí la de un supervisor que asegure un trabajo integrado dentro del resto de recursos de la red.

La asignación de un tutor-profesional conlleva que desde el primer día de asignación del caso a los PRPA existirá un profesional que desde el enganche en la derivación hasta el diseño y ejecución del PIR hará un trabajo continuado durante todas las fases del proceso de atención.

Aunque puede ser cualquier profesional del equipo, se pueden seguir algunos criterios, para su asignación, como por ejemplo:

- Aquellos usuarios y familias con alta emoción expresada, escaso apoyo familiar, actitud negativa hacia los profesionales sanitarios y que prime el trabajo con los servicios sociales, pueden ser asignados a profesionales como por ejemplo, un trabajador social.
- Usuarios con un perfil de sintomatología residual, con mayor deterioro cognitivo y déficit en la mayoría de las áreas de autonomía, pueden asignados a un terapeuta ocupacional.
- Usuarios con menor deterioro cognitivo y con falta de apoyos y redes sociales pueden asignados a un educador.
- Usuarios con síntomas positivos resistentes, comorbilidad con problemas de ansiedad y depresión, consumo de drogas y déficit importantes en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés en situaciones sociales, son más adecuados para un psicólogo.

Debido a que, como se ha explicado en apartados anteriores del libro, es posible que el personal asignado a los PRPA compatibilice estos programas con el resto de tareas dentro del centro de trabajo, tendría asignado en su horario un número de horas destinadas a la intervención con estos casos. El tutor debe llevar un cuaderno de seguimiento donde anote el registro de las acciones con cada caso.

## 18.2. DESARROLLO DE LAS TUTORÍAS

### *A) Aplicación del Plan Individualizado de Rehabilitación*

Con cada caso asignado el tutor junto con el psicólogo que lo supervise, establece las



estrategias de intervención. Se deben valorar los déficit y las necesidades, se plantean objetivos concretos y se determinan las acciones. En el cuaderno de seguimiento de cada caso se realizan las anotaciones que correspondan atendiendo a las siguientes categorías.

- **DEFICIT.** Se reflejan las áreas deficitarias que se consideran más prioritarias en ese momento para conseguir mejoras en el funcionamiento psicosocial.
- **OBJETIVOS.** Los objetivos coinciden con las áreas deficitarias detectadas. La especificación de los objetivos se hace con mucha claridad, descriptivos y adaptados a los objetivos marcados en su PIR. También se deben abordar de forma progresiva y solo se establecerán aquellos sobre los que en los siguientes 2 meses se vayan a dirigir las intervenciones específicas.
- **ACCIONES.** Se describen las acciones o actividades que se decida poner en práctica para conseguir los objetivos.
- **EVALUACION.** Se hace una evaluación que corresponda con la valoración global del funcionamiento esperado, tomado como referencia la realización de ese comportamiento o conducta en una persona que no tenga el trastorno.

En el cuadro 18.1 Se ejemplifican las anotaciones del cuaderno de seguimiento de la aplicación del PIR de un caso hipotético.

*Cuadro 18.1. Anotaciones de ejemplo de seguimiento.*

FECHA	AREA DEFICITARIA	OBJETIVOS	ACCIONES	EVALUACION
29/6/2007	Hábito de sueño excesivo. Permanece acostado hasta las 13:00h, que le despierta la madre	Conseguir que se levante a las 10:00h con la ayuda de un despertador	Reducción progresiva del tiempo de sueño en intervalos de 10 minutos. Retirada progresiva de la madre. Planificar una actividad positiva que comience a las 10,30h	Sueño excesivo en relación a la pauta normativa familiar. Evaluar cada 5 días el progreso de la reducción del tiempo de sueño

Las áreas que se pueden incluir en la columna de “área deficitaria” pueden corresponder a alguna de las siguientes:

Higiene	Funcionamiento cognitivo	Ocio
Vestido	Aprendizaje	Trabajo
Alimentación	Dinero	Conciencia de enfermedad
Salud física	Trasporte	Adherencia al fármaco
Sueño	Hogar	Efectos secundarios
Consumo de tóxicos	Educación	Apoyo familiar
Autocontrol de estrés	Gestiones	Apoyo social
Habilidades sociales	Recursos sociales	

Cada profesional decidiría sobre aquellas unidades de aprendizaje y de intervención que se necesiten trabajar en cada caso.

## **B) Valoraciones de seguimiento**

La consigna del seguimiento es velar de manera continuada porque el paciente reciba los cuidados rehabilitadores a través de las visitas en su propia casa. En estas valoraciones de seguimiento se valoran la consecución de objetivos.

- Valoraciones mensuales. Mensualmente como mínimo el tutor debe hacer alguna anotación en la hoja de seguimiento de las tutorías, reflejando el nivel de desempeño del paciente asignado en las áreas en las que está trabajando. Estas anotaciones se guardan en la historia como medida de seguimiento y evolución del PIR.
- Valoraciones semestrales. Como mínimo 2 veces al año es recomendable hacer 2 evaluaciones generales de cada paciente. La evaluación debe incluir al menos:
  - Consecución de necesidades y objetivos del paciente.
  - Consecución de objetivos y necesidades de la familia.
  - Valoración del funcionamiento en las áreas principales.
  - Nivel de autonomía.

## **18.3. FUNCIONES DEL TUTOR**

Las funciones del tutor son desempeñar un papel relevante en el desarrollo del PIR:

- Se desplaza al domicilio.
- Establece el primer contacto.
- Realiza la evaluación funcional con la colaboración de otros.
- Realiza la devolución de la información al paciente y la familia.
- Hace el seguimiento, haciendo evaluaciones periódicas y anotaciones que correspondan en su historia.
- Tiene una carpeta donde figura de cada uno de sus casos asignados: hojas de seguimiento, copia de PIR, y hojas de intervención individual.
- Como mínimo mensualmente y siempre que se considere necesario, el tutor se reúne con la familia con el objetivo de informar de la evolución, solicitar tareas de apoyo al PIR y tratar de diseñar objetivos específicos en colaboración con la familia.
- Sigue muy de cerca el desarrollo de las intervenciones y la evolución y progresos de cara a la recuperación. Está atento para reforzar los avances y consolidar los que se hayan conseguido.

## **18.4. ACCIONES Y ACTIVIDADES DEL TUTOR**

Se destacan algunas de ellas por su relevancia, aunque de forma general consisten en todas las que tienen que ver con todo el proceso del caso: derivación - evaluación - intervención - seguimiento.

- Redactar los planes de rehabilitación.
- Realizar las actividades que hayan sido acordadas en su PIR.
- Solicita ayuda o moviliza a otros equipos si se detectan conductas que interfieran en el proceso.
- Mantener contacto con el dispositivo que ha derivado el caso.
- Hace reuniones con el equipo de profesionales implicados en la intervención.

## 18.5. PAPEL DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA

El manejo de las personas con trastornos mentales graves en el domicilio o en su entorno natural es una actividad especializada que incluye:

- El desarrollo de una fuerte alianza terapéutica
- Habilidad para valorar las necesidades cambiantes del usuario y de su familia.
- Habilidad para supervisar el plan de manejo del caso integrado con el resto de recursos.

El “referente” tiene funciones de tutoría, con capacidad de trabajo en equipo y con habilidades de comunicación y solución de problemas. De forma general y global:

- Debe ser capaz de entender el concepto de “recuperación” como un proceso y desde una actitud realista y global.
- Debe tener la habilidad de formular un plan de “manejo del caso” que necesariamente debe contemplar:
  - Intervenir en situaciones de crisis
  - Búsqueda de apoyos/recursos para resolver los problemas cotidianos.
  - Potenciar y apoyar los programas de tratamiento para la reducción de las discapacidades.
  - Establecimiento de una mínima red de apoyo.
- Debe ser capaz de ayudar al usuario y a su familia a comprender y aceptar la vulnerabilidad y así promover la prevención de la recaída.
- Ayudar al usuario y a su familia a comprender las consecuencias de la enfermedad y a cómo paliarlas.
- Ayudar al usuario a alcanzar su máximo nivel de funcionamiento personal y social.
- Las habilidades específicas del profesional de referencia son:
  - Saber transmitir al usuario una formulación individual de sus problemas especialmente su vulnerabilidad personal y los factores que él mismo puede controlar.
  - Aportar a los cuidadores información comprensible sobre la enfermedad y las dificultades concretas que intervienen en su caso.
  - Transmitir un sentimiento de confianza y control que sea realista y creíble.
  - Actuar como punto de apoyo y de contacto al que podrán recurrir cuando lo necesiten.

- Desarrollar en el usuario habilidades de autonomía que le permita afrontar las situaciones estresantes, incrementando la sensación de control sobre su entorno.
- Adquirir experiencia en el manejo de la recaída y retrocesos para el caso concreto:
  - Reconocer las posibilidades de recaída.
  - Identificar con el usuario las señales de empeoramiento.
  - Desarrollar con el usuario un plan personal para evitar retrocesos y deterioro.
- Forma de proceder del profesional de referencia:
  - Es importante que muestre entusiasmo e interés por las personas.
  - Durante las explicaciones de cada intervención específica, explica los objetivos y procedimientos que se utilizarán para alcanzar los objetivos. También explica como se harán los entrenamientos y lo que se espera que el usuario logre. El principal propósito es favorecer expectativas realistas para asegurar un resultado positivo.
  - Hay que hacer preguntas sobre su opinión acerca del procedimiento.
  - Nunca satura con demasiada información.
  - Debe utilizar el lenguaje más sencillo posible.
  - Hace pausas frecuentes y hace preguntas, para que las personas que están recibiendo la atención se sientan con libertad de pedir las aclaraciones que sean necesarias. Debe hacer resúmenes frecuentes para cualquier explicación, sin miedo a ser demasiado repetitivo.
  - Proporciona material visual mediante pósters y dibujos. Una pizarra amplia y corcheras ayudará a las personas con déficit cognitivos cuando intentan recordar información que ya se ha dado.
  - Durante las primeras semanas tendrá sesiones individuales con el paciente, con el objetivo de disipar dudas concretas, recoger su opinión sobre temas específicos o dar un apoyo individual ante dificultades especiales.
  - Siempre se dirige a las personas por el nombre.
  - Las interpretaciones erróneas o equivocaciones nunca deben ser motivo de comentarios peyorativos, siempre se reconducirán a través de un feedback correctivo.
  - Hay que dar tiempo para que se pongan en marcha las conductas.
  - Hacer preguntas es algo clave para suscitar el recuerdo y asegurar la comprensión de lo explicado. Debe hacerse una pregunta directa y clara, no ambigua o indirecta, ¿cuál es el objetivo de esta tarea?, ¿dónde tengo que mirar mis tareas de la semana?, etc.

## 19. Estructura de los programas de rehabilitación activa

### 19.1. MARCO GENERAL

En los capítulos anteriores se ha hecho una descripción de las características del paciente mental grave en el área rural y de la necesidad de un proceso específico que aborde no solo aspectos relevantes del trastorno, sino también del contexto. La intervención se debe asentar en una evaluación que permitirá un conocimiento global del sujeto en diferentes áreas: sintomatología, funcionamiento psicosocial, integración social, apoyos con los que cuenta en su entorno y demandas o necesidades que plantea el paciente y la familia.

Además, cualquier tratamiento a la enfermedad mental grave debe permitir integrar las estrategias que han demostrado su eficacia ya que intervenciones dirigidas a una única variable (biológica, conductual, cognitiva, social o familiar) alcanzarían una potencia terapéutica muy escasa si no se complementan con las otras intervenciones. Las intervenciones que se tienen que combinar incluirán normalmente el tratamiento farmacológico para el control de los síntomas y el entrenamiento en habilidades de autonomía. Esto último que es lo que constituye el campo de la rehabilitación psicosocial.

Como característica básica para cualquier contexto de intervención y especialmente para el contexto con dificultad de acceso, las intervenciones deben ser desarrolladas por equipos multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.) y contando con una coordinación activa entre los servicios de tratamiento y rehabilitación. El trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los recursos debe orientarse a la denominada “continuidad de cuidados”, que lo que viene a contemplar es una intervención a largo plazo por cuanto este colectivo va a necesitar tratamiento y rehabilitación de un modo continuado.

### 19.2. ESTRUCTURA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS ADAPTADOS AL CONTEXTO RURAL

Una de las finalidades de esta guía o manual es exponer y proponer un modelo de organización asistencial para la atención a personas con TMG en las comunidades rurales descritas en la primera parte, en torno a una estructura que integre los diferentes dispositivos programas, y recursos que intervienen en una zona específica.

Una estructura de servicios y programas como la descrita en el cuadro 19.1 debe desarrollar programas que respondan a las necesidades comunes de la población con TMG, pero también establecer criterios de prioridad e intensidad para la inclusión de

cada paciente en cada uno de ellos. En el cuadro se presentan los dispositivos y programas para la asistencia integral al TMG teniendo en cuenta que la estructura que se muestra está adaptada al contexto que se ha definido como “rural”.

*Cuadro 19.1. Dispositivos y programas necesarios para una atención completa al TMG.*

DISPOSITIVO	PROGRAMAS
USM – CSM <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de diagnóstico y tratamiento estándar para los TMG.</li> <li>- Programas de seguimiento y continuidad de cuidados específicos para el TMG.</li> </ul>
CRPSL – CD <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de Rehabilitación Psicosocial.</li> <li>- Programas de Rehabilitación Laboral.</li> <li>- Programas de Inserción Social.</li> <li>- Programas de Intervención Familiar.</li> </ul>
PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL ACTIVA <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Rehabilitación Psicosocial.</li> <li>- Programa de Integración Comunitaria.</li> <li>- Programa de Red o soporte social.</li> <li>- Programa de apoyo e intervención familiar.</li> </ul>

1 Unidades o Centros de Salud Mental de Adultos.

2 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Centros de Día para TMG

3 Programas específicos de Rehabilitación Psicosocial en contextos rurales, integrados en CRPSL, CD, USM o equipos específicos.

### **A) Programas de Unidades y Centros de Salud Mental de Adultos**

El modelo de intervención más común es el de un centro de salud mental interdisciplinar y sectorizado. La asistencia al TMG se desarrolla en periodos temporales largos y centrados fundamentalmente en el seguimiento del tratamiento farmacológico.

En muchas ocasiones este modelo no asegura la continuidad asistencial y se han desarrollado programas diferenciados e integrados dentro de las mismas unidades. Un ejemplo de ellos son los programas asertivo-comunitarios que hacen especial énfasis en el mantenimiento del paciente en el programa, para casos que presentan importantes dificultades de vinculación a los tratamientos estándares. Otro ejemplo son los programas de continuidad de cuidados o seguimiento intensivo en la comunidad, que suponen la asignación de un número de casos a un profesional que se encarga del contacto y seguimiento del paciente en su medio comunitario. En cualquier caso, desde un centro de salud mental de adultos un equipo compuesto fundamentalmente por psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajo social se organiza para aplicar tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, actividades psicoeducativas e intervenciones psicosociales. La mayoría de actividades se organizarían en torno a:

1. Un programa estándar. Incluye tratamiento farmacológico, psicoterapia individual y grupal, cuidados de enfermería, intervenciones psicosociales.
2. Un programa específico. Incluye seguimiento en la comunidad, cuidados de enfermería, seguimiento activo e intenso, intervenciones en el medio.

El primer nivel va dirigido a todos los casos con TMG del servicio, con el objetivo de

evitar crisis, tratar la sintomatología, solución de problemas, coordinación con otros servicios del área y apoyar para la participación en la vida social. El segundo nivel se dirige a pacientes más graves con dificultades de adherencia y en aislamiento social y familiar. Se haría énfasis en un plan de visitas, el uso de centros de día o de rehabilitación y el trabajo de enfermería especializado en la adherencia al tratamiento.

### **B) Programas de los Centros de Rehabilitación y Centros de Día**

Los CRPSL y CD están constituidos por un equipo multidisciplinar formado normalmente por psicólogos, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales e insertores sociales y laborales. La asistencia en estos dispositivos se articula en torno a un Plan Individualizado de Rehabilitación que incide en las habilidades del paciente y en la intervención en el entorno inmediato. Los programas que se ofrecen son muy variados. Se trata de que cada paciente se incluya en una combinación de intervenciones psicosociales que le sirva para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Los programas más frecuentes que se ofertan son: actividades de la vida diaria, prevención de recaídas, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, integración comunitaria, psicoeducación familiar, orientación vocacional, ocio y tiempo libre, entre otros.

Normalmente los programas se desarrollan en grupo, con el objetivo de enfatizar el aprendizaje social mediante modelado y ensayos conductuales. Todos los programas se orientan a reducir el deterioro que afecta a los usuarios, secuenciando las actividades en el tiempo según la complejidad y los avances logrados.

### **C) Programas de Rehabilitación Psicosocial Activa adaptados para zonas rurales**

Al igual que los anteriores tienen como objetivo la recuperación funcional del paciente mediante actividades de carácter rehabilitador que se recogen en el Plan Individual. Sin embargo, la metodología del trabajo presentaría un “corte activo”, utilizando como principal instrumento la intervención individual que se realiza en el medio del paciente en lugar de en el Centro de Rehabilitación.

Cada paciente es asignado en un número limitado a un profesional que estaría encargado de su Plan Individual de Rehabilitación. Según la necesidad, las visitas pueden ser de una o más a la semana, y el seguimiento sería continuado e indefinido.

Los programas estarían estructurados en cuatro áreas: actividades de la vida diaria, integración comunitaria, intervención familiar y contacto con la red social. A continuación se hace una breve referencia de cada uno de ellos.

#### **1. Programa de Actividades de la Vida Diaria.**

La intervención tiene como objetivo capacitar en las habilidades que reduzcan la dependencia de terceros para un mantenimiento en el hogar y en la comunidad. Incluye habilidades de cuidado personal, limpieza y cuidados de la salud física y mental.



## 2. Programa de Integración Comunitaria.

Tiene como finalidad la integración del paciente en su medio social. Se incluyen entrenamientos y acompañamientos para el uso de recursos de su localidad (lúdicos, transportes, culturales, sociales, etc.). También se debe trabajar la orientación, búsqueda y potenciación de nuevos intereses.

## 3. Programa de contacto con la Red Social.

El retraimiento social combinado con el aislamiento hace que la persona con TMG en el contexto rural esté falta de posibilidades para el intercambio social. Se trata de incrementar los contactos con la red social conocida, así como el entrenamiento en incrementar la red social.

## 4. Programa de Intervención Familiar.

De manera general y especialmente en el contexto rural, la familia es el casi único soporte social del usuario, con el riesgo de carga y saturación que esto conlleva. La información de que disponemos nos indica que el 80% de los pacientes vive con su familia, con escasos recursos económicos, culturales y sociales. La intervención con la familia tiene una doble finalidad: convertirles en agentes activos del proceso y reducir la sobrecarga de vivir con una enfermedad mental grave. Las actividades incluyen información, apoyo emocional, entrenamiento en comunicación, y apoyo en la solución de problemas. Disminuir los factores de riesgo como la emoción expresada y potenciar el contacto social de la familia son un objetivo de primer orden. Las actividades se realizan sobre todo de manera individual, aunque hay que buscar encuentros con otros cuidadores geográficamente cercanos que compartan la misma realidad personal.









PARTE  
Cuarta

*Programas de intervención  
y sesiones en el domicilio.*

## 20. Introducción a la cuarta parte

Como ya se ha mencionado, a pesar de considerar a la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves como enfermedades crónicas, actualmente se dispone de métodos eficaces para hacerles frente. Las intervenciones que han demostrado eficacia para la reducción de los síntomas y de las consecuencias negativas son:

- Tratamiento farmacológico ajustado con neurolépticos.
- Tratamiento asertivo comunitario.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Psicoeducación de familias.
- Terapia cognitivo conductual para síntomas resistentes.
- Psicoeducación y aprendizaje de técnicas de prevención de recaídas.
- Empleo con apoyo.
- Técnicas de autocontrol y manejo del estrés.

El mayor problema no es tanto crear técnicas terapéuticas nuevas como diseñar estrategias para la adaptación de las existentes al contexto rural.

Conseguir una remisión o recuperación completa del trastorno es difícil, especialmente en aquellos pacientes en los que la enfermedad se cronifica. Estudios sobre cronicidad aportan datos que oscilan entre un 65% y un 85% de personas con esquizofrenia que se terminan cronificando. Sin embargo, nuevos datos están contribuyendo a cambiar la idea que tenemos de la evolución del trastorno. Por ejemplo, se ha demostrado que aplicando intervenciones tempranas (tratamiento precoz) un mayor porcentaje presenta una recuperación de síntomas positivos o negativos, después de combinar la terapia antipsicótica con la terapia cognitivo-conductual.

En los capítulos anteriores se ha hecho una descripción de las características del paciente mental grave en el área rural y de la necesidad de un proceso específico que aborde no solo aspectos relevantes del trastorno, sino también del contexto. La intervención se debe asentar en una evaluación que permitirá un conocimiento global del sujeto en diferentes áreas: sintomatología, funcionamiento psicosocial, integración social, apoyos con los que cuenta en su entorno y demandas o necesidades que plantea el paciente y la familia.

Las intervenciones que se tienen que combinar incluirán normalmente el tratamiento farmacológico para el control de los síntomas y el entrenamiento en habilidades de autonomía. Esto último es lo que constituye el campo de la rehabilitación psicosocial. Como característica básica para cualquier contexto de intervención y especialmente para el contexto con dificultad de acceso, las intervenciones deben ser desarrolladas por equipos multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.) y contando con una coordinación activa entre los servicios de tratamiento y rehabilitación. El trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los recursos debe orientarse a la denominada “continuidad de cuidados”, que lo que

viene a contemplar es una intervención a largo plazo por cuanto este colectivo va a necesitar tratamiento y programas de rehabilitación de un modo continuado.

En este apartado se presentarán primero los elementos que definen a los programas de rehabilitación psicosocial en el contexto rural: características y objetivos. A continuación se describirán los principales programas a desarrollar en este medio. Posteriormente se ofrecerán algunas consideraciones prácticas sobre cómo enfocar la intervención con pacientes crónicos en el medio y sobre cómo diseñar las sesiones de intervención en el domicilio o en el medio del usuario.

## 21. Características de los programas

- Metas de los programas sobre los usuarios

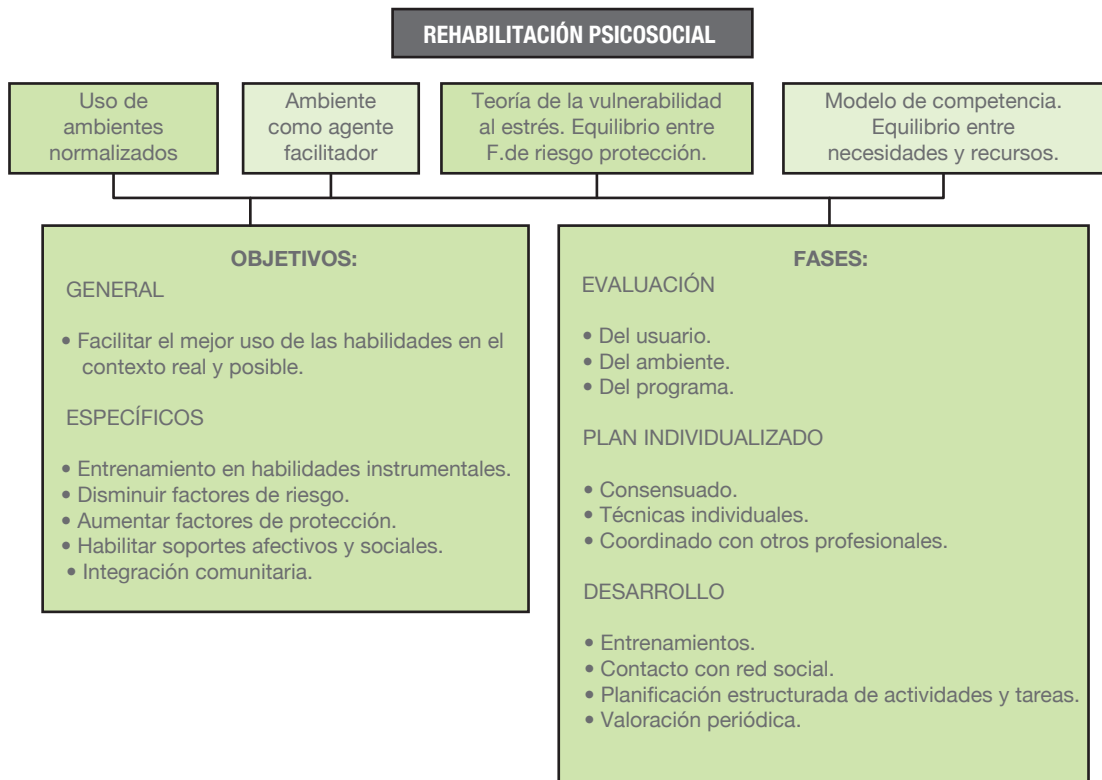
El enfoque de los programas se basa en remediar discapacidades generadas por la enfermedad mental. Así, buscarían articular en la vida de los pacientes recursos y habilidades que les permitan el mayor desenvolvimiento en su ambiente cotidiano, mediante entrenamientos y asesorías que le habiliten para ello.

Los métodos más importantes para alcanzar estas metas implican enseñar habilidades específicas al paciente y/o desarrollar competencias en su entorno que apoyen y refuercen los niveles de funcionamiento.

Los programas buscan conseguir:

- Desarrollo de habilidades de afrontamiento personal y social.
- Control de los niveles de vulnerabilidad mediante la disminución de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección.
- Habilitación de soportes sociales.

Fig.21.1. Relación entre características, objetivos y fases de los programas de rehabilitación psicosocial.



Los programas de rehabilitación psicosocial tienen dos vertientes de trabajo, por un lado tratan de desarrollar habilidades del paciente y por otro, los recursos ambientales necesarios para compensar al individuo de sus discapacidades. En resumen, el ajuste a la vida diaria y la mejora de la calidad de vida, ayudando a asumir algún control sobre la vida.

- Rehabilitación y desempeño de roles

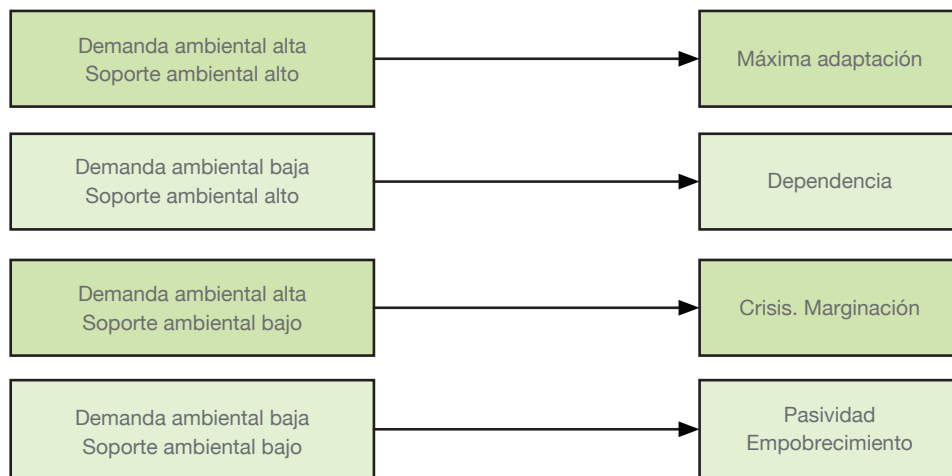
Los programas van orientados a que el paciente incremente su participación de la manera más normalizada posible en la vida social. Se trata de plantearse unas metas realistas para que adquiera un cierto nivel de competencia en su ambiente.

El desempeño de roles va más allá de la emisión de conductas y habilidades, ya que el concepto de rol está relacionado con el ambiente en el que se desarrolla. Para desempeñar un rol son necesarias tres cosas:

1. Tener la habilidad (saber hacerlo)
2. Tener la motivación (querer hacerlo)
3. Tener la oportunidad (poder hacerlo).

La emisión de un rol es una respuesta adaptada a una situación ambiental y la respuesta del sujeto depende del equilibrio entre la demanda del ambiente y los soportes sociales.

Fig.21.2. Nivel de adaptación del sujeto con trastorno mental grave.



Un proceso de rehabilitación debe entrenar de forma firme y estructurada la capacitación de las habilidades del sujeto para permitir una mejora en los procesos mediadores que permitan la adaptación y desempeño de roles (motivación, y habilidades) y también facilitar el mayor ajuste posible de las demandas del ambiente. En definitiva, ayudar al paciente a mantener un nivel de adaptación social a pesar de la presencia de ciertos síntomas (discapacidades).

- Características de los programas de rehabilitación

Para el tipo de trastornos mentales graves y crónicos el trabajo primordial del tratamiento sería crear un estilo de vida que limite las recaídas e incremente el desempeño de roles, con esto aumentaría sensiblemente la calidad de vida de estos pacientes y la posibilidad de su mantenimiento dentro de la comunidad.

Hay que alejarse del modelo de tratamiento y cura que concibe la rehabilitación psicosocial cuando el “tratamiento principal” falla, pues lleva a la consideración de los sujetos susceptibles de rehabilitación psicosocial como crónicos e irreversibles, con escasas expectativas de futuro. La rehabilitación consiste en una estrategia de entrenamiento y adaptación al entorno. En el caso de la intervención “activa y en el medio” implica ajustar los objetivos del ambiente y del sujeto, en función del cual se realizarán aquellas intervenciones y programas que sean oportunas. Por tanto cada persona tendrá sus metas, ritmo y necesidades.

A continuación se describen algunas características que deben compartir todos los programas de rehabilitación independientemente de sus objetivos y contenidos.

### A) Considerar capacidades y discapacidades

El objetivo último de este proceso, sería conseguir que la persona sea capaz de satisfacer todas sus necesidades de la forma más competente, o sea utilizando todos los recursos que posea.



## ***B) Estructuración, individualidad y temporalidad***

Se debe tener un repertorio adecuado de posibilidades de intervención, de acuerdo con una estructura de programas de la que cada sujeto va a ser beneficiario únicamente de aquellos aspectos que van a repercutir en su rehabilitación.

Los programas se estructuran básicamente en tres fases: corto, medio y largo plazo, que no son tanto un esquema de tiempo fijo, sino una secuencia para ordenar la intervención.

## ***C) Adecuación al contexto***

Un plan de trabajo realista se adecua al contexto de vida en el que se mueve el usuario, esta adecuación facilita la reinserción social. Para ello hay que conocer todos los aspectos relacionados con el entorno familiar, social y cultural, y comprobar la viabilidad de los objetivos.

## ***D) Adecuación de las expectativas***

Es importante la participación del paciente en el diseño de sus objetivos. Esto puede implicar un esfuerzo debido a las secuelas relacionadas con la voluntad y la motivación. Pero si no se cuenta con él/ella difícilmente vamos a conseguir logros.

## ***E) Observación real***

Hay que observar en su contexto a los pacientes y su desempeño, sus habilidades y recursos, y llevar continuamente a este campo todas las habilidades y tareas programadas.

## ***F) Salida real***

Tener una salida realista de integración, tiene que ser un objetivo relacionado con el usuario y con su realidad social. Las salidas propuestas deben existir, ser posibles y accesibles.

## ***G) Establecimiento de redes de soporte social***

Un grupo de personas se convierten en una red de soporte social cuando facilitan a una persona asistencia técnica, apoyo emocional y refuerzo social. Una red de soporte permite la posibilidad de intercambiar comunicaciones íntimas y confianza. En algunos casos debido a que no ha habido un desarrollo de recursos de apoyo social hay que crear ambientes específicos de soporte social con los propios profesionales.

## 22. El enfoque de las intervenciones y de las habilidades profesionales en los programas de rehabilitación psicosocial activa

### 22.1. CÓMO ENFOCAR LOS PROGRAMAS EN EL MEDIO RURAL

Aquí se subrayan dos apartados que describen cómo van a ser los programas de rehabilitación psicosocial activa en la comunidad: “activos” y “duraderos o intensivos”.

- Activos
  - Asumen que es posible enseñar los conceptos principales del modelo de vulnerabilidad a la mayoría de los pacientes.
  - Son activo-directivos. El profesional persiste activamente en su intento de ayudar a los pacientes y a su familia.
  - Cuando los pacientes presentan problemas de orden práctico (por ejemplo cómo conseguir más dinero) se encaminan a ayudarles en estos aspectos prácticos, mas que en conflictos internos causales.
  - Buscan que el paciente sea activo llegando a internalizar las habilidades y respuestas ante las demandas internas y externas.
- Duraderos e intensivos
  - Enseñan a establecer un cambio duradero en los estilos de vida.
  - Enseñan un gran número de habilidades cognitivas, conductuales, emocionales y sociales.
  - Tratan de reducir la vulnerabilidad al trastorno aunque siempre será posible recaer o retroceder.
  - Los abordajes se utilizan con un enfoque a largo plazo.

### 22.2 HABILIDADES PROFESIONALES

La acción persistente y enérgica del profesional puede ser un factor relevante para la mejoría de estos casos.

#### A) *Relación prolongada en el tiempo*

El esfuerzo constante a lo largo del tiempo aún cuando existan rechazos y recaídas es un aspecto crítico de los programas. Orientar, llamar por teléfono, escuchar y buscar

soluciones a los problemas demuestran que se está comprometido “activamente”. La implicación activa puede significar que los cambios vendrán como consecuencia de los esfuerzos activos del paciente y del profesional. Aunque los problemas parezcan irresolubles se puede hacer el siguiente planteamiento: si el esfuerzo del paciente es un 20% de reducción de los problemas más resistentes, el esfuerzo del profesional puede aportar un 15% más, lo que nos daría un 35% de cambio o mejoría. Entre algo de mejoría y nada para los asuntos difíciles, es preferible algo.

### **B) Evitar generalizaciones**

En nuestra práctica solemos encontrarnos con generalizaciones de los profesionales que hacen referencia a frases como “los esquizofrénicos no tienen motivación para el tratamiento”. Esta idea sesga al terapeuta y al paciente con una actitud de dogmatismo y pesimismo explícita o implícita.

### **C) Crear expectativas realistas**

Se puede hacer un análisis de los esfuerzos que se han hecho para cambiar y un análisis de las limitaciones, semejanzas y diferencias con las técnicas que se ofrecen al paciente. Saber las dificultades y aclarar los límites de los programas no tiene por qué ser contraproducente, si se quiere dar una imagen de cercanía y confianza.

### **D) Establecimiento de metas**

Algunos problemas de resistencia o no mejoría pueden estar en la base de un fallo para establecer objetivos alcanzables. Saber que las metas pueden ser negociadas puede ser una meta nueva y que fomente la autoestima. Lo más probable es que los pacientes no estén acostumbrados a esta negociación sobre el tratamiento, por lo que en base a una evaluación se les puede pedir que gradúen en orden de importancia un listado de problemas detectados y a partir de ahí escoger los objetivos para el paciente.

## 23. Carencia y necesidad de programas en el domicilio para personas con trastornos mentales graves

Los programas de rehabilitación en el domicilio constituyen un conjunto de actuaciones profesionales, con el objetivo de fomentar la autonomía personal y atender a la familia. La finalidad es llevar los programas de rehabilitación al contexto del individuo, prestando el apoyo personal, psicológico, social y familiar.

La atención domiciliaria varía por las distintas necesidades de los afectados, en unos casos con predominio de limitaciones conductuales, en otros con limitaciones cognitivas, en otros con limitaciones sociales, etc.

Son muy escasas las familias y pacientes que reciben servicios específicos de rehabilitación psicosocial en su propio domicilio. Entre las posibles causas de este déficit se encuentran:

- Inexistencia de este tipo de servicios
- La concepción actual de la ayuda en el domicilio está orientada fundamentalmente hacia la ayuda en tareas domésticas.
- La tradición de los cuidados sanitarios, identificados dentro de un centro u hospital, donde es el paciente el que se desplaza, para recibir la atención.

En los casos en que los pacientes mentales reciben atención domiciliaria, suele ser dentro de las prestaciones sociales, como ayuda a las labores domésticas. Cuando los cuidados son por motivo de una discapacidad asociada a un Trastorno Mental, la ayuda domiciliaria es declinada o inadecuada, debido a la necesaria especialización que necesitan estos servicios.

La atención en rehabilitación psicosocial en el domicilio debe tener las siguientes características.

- Apoyo. Tiene una consideración de compañía, escucha y contacto personal.
- Atención psicosocial. Desarrollar técnicas de intervención orientadas a que se relacione, incremente su autonomía y salga de casa. Es necesario por tanto que el profesional posea habilidades suficientes de manejo de intervenciones.
- Atención familiar. La familia padece una situación de estrés y desesperanza, y un apoyo externo permite controlar el estrés y dar un tiempo de respiro.

## 24. Organización de las sesiones en el domicilio

### 24.1. DISEÑO DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN

Debido al esfuerzo que supone llevar la intervención al domicilio del paciente (tiempo y desplazamiento) es fundamental no dejar los contenidos de lo que se va a tratar con el paciente fuera del control del profesional y evitar funcionar haciendo una intervención poco estructurada o dirigida. Para ello, previamente a cada sesión de intervención en el domicilio se debe formular un plan de contenidos, una agenda y una estructura para cada sesión.

Los principales objetivos de los programas de rehabilitación psicosocial son (a) disminuir el déficit en el funcionamiento, (b) adquirir habilidades de afrontamiento personal y

social y (c) prevenir recaídas sintomáticas e incrementos en el deterioro. Estos objetivos se consiguen entrenando al usuario (a) a aprender a identificar factores de riesgo y (b) a incrementar sus factores de protección.

El aprendizaje encaminado a la solución de problemas es importante en cada una de las sesiones. Aunque el objetivo principal es reducir el deterioro y mejorar la autonomía, los pasos a seguir en las sesiones consisten en la solución de problemas concretos. El usuario y su familia deben aprender a afrontar los problemas cotidianos así como a resolverlos. El énfasis en cada sesión será pues el aprendizaje y práctica de una técnica o habilidad. Por tanto, el objetivo a largo plazo será generar habilidades para adaptarse a sus circunstancias personales y ambientales y para hacer frente a las emociones y comportamientos inadecuados y desadaptativos.

A continuación se exponen algunos conceptos importantes para diseñar las sesiones de rehabilitación en el medio del paciente.

- Hacer la agenda de la sesión

Elaborar una agenda para cada sesión significa proporcionar una agenda que detalle los contenidos a tratar. Así, profesional y paciente programan unos contenidos determinados al comienzo de cada sesión.

La agenda de la sesión depende de varios factores.

- Los progresos del usuario.
- Los problemas que más le preocupan en este momento.
- La intensidad o gravedad del deterioro.
- Los contenidos y asuntos pendientes de sesiones anteriores.
- La “agenda secreta” del usuario, en relación a temas que esté reacio a tratar.

Inicialmente es conveniente que sea el profesional quien seleccione las tareas a tratar, luego se exponen al usuario para llegar a un consenso sobre la prioridad de los temas. A continuación se exponen las estrategias a trabajar para abordar los contenidos de la sesión de ese día.

Por tanto, la aplicación de los programas e intervenciones en el domicilio consiste en programar una agenda para la sesión al principio de ésta. Los objetivos y contenidos se enumeran al comienzo: los asuntos a tratar y las estrategias o técnicas de solución propuestas (role-playing, discusión de pensamientos y creencias, elaborar un dieta, llegar a un acuerdo sobre su dinero semanal, planificar un contacto social para la semana, etc...) Ya que el desplazamiento del profesional y el tiempo asignado a la sesión serán limitados, la elaboración de la agenda de las sesiones resulta un tema crucial para utilizar el tiempo de la intervención.

- Pedir feedback al usuario durante la sesión

El feedback durante las sesiones es importante para asegurar una buena relación profesional. Se debe animar al paciente a verbalizar sus sentimientos y preocupaciones

sobre las sesiones, las tareas asignadas, el propio profesional, etc. Desde la primera sesión se debe pedir al paciente que manifieste su acuerdo o desacuerdo en todo momento. Es de esperar que en principio se muestre reacio, no sepa qué decir o tenga miedo al rechazo si expresa desacuerdo sobre algo. Por ello, debe ser el terapeuta quien busque el feedback activamente, haciendo preguntas.

- Hacer resúmenes

Hacer resúmenes intercalados varias veces en las sesiones es importante para enfatizar lo que se está tratando. También es conveniente pedir al paciente que haga resúmenes breves sobre lo que se está tratando en la sesión. Esto último es necesario para determinar si comprende las explicaciones que se están dando.

Al menos hay tres resúmenes clave en cada sesión: 1) al principio para repasar la agenda de la sesión, 2) a la mitad, 3) al final, incluyendo los aspectos principales tratados.

Hacer resúmenes y pedir feedback facilita el desarrollo de la sesión y la relación de confianza.

- Participación de familiares y cuidadores en las sesiones

En muchas sesiones participarán los cuidadores o familiares principales. El profesional debe juzgar cuándo deben participar y debe acordarlo previamente con el paciente. Resulta imprescindible que las personas significativas entiendan el procedimiento a seguir, las tareas intersesiones y el modo en que pueden ayudar en realizar las tareas programadas.

## 24.2. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES EN EL MEDIO Y EN EL DOMICILIO DEL USUARIO

En este apartado se describe la estructura de las sesiones. Haciendo una diferenciación entre la sesión inicial y las sesiones de desarrollo. Aquí se describen las sesiones cuando el paciente ya está preparado para comenzar con los programas, ya se ha establecido el primer contacto y ya se ha realizado la evaluación funcional.

Deben reservarse las dos primeras sesiones para la detección de expectativas, explicación del programa o programas a seguir, objetivos planteados y pedir feedback sobre ello. Se perfila un concepto general de intervención orientado al aprendizaje de habilidades y se hace énfasis en la práctica de habilidades mediante las tareas para casa.

Aunque todas las sesiones tienen un formato similar, la primera y la siguiente difieren. A continuación se detalla la estructura de cada una de ellas.

### A) Sesión de inicio

- Agenda de la sesión

1. Explicación de las normas de funcionamiento
2. Explicar los objetivos a conseguir a medio plazo.
3. Hacer preguntas.
4. Reafirmar la comprensión de los objetivos personales.
5. Describir de forma general los programas de intervención y las técnicas a tratar.
6. Describir la estructura de las sesiones.
7. Entregar un cuaderno personal para las anotaciones y tareas para casa.
8. Explicar el rol del profesional en las sesiones.
9. Incidir en la importancia de las tareas para casa.
10. Hacer preguntas.
11. Hacer un resumen.

- Duración

Una hora y media con descanso. Se pueden tratar los contenidos de la sesión en dos sesiones de menor duración.

- Detalle de contenidos de la agenda de sesión

Como se aprecia la primera sesión se divide en dos partes: una primera de explicación de objetivos y una segunda de presentación de lo que se va a ir viendo en las sesiones.

1. Las normas generales son:
  - Confidencialidad de los temas tratados en las sesiones.
  - Puntualidad en el comienzo.
  - Avisar con un día de antelación si la sesión no se puede desarrollar para evitar el desplazamiento del profesional.
  - Llevar al día el cuaderno personal.
  - Realizar las tareas para casa.
2. Incidir en que se queden claros los siguientes objetivos.
  - Mejorar el conocimiento de sus habilidades y capacidades.
  - Aprender a afrontar sus dificultades con nuevas habilidades.
  - Aprender técnicas específicas de autonomía, autoestima y relación social.
  - Facilitar el control de los factores de riesgo.
  - Incrementar la sensación de control y autoeficacia.
  - Mejorar o cambiar la relación con los familiares significativos.
  - Participar en sociedad de manera graduada.
3. Hacer preguntas.
  - Hacer preguntas sobre los objetivos.
  - Fomentar comentarios positivos y expectativas de logro.
4. Exponer los objetivos individuales del paciente/usuario en la intervención. Debe contemplar al menos lo siguiente:
  - Sus dificultades principales y limitaciones en su vida cotidiana.
  - Sus factores de protección.



- El énfasis en la posibilidad de aprender competencias de afrontamiento para aplicar a sus problemas.
  - Conectar áreas problema actuales con posibilidades de control y mejora.
  - Graduar los principales objetivos en dificultad y prioridad.
  - El profesional debe encontrar en este momento ejemplos del propio paciente:
    - Respuestas ante situaciones concretas.
    - Situaciones desagradables que se repiten con frecuencia.
    - Síntomas cognitivos y emocionales.
    - Motivación o desesperanza como consecuencia del afrontamiento inadecuado.
5. Explicar los contenidos generales del programa individual, describiendo alguna de las intervenciones y técnicas. Se comentan los contenidos más destacables de los programas en los que se le va a incluir para que tenga una idea de lo que se va a trabajar durante las sesiones.
- Los entrenamientos en AVD permitirán adquirir mayor independencia y seguridad personal (manejar su dinero, organizarse en la casa, etc.).
  - Las estrategias de solución de problemas pueden mejorarle y reducir el estrés.
  - La manera de relacionarse influirá en la autoestima.
  - El uso de la comunidad y salir a la calle a realizar tareas incrementa la autoconfianza.
  - Encontrar alguna ocupación o afición mejora la capacidad de disfrute,

Se pueden poner ejemplos de cómo se hará para entrenar sus habilidades para buscar recursos comunitarios, usar los electrodomésticos, concertar una cita social o elaborar una dieta equilibrada, entre otros.

6. Concretar la hora, lugar y días de las sesiones.
- Duración: 1 hora.
  - Frecuencia: 1 ó 2 veces por semana.
  - Asistencia: en caso de no asistir, avisar con antelación.
  - Lugar: domicilio o comunidad.
  - Nº de sesiones: Sesiones semanales y quincenales durante un mínimo de 1 año.
  - Estructura de las sesiones: revisión de tareas asignadas, explicación de la agenda de la sesión, ejercicios de entrenamiento y ensayo de una habilidad, asignación de tareas para practicar hasta la siguiente sesión.
7. El cuaderno servirá de guía para el paciente.
- Estará en blanco inicialmente.
  - Se pone el nombre en la tapa.
  - Se irá rellenando con información, registros, esquemas y ejercicios de las tareas para casa.
  - Es conveniente hacer una revisión periódica del cuaderno para comprobar que esté al día.
  - En la primera página se anotan los objetivos personales y se firma por el usuario y el profesional.
8. Explicar el rol del profesional.
- Dirigir las sesiones de entrenamiento en habilidades.



- Explicar cómo usar una habilidad nueva.
  - Evaluar los aciertos y errores y el logro de objetivos.
  - Sirve de guía, refuerza y anima.
9. Incidir en la importancia de las tareas para casa.
- Son el nexo entre la sesión y la vida real.
  - Las tareas serán cognitivas (reflexionar o anotar pensamientos), conductuales (hacer una conducta) y sociales (contactar con alguien).
10. Hacer preguntas y dar feedback.
- Dar feedback positivo por la atención prestada.
  - Hacer preguntas para pedir su opinión.
11. Resumen y fin.
- Animar a hacer un resumen con sus palabras.
  - Asegurarse de que entiende la estructura y objetivos de la intervención.

## **B) Sesiones siguientes**

El formato de las sesiones es el siguiente:

- Información y discusión sobre una nueva habilidad a aprender.
- Enseñanza de habilidades por medio de práctica y ensayo en la sesión.
- Tareas para casa.

Al inicio de cada sesión el terapeuta repasa las tareas para casa, refuerza y/o analiza problemas en su puesta en marcha, generando alternativas de solución. Se debe estimular al paciente a que practique las habilidades aunque al principio si es necesario se utiliza ayuda externa de los familiares, recuerdos telefónicos o contratos conductuales.

En siguientes apartados se hará énfasis en los factores cognitivos como mediadores de la capacidad de aprendizaje de habilidades. Se debe buscar una óptima adecuación con el nivel cognitivo del paciente. Así, es posible distinguir entre sesiones estructuradas, semiestructuradas y flexibles en función de la mayor o menor complejidad cognitiva de éstas. Las sesiones informativas son más estructuradas, al requerir de mayor número de conceptos y la tarea del profesional es más directiva. Las sesiones de entrenamiento son semiestructuradas o flexibles (generar alternativas, programar la ejecución de un comportamiento, etc...).

- Agenda de las sesiones de desarrollo
  1. Revisión de la sesión anterior.
  2. Revisión de las tareas asignadas.
  3. Explicación y ensayo de técnicas y habilidades.
  4. Asignación de tareas.
  5. Cierre y feedback positivo.

- Duración  
Una hora.
- Frecuencia  
Una o dos veces por semana.
- Detalle de la agenda de sesiones de desarrollo:
  1. Revisión de la sesión anterior (10 min).
    - Objetivos de la sesión anterior.
    - Revisión de progresos personales.
  2. Revisión de las tareas asignadas (15 min).
    - Repaso de autorregistros del cuaderno.
    - Revisión del proceso realizado (lugar, hora y conductas).
    - Feedback correctivo y positivo.
  3. Explicación y entrenamiento en técnicas y habilidades (30 min).
    - Explicación mediante instrucciones verbales.
    - Demostración del uso de la habilidad (cómo y cuándo).
    - Ensayos conductuales durante la sesión.
  4. Asignación de tareas (10 min).
    - Explicación detallada de cómo realizar la tarea (lugar, momento del día, personas presentes, conductas a realizar).
    - Uso de autorregistros escritos de recuerdo.
    - Énfasis en el registro posterior de la tarea y valoración del éxito logrado.
  5. Cierre y feedback positivo (5 min.).
    - Logros alcanzados en la sesión.
    - Refuerzo positivo por el esfuerzo.
    - Resumen de la sesión con las palabras del paciente.
    - Incorporación en esta última parte si procede, del familiar – cuidador.

### **24.3. DESARROLLO PRÁCTICO DE LAS SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES**

Por su importancia en el trabajo rehabilitador, a continuación se detallan las sesiones de entrenamiento en habilidades. En todas las sesiones deben estar presentes dos elementos básicos: la información y el aprendizaje de habilidades. Se debe conseguir un equilibrio entre ambos componentes. Solo con la información no se logra un cambio en las conductas. Normalmente el grueso del trabajo consistirá en el entrenamiento para adquirir o recuperar una habilidad que sirva para dar respuesta a un problema práctico de la vida diaria. Así, las sesiones de entrenamiento en habilidades se desarrollan para: buscar intereses y recursos de ocio, habilidad para conversar con alguien, manejar adecuadamente la medicación, utilizar recursos comunitarios, aprender un buen hábito de sueño, etc.

Las sesiones de entrenamiento en el domicilio o en el medio, son individuales y deben diseñarse previamente por el profesional respecto a: objetivos, contenidos, materiales y tareas a encomendar. Normalmente la estructura de la sesión estándar de entrenamiento en habilidades sirve tanto para la intervención individual como grupal:

- Repaso de los contenidos de la sesión anterior. El repaso se hace con las aportaciones del usuario.
- Corrección de las tareas asignadas durante la semana.
- Resumir los contenidos que se van a abordar haciendo hincapié en los beneficios de estos.
- Explicar los objetivos de la habilidad.
- Visionar una demostración de la habilidad (modelo).
- Se ensayan las habilidades a adquirir.
- Se resaltan los aspectos positivos y se sugieren mejoras en la ejecución del usuario.
- Se repiten los ensayos siguiendo los pasos anteriores.
- Se resume la sesión.
- Se asignan tareas para la semana.

Esta metodología de sesión es la recomendada en los manuales de entrenamiento. En el caso de las sesiones en el medio o en el domicilio habría que seguir este esqueleto básico, pero teniendo en cuenta algunos aspectos muy específicos del contexto de entrenamiento que hace necesario planificar la metodología de la intervención de forma más ajustada (p.e: presencia de la familia en los entrenamientos o las sesiones, entrenamiento en el hogar, ausencia de modelos iguales durante las sesiones).

Para el entrenamiento de cada habilidad serán necesarias varias sesiones. Esta secuencia proporciona una base para el entrenamiento y una estructura que guía la atención del paciente y el terapeuta. El objetivo de la explicación inicial es crear expectativas de éxito y transmitir entusiasmo. El núcleo central de la sesión son los ensayos de la habilidad en situaciones simuladas o reales. Es necesario que el terapeuta organice el entorno de las sesiones con elementos facilitadores (cuaderno, pizarra, rotuladores de colores, teléfonos, periódicos, electrodomésticos, etc.). El modelado consiste en que el terapeuta ejemplifica la habilidad en un contexto simulado o real, mientras que el usuario observa y se imagina practicando esa habilidad. Las tareas intersesiones servirán para que practique la habilidad en el entorno real natural, solo o acompañado.

Algunos consejos generales para facilitar las sesiones de aprendizaje son: preparar los materiales que se utilizarán con antelación, conseguir silencio o evitar distracciones, empezar puntualmente, utilizar incentivos naturales durante y después de la sesión (bebidas, aperitivos, etc...).

- Procedimiento general de entrenamiento de una conducta durante la sesión

A continuación se describe cómo llevar a cabo la sesión de entrenamiento, indicando cada paso a realizar durante el entrenamiento. En los cuadros de texto se exponen las conductas del terapeuta que favorecen el aprendizaje.

### 1. Evaluar el punto de partida

Son las evaluaciones que se realizan antes de hacer algún entrenamiento. Sirven para ver el nivel de entrenamiento que se necesita en esa conducta.

### 2. Instrucción sobre las conductas a entrenar en la sesión.

#### COMPROBAR EL PUNTO DE PARTIDA

El terapeuta se puede basar en registros de observación semanal de la familia.

También puede dar una indicación para que el paciente haga la conducta y observar el desempeño.

Se explica la conducta que se va a aprender. Se ayuda a la persona a comprender los objetivos de la habilidad, los pasos para conseguir los objetivos y los beneficios que se lograrán si esos objetivos se consiguen.

#### FIJACIÓN DE OBJETIVOS

- Relaciona los contenidos de esta sesión con los de sesiones anteriores.
- Expone objetivos específicos para la sesión.
- Pide al usuario que verbalice los objetivos.
- Pide aprobación de los objetivos.

#### DA INFORMACIÓN

- Hace preguntas para asegurarse que está atendiendo a la información.
- Responde a las preguntas.
- Comprueba que se han entendido las explicaciones.

### 3. Modelado de habilidades

Consiste en mostrar la ejecución correcta de la habilidad que se va a enseñar. Se puede repetir el modelado hasta que se haya entendido. Se debe tener claro cuáles son los pasos a modelar. Por ello el terapeuta previamente listará los pasos de la habilidad completa.

#### MODELANDO COMPORTAMIENTOS

- Procura que el modelo sea breve.
- Pregunta repetidamente para comprobar la comprensión de lo observado.
- Puede seleccionar a modelos distintos al terapeuta.
- Utiliza si es posible más de un modelo.
- Combina el modelado con explicaciones simultáneas.

### 4. Práctica o ensayo de la habilidad.

Se pide al usuario que haga la habilidad. Después de hacerla, el profesional hace una revisión de los pasos para comprobar hasta qué punto ha ejecutado correctamente la habilidad. Hay que proporcionar feedback positivo para mejorar el desempeño. Los ensayos se repiten tantas veces como sea necesario para lograr buenas ejecuciones. Se pueden dar ayudas verbales o no verbales, que progresivamente se irán desvaneciendo.

#### **DIRIGIR LOS ENSAYOS.**

- Describe la escena con claridad.
- Se asegura de que se comprenden los objetivos a alcanzar.
- Ayuda durante el ensayo haciendo de apuntador.
- Detiene el ensayo si se producen comportamientos no deseados.
- Pide y da feedback positivo después del ensayo.
- Proporciona feedback en términos conductuales.
- Evita abrumar al paciente y simplifica los pasos de cada habilidad.

### 5. Reforzamiento verbal

Se dispensan elogios verbales sobre los pasos y las conductas emitidas.

#### **APOYO VERBAL**

- Felicita comportamientos específicos justo después de que se produzcan.
- El comportamiento no verbal del terapeuta es consecuente con las felicitaciones y comunica calor
- El terapeuta aprovecha cualquier logro para transmitir apoyo verbal.

### 6. Solución de problemas

Se utiliza esta estrategia para aprender a resolver problemas que pueden surgir al hacer la actividad. El profesional puede plantear obstáculos posibles que pueden aparecer y después orientar para el proceso de solución de problemas.

#### **ANTICIPAR PROBLEMAS**

- Anticipar consecuencias si el entorno o la gente no responden como él/ella esperaba.
- Introduce posibles obstáculos que requieren una adaptación de la habilidad aprendida.

### 7. Tareas para casa

Para que interiorice y generalice lo aprendido, debe practicar en su entorno el paciente solo, tanto como sea posible. Realizará las conductas por su cuenta, al principio pudiendo contar con la presencia del terapeuta o de un familiar (que hará de simple observador) y luego el usuario sólo. El profesional observa y da refuerzo verbal. El profesional será más un guía, un facilitador, tratando de dar la mínima ayuda necesaria.

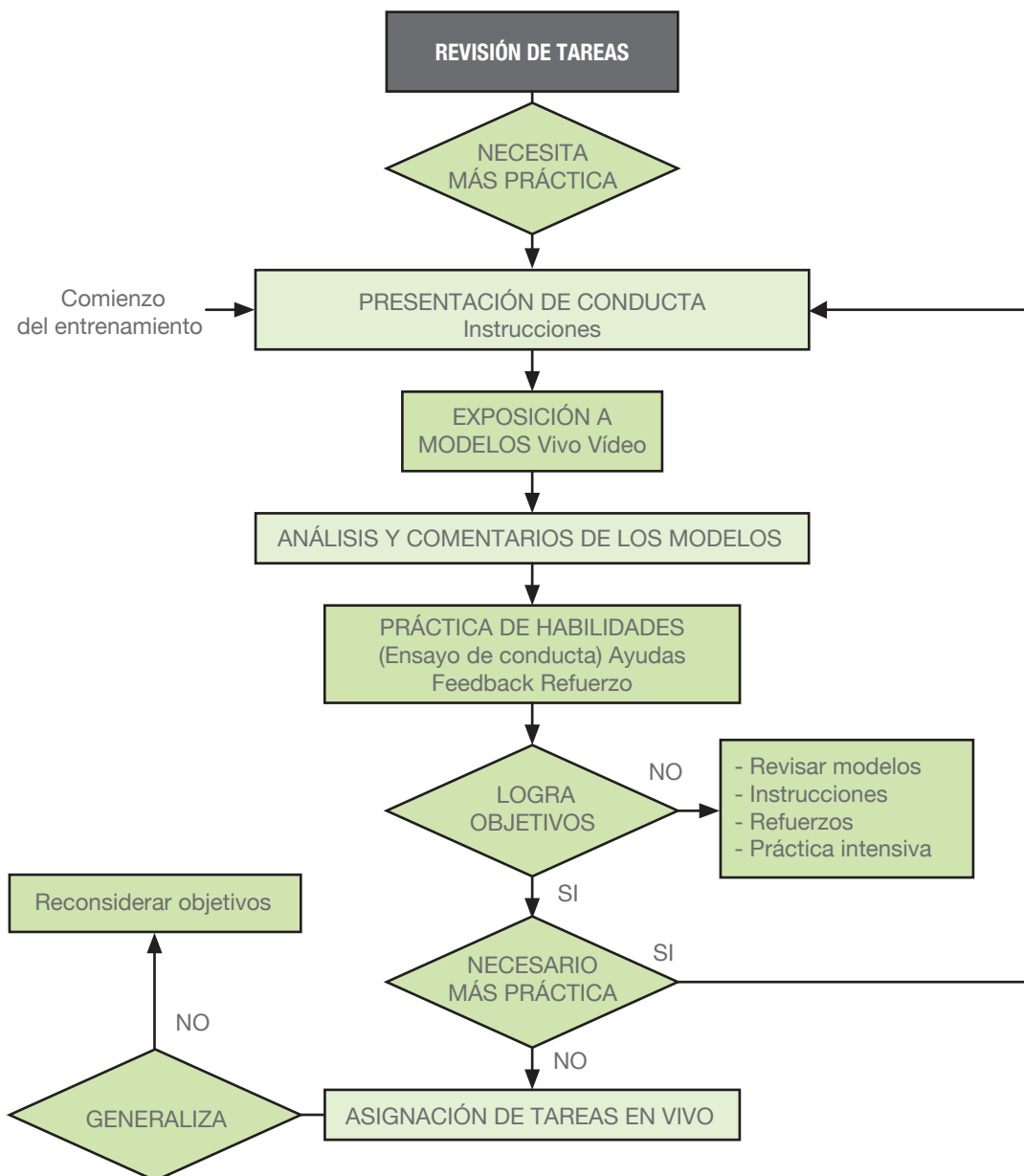
#### **DAR INSTRUCCIONES PARA LAS TAREAS EN VIVO**

- Da instrucciones antes de practicar los comportamientos.
- Debe especificar el comportamiento llevar a cabo.
- Deja los pasos de la tarea por escrito.
- Busca la ayuda o supervisión de terceros.
- Anticipa feedback positivo.
- Planifica lugar, día, hora y contexto para hacer la tarea.
- Se asegura de que ha comprendido.

## 8. Registrar conductas

Se pide al usuario que registre su ejecución de la habilidad después de hacerla, en un registro previamente diseñado (p.e. lugar, personas, conducta y grado de éxito conseguido).

Figura 24.1. Procedimiento de una sesión de entrenamiento de habilidades.



## 24.4. TRES PASOS PARA EL DESARROLLO EFECTIVO DE LAS SESIONES EN EL MEDIO

El entrenamiento en el medio debe buscar el desarrollo de habilidades de autocontrol conductual o determinadas claves de estímulos ambientales que guíen la conducta del usuario durante los periodos de ausencia del terapeuta (las visitas para las sesiones

pueden estar limitadas en frecuencia y disponibilidad del profesional y la discontinuidad o desvinculación es un factor de riesgo común). Esto se debe buscar mediante la focalización de la intervención hacia elementos que faciliten la continuidad con las pautas establecidas por el terapeuta durante la sesión.

Los pasos a tener en cuenta en la adquisición de las técnicas en el medio son: a) motivación y comprensión; b) planificación ambiental; c) programación de las conductas a realizar y las consecuencias. En los siguientes cuadros se detallan estos pasos.

*Cuadro 24.1. Pasos a tener en cuenta para el desarrollo de las sesiones de entrenamiento en el medio del usuario.*

### **1.- MOTIVACIÓN.**

Explicar al usuario la importancia de la habilidad o técnica a desarrollar y cómo puede mejorar su situación. Se puede elaborar un listado de consecuencias negativas que se deriven de su funcionamiento actual y de las consecuencias positivas de realizar lo que se le plantea (p.e.: aspecto físico, aburrimiento, autoestima, mejora física, motivación, etc.). Otra manera es mediante el uso de autorregistros que traten que el sujeto identifique sus problemas en relación a hechos y situaciones concretas, dejando de definir sus problemas en términos vagos (“ser despistado, no tener fuerza de voluntad, ser un vago, ser tímido”, etc.). A través de los registros se pueden ir identificando los estímulos discriminativos causantes de esos comportamientos negativos (efectos secundarios de la medicación, miedo a hacer algo mal, dormir poco, personas de la familia que hacen las cosas en su lugar, desconocer dónde están los teléfonos de un recurso, etc.). Se puede discutir con el usuario cómo la manipulación de estos estímulos puede mejorar su desempeño (control de efectos secundarios, pactar con la familia acuerdos, hacer su propia agenda, etc.). Esto puede aumentar la percepción de control del usuario y motivarle hacia el trabajo con el terapeuta.

### **2.- PLANIFICACIÓN AMBIENTAL.**

Hay que preparar el ambiente de la sesión para facilitar el control del usuario. Se deben diseñar con él y con la familia las estrategias que lo permitan, por ejemplo: eliminar distractores, eliminar ruidos, buscar las horas de mayor rendimiento del usuario y planificar de antemano la duración de la sesión.

Este punto en sujetos excesivamente dependientes de ayudas externas familiares es muy importante pues habrá que planificar con los cuidadores su retirada de la sesión y su colaboración en los días entre sesiones.

También hay que planificar el ambiente en los días entre sesiones de cara a facilitar el recuerdo de las tareas encomendadas y su práctica. Por ejemplo “pactando” con la familia objetivos de autonomía doméstica, haciendo listados de tareas a realizar que estén en lugares visibles para todos, facilitar el contacto con un amigo que le acompañe a realizar una tarea, etc.

En el caso de pacientes aislados y alejados lo normal es encontrarse con una ausencia de estimulación ambiental, debido al empobrecimiento del contexto (padres muy mayores, escasa o nula red social, conductas pasivas y sedentarias) lo que facilita el aburrimiento y la desmotivación. En otros casos puede que exista un ambiente con una gran cantidad y complejidad estimular que facilite la distracción o desconcentración (t.v. puesta todo el día, exceso de rutinas rígidas de la familia como limpiar o respetar ciertos horarios, exceso de exigencias hacia el usuario como salir con la madre a pasear, hacer recados, limpiar, etc.). En los dos casos exige una planificación ambiental cuidadosa ya que hay una estimulación por defecto o por exceso que va a dificultar el dar continuidad a las intervenciones. En el primer caso se trataría de organizar un ambiente de rutina de programación diaria que facilite una mayor estimulación y activación; en el segundo caso habría que limitar los estímulos del ambiente con reducción de estímulos o estrategias de autocontrol interno (focalización atencional y autoinstrucciones).

### **3.- PROGRAMACIÓN CONDUCTUAL. PLANIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS Y LAS CONSECUENCIAS.**

Se deben modificar las consecuencias que recibe por las conductas problema en su ambiente natural y que sirven para mantenerlas. Por ejemplo: retirar recuerdos constantes y recriminaciones de la familia por ciertas tareas, así como planificación de recompensas contingentes con la realización de las tareas y nuevas habilidades (recados, asistencia autónoma a las citas médicas, manejo de su propio dinero, etc.). Es necesario que el profesional haga un listado de todos los posibles refuerzos contingentes que sean fáciles de aplicar para las nuevas conductas.

*Cuadro 24.2. Ejemplo para el desarrollo práctico de los tres pasos para el desarrollo de las sesiones en el medio del usuario.*

<p><b>1.- MOTIVACIÓN Y COMPROMISO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar listados de beneficios en distintas áreas como consecuencia de superar sus problemas. Ejemplos: poder ver una película, apuntarse a un curso, reducir broncas con el padre, ser independiente, tener más confianza en uno mismo, tener dinero, etc.</li> <li>- Elaborar listados con las consecuencias de seguir como está: inseguridad, no saber hacer algunas tareas, no poder aprender nuevas cosas, depender de alguien para cuidarse, etc.</li> </ul>
<p><b>2.- PLANIFICACIÓN AMBIENTAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar instrucciones escritas sobre las tareas a realizar. Ejemplos: tablas de alimentos, listas de la compra, cuadros de medicación, horarios de actividades a realizar fuera y dentro de la casa, extractos de movimientos bancarios, listado de teléfonos de recursos a llamar, etc. Todas las listas y registros hay que situarlos en lugares de la casa visibles, accesibles y por donde pase el usuario: frigorífico, aseo, tarjetas que lleve encima, uso de corchos y pizarras, etc.</li> <li>- Para el cambio ambiental que favorezca el desarrollo de las sesiones y el cumplimiento de las tareas se pueden seguir algunas instrucciones: usar relojes grandes, tener a mano materiales que tengan que ver con las habilidades a tratar (pastillas, dinero, fotografías, listines telefónicos, etc.)</li> <li>- La familia puede facilitar el aprendizaje de las habilidades entre sesiones aprendiendo a dar instrucciones de recuerdo, facilitar estrategias de recuerdo no verbal y facilitar el entorno ambiental.</li> </ul>
<p><b>3.- PLANIFICACIÓN DE CONDUCTAS Y CONSECUENCIAS.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se deben planificar los objetivos sesión a sesión y de forma graduada. Llevando un registro de los objetivos se facilita el conseguir refuerzos positivos contingentes.</li> <li>- Se pueden asociar las sesiones con el profesional con claves reforzantes como: refrescos, meriendas o bebidas.</li> <li>- Dar pautas a la familia para otorgar refuerzos o en su caso establecer un sistema de puntos para que el profesional los revise en la sesión y entregue los refuerzos pactados previamente en ese momento.</li> </ul>

## 24.5. DISEÑO COGNITIVO DE LA SESIÓN

Cuando los pacientes tienen esquizofrenia es esperable que durante las sesiones existan déficit cognitivos que interfieran con la atención y el procesamiento. Si el sujeto ha estado muy aislado y además presenta un cuadro de esquizofrenia los trastornos cognitivos pueden convertirse en la característica fundamental. Una deficiente capacidad para dirigir la atención hacia aspectos relevantes, para clasificar y almacenar la información y para dirigir los pensamientos hacia metas puede ser la causa de la ineficacia de las sesiones para adquirir o recuperar habilidades. Así, cuando haya déficit cognitivos habrá que tener en cuenta:

- Existirá una capacidad reducida para procesar e interpretar la información recibida.
- La capacidad mermada para procesar puede dar lugar a incapacidad para manejar con eficacia los conocimientos y habilidades entrenadas.
- Habrá una dificultad para acceder a la información de la memoria cuando la necesiten posteriormente.
- La capacidad para hacer planes e involucrarse en situaciones nuevas puede estar limitada.

Los componentes cognitivos a considerar como más relevantes para el desarrollo de las intervenciones son:



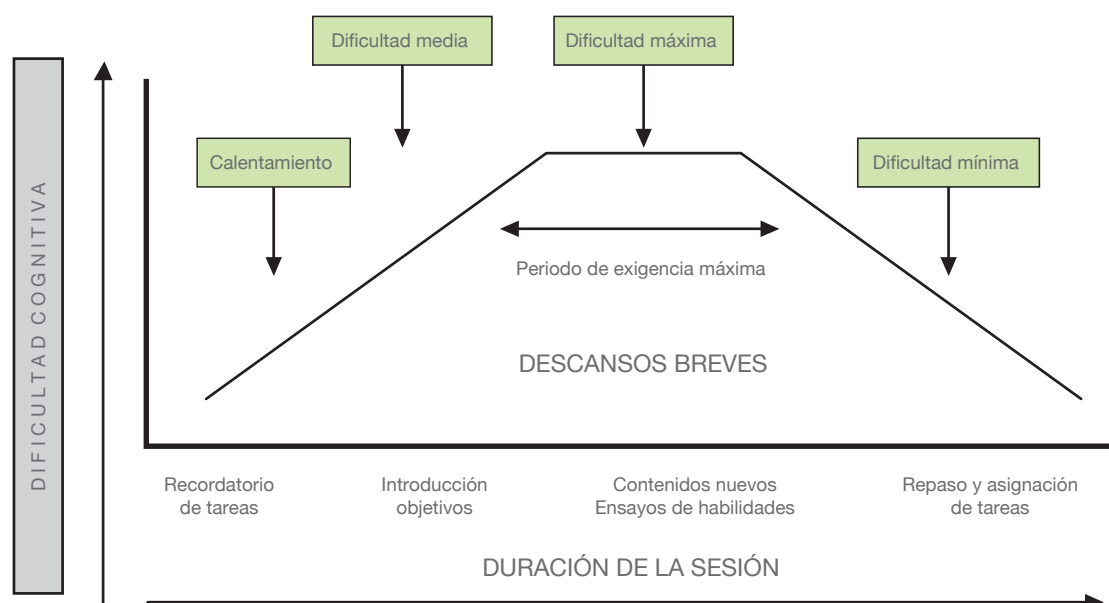
- Atención. Una atención limitada implica memoria deficiente e integración de la información defectuosa.
- Memoria. Problemas de memoria limitarán la adquisición de habilidades, la respuesta a las intervenciones y la realización de las tareas caseras.
- Expectativas. Las expectativas de resultados del sujeto determinan el patrón de comportamiento. Expectativas de fracaso o ansiedad inhibirán el aprendizaje de nuevas habilidades.
- Auto-evaluación. La discriminación de las conductas adecuadas e inadecuadas y las autoevaluaciones positivas o negativas sobre su desempeño implican continuidad o abandono de la actuación.

Es importante graduar la sesión de entrenamiento, ordenando los contenidos en dificultad cognitiva. A lo largo de la sesión debe haber un momento inicial de toma de contacto. En este periodo la exigencia cognitiva no debe ser muy elevada, por ello se debe empezar por ordenar lo que vamos a hacer, así como repasar aspectos ya abordados. En un segundo momento se debe avanzar a una mayor exigencia, este momento es el más adecuado para transmitir información nueva. Paulatinamente aparecerá el cansancio, y es la ocasión para realizar lo más fácil de la sesión. Resumiendo, la sesión se inicia con una dificultad intermedia, continua con dificultad máxima y termina con dificultad mínima.

Durante la sesión se pueden hacer descansos. Los descansos deben ser breves (de 5 ó 10 minutos) y se emplean para tareas que no requieran atención como estirar los músculos, ir al servicio, etc. Por tanto hay actividades que no deben ni intentarse para el descanso como: oír música, encender la t.v. o salir a un recado, ya que es fácil que no controlemos su duración y provoquen una “ruptura cognitiva” de la sesión.

Al final hay que revisar con el paciente cual ha sido el rendimiento y los contenidos más difíciles.

Fig. 24.2. Desarrollo cognitivo de la sesión



Algunas estrategias cognitivas pueden ser las siguientes:

- Estrategias que ayudan a minimizar la influencia de los déficit cognitivos durante las sesiones.
  - Dar poca información
  - Hacer preguntas y fomentar la participación
  - Hacer sesiones cortas de tiempo
  - Utilizar recursos visuales (dibujos, pizarra, videos, etc.).
  - Hacer resúmenes frecuentes de la información.
  - Encuadrar los objetivos de las sesiones.
  - Proveer fichas de recuerdo por escrito después de la sesión.
  - Hacer llamadas por teléfono entre sesiones para recordar temas.

Puede añadirse, como componente más, a la estructura cognitiva de la sesión la enseñanza de habilidades específicas de procesamiento de la información que consiste en guiar el procesamiento de la información del paciente durante la sesión por etapas: recepción, procesamiento y respuesta.

- Estrategias para guiar el procesamiento de la información por etapas cognitivas durante la sesión

Consiste en añadir preguntas y moldear las respuestas del paciente después de dar información o ensayar cualquier habilidad. Se muestra en el siguiente cuadro:

PROBLEMA COGNITIVO	ESTRATEGIA
<b>RECEPCIÓN E INTERPRETACIÓN</b>  Bloqueo cognitivo por capacidad limitada Bajo nivel de discriminación Enlentecimiento	Preguntar: ¿cuál es el objetivo, que has entendido, cuándo lo tienes que hacer, quién participa, qué tienes que hacer tú, qué tienen que hacer los demás,...?
<b>PROCESAMIENTO PARA GENERAR RESPUESTAS ADECUADAS A LAS DEMANDAS</b>  Enlentecimiento en tomar decisiones Precipitación de conclusiones Tendencias a anticipar lo negativo	Preguntar: ¿cómo lo tienes que hacer, qué hace falta, qué conseguirás si lo haces, qué pensarán los demás, qué pasarán si no sale bien?
<b>HABILIDADES DE RESPUESTA</b>  Fracaso en discriminar acciones apropiadas Distorsiones cognitivas de ejecución negativa Carencia de retroalimentación	Preguntar: ¿se me entendió bien, me olvidé de algo, conseguí el objetivo?

Se trata de guiar al sujeto para que reciba e interprete la información identificando lo más importante, que anticipe la respuesta más adecuada y sus consecuencias, y por último que compare su ejecución con el objetivo para darse una retroalimentación de sus respuestas.

El déficit cognitivo también puede afectar a la generalización de los aprendizajes que aunque está potenciada por el hecho de intervenir en el medio del sujeto, debe planificarse por el profesional, en especial cuando se planifican intervenciones en ausencia del terapeuta. Algunas claves son:

- Planificar el ambiente con la familia para facilitar la ocurrencia de las habilidades.
- Asesorar a personas del entorno para que refuercen y animen al sujeto.
- Entrenar al sujeto en habilidades de autorrefuerzo.
- Entrenar al sujeto en procesamiento cognitivo: autoevaluación y recuerdo.
- Recuerdos periódicos intersesiones de los objetivos.

## 24.6. AUTOSUPERVISIÓN DE LAS SESIONES

Los profesionales y terapeutas que se desplacen al domicilio a trabajar con los pacientes más graves y aislados deben mostrar un alto entusiasmo en su trabajo. Es importante tener una visión optimista así como una aceptación incondicional de las dificultades con las que se encontrará. Esto es importante ya que es normal encontrar pacientes poco voluntariosos, y poco cooperativos, y con problemas graves en varias esferas vitales. El desafío principal puede ser el encontrarse pacientes que muestran fracasos repetidos en los tratamientos. Una rehabilitación “activa” implica un trabajo persistente con estos casos y no dejar nada al azar en los encuentros profesionales con los pacientes.

En este apartado se ofrecen algunas pautas para la auto-supervisión del profesional encargado de los pacientes que pueden ayudar a revisar las actitudes y conductas durante el proceso de rehabilitación.

Siguiendo a Albert Ellis (1992) en el cuadro 24.3 aparece una lista de preguntas que el profesional se puede hacer respecto a sus actitudes al tratar con pacientes difíciles.

*Cuadro 24.3. Auto-supervisión de las actitudes y acercamientos del terapeuta con pacientes difíciles (adaptado de Ellis et al., 1992).*

- ¿Comunico de manera entusiasta interés en ayudar aún cuando, él/ella no parece muy interesado?
- ¿Confío realmente en mi capacidad de ayudar a este paciente?
- ¿Dedico tiempo a los métodos que utilizo con este paciente y estoy dispuesto a aprender nuevos métodos si los que yo he seleccionado no sirven?
- ¿Estoy libre de prejuicios de terceros o míos propios respecto a este paciente y sus problemas vitales?
- ¿Estoy comunicándome eficazmente con el paciente con mi vocabulario y estilo cognitivo?
- ¿Acepto a este usuario/a independientemente de sus comportamientos negativos?
- ¿Soy capaz de reconocer cualquier actitud negativa hacia el usuario y trabajar para eliminarlas?

Puede resultar útil revisar notas de algunas sesiones y contestar las preguntas. También es conveniente revisar el proceso seguido y las técnicas empleadas. El proceso de

rehabilitación se debe revisar regularmente y de forma persistente. Para facilitar el seguimiento de las sesiones el cuadro 24.4 recoge un formulario para ser utilizado después de cada sesión. Esto puede ayudar a detallar si lo que el terapeuta hace corresponde con un acercamiento consistente a lo largo de varias sesiones, así como si se realizan actividades consideradas importantes en el proceso de rehabilitación psicosocial.

*Cuadro 24.4. Formulario de notas post-sesión  
(adaptado de Ellis et al., 1992).*

Sesión:.....

Fecha: .....

1. Evaluación de la presencia de emociones negativas.	
2. Evaluación de las resistencias de los comportamientos.	
3. Evaluación de la presencia de déficit cognitivos.	
4. Clarificación de situaciones problema.	
5. Ofrecimiento al usuario de una hipótesis sobre qué comportamientos y creencias está manteniendo.	
6. Enseñar la conexión entre conductas y consecuencias.	
7. Enseñar las ventajas de comportamientos alternativos.	
8. Asignación de tareas para casa.	
9. Evaluación de emociones, pensamientos y comportamientos que le ocurrieron al paciente cuando hizo las tareas asignadas.	
10. Explicar dudas y discutirlos.	
11. Ayudar al usuario a generar soluciones propias ante problemas y bloqueos.	
12. Ensayo conductual de nuevas habilidades.	
13. Modelado y demostración de nuevas habilidades.	
14. Evaluar los intentos del usuario para completar las tareas asignadas en la última sesión.	
Comentarios: .....	
.....	
.....	
.....	

También se pueden seguir algunas preguntas específicas para los pacientes crónicos con TMG, que se pueden auto-formular para un paciente específico. Un auto-conocimiento del trabajo con el paciente puede ayudar a redirigir el trabajo o para pedir ayuda a un supervisor, o confirmar que se va por el buen camino. Las preguntas están en el cuadro 24.5.

Cuadro 24.5. Auto-supervisión del trabajo con un paciente con TMG  
(adaptado de Ellis et al., 1992).

PREGUNTAS PARA FORMULARSE RESPECTO A CADA SESIÓN:
1. ¿He sido activo y comprometido?
2. ¿He evitado hacer juicios de valor mientras le ayudaba a identificar y trabajar sobre sus problemas?
3. ¿He definido claramente los objetivos de la sesión y redirigido la atención del usuario hacia ellos cuando era indicado?
4. ¿He sido concreto en mis propuestas y mis hipótesis sobre las conexiones existentes entre su vulnerabilidad y sus acciones?
5. ¿He evitado interpretaciones de todo o nada sobre los problemas del paciente y he trabajado por corregirlas cuando se han realizado?
6. ¿He reducido la ansiedad para hacer la sesión tolerable cuando se ha manifestado malestar en el paciente?
7. ¿He revisado las tareas para casa asignadas anteriormente y he implicado al paciente para diseñar las tareas de esta sesión?
8. ¿He inducido al usuario a revisar su progreso?
9. ¿He facilitado el contexto para enseñar nuevas habilidades?
10. ¿He ayudado a identificar los problemas diarios cuando aparecen en la vida cotidiana y he sido convincente en mis esfuerzos para solucionar el problema?
11. ¿He evitado catalogar ideas, pensamientos, conductas y emociones del paciente como enfermos, raros o patológicos?

## 24.7. RESUMEN: PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES EN EL MEDIO DEL USUARIO

Resumiendo, en la aplicación de los programas de rehabilitación mediante las intervenciones individuales en el medio o en el domicilio se debe seguir una metodología en las sesiones que de una manera general y resumida incluya las siguientes pautas.

- Buscar beneficios y consecuencias positivas para implicarse en la intervención propuesta.
- Desarrollar objetivos graduados.
- Establecer horarios y lugar para las visitas.
- Hacer una agenda de cada sesión.
- Adecuar el ambiente durante la sesión y entre sesiones.
- Distribuir las tareas entre sesiones.
- Controlar las consecuencias.
- Reforzar por las habilidades practicadas.
- Revisar en cada sesión las actividades y objetivos.
- Controlar el esfuerzo cognitivo de la sesión.
- Planificar técnicas paliativas de los déficit cognitivos.
- Autosupervisión de las sesiones.







PARTE  
Quinta

*Descripción de los  
programas y de las pautas  
de intervención.*



## 25. Introducción a la quinta parte

En esta parte se presentan los programas de intervención que se han seleccionado para la aplicación en el medio del usuario. En lo fundamental se trata de intervenciones que se han ido desarrollando por los equipos de rehabilitación que han ido trabajando durante estos últimos años. Con el tiempo podemos concluir que estas intervenciones son eficaces y ayudan a usuarios y familias a sobrellevar la enfermedad mental y afrontar sus consecuencias negativas.

## 26. Un abanico de tratamientos posibles

La atención que se preste debe tener en cuenta la situación particular de cada persona y plantearse diversos objetivos: facilitar los procesos de recuperación, fomentar las habilidades de adaptación de las personas, aliviar los síntomas y mejorar su funcionamiento.

Los resultados de estudios evolutivos indican que a los 6-10 años de comienzo del trastorno las repercusiones psicopatológicas puede que no disminuyan ni en el paciente ni en los familiares, lo que sugiere que la evolución de un trastorno como por ejemplo la esquizofrenia es negativa y por tanto plantea la necesidad de seguimiento y continuidad de la asistencia a largo plazo. Este seguimiento debe hacerse especialmente en los grupos de alto riesgo entre los que se pueden incluir:

- Personas que presentan síntomas clínicamente significativos y persistentes en el tiempo.
- Personas que presentan limitaciones en el funcionamiento como consecuencia del trastorno.
- Familiares desbordados por el cuidado.
- Personas que tienen asociados otros trastornos psicológicos.
- Personas cuyos síntomas negativos de psicosis son particularmente intensos y de larga duración.
- Personas con una especial vulnerabilidad debida a factores de riesgo ambientales asociados, como por ejemplo vivir en un contexto que suponga una dificultad para la atención.

Aunque estas ideas no son nuevas, su reconocimiento, junto con la obligación de integrar la rehabilitación psicosocial dentro un plan global de tratamiento sigue constituyendo un importante reto en las zonas rurales.

Por otro lado, la secuencia de implantación de los programas debe seguir un orden o secuenciación por fases, aunque es normal que las intervenciones se solapen. Dentro de un modelo de intervención basado en fases, los programas de rehabilitación psi-

cosocial que se presentan en este libro se enmarcarían entre las actuaciones dirigidas a facilitar la recuperación mediante la difusión de información y la educación sobre la enfermedad y el entrenamiento en habilidades. La utilidad que pueden tener se debe valorar en el marco del resto de intervenciones contempladas en el cuadro 26.1. Es más, su utilización requiere de la integración en un plan global de actuación que ponga en marcha las restantes intervenciones del cuadro 26.1.

*Cuadro 26.1. Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases del TMG (tomado de Emeterio et al.).*

FASE AGUDA (CRISIS)	FASE DE ESTABILIZACIÓN (POSTCRISIS)	FASE ESTABLE (MANTENIMIENTO)
<p><b>INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico (c).</li> </ul> <p><b>INTERVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones psicosociales destinadas a reducir las relaciones, situaciones y episodios vitales que puedan resultar estresantes o sobreestimulantes, favoreciendo la relajación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes, en un entorno estructurado y de baja exigencia funcional (c).</li> </ul>	<p><b>INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de educación eficaces para el autocontrol de la medicación, de los síntomas y las habilidades sociales básicas (a)</li> <li>- Información a la familia sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento del estrés o de entrenamiento en solución de problemas (a)</li> </ul> <p><b>INTERVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoterapia grupal. Técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz (a).</li> <li>- Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos resistentes a la medicación (a).</li> <li>- Psicoterapia individual centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables (c).</li> <li>- Intervención individual/grupal. Incluir visita semanal durante 1 año y posteriormente según la evolución, ya que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de 1 semana (c).</li> </ul> <p><b>INTERVENCIÓN FAMILIAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje familiar en pacientes moderadamente o gravemente discapacitados y, sobre todo, en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente, valoración de forma individualizada. Debe combinarse con el resto de intervenciones (a).</li> <li>- Programa para grupos familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado; con duración no inferior a 6 meses (a).</li> </ul>	<p><b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoterapia grupal. Se recomienda periodicidad semanal o quincenal, así como la continuidad de la intervención a lo largo del tiempo (c).</li> <li>- Psicoterapia individual de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce las recaídas y potencia la función social y laboral (a).</li> <li>- Rehabilitación psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en habilidades sociales según el modelo de solución de problemas a pacientes discapacitados (a).</li> <li>Rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente para la prevención de recaídas y la adaptación social (a).</li> <li>Rehabilitación laboral en programas de empleo con apoyo (a).</li> <li>Programas de psicoeducación de familias durante periodos de más de 6 meses que incluyan información, afrontamiento de estrés y entrenamiento en solución de problemas (a).</li> </ul> </li> </ul>

Grados de recomendación: (a) Niveles de evidencia científica que proceden de meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados o al menos un ensayo clínico aleatorizado de alta calidad.

(c) La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas.

## 27. Los programas de rehabilitación psicosocial aplicados en el medio del usuario

Existe una amplia gama de estrategias de rehabilitación psicosocial aplicables a los trastornos mentales. Se encuentra fuera del alcance de este libro describir cada posible intervención. El centro de atención es describir cómo llevar a cabo las intervenciones que más se adecuan a las necesidades de las personas con TMG alejados y rurales.

Las intervenciones psicosociales hacen más énfasis en la mejora de las condiciones de vida que en los síntomas psicopatológicos, buscando ayudar a la persona en su adaptación al medio, y por tanto actuando en la promoción de la salud. La mayoría de las intervenciones tienen una base teórica y metodológica en la psicología, pero al mismo tiempo las intervenciones llevan un trabajo de colaboración con profesionales de otras disciplinas (enfermería, trabajo social, educación social, psiquiatría, terapia ocupacional, etc.).

Todos los programas que se van a describir y las pautas de intervención se dirigen a mejorar el grado de autonomía de la persona y tratan de proporcionar mayor independencia en relación al tratamiento de la enfermedad y al funcionamiento personal, social y familiar.

La guía por tanto, pretende incidir en aquellos programas que potencian los mecanismos de recuperación mediante la transmisión de información sobre el trastorno, así como a través de la enseñanza de habilidades de afrontamiento, incluyendo estrategias para promover el apoyo social y pautas de actuación para controlar el malestar psicológico y reducir los riesgos que lleva asociado el deterioro del trastorno.

Todos los programas pretenden infundir expectativas de recuperación entre los usuarios a la vez que pretenden hacer desaparecer el mito de que todas las personas afectadas de un TMG tendrán un pronóstico negativo en la aplicación de los tratamientos.

Un principio básico en que se fundamenta la elaboración de programas y pautas de intervención es que estén basados en los mejores datos científicos sobre la eficacia o efectividad. Se puede localizar una abundante literatura sobre la eficacia de técnicas dirigidas a la rehabilitación psicosocial. Estas recomendaciones sugieren que los programas y pautas recomendados deban incluir:

- Estrategias para incrementar las habilidades de funcionamiento personal y social. Como por ejemplo:
  - Psicoeducación y manejo del trastorno. Se deben enseñar a manejar factores de riesgo: rechazo a la medicación, consumo de drogas, síntomas prodrómicos, etc.
  - Programas de actividades de la vida diaria y educación para la salud. Destinados a pacientes con discapacidad en el aseo, vestido, hábitos de salud, tareas domésticas, etc.

- Habilidades sociales. Para paliar las dificultades de comunicación en las relaciones interpersonales.
- Actividades de ocio y ocupación. Para recuperar rutinas de tiempo que permitan estructurar el día y la vida cotidiana.
- Educación acerca de las respuestas comunes al trastorno y los procesos de recuperación, ya que puede ayudar a normalizar el trastorno, reducir las autopercepciones negativas tales como “no puedo”, “estoy loco”, “soy un inútil”, etc.
- Estrategias para crear oportunidades de integración comunitaria, ya que la exposición al medio comunitario puede facilitar el proceso de recuperación. Sin embargo, se debe tener cuidado de no forzar la exposición al entorno comunitario ya que puede no ser apropiado para todos los pacientes y puede interferir con los mecanismos de recuperación naturales. Las estrategias deben dirigirse a:
  - Uso de recursos comunitarios. Para recuperar intereses y facilitar el uso de las actividades disponibles en la localidad del paciente.
  - Afrontamiento de problemas asociados al manejo de recursos comunitarios. Destinado para pacientes que necesitan previamente un trabajo de autoestima, habilidades sociales y solución de problemas psicológicos.
- Pautas de afrontamiento para manejar los problemas en el seno familiar. Son pautas para manejar las emociones y percepciones negativas de los cuidadores, que permiten reducir el malestar en la familia, ayudan a incrementar el sentido de control y a reducir la emoción expresada. Se trata de actividades estructuradas de intervención que combinan información, asesoramiento y apoyo.
  - Psicoeducación familiar. Destinado para familias de alta expresividad emocional, con falta de conciencia de enfermedad y con problemas de comunicación.
  - Contacto regular y continuo con la familia. Para evitar el aislamiento y apoyar en problemas específicos que vayan surgiendo. Potenciar el acompañamiento familiar en situaciones de conflictividad.
  - Asesorar y mediar en la solución de problemas.
  - Entrenamiento en habilidades de comunicación familiar.
  - Potenciar el contacto de la familia con redes sociales de apoyo.
- Estrategias para facilitar el acceso al apoyo social proveniente de las redes sociales del entorno natural del individuo, ya que dicho apoyo puede ayudar a modificar las percepciones negativas del mundo y de uno mismo, y puede ofrecer oportunidades para practicar habilidades y afrontar dificultades cotidianas. Algunas estrategias a modo de ejemplo serían:
  - Fortalecimiento de la red de apoyo natural del usuario.
  - Creación o ampliación de la red de apoyo social.
  - Acompañamiento para la vinculación en redes sociales.
  - Incorporación a actividades grupales sociales – convivenciales.
  - Actividades de ocio que impliquen relación social.

## 28. Selección de los programas

En este apartado se detallarán los programas de intervención orientados a la rehabilitación psicosocial en el contexto del paciente. Así mismo, y teniendo en cuenta las peculiaridades del contexto rural que ya se ha descrito, la intervención debe hacerse en el entorno o domicilio, por lo que se dedicarán apartados a explicar como organizar el proceso de atención con la persona y su familia, desde un estilo accesible y cercano, con unas actitudes específicas de acercamiento a los individuos y mediante el diseño de una serie de actividades.

### 28.1. FACTORES CLÍNICOS A TENER EN CUENTA

Además de los objetivos y de la metodología de intervención de cada programa es necesario considerar algunas especificidades que provienen de las particularidades de la persona con TMG y que pueden tener una influencia importante a la hora de intervenir. En el cuadro siguiente se resumen algunas características comunes a las personas con una enfermedad mental grave.

*Cuadro 28.1. Descripción clínica de la población*

- **SINTOMATOLOGÍA POSITIVA.** Son los denominados delirios y alucinaciones. Pueden influir en la integración en el medio. Por ejemplo, la desconfianza ante los demás provocada por las creencias autorreferenciales puede deteriorar las habilidades sociales y a su vez provocar rechazo social. Las alucinaciones en forma de voces amenazantes podrían motivar conductas de evitación social.
- **SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA.** También denominada sintomatología defectual. Llevan al empobrecimiento en las áreas de funcionamiento social (por ejemplo: pobreza afectiva, escasa motivación para emprender nuevas tareas, falta de continuidad laboral o escolar).
- **DÉFICITS COGNITIVOS.** Suponen una importante limitación en los procesos implicados en el procesamiento de la información. Normalmente suelen estar limitados los procesos básicos de percepción, atención y memoria. Este déficit puede provocar bloqueo en los aprendizajes, distracción en las sesiones de intervención, problemas para el recuerdo de las tareas o dificultad para tomar una decisión por sí mismo ante un problema personal.
- **ANSIEDAD.** Son comunes problemas de ansiedad social que pueden reforzar las conductas de aislamiento y estas a su vez el empobrecimiento generalizado y la baja autoestima.
- **AUSENCIA DE REFORZAMIENTOS O GRATIFICACIONES.** Es frecuente la escasez de conductas que provoquen reforzamiento positivo, siendo el refuerzo negativo relacionado con conductas de pasividad o evitación las más frecuentes.
- **ESCASO SOPORTE SOCIAL.** Normalmente el sujeto tiene redes de apoyo reducidas o inexistentes; cuando hablamos de pacientes en contextos rurales y alejados, lo más fácil es que el círculo social sea más pequeño y con menores posibilidades para facilitar el refuerzo social.

La relación entre estas variables determinará una combinación única para cada persona que permitirá determinar el tipo de programa necesario. Estas características son comunes a la población diana y sirven para presentar las principales dianas de los programas. Las consecuencias del cuadro psicopatológico se concretan en el cuadro siguiente.

Cuadro 28.2. Consecuencias del cuadro de síntomas

- Especial vulnerabilidad al estrés. Afrontar demandas ambientales aunque sean pequeñas puede significar un elemento de riesgo.
- Déficit en las habilidades de manejo autónomo diario.
- La dificultad para relacionarse, unida a las pocas posibilidades de incrementar la red, hace que la mayoría viva en situación de aislamiento social.
- Dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana lo que les sitúa en el terreno de la discapacidad y la indefensión.
- Tienen dificultades para acceder y mantenerse en recursos comunitarios, lo que facilita que queden fuera de la participación en la comunidad.

Adaptado de Rodríguez y Cases (2002).

Las técnicas utilizadas para esta problemática deben responder a cada uno de los problemas: entrenamiento en habilidades sociales, técnicas para mejorar la atención y memoria, incremento de las actividades reforzantes, consejo psicológico para el manejo de síntomas residuales, técnicas de solución de problemas, técnicas de exposición graduada y desensibilización de la ansiedad, moldeamiento conductual de nuevas conductas y hábitos, técnicas de autocontrol y manejo del estrés ambiental y habilidades para organizar la vida en familia, entre otras.

Solo a través de una formulación del caso basada en la evaluación funcional y la interacción entre factores de riesgo y de protección individuales se podrá decidir el tipo de técnicas a utilizar en cada caso.

## 28.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

La intervención es la puesta en práctica del plan individual de rehabilitación diseñado. La metodología fundamental de intervención se realiza a través de la entrada a los distintos programas de trabajo. La metodología que aquí se plantea es individual, ya que aunque más costosa debido al desplazamiento del profesional, es la principal y a veces única manera de organizar la intervención para los pacientes que viven en zonas alejadas e inaccesibles. Por otro lado, aunque en rehabilitación psicosocial se suele escoger el trabajo grupal como modelo general de trabajo, también se suele añadir que se deben realizar actividades de trabajo individual. Debemos enfatizar pues la elección del trabajo individual, en base a las características de la población y del contexto en el que nos vamos a mover. Sin embargo, y siempre que las condiciones lo permitan, será positivo organizar programas en grupo, como vía para potenciar los mecanismos de resocialización de los pacientes: reforzamientos naturales, modelado, habilidades sociales y comunicación, vinculación afectiva e identificación.

Los programas y los componentes que se han seleccionado derivan de las principales intervenciones realizadas en rehabilitación psicosocial, así como de los principios y leyes de los modelos conductuales y cognitivos del funcionamiento humano. La mayoría de los programas tienen una base de entrenamiento en habilidades: moldeamiento,



modelado, reforzamiento y prácticas en vivo.

Todos los programas incluyen:

- Entrenamientos en conductas adaptadas al contexto.
- Observación directa.
- Medición de las conductas mediante evaluaciones repetidas.
- Adquisición de habilidades en diferentes fases: adquisición, mantenimiento y generalización.
- Se centran en las habilidades sociales requeridas en la comunidad.

De los programas propuestos se debe tener en cuenta la adecuación a las habilidades de cada usuario. Los programas de incremento de redes sociales y de integración comunitaria son más exigentes que el programa de actividades de la vida diaria, debido a que la complejidad de las habilidades sociales y cognitivas es mayor en los primeros programas que en el segundo. También habrá que buscar una adaptación de los programas no solo a las habilidades de los usuarios sino a las posibilidades del contexto. De esta forma se proponen tres modelos de intervención familiar que aunque comparten contenidos fundamentales difieren en función de la heterogeneidad que presentan las demandas de las familias y las posibilidades del contexto. De esta manera se han organizado jerárquicamente por nivel de intensidad de la intervención.

La selección de los contenidos se ha realizado en función de los objetivos perseguidos. Fueron seleccionados teniendo como referencia los módulos de entrenamiento en habilidades utilizados desde hace más de 20 años y que han demostrado su utilidad para mejorar la adaptación social. Estos programas suelen estar estructurados en módulos con objetivos diferenciados. Dentro de cada módulo se incluyen actividades concretas que se ponen en práctica en las sesiones con los usuarios. La mayoría de los módulos suelen contener bloques psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades que pretenden dar una respuesta a los problemas a los que se enfrentan los pacientes cuando intentan vivir de manera autónoma. Para una visión de los módulos más detallada se remite a los numerosos manuales existentes sobre el tema.

Los contenidos de cada programa se deben secuenciar, procurando incrementar el nivel de dificultad según se vaya progresando en esa área.

Por otro lado, con la propuesta de los programas se buscan dos cosas: 1) la obtención de comportamientos y habilidades personales, 2) la aplicación de esas habilidades en el contexto. Por tanto, otra característica de los programas es su constante referencia a la comunidad o entorno social, desarrollando parte de sus contenidos en ambientes variados de la comunidad.

La propuesta de programas de rehabilitación activa se estructura en cuatro programas con distintos contenidos. Se considera que una herramienta básica para el control de la enfermedad y sus consecuencias es controlar los factores de riesgo y de protección (participando de la naturaleza transaccional del trastorno, por lo que el resultado de la interacción entre habilidades y el contexto en el que se encuentra el sujeto es una pieza clave en la recuperación). También se asume que la parte biológica o fisiológica

juega un papel importante, por lo que es necesario hacer hincapié en la adherencia a la medicación. Por otra parte si algo nos produce malestar o satisfacción son las relaciones con los demás, por lo que se incluye un programa dirigido al incremento de las relaciones y redes sociales. Estos programas de entrenamiento en habilidades se complementan con otros dos programas que son igualmente relevantes como son la integración en recursos sociocomunitarios y un programa de intervención familiar. Los programas son los siguientes:

- Programa de intervención en habilidades de la vida diaria.
- Programa de uso de recursos comunitarios.
- Programa de intervención para incrementar redes sociales.
- Programa de intervención con la familia.

Este planteamiento, genérico por supuesto, se debe adaptar en función del tipo de pacientes o problemática de las personas con TMG. Así, por ejemplo, para pacientes en los que el déficit en habilidades sociales sea muy importante habrá que eliminar o reducir algunos contenidos de otros programas e incluir módulos de entrenamiento en habilidades sociales específicos.

La adaptación del paciente a los programas y los resultados obtenidos van a depender de: a) la intensidad o severidad de la patología a nivel clínico, b) el efecto del tratamiento farmacológico, c) el nivel de información recibida y concienciación de los problemas, d) el apoyo social y familiar, e) así como de las competencias y habilidades del paciente.

### **28.2.1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Su objetivo es el entrenamiento específico de habilidades de autocuidado personal y autonomía social. Para que una persona pueda vivir con suficiente autonomía en cualquier ambiente comunitario necesita desarrollar una serie de habilidades instrumentales y de hábitos básicos de utilidad en la práctica de la vida cotidiana: cuidado de sí mismo, de su presencia física, de su salud, autoadministración de su medicación y conocimiento de los factores que contribuyen al empeoramiento, cuidado de su espacio vital personal y organización de su casa. Estas habilidades buscan entrenar al paciente en un estilo de vida positivo. A través de mayores recursos personales el usuario estará más protegido, disminuyendo la dependencia y los deterioros conductuales básicos. Es importante también enseñarles habilidades instrumentales necesarias para manejarse con autonomía en su contexto: manejo del dinero, manejo de medios de comunicación y trasportes, gestiones municipales elementales, etc.

Coincidiendo con otros planteamientos, las habilidades de autocuidado personal y de autonomía son básicas y a menudo consideradas el primer escalón que permite dar paso a otros entrenamientos más complejos o exigentes.

Normalmente se suelen hacer clasificaciones de las actividades de la vida diaria (AVD) diversas: autocuidados, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, auto-



nomía social, actividades básicas, etc. En realidad el programa trasciende a las estructuras más o menos restringidas, pues debe incluir las habilidades necesitadas por el individuo para vivir en su entorno concreto.

Los módulos de este programa se componen de dos partes. La primera parte es la de “cuidados personales”, tiene como objetivo global la consecución del máximo nivel de autonomía personal e independencia en los hábitos cotidianos en el hogar. Las habilidades entrenadas se agrupan en cuatro conjuntos. El primero se compone de las conductas rutinarias para lavarse, presentar una apariencia aceptable y cuidarse en la salud básica. El segundo conjunto aborda distintas conductas de alimentación, sueño y consumo de tóxicos. El tercero consiste en las habilidades de automedicación como conocimiento de los fármacos, toma correcta y prevención de recaídas. Por último están las conductas de limpieza, ordenar, uso de electrodomésticos y otras de mantenimiento de la vivienda. Agrupa la limpieza y el orden con las de uso de utensilios comunes y con las respuestas ante situaciones de peligro y prevención del riesgo doméstico.

La segunda parte es la de “autonomía social”. Agrupa habilidades que se suelen denominar “instrumentales” porque se considera que son un instrumento para desenvolverse en el medio social. Tiene tres bloques. El primero trata del uso del dinero (ahorro, compras, etc.). Los otros dos bloques agrupan habilidades referidas a dar y solicitar información mediante el uso de las comunicaciones sociales (teléfono, correos, etc.) y el uso y dominio de los diferentes medios y servicios municipales y comunitarios (oficinas de información, bancos, recursos comunitarios, etc.).

### **28.2.2 PROGRAMA DE USO DE RECURSOS COMUNITARIOS**

El programa de integración comunitaria persigue varios objetivos como son: la organización del tiempo libre, el incremento de la red de apoyo, así como ofrecer posibilidades que faciliten la apertura al exterior del usuario. El programa agrupa un conjunto variado de conductas cuya meta final es la integración del sujeto en la comunidad. Para ello entrena diferentes habilidades dirigidas a incrementar la adaptación al medio. Como se ha mencionado antes en relación al desempeño de un rol, para poder ejercer el desempeño de un rol es necesario un equilibrio entre demandas y apoyos. En la utilización del ambiente no solo se considera fundamental las demandas ambientales, sino muy especialmente las demandas internas del sujeto. En este sentido el programa se estructura en dos niveles cuya composición incluye los componentes tradicionales de los programas de apoyo al acceso a recursos comunitarios, así como el acercamiento progresivo hacia recursos para aquellos usuarios con mayores dificultades de integración debido a mayores deterioros y/o problemas psicológicos asociados. Se analizan las habilidades necesitadas en la comunidad y el entrenamiento se realiza en la comunidad o en el domicilio de la persona.

El primer programa se compone de las fases clásicas de este tipo de programas: evaluar los intereses, identificar el tipo de actividad y recurso que se utilizará, búsqueda de información sobre la actividad y recurso, incorporación y mantenimiento en la actividad. El proceso de intervención para favorecer que el paciente se llegue a integrar en

un recurso comunitario incluye: a) el conocimiento de la motivación y las habilidades sociales, b) identificar los recursos existentes en su medio, c) definir los apoyos y capacidades necesarias, d) anticipar los beneficios de la actividad, e) acompañamiento y búsqueda de apoyo de la red natural para la incorporación inicial, f) establecer un plan de seguimiento en el recurso, g) evaluar los objetivos conseguidos.

El segundo programa trata de trabajar con pacientes que necesitan entrenamiento e intervenciones previas y complementarias al uso de recursos, debido a la existencia de factores psicológicos que impiden o dificultan la integración. Por ejemplo el encerramiento en el rol de enfermo crónico e incapacitado, el autoestigma, la baja autoestima o la morbilidad con trastornos de ansiedad van a suponer elementos que impiden la búsqueda de recursos comunitarios. El programa consta de dos bloques. En el primero se trabaja en un esquema de cuatro fases: evaluación, alianza terapéutica, recuperación de metas vitales e intervención de la morbilidad secundaria. Este esquema de trabajo está basado en las terapias cognitivas y conductuales para promover un estilo de afrontamiento que suponga una mejor adaptación al trastorno mental. En el segundo bloque, que da continuidad al primero, se diseña un plan individual de contacto con recursos comunitarios que incorpora los elementos de motivación, análisis de habilidades necesarias, e información de los recursos en los que se va a integrar. Además, se hace un plan personal que suponga el desarrollo de actividades utilizando las habilidades propias y retirando progresivamente los apoyos.

### **28.2.3 PROGRAMA PARA INCREMENTAR LAS REDES SOCIALES**

Se trata de incrementar la capacidad de los pacientes en el manejo de las relaciones sociales, de tal forma que incremente a su vez el tamaño y funcionalidad de la red social. Las actividades incluyen: a) evaluación de la red social existente, b) trabajo previo sobre la red, c) intervención para crear o potenciar las redes de apoyo asocial. Los contenidos van desde el adiestramiento en el uso de recursos comunitarios hasta la programación de contactos sociales preestablecidos.

Un aspecto fundamental es el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar los comportamientos eficaces en situaciones de interacción social, instaurando y/o potenciando habilidades conversacionales. El objetivo último es que estas habilidades mejoren el funcionamiento social potenciando la creación de un núcleo de relaciones estables y duraderas.

### **28.2.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

Este programa trata de: a) aumentar el conocimiento que tiene la familia sobre la enfermedad, b) el manejo de la sintomatología desde el modelo de vulnerabilidad, c) reducir los niveles de emoción expresada, d) entrenar a los familiares en habilidades de comunicación, autocontrol y solución de problemas. Se han desarrollado varios tipos de intervención familiar que en general comparten alguno o una combinación de estos objetivos.

El programa propuesto incluye tres subprogramas: programa de atención y soporte para familias más alejadas; programa de atención para familias con problemas de vinculación; programa de psicoeducación familiar estructurado. Estos programas presentan diferencias en relación a la duración, número y frecuencia de las sesiones. Pero comparten los siguientes elementos: información, gran disponibilidad, entrenamiento en solución de problemas prácticos y énfasis en el modelo de vulnerabilidad como marco de referencia.

Esta división de subprogramas se justifica por la importancia de adaptar el esquema de intervención a cada familia, debido a las peculiaridades del paciente en el contexto rural: desvinculación, resistencias, familias muy aisladas, lejanía geográfica, dificultades de accesibilidad, etc. El objetivo último de este planteamiento es facilitar la adherencia al proceso de rehabilitación y facilitar la adaptación de los formatos de intervención tradicionales a estos casos, aunque conservando los componentes que han demostrado evidencia empírica en la investigación.

A continuación se describen los contenidos de los programas de rehabilitación psicosocial propuestos para el medio rural.

*Descripción de los programas de intervención propuestos para la rehabilitación psicosocial en contextos rurales: programa aplicados en el medio*

- Programa de intervención en actividades de la vida diaria.
  - I. Cuidados personales.
    - Autocuidados.
    - Hábitos de vida.
    - Tratamiento de la enfermedad mental.
    - Cuidados domésticos.
  - II. Autonomía social.
    - Manejo del dinero.
    - Comunicaciones sociales.
    - Uso de servicios municipales.
- Programa de uso de recursos comunitarios.
  - I. Programa básico de uso de recursos comunitarios.
    - Evaluación de intereses y habilidades.
    - Identificación de recursos.
    - Selección de recursos.
    - Incorporación y acompañamiento.
    - Apoyo al mantenimiento.
    - Evaluación al finalizar la actividad comunitaria.
  - II. Programa de afrontamiento psicológico y uso de recursos comunitarios.
    - A. Afrontamiento de problemas psicológicos asociados al aislamiento comunitario.

- Habilidades de afrontamiento para el manejo del estigma.
  - Autoconcepto.
  - Estigma asociado.
  - Fomento de autoestima.
  - Morbilidad secundaria.
  - Recuperación de metas vitales.
  
- B. Diseño de un plan personal de contacto comunitario.
  - Motivación.
  - Capacidades.
  - Conocimiento de recursos.
  - Hacer un plan de contacto comunitario.
  - Seguimiento.
  
- Programa de intervención para incrementar las redes sociales.
  - I. Evaluación de la red social existente.
    - Características estructurales.
    - Características interaccionales.
    - Características funcionales.
  
  - II. Trabajo previo.
    - Anticipar beneficios y consecuencias negativas.
    - Establecer objetivos.
    - Previsión de obstáculos.
  
  - III. Intervención.
    - Crear redes.
    - Potenciar redes
  
- Programa de intervención con familias.
  - I. Programa de atención y soporte para familias más alejadas.
    - Acompañamiento.
    - Información sobre la enfermedad.
    - Solución de problemas concretos.
  
  - II. Programa de atención para familias con usuarios que tienen dificultades de vinculación.
    - Información sobre la enfermedad.
    - Solución de problemas de convivencia.
  
  - III. Programa de psicoeducación familiar estructurado.
    - Información sobre la enfermedad.
    - Técnicas para reducir la emoción expresada.
    - Habilidades de afrontamiento familiar.

En la figura 28.1 se detalla de forma esquemática la relación entre los programas y los factores de riesgo y factores de protección.

Fig. 28.1. Relación entre programas, factores de riesgo y factores de protección.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN	PROGRAMAS
<b>MEDIOAMBIENTALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alta emoción expresada familiar.</li> <li>Aislamiento familiar.</li> <li>Sucesión de acontecimientos vitales estresantes.</li> </ul> <b>PERSONALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de tóxicos.</li> <li>Abandono de la medicación.</li> </ul>	<b>MEDIOAMBIENTALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Baja emoción expresada familiar.</li> <li>Incremento del apoyo social a la familia.</li> <li>Incremento de la capacidad de autoprotección del estrés.</li> </ul> <b>PERSONALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incremento de hábitos saludables.</li> <li>Incremento de habilidades de automedicación y conciencia de factores de riesgo.</li> </ul>	Psicoeducación de familias
		Apoyo y soporte a la familia
		Habilidades de competencia personal y social
		Autocuidados y AVD
		Psicoeducación de pacientes
FACTORES MEDIADORES		
<b>MEDIOAMBIENTALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de soporte social.</li> </ul> <b>PERSONALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de habilidades de afrontamiento personal y social.</li> </ul>	<b>MEDIOAMBIENTALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incremento de red de apoyo.</li> </ul> <b>PERSONALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incremento de habilidades sociales.</li> <li>Incremento de habilidades de autonomía.</li> </ul>	Integración comunitaria
		Trabajo con redes sociales
		Habilidades sociales
		Autonomía social

Como se ha dicho, los programas también están encuadrados en el modelo de competencia. Los objetivos de los programas desde el prisma del modelo de competencia giran en torno a la promoción de las competencias individuales (como por ejemplo las habilidades de solución de problemas o las habilidades para afrontar las crisis) y la promoción de competencias de los grupos de apoyo social que rodean al paciente (como por ejemplo el desarrollo de redes de apoyo natural). En la figura 28.2 se hace una relación entre los programas, competencias y apoyos.

Figura 28.2. Relación entre programas, competencias y apoyos.

COMPETENCIAS		
PERSONALES	AMBIENTALES	PROGRAMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de habilidades del usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de habilidades de la familia</li> </ul>	Psicoeducación paciente y familia
		AVD
		Habilidades sociales
APOYOS		
PERSONALES	AMBIENTALES	PROGRAMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración en redes de apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimizar apoyo natural</li> <li>Optimizar el apoyo formal</li> </ul>	Integración comunitaria
		Incremento de la red social
		Apoyo y soporte formal (profesional)

## 29. Las pautas de intervención

Los centros y servicios públicos de rehabilitación tienen el compromiso con la aplicación de tratamientos basados en las mejores evidencias disponibles. Hoy en día la literatura científica ofrece resultados consistentes sobre el tipo de técnicas y tratamientos que gozan de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia en rehabilitación psicosocial.

A pesar de las polémicas existentes acerca de esta forma de razonamiento crítico (p.e.: pérdida de la individualización del tratamiento, sesgo en la selección de los resultados, método experimental como principal criterio de selección, no atribuir importancia a las habilidades del terapeuta, etc.), es incuestionable que las intervenciones psicosociales deben pasar pruebas y controles para delimitar si son más eficaces que no hacer nada o que utilizar otra intervención que sea menos o nada eficaz. Así, durante los últimos años ha habido una proliferación de tratamientos psicosociales para la enfermedad mental crónica, así como un mayor control de sus resultados. A pesar de que es sabido que el conocimiento de los resultados de la investigación empírica y su integración en la práctica profesional son cosas algo distintas, instrumentos como los meta-análisis, las revisiones sistemáticas sobre tratamientos concretos, la aparición de las guías de recomendación clínica y los nuevos modelos de razonamiento basado en la evidencia, han hecho que estemos más cerca de delimitar las intervenciones que tienen mayor validez identificadas como las más eficaces para conseguir los logros esperados.

Se han publicado varios monográficos recientes y numerosos artículos nacionales e internacionales sobre este tema, que se hacen eco de la necesidad, las ventajas y las desventajas de sumarse a la corriente de las evidencias. Se remite a una lectura de los más destacados y recientes (Papeles del psicólogo, 2004; Psicothema, 2001; Fermín Mayoral, 2000; Fallon et al., 2004; Mueser et al, 1998; Barton, 1999; Gray, 2004).

Sin ánimo de ser exhaustivos y debido al auge que ha tomado el interés en evaluar la eficacia de las prácticas de rehabilitación psicosocial desde los años 90, enumeramos algunas de las condiciones que han favorecido este hecho:

1. El incremento de los servicios y programas de rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria en salud mental. Los procesos de desistitucionalización y la incorporación de programas de rehabilitación ha llevado al desarrollo de numerosas modalidades psicológicas y sociales de intervención a personas con Trastorno Mental Grave, algunas de ellas ya consolidadas y con apoyo experimental (véase la revisión de Vallina y Lemos del 2003 o de Emeterio et al. de 2004).
2. Mayor énfasis en el código deontológico profesional y en las leyes de protección de los pacientes. Se reconoce como una cuestión de ética profesional el

distinguir la buena práctica de la mala práctica. La cuestión deontológica de basar las intervenciones en el conocimiento de estas prácticas ha suscitado recientes monográficos de ética profesional (COP, 2004). Más allá de la cuestión ética, la evaluación de la eficacia de las intervenciones que se ofrecen es algo obligado por las leyes de protección de la salud. En Castilla-La Mancha se recoge legislación específica en este ámbito en la ley 8/2000 de ordenación sanitaria (artículo 31 de evaluación de prestaciones), así como en la Orden del año 2006 de regulación de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental de Castilla-La Mancha.

3. El desarrollo de las compañías farmacéuticas que suponen una fuente incesante de investigación bio-médica. La aparición constante de monográficos y guías clínicas de tratamiento farmacológico para trastornos concretos ha incrementado la competencia con las intervenciones psicosociales y ha obligado a los psicólogos y otros terapeutas a revisar sus tratamientos eficaces y a situarlos en situación de igualdad o superioridad respecto a la eficacia probada de los tratamientos médicos (Álvarez, et al., 2003; Castellar y Santaella, 2004).
4. El énfasis de las modernas políticas sanitarias comunitarias en evaluar la calidad, que buscan la elaboración de documentos de consenso nacional e internacional para elaborar propuestas para mejorar las actuaciones del gobierno insistiendo en la calidad y la eficacia, y no solo en el precio de los tratamientos (AEN, 2002; IMSERSO, 2003).
5. La aparición de terceros en la provisión de servicios. La aparición de distintos proveedores de servicios comunitarios ha introducido la competitividad entre ellos por dar mejor servicio, y por tanto ha acentuado el interés por conocer cuales son las intervenciones más eficaces que se deben proporcionar, así como evaluar sus intervenciones en base a las ganancias financieras (costes) y al impacto en los usuarios que las reciben (logros) (Shepherd, 1996).
6. El reconocimiento del derecho del paciente a estar informado sobre los mejores tratamientos y los resultados que debe esperar de cada intervención. En un modelo de atención comunitaria se apunta la necesidad de hacer la rehabilitación “con el paciente” más que “hacia el paciente”.
7. La aparición de modelos teóricos psicosociales que sirven de guía para el diseño de los formatos terapéuticos. Así, el Modelo de Vulnerabilidad al Estrés (Zubing y Spring, 1977) y el Modelo de Competencia (Costa y López, 1991) se han refinado y han promovido el desarrollo de intervenciones integradoras que han facilitado su estudio experimental.
8. La aparición del mercado de las evidencias durante los últimos 10 años en la bibliografía psiquiátrica. El desarrollo de las guías de evidencia clínica han saltado a ser una vía de acceso para los tratamientos hacia los sistemas de atención sanitaria y social. La entrada del Grupo Cochrane y el Grupo de la APA en esquizofrenia en la revisión sistemática de las prácticas de rehabilitación psico-



social, han contribuido en gran medida a introducir una visión crítica, así como una “jerarquía” entre las intervenciones psicosociales que se están aplicando (Cochrane, 2003; APA, 2004).

9. El reconocimiento de que las enfermedades graves como la esquizofrenia se pueden superar si atendemos a un grupo de factores clave para la recuperación que han demostrado su relación empírica con la evolución favorable del trastorno (Lieberman, 2004).
10. La insatisfacción general de los profesionales que han cambiado el foco de atención desde los modelos tradicionales de intervención basados en apoyos inespecíficos a largo plazo hacia los apoyos profesionales basados en la evidencia y aplicados en modernos servicios públicos de atención.

Actualmente existen múltiples pautas de intervención psicosocial dirigidas a distintos ámbitos: control de la conducta, habilidades sociales, mejora del clima familiar, mejora cognitiva, síntomas psicóticos, etc. Entre las intervenciones con mayor apoyo experimental se encuentran las intervenciones psicoeducativas familiares, el empleo con apoyo, la terapia cognitiva conductual de síntomas psicóticos, el entrenamiento en habilidades sociales, el tratamiento integrado para pacientes con diagnóstico dual, y las integración de los tratamientos en programas asertivo-comunitarios (Vallina y Lemos, 2003).

Estas intervenciones se han recomendado en las principales guías internacionales. En el cuadro 29.1 se presenta un cuadro de las recomendaciones para abordar las distintas fases que presenta la esquizofrenia. En general, todos los tratamientos se dirigen a mejorar el funcionamiento social, facilitar la vida independiente y el mantenimiento en la comunidad, disminuir la gravedad de los síntomas y potenciar el manejo de la enfermedad.



Cuadro 29.1. Intervenciones indicadas en las principales guías de tratamiento.

	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004)	CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998)	SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (1998)	EXPERT CONSENSUS TREATMENT GUIDELINE (1999)	MISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2009)
<b>F A S E A G U D A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer alianza con pacientes y familia.</li> <li>• Prevención del daño.</li> <li>• Reducción de la estimulación.</li> <li>• Estructuración del ambiente.</li> <li>• Comunicación simple.</li> <li>• Apoyo tolerante.</li> <li>• Información.</li> <li>• Talleres de supervivencia familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación inicial y relación terapéutica</li> <li>• Manejo de casos.</li> <li>• Información al paciente y familia.</li> <li>• Abordaje de crisis e impacto familiar.</li> <li>• Alianza con la familia.</li> <li>• Planear descarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación.</li> <li>• Apoyo.</li> <li>• Refuerzo de la realidad.</li> <li>• Tratamiento de conductas desafiantes.</li> <li>• Información al paciente según estado.</li> <li>• Información a la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación del paciente y la familia.</li> <li>• Monitorización de la medicación y de síntomas.</li> <li>• Terapia individual de apoyo centrada en la realidad.</li> <li>• Grupo de apoyo.</li> <li>• Evaluación psicosocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y diagnóstico.</li> <li>• Reducir ambiente estresante.</li> <li>• Alianza con paciente y familia.</li> <li>• Información a la familia.</li> </ul>
<b>F A S E E S T A B I L I Z A C I Ó N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del estrés.</li> <li>• Adaptación a la comunidad.</li> <li>• Terapia de apoyo.</li> <li>• Psicoeducación del paciente y la familia.</li> <li>• Autocontrol de la medicación y de los síntomas.</li> <li>• Habilidades de conversación.</li> <li>• Inicio de rehabilitación de bajo nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación familiar, individual o grupal.</li> <li>• Adherencia al fármaco.</li> <li>• Prevención recaídas.</li> <li>• Tratamiento psicológico: educación, estigma, relaciones, presión social.</li> <li>• Reintegración laboral y educativa.</li> <li>• Entrenamiento de habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación del paciente.</li> <li>• Cumplimiento del tratamiento.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Grupo familiar.</li> <li>• Integración de los cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual de apoyo centrada en la realidad.</li> <li>• Rehabilitación.</li> <li>• Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales.</li> <li>• Apoyo familiar individual y grupal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar educación familiar.</li> <li>• Psicoeducación del paciente y prevención de recaídas.</li> <li>• TCC para síntomas psicóticos resistentes.</li> <li>• Adherencia al tratamiento.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>• Actividad de soporte social.</li> </ul>
<b>F A S E E S T A B L E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria.</li> <li>• Rehabilitación laboral.</li> <li>• Rehabilitación cognitiva.</li> <li>• Manejo de estrés.</li> <li>• Tratamiento psicológico.</li> <li>• Prevención de recaídas.</li> <li>• Manejo de efectos adversos de la medicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar recuperación.</li> <li>• Afianzar el tratamiento de fase anterior.</li> <li>• Supervisar fallos y cumplimiento del tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación: autocuidados, ocupación y ocio.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Terapia cognitivo-conductual para síntomas de la psicosis.</li> <li>• Prevención de recaídas e intervención temprana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación al paciente.</li> <li>• Rehabilitación conductual y laboral.</li> <li>• Grupos de autoayuda.</li> <li>• Apoyo familiar.</li> <li>• Monitorización de síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de apoyo a la solución de problemas.</li> <li>• Rehabilitación cognitiva en el entorno.</li> <li>• Apoyo laboral.</li> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales y en AVD.</li> </ul>

Es más, la mayoría de las guías de tratamiento sugieren que sobre la base de los conocimientos actuales las técnicas de intervención basadas en rehabilitación psicosocial se deben considerar tratamientos de primera elección junto a los fármacos, para los trastornos como las esquizofrenias y otros trastornos graves que cursan con deterioro.

Por otro lado, se han revisado los factores asociados a la recuperación de la esquizofrenia, identificándose 10 factores que se vinculan a la recuperación sintomática, social, educativa y ocupacional (Lieberman, 2004). Dichos factores se enumeran en el cuadro 29.2. La identificación de estos factores puede servir para ajustar las intervenciones diseñadas para mejorar la probabilidad de la recuperación. Esta revisión de Lieberman arroja nueva luz sobre el tema de las evidencias en la línea de combinar la investigación sobre el proceso de recuperación con la investigación sobre los resultados de técnicas concretas.

De hecho, identificando estos factores como responsables del proceso de recuperación de la enfermedad podemos listar aquellas intervenciones con mejor base empírica para incidir sobre estos factores como: intervenciones psicoeducativas familiares para la mejora de la emoción expresada, entrenamiento en habilidades sociales tempranas para la mejora del funcionamiento premórbido, programas bio-conductuales para el abuso de sustancias, medicación atípica y manejo conductual para aliviar los síntomas negativos, y métodos psicoeducativos para mejorar el cumplimiento terapéutico prescrito.

*Cuadro 29.2. Factores asociados con la recuperación identificados en la revisión de Lieberman (2004).*

1. Factores familiares	6. Terapia de apoyo con alianza terapéutica
2. Ausencia de abuso de sustancias	7. Buen funcionamiento cognitivo
3. Duración menor de la psicosis sin tratar	8. Ausencia de síndrome deficitario
4. Buena respuesta inicial a los neurolépticos	9. Buenos antecedentes premórbidos
5. Adhesión al tratamiento	10. Acceso a tratamiento global, coordinado y continuado

En consecuencia con todo lo expuesto sobre evidencia y rehabilitación psicosocial las pautas de intervención para abordar los programas de rehabilitación en el medio rural se han elaborado siguiendo la evidencia disponible. Están basadas en el control de la enfermedad, en el aprendizaje de habilidades personales y sociales, en técnicas para manejar el estrés y en técnicas de solución de problemas.

Además de los deterioros conductuales directamente provocados por la enfermedad también se señalan otros problemas como consecuencia de padecer un TMG, como por ejemplo ansiedad, depresión o consumo excesivo de alcohol y tabaco. Por ello también es necesario elaborar otras pautas de intervención como: programación de actividades reforzantes, técnicas de autocontrol y prevención del consumo de sustancias.

Aunque contamos hasta la fecha con estudios de la eficacia sobre los programas que se describen en esta guía aplicados en contextos rurales, es conveniente decir algún comentario sobre nuestra experiencia en la aplicación de estos programas o pautas. Baste mencionar que se consigue reducir la discapacidad asociada al trastorno en las áreas de cuidado personal, ocupación, familia y funcionamiento social (lo que puede suponer una reducción en el deterioro de hasta el 40%) y que existe una correlación sig-

nificativa entre la reducción de la discapacidad y la calidad de vida ( $p < 0,05$ ). Los datos están disponibles en [www.fislem.eu](http://www.fislem.eu) (“Evaluación de un programa de integración social y apoyo comunitario para personas con enfermedad mental”).

## 30. Características generales de los programas de intervención

Todas las pautas que se van a describir están integradas dentro de programas de intervención dirigidos a áreas de funcionamiento concretas.

Los programas descritos aquí no son un paquete estándar para aplicar a los pacientes, sino un conjunto de las posibles pautas de intervención que se deben ajustar a cada caso concreto.

En la descripción de los programas se va a seguir un esquema semejante: “objetivos” donde se describen las metas que se pretenden lograr con la aplicación de las intervenciones; “contenidos” que describen el programa, los contenidos de las sesiones y los módulos; y “pautas de intervención” que describen técnicas de intervención y ejemplos de su aplicación.

La generalización es un aspecto clave. Se busca la adquisición o recuperación de secuencias comportamentales complejas y su aplicación en diferentes situaciones. Los contenidos son eminentemente prácticos y plantean aspectos como la planificación del tiempo libre, asistir a lugares públicos, mantener algún tipo de relación interpersonal, etc.

Todas las habilidades y programas se aplican en el medio natural del usuario, facilitando la referencia constante a la comunidad y al entorno social.

La implicación de los cuidadores y familiares es otra característica importante, informándoles en todo momento del proceso. Se debe buscar algún contacto al menos quincenal con los familiares para buscar su colaboración y orientación en el proceso.

Los programas se aplican en el medio por lo que el profesional debe adoptar más un rol de “profesor” o “educador” que de clínico experto. Su papel debe favorecer el modelado y el reforzamiento de las conductas y los logros. La adaptación al espacio físico y entorno del paciente es un requisito para el terapeuta. Si el espacio físico no favorece la intervención o la inhibe de alguna manera hay que introducir alguna intervención ambiental orientada a la modificación de factores de riesgo o al distanciamiento del mismo.

A través de los programas se debe ofrecer un entorno de alta supervisión y seguimiento, con cuidados profesionales que faciliten las condiciones idóneas para mantenerse durante el mayor tiempo posible en los programas de rehabilitación.

## 31. Pautas de intervención en el Programa de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Las personas con enfermedad mental que tienen déficit en las habilidades de la vida diaria (AVD) son más vulnerables al empeoramiento de la enfermedad y a la pérdida de la calidad de vida. Habilidades como el cuidado personal, la vida en el hogar, los hábitos de salud, el manejo de la medicación, uso del dinero, etc., son esenciales para un adecuado funcionamiento en la vida, y normalmente las personas con TMG tienen dificultades en las mismas. El nivel de competencia en cada habilidad puede variar según la gravedad de la patología y el contexto ambiental, por eso el nivel óptimo requerido para una buena destreza depende del ajuste entre la persona y el ambiente.

El déficit en las AVD puede manifestarse durante los primeros años del trastorno. En los cinco primeros años se produce una pérdida, abandono o bloqueo de dichas habilidades como consecuencia de una pérdida generalizada de roles sociales, laborales, académicos y familiares. Después de varios años, la persona entra en una “inercia” personal y social, dependiendo del apoyo de otros, normalmente la familia, para que controle y vigile las conductas que le permitan un estilo de vida digno (comida, tabaco, dinero, aseo, vestido, cuidado de la salud, toma de medicación, etc.). Es precisamente esta dependencia de los demás el origen de la mayoría de los problemas de convivencia con la familia y uno de los principales criterios para decidir el ingreso o derivación del usuario a una alternativa residencial supervisada.

Como se ha dicho, las dificultades en las AVD están condicionadas por aspectos propios de la enfermedad (síntomas negativos y positivos) pero también por el contexto en el que se vive. Este contexto puede cobrar especial relevancia en los ámbitos rurales. Estos contextos pueden presentar una baja estimulación psicosocial o condiciones de habitabilidad negativa debido a las dificultades económicas o a la situación de aislamiento. Por todo ello, el desarrollo de habilidades de la vida diaria es una parte básica para los que necesitan mejorar su autonomía y un pre-requisito para incorporarse al medio comunitario de la manera más adaptada posible.

Desde un enfoque global se deben entender estos problemas de una manera dimensional y relacionar el déficit del individuo con sus áreas vitales.

### 31.1. OBJETIVOS

El programa tiene como objetivo general conseguir la mayor autonomía posible en los hábitos diarios y del hogar. Persigue preparar al paciente para vivir lo más independiente posible en su hogar familiar o vivienda propia, participando en las actividades necesarias de la comunidad.

Los objetivos específicos son:

- Adquirir y mantener hábitos de autocuidado y aseo personal en frecuencia y ejecución aceptables socialmente.
- Potenciar el cuidado del aspecto exterior, teniendo en cuenta las normas del entorno.
- Desarrollar capacidad para mantener su salud física general y prevenir enfermedades.
- Mejorar los conocimientos y hábitos saludables diarios y conseguir una adecuación en el ritmo de vida.
- Tener información sobre el trastorno mental y potenciar la valoración positiva de la medicación y conseguir la autoadministración correcta.
- Lograr el manejo adecuado de las habilidades básicas para manejarse en la comunidad.
- Mejorar el conocimiento de su entorno e incrementar su capacidad para utilizar los recursos sociales, sanitarios y económicos disponibles.

## **31.2. CONTENIDOS**

Las habilidades necesarias se han agrupado en dos bloques y siete áreas. Las áreas incluidas son: autocuidados, hábitos de vida, tratamiento de la enfermedad mental, cuidados domésticos, manejo del dinero, comunicaciones sociales, uso de servicios comunitarios y municipales (ver cuadro 31.1). Las primeras áreas se consideran habilidades más básicas y son conductas rutinarias de aseo, arreglo, comer, beber y dormir. El manejo de la medicación y afrontamiento de los síntomas está concebido aquí como un grupo de conductas orientadas al mantenimiento de la salud entendida como salud física y mental.

Las conductas de limpiar, ordenar, cocinar, lavar y el mantenimiento del hogar constituyen un grupo de habilidades específicas orientadas al manejo autónomo del entorno residencial.

Las áreas de autonomía social incluyen habilidades que potencian el conocimiento y el uso del medio comunitario, para la satisfacción de necesidades básicas como el uso del dinero, buscar información y hacer gestiones burocráticas simples.

Como se va a explicar en el apartado de procedimiento, cada conducta se debe descomponer en sus componentes para considerar las unidades de comportamiento necesarias para el aprendizaje. Cuando un sujeto es deficitario en cada habilidad se ha de evaluar cada comportamiento que integra esa habilidad y detectar dónde están las dificultades.

Cuadro 31.1. Contenidos del programa de entrenamiento en AVD

AREA DE INTERVENCIÓN	MÓDULO
CUIDADOS PERSONALES	<b>A) Autocuidados.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseo personal. Higiene y aspecto general</li> <li>- Adecuación y limpieza del vestido.</li> <li>- Cuidado de la salud. Afecciones menores, termómetro, accidentes, medicación general.</li> </ul>
	<b>B) Hábitos de vida.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación. Equilibrio alimenticio, horarios de comida, cumplimiento de dietas, consumo controlado de café y tabaco.</li> <li>- Sueño. Hábitos de vigilia – sueño.</li> <li>- Consumo de tóxicos. Abandono de alcohol, modificar consumos que supongan riesgo.</li> </ul>
	<b>C) Tratamiento de la enfermedad mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automedicación. Conocimiento, aceptación y toma correcta de la medicación.</li> <li>- Información. Conocimiento de síntomas, causas y curso sobre la base del modelo de vulnerabilidad al estrés.</li> <li>- Identificar y afrontar señales de empeoramiento</li> </ul>
	<b>D) Cuidados domésticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza y organización del espacio personal.</li> <li>- Cuidado de ropa y objetos de valor.</li> <li>- Habilidades domésticas básicas: lavar, planchar, uso de electrodomésticos.</li> <li>- Colaboración en tareas comunes: compras, ordenar la casa y comidas.</li> <li>- Conocimiento de riesgos y medidas de seguridad en el hogar.</li> <li>- Hábitos de cocina. Preparación de comidas y conservación de alimentos.</li> </ul>
AUTONOMÍA SOCIAL	<b>A) Manejo del dinero</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar autoadministración y ahorro personal</li> <li>- Capacidad para realizar compras y gestiones económicas</li> <li>- Interpretación de papeles y recibos</li> </ul>
	<b>B) Comunicaciones sociales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer y utilizar medios de comunicación social básicos: teléfono, correos y formas de buscar información</li> <li>- Conocimiento y uso adecuado de medios de transporte</li> </ul>
	<b>C) Uso de servicios comunitarios y municipales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de recursos financieros, sociales, sanitarios y de seguridad en el municipio</li> <li>- Solicitar información municipal</li> <li>- Gestiones burocráticas básicas: bancos, farmacias, ayuntamiento, etc.</li> </ul>

### 31.3. METODOLOGÍA

El entrenamiento en AVD comienza con la evaluación, utilizando principalmente autorregistros u observación directa. Esta información debe permitir indicar los déficits y potencialidades así como las áreas prioritarias de intervención.

Los objetivos se deben secuenciar a corto plazo, a medio plazo y a largo plazo.

Un paso muy importante será el análisis molecular de las conductas que aportará información a utilizar para diseñar las unidades de aprendizaje durante la intervención.

Una vez en marcha los entrenamientos se deben proceder a la evaluación continuada de las habilidades de modo que el terapeuta pueda evaluar el impacto de la intervención.

### 31.3.1. EVALUACIÓN

- Hacer un perfil de habilidades

La evaluación debe permitir analizar: las conductas deficitarias, las potencialidades, y las características del entorno próximo (vivienda, barrio) que facilitan o inhiben el desarrollo de la persona. Se debe basar en tres criterios: nivel de funcionamiento actual (qué hace y qué no hace), nivel de habilidades adaptativas desarrollado (qué sabe y qué no sabe hacer) y causa posible del déficit (ausencia de la habilidad o inhibición). Para determinar adecuadamente el nivel de habilidad es necesario utilizar algún instrumento que permita establecer el perfil de habilidades existentes en las áreas y que permita establecer una referencia con el funcionamiento estándar.

En el cuadro 31.2 se muestra un instrumento para evaluar las habilidades de AVD, que puede ser administrado tanto al usuario como a la familia (el instrumento entero está incluido en los anexos).

*Cuadro 31.2. Registro de habilidades de autocuidado - autonomía*

El objetivo de este registro es recoger información respecto a las habilidades actuales y pasadas para desenvolverse adecuadamente en la vida comunitaria.

Se han tenido en cuenta áreas de comportamiento (comportamiento en la mesa, competencia en el vestir, aseo personal, etc.), cada una de las cuales está constituida por seis o más habilidades específicas. El registro consta de dos escalas: escala 1: (columna de la izquierda), valora la frecuencia con que el usuario realiza esa conducta antes de la enfermedad; escala 2: (columna de la derecha), valora la frecuencia con que el usuario realiza esta conducta en el momento actual.

Cada uno de los ítems del cuestionario presenta cuatro niveles, de acuerdo con la frecuencia de ejecución de dichos comportamientos. Por favor, marcar con una "X" en el cuadro que mejor describa su competencia en las diferentes habilidades.

1. En el cuadro primero, cuando NUNCA lo hace
2. En el cuadro segundo, cuando ALGUNAS VECES lo hace.
3. En el cuadro tercero, cuando NORMALMENTE lo hace.
4. En el cuadro cuarto, cuando SIEMPRE lo hace.

El registro completo está incluido en los anexos del final de la guía.

- Determinar la intensidad de la intervención

Con la evaluación el profesional debe determinar en la evaluación la intensidad de la intervención que el usuario va a necesitar en cada área de funcionamiento. Se pueden establecer varios tipos de intensidad: intermitente, extensa y generalizada. Las intensidades de la intervención se definen en el cuadro 31.3.



Cuadro 31.3. Intensidad de la intervención en AVD.

<p><b>INTERMITENTE:</b></p> <p>La persona necesita una frecuencia de visitas y entrenamientos media-baja. Puede contar con apoyos en su ambiente, con habilidades de autocontrol y motivación para el cambio, o con un perfil de habilidades medio-alto adquirido previamente. Con los logros se puede plantear una retirada progresiva del profesional.</p>
<p><b>EXTENSA:</b></p> <p>La intervención debe ser regular y frecuente en al menos varias áreas de funcionamiento. Se necesitan visitas frecuentes en ocasiones más de una vez a la semana. No hay limitación temporal para la intervención.</p>
<p><b>GENERALIZADA:</b></p> <p>Intervención constante y elevada. Se necesita una elevada frecuencia de contactos con el usuario (casi a diario). No hay limitación temporal para la intervención y pueden requerir la intervención de más de un profesional.</p>

- Habilidades necesarias para la vida independiente

Puede ser necesario para la evaluación inicial considerar el rango de habilidades que se necesitan entrenar para ser independiente en la vida. Las habilidades seleccionadas deben cumplir las siguientes características:

- Diferenciación de áreas de habilidades adaptativas, cada una compuesta por varias habilidades. En cada área habrá tanto limitaciones como competencias.
- El contar o no con un repertorio de habilidades en cada área de funcionamiento dependerá del sujeto y de las condiciones ambientales.

A continuación se describen algunas habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente, incluyendo algunos ejemplos en cada área (aunque será necesario hacer un listado personal para cada individuo y para cada ambiente en concreto).

- Higiene personal  
Lavado, peinado, ducha, higiene dental, afeitado, maquillaje. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales).
- Alimentación  
Comer adecuadamente, utilización de la vajilla, respeto de horarios de comida, dieta equilibrada. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales)
- Medicación  
Autonomía en la toma de medicación (anotación de la medicación pautada y autoadministración con la supervisión mínima necesaria).
- Vestido  
Cambio de ropa, calzado, ordenamiento de ropa, adecuación del vestido, compra de vestido con o sin compañía. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales).
- Habilidades domésticas  
Arreglo de la habitación, hacer la cama, limpieza y orden en casa, uso de electrodomésticos, compras y cocina, ordenamiento del armario y sus pertenencias, decoración del ambiente personal (sin ayuda o con instrucciones ocasionales).



- Desplazamiento y comunicaciones  
Dentro de la ciudad (centro de salud, unidad de salud mental, servicios sociales). Utilización del transporte para ir a su casa y volver (sin ayuda). Uso del teléfono y correos (sin ayuda).
- Actividades programadas  
Conocer horarios, acudir puntualmente a actividades programadas en diferentes recursos. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales)
- Ocio y tiempo libre  
Participación en actividades recreativas, asistir a clubes sociales o lugares de reunión.
- Manejo del dinero  
Organización de gastos diarios, organizar un presupuesto semanal, manejarse en el banco, compras de vestido y enseres personales, manejo del dinero durante dos o más días consecutivos. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales)
- Reposo  
Utilización de los horarios adecuados para dormir, levantarse y acostarse. (Sin ayuda o instrucciones ocasionales)
- Utilización de la comunidad  
Pedir cita médica, solicitar información y ayuda en centros sociales, formativos y laborales. Conocer los principales recursos importantes de la ciudad y los requerimientos para su uso.
- Salud y seguridad  
Conocer cuidados básicos ante enfermedades comunes.

- Importancia del ambiente en las AVD

Las condiciones ambientales pueden facilitar o dificultar la autonomía y el bienestar de la persona. Los ambientes tienen que proporcionar oportunidades de experimentar autonomía, aprender y participar en la organización del entorno. Además, el ambiente debe ser predecible y estable, lo que facilitará el aprendizaje y reducirá el estrés. La evaluación del ambiente debe formar parte integrada de la evaluación. Los aspectos a evaluar son: 1) estabilidad, 2) oportunidades que ofrece, 3) limitaciones y 4) estrés.

- Cómo medir las conductas

Cualquier instrumento estandarizado o listado de conductas normativas plantea problemas pues la evaluación de los objetivos se debe hacer de manera individualizada. Para hacer la evaluación el terapeuta tiene que recoger información de diferentes vías. La fuente más importante de información para las AVD suelen ser los padres o cuidadores.

Al finalizar el proceso de evaluación el terapeuta contará con una gran cantidad de información sobre los comportamientos de la persona en diferentes contextos. Por ello es necesario que el profesional junto con el paciente y la familia, identifiquen los objetivos en las AVD más apremiantes.

Las mediciones son importantes antes, durante y después de cualquier intento de entrenamiento. Las mediciones repetidas permiten comprobar si la conducta se modifica en la dirección deseada. Para medir se debe: 1) seleccionar la conducta a evaluar, 2) seleccionar los ambientes y situaciones en los que se dan las conductas, 3) examinar las conductas para aislar los componentes requeridos para el entrenamiento. Cuando existen múltiples déficit más que evaluar todas las habilidades posibles a entrenar (aunque sería lo correcto) se pueden identificar únicamente aquellas habilidades indispensables en varias áreas de funcionamiento. El punto 3 supone una evaluación más micro, previa a la intervención y requiere descomponer las habilidades en unidades de conductas entrenables en los aprendizajes.

- Reglas para la evaluación de conductas

Se pueden establecer tres reglas que faciliten la tarea de evaluación: escoger el tipo de medida, evaluar la línea base y construir un gráfico.

- Regla 1

Lo primero es establecer el nivel de medida de la conducta. Puede ser el número de veces que hace algo, el tiempo que tarda o simplemente si ocurre o no ocurre el comportamiento (cuadro 31.4).

*Cuadro 31.4. Ejemplo de conductas medibles.*

- N° de veces por semana que Laura recoge el baño después de ducharse.
- N° de veces que Pedro se toma la medicación por sí mismo.
- N° de minutos que Alicia tarda en fregar el patio.

- Regla 2

Se trata de escoger un tiempo previo al entrenamiento en el que solo se evaluará o medirá la conducta. El tiempo depende de la frecuencia de la conducta. Si ocurre varias veces al día una línea base de siete días resultará suficiente. Si ocurre varias veces a la semana es recomendable una línea base de un mes. Es decir, si la conducta ocurre con mucha frecuencia, tiempos cortos son los adecuados para medir y si ocurriera con frecuencia media o baja, será necesario ampliar el periodo de medición.

A continuación se debe organizar la información en cuadros o gráficos, para que con solo un vistazo pueda tenerse una idea de cómo es la ejecución del sujeto en esa habilidad antes del entrenamiento.

- Regla 3

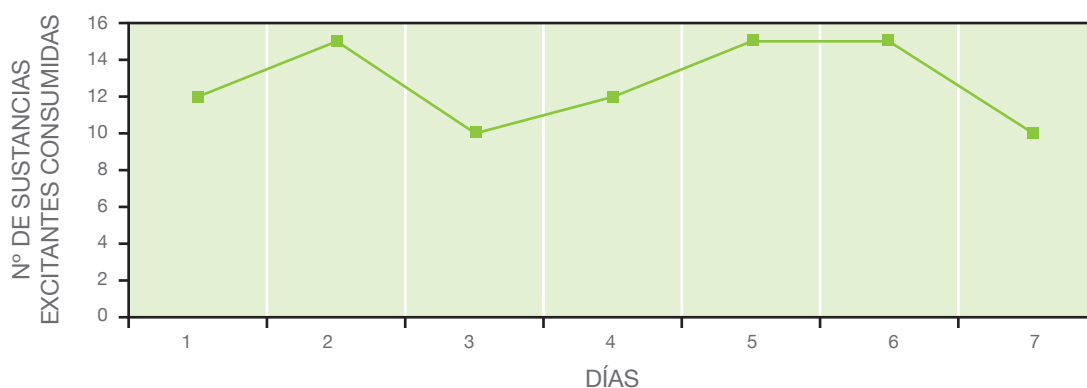
Los cuadros tipo calendario colgados en la habitación o en alguna parte de la casa pueden ser útiles. Un cuadro para medir la frecuencia de realizar las tareas del hogar se ejemplifica a continuación.

Cuadro 31.5. Ejemplo de cuadro de frecuencia de ejecución de tareas domésticas.

TAREA	L	M	X	J	V	S	D
Recoger las hojas del patio	X		X	X	X	X	X
Lavar los platos			X		X	X	X
Sacar la basura	X					X	
Hacer la cama por la mañana	X			X			

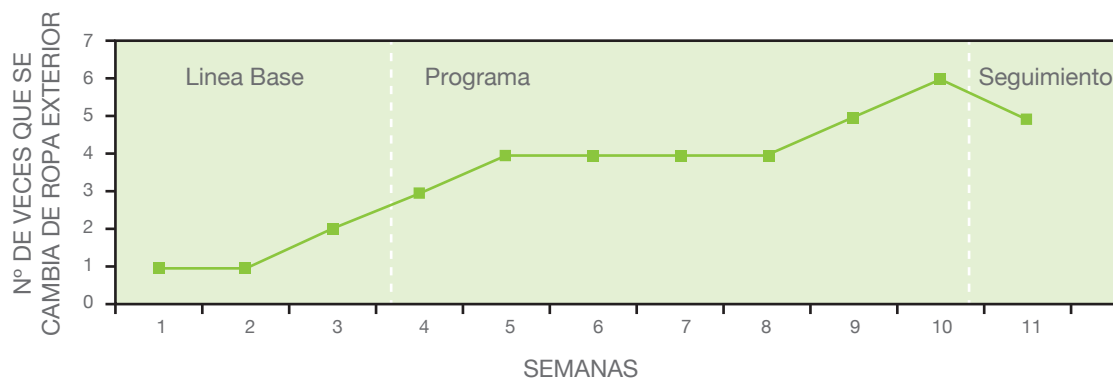
Los gráficos son muy adecuados para llevar un registro de la evolución, los progresos y los retrocesos. En la línea Y se ubican las conductas a observar y en la línea X las unidades de tiempo (días, horas) que se elijan para las mediciones. A continuación se ofrece un ejemplo de gráfico del número de veces que un sujeto ha consumido una sustancia excitante (café o refresco) en una semana.

Figura 31.1. Ejemplo de gráfico del consumo de sustancias excitantes.



Las gráficas son útiles para evaluar los resultados de un programa. A continuación se presenta una gráfica completa de un programa exitoso.

Figura 31.2. Ejemplo de gráfico de evaluación de resultados de un programa de mejora del aspecto exterior.



### 31.3.2. PROCEDIMIENTO

- Diseñar unidades estructuradas de aprendizaje

Una “Unidad de aprendizaje” consiste en el conjunto de conductas a entrenar para lograr la autonomía en un área concreta de las AVD. Las conductas que integran las Unidades de aprendizaje se refieren a las habilidades que son necesarias tener en cuenta para lograr un buen nivel en esa área. Con la evaluación funcional detectaremos los objetivos que se van a concretar en las metas siguientes: incorporar habilidades nuevas, recuperar habilidades perdidas, automatizar la cadena conductual de cada área y mantener y generalizar las habilidades aprendidas.

Por tanto, es útil concretar la intervención seleccionando áreas deficitarias que a su vez están compuestas por varias unidades estructuradas de aprendizaje. En los cuadros siguientes se muestran ejemplos de unidades estructuradas de aprendizaje.

*Cuadro 31.6. Unidades estructuradas de aprendizaje del área de higiene personal.*

1. Lavarse las manos y la cara	5. Afeitarse
2. Ducharse	6. Arreglo de uñas
3. Secarse el pelo y peinarse	7. Maquillarse y arreglarse
4. Cuidado de la higiene bucal	

*Cuadro 31.7. Unidades estructuradas de aprendizaje del área de hábitos de alimentación.*

1. Horarios aceptables para comer	5. Mantener modales en la mesa
2. Utilización adecuada de la vajilla y cubertería	6. Ayuda a preparar y a recoger la mesa
3. Ritmo adecuado para ingerir los alimentos	7. Seleccionar una dieta equilibrada para cada semana
4. Utilización de la servilleta	

*Cuadro 31.8. Unidades estructuradas de aprendizaje del área de manejo del dinero.*

1. Conocimiento y discriminación de monedas y billetes	5. Abrir una cuenta corriente
2. Conocimientos básicos de operaciones y cambios	6. Ingresar y sacar dinero de un banco
3. Conocimiento del precio de artículos	7. Uso de cajero automático
4. Organización de un presupuesto	8. Realización de compras

Cada unidad de aprendizaje se estructura en varios pasos o conductas que en su conjunto forman la cadena conductual completa. En los cuadros 31.9 y 31.10 se muestran los pasos para varias unidades de aprendizaje.

*Cuadro 31.9. Pasos de la unidad de aprendizaje: “Realización de compras” del área de manejo del dinero.*

1. Calcular mentalmente lo que puede costar	9. Si no se está conforme, manifestar que no se desea comprar y agradecer la atención recibida.
2. Ver al menos dos tiendas para comparar precios	10. Pedir la cuenta
3. Entrar en la tienda	11. Calcular mentalmente el dinero que debe devolver después de cobrar
4. Saludo cordial	12. Comprobar las vueltas
5. Pedir turno si hay más personas esperando	13. dar las gracias y despedirse
6. Describir lo que se desea comprar	14. Autoelogiarse por la compra y el desempeño
7. Pedir el precio	
8. Elegir si se está conforme con la calidad y el precio	

*Cuadro 31.10. Pasos de la unidad de aprendizaje: “Consulta con el psiquiatra” del área de autoadministración de la medicación.*

1. Piensa en las cosas que le vas a decir	5. Describe si has vivido circunstancias estresantes o preocupantes recientes
2. Observa si has notado últimamente algún pródromo	6. Solicita específicamente como te puede ayudar
3. Saluda	7. Repite o resume las indicaciones del psiquiatra
4. Describe como te encuentras y los problemas o síntomas que tienes	

Esta estructura nos permite desarrollar un proceso rehabilitador en el que aplicando el moldeamiento y el modelado, la persona va progresando gradualmente en la consecución de las metas programadas.

Son varios los cuestionarios que se han diseñado para obtener datos sobre las AVD. Algunos son por ejemplo la escala SBAS (Plat et al., 1.980), el cuestionario de necesidades de Camberwell (CAN, 1995), el LSP (Rosen et al., 1989) o el BELS (Jiménez et al., 2000). La técnica más útil para seleccionar conductas a entrenar es la observación directa que puede realizar tanto el profesional como la familia.

En la Fundación FISLEM, dentro del Programa Residencial (FISLEM, 2007) hemos elaborado un instrumento sobre la evaluación de áreas de autonomía deficitarias denominado “Registro de Áreas de Autonomía” (REA). Describe las habilidades necesarias para pacientes que residen en una vivienda supervisada. Está formado por varias áreas, en concreto: autoadministración de la medicación, higiene personal, cuidados en el vestido, alimentación, sueño, manejo del dinero, desplazamientos, ocio, limpieza de la vivienda, habilidades de convivencia, relaciones familiares, compras, actividades de autogestión, lavado de ropa, planchado, utilización del frigorífico, otros electrodomésticos, afrontamiento de emergencias en el hogar y conductas problemáticas para la convivencia. Mide la frecuencia de ejecución de cada conducta en una escala de cinco puntos. También mide el nivel de ayuda o apoyo que precisa la persona por parte de terceros en el desempeño de cada área. Cada área está constituida por 6 ó más unidades de aprendizaje (ver ejemplo). Es de gran utilidad para plantear metas concretas y establecer las unidades de aprendizaje que deben seleccionarse para el tratamiento.

*Ejemplo del REA: Área de sueño y reposo*

*Duerme las horas adecuadas a sus necesidades*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

*Se levanta y acuesta a las horas establecidas*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

*Utiliza prendas adecuadas para dormir*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

*Duerme en los lugares establecidos*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

*Duerme en las horas establecidas (noche y siesta)*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

*Duerme sin ayuda de hipnóticos*

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Valora de 0 a 9 el nivel de ayuda profesional que precisa el paciente en esta área:

<b>FEB.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>JUN.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>OCT.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

El REA cumple una doble función: evaluar el nivel del usuario en cada habilidad y seleccionar las conductas objeto de intervención. También sirve para supervisar los logros del tratamiento pasándolo periódicamente y permite elaborar gráficos de cada conducta.

Para descomponer las conductas en pasos o componentes se puede observar la conducta tal y como se lleva a cabo, observando a personas que muestran una ejecución adecuada en la misma. Se debe decidir sobre el grado de especificidad de los pasos a entrenar. En general la descomposición de una conducta en pasos debe cumplir las características siguientes: 1) los pasos se expresan en conductas, 2) cada paso supone un cambio visible, 3) los pasos se deben ordenar en función de su ocurrencia natural (del primero al último). En los cuadros 31.11, 31.12 y 31.13 se ejemplifican varias conductas descompuestas en sus pasos o componentes.

*Cuadro 31.11. Ejemplo de pasos de la conducta “utiliza la lavadora”.*

1. EL usuario enciende la lavadora
2. Elige el programa que quiere emplear
3. Aprieta el botón de encendido
4. Aprieta los botones correspondientes a la selección de programas
5. Una vez terminada la operación saca la ropa de la lavadora y la mete en el cesto de tender la ropa.

*Cuadro 31.12. Ejemplo de pasos de la conducta “Almacenar la compra de alimentos en el lugar adecuado”.*

1. Saca los alimentos de las bolsas
2. Agrupa los alimentos en tres apartados, según lugar donde lo va a guardar: frigorífico, congelador y despensa
3. Lleva los alimentos al lugar correspondiente, dejándolos bien colocados

*Cuadro 31.13. Ejemplo de pasos de la conducta “Se limpia las uñas”.*

1. Regula la temperatura del agua
2. Sen lava las manos frotándose las uñas
3. Impregna el cepillo de jabón
4. Se frota las uñas con el cepillo
5. Se aclara y seca las manos
6. Se corta las uñas con un cortauñas

Se remite al “Programa de Habilidades de la Vida Diaria” de M.A. Verdugo (2000) donde se ofrecen multitud de ejemplos de conductas a entrenar descompuestas en sus componentes conductuales.

Una duda o dificultad que puede tener el monitor o terapeuta es cómo hacer la descomposición de las conductas de una habilidad determinada. Todo el proceso posterior partirá de aquí y el éxito o fracaso en el entrenamiento dependerá en parte de si la división de las conductas en pasos “enseñables” está bien efectuada. La cantidad de pasos o conductas dependerá de las capacidades del usuario para ejecutar esa tarea. Por ejemplo la conducta de “ordenar el armario” se podrá dividir en: 1) separar la ropa sucia de la limpia, 2) poner las camisas en perchas, 3) doblar los jersey, 4) poner las camisetas en el cajón. Una persona puede necesitar tres pasos y otra cinco (sacar la ropa sucia, poner en perchas, doblar los jerseys, separar las camisetas del resto, poner en un cajón y guardar lo sucio en un cesto). Así se pueden agrupar varios o pasos o dividirlos aún más, en función del nivel de desempeño del usuario.

- Técnicas a utilizar durante el entrenamiento en las AVD

Todas las técnicas de entrenamiento derivan de los procedimientos cognitivo-conductuales. En concreto, las leyes del entrenamiento operante son la base de las técnicas. En entrenamiento dentro del programa de AVD es estructurado, manteniendo un óptimo nivel de la atención del paciente que facilite el procesamiento de la información.

Las principales técnicas utilizadas son:

- Instrucción verbal
- Modelado
- Imitación/repetición
- Feedback
- Reforzamiento positivo
- Programación de tareas entre sesiones

Inicialmente a la persona se le explica e instruye en la conducta concreta a entrenar y en cómo realizarla. El contenido de este componente varía dependiendo de la conducta que se vaya a enseñar (es diferente aprender a manejar el teléfono que manejar la sartén). Si bien este componente es esencial, no es suficiente para lograr el aprendizaje. Se procede entonces al modelado de la conducta que consiste en realizarla por una persona presente, aunque también se pueden utilizar vídeos. El modelo puede ser el monitor, terapeuta o un miembro de su familia. Tras el modelado, la persona tiene que tener la oportunidad de practicar o ensayar la conducta. El profesional debe estar en ese momento atento para prestar ayuda (verbal, gestual o física), especialmente en los primeros ensayos. Posteriormente las ayudas se desvanecen hasta eliminarse. Al finalizar esta fase el monitor debe proporcionar feedback y se dispensa el reforzamiento social (alabanzas y enfatización verbal de lo conseguido), aunque pueden establecerse otros reforzadores (un objeto reforzante o licencias extra en las obligaciones del día).



La generalización se incluye mediante la programación autónoma de tareas en la casa. Si no se incluye este apartado será difícil que incorporen los comportamientos necesarios a su repertorio de habilidades. La generalización se debe trabajar con la colaboración de la familia y con la asignación y la supervisión de tareas semanales o diarias.

- Ayudas al comienzo de los aprendizajes

Al principio de ensayar las conductas se necesitarán ayudas diversas. La ayuda verbal consiste en recordarle algunos o varios de los pasos que le facilitarán la ejecución exitosa de la conducta. Por ejemplo, al manejar productos de limpieza peligrosos como la lejía, se enfatiza como agarrar la botella, las normas de seguridad, etc. La ayuda gestual son gestos o movimientos emitidos por el monitor. Suelen ser indicadores puntuales de algún paso olvidado en la tarea o de alguna respuesta incorrecta. Por ejemplo, indicar con la mirada la taza del inodoro para recordar que no tiró de la cadena. La ayuda física se utiliza para las habilidades que implican destrezas motoras (manejo de útiles de limpieza, manejo de herramientas de cocina, etc.) consiste en guiar ligeramente los movimientos de la persona implicada en el aprendizaje.

En el cuadro 31.14 se listan las principales técnicas para el aprendizaje de conductas.

*Cuadro 31.14. Técnicas del entrenamiento en conductas.*

1.- Instrucciones	6.- Generalización
2.- Modelado	6.1.- Sobreaprendizaje
2.1.- Modelado en vivo	6.2.- Entrenamiento en vivo
2.2.- Modelado en vídeo	6.3.- Programación de tareas en vivo para la casa
3.- Imitación: ensayo de conducta	7.- Otras técnicas utilizadas
3.1.- Ensayo en vivo	7.1.- Autoinstrucciones
3.2.- Ensayo encubierto	7.2.- Solución de problemas
4.- Feedback	7.3.- Contratos de contingencias
5.- Reforzamiento	
5.1.- Autorreforzamiento	
5.2.- Reforzamiento externo	

Todas las técnicas de aprendizaje están estructuradas para lograr la adquisición de las conductas de AVD. En el cuadro 13.15 se describen más detalladamente las técnicas.

Cuadro 31.15. Definición de las principales técnicas de entrenamiento de conductas.

TÉCNICA	DEFINICIÓN
<b>INSTRUCCIONES</b>	Explicar la conducta y sus componentes
<b>MODELADO</b>	Se observa una escena que demuestra la utilización de la conducta o habilidad, se evalúa la comprensión de lo observado con preguntas y respuestas
Modelado en vivo.	Alguien (el modelo) realiza la conducta mientras se observa la ejecución del modelo. Tiene la ventaja de que facilita más la atención y el modelo puede adaptar su comportamiento en el momento.
Modelado en vídeo.	Se presenta el modelo filmado o en películas. La ventaja es que se puede repetir varias veces y hacer más hincapié en unas características. También permite mostrar situaciones que no podrían mostrarse directamente (como por ejemplo conductas privadas de higiene íntima o sexualidad).
<b>ENSAYO DE CONDUCTA</b>	Practicar y ensayar las habilidades observadas antes
Ensayo en vivo.	Se pone en práctica el comportamiento a realizar en el contexto real mientras el monitor u otros observan como es el desempeño.
Ensayo encubierto.	El monitor instruye a la persona a que describa cómo va a realizar el comportamiento en un futuro. Le ayuda a que se imagine vívidamente a sí mismo realizando la conducta y describa cómo lo está haciendo en la imaginación.
<b>FEEDBACK</b>	Dar información sobre las conductas exhibidas en el ensayo previo. El feedback lo pueden dar los monitores, compañeros, o la propia persona (auto-feedback mediante preguntas que se dirijan a la auto-observación de lo que se ha hecho).
<b>REFORZAMIENTO</b>	Alabanzas y reconocimiento de la buena ejecución del comportamiento.
Autorreforzamiento	Aplicado por la misma persona mediante frases o palabras de autorreconocimiento.
Reforzamiento externo	Aplicado por el monitor o terceros.
<b>GENERALIZACIÓN</b>	Se refiere a la exhibición del comportamiento de manera autónoma.
Sobreaprendizaje	Realizar ensayos reiterados con supervisión en situaciones sencillas o simuladas.
Entrenamiento en vivo	Realizar los ensayos de la conducta en el contexto real con supervisión.
Programación de tareas en vivo	Practicar las conductas por su cuenta en la casa. Se puede organizar un horario que clarifique las conductas que debe realizar al día. Es bueno dar alguna hoja de registro donde anote grado de éxito, consecuencias positivas, etc.

- El modelado

Muchos de los comportamientos que realiza un ser humano los adquiere por aprendizaje observacional. El usuario observa a un modelo realizar una conducta en un contexto situacional, lo que ayuda a la persona a identificar los estímulos que actúan como señales y a centrar la atención en ellos. En el cuadro 13.16 se dan algunas pautas para el uso eficaz del modelado.

### 31.16. Algunas pautas para el uso eficaz del modelado.

1. Seleccionar entre los modelos a los mismos familiares o conocidos, y a los monitores u otros profesionales que se les vea con status o prestigio.
2. Cuando sea posible utilizar más de un modelo.
3. Combinar el modelado con explicaciones simultáneas.
4. Si el comportamiento es complejo para la persona, el modelado debe fragmentarse, comenzando por lo más fácil y progresando a través de aproximaciones más difíciles.

Realizar una observación activa durante el visionado del modelo aumenta la eficacia. Por ejemplo, se puede solicitar a una persona la repetición verbal de lo que ha visto, cuadros resumen o que haga alguna valoración personal. Estas estrategias ayudan a fijar la atención en la tarea y facilita el almacenamiento de información en la memoria.

A veces puede ser necesario fragmentar el modelado en varios pasos fácilmente identificables, especialmente para pacientes con déficit severos en la atención. En el cuadro 31.17 se pone un ejemplo de una secuencia de modelado por pasos.

*Cuadro 31.17. Ejemplo de modelado: “comprar útiles de limpieza” fragmentado en cuatro pasos.*

#### **PASO 1º. Hacer una lista escrita de productos de limpieza del hogar**

- Buscar lápiz y papel.
- Comprobar lo útiles que se necesitan (mirar los que están casi vacíos y los que faltan).
- Apuntarlos en la lista.
- Repasar la lista.
- Calcular el coste y coger dinero.

#### **PASO 2º. Seleccionar el comercio y dirigirse a él**

- Seleccionar el lugar de compra (supermercado, droguería, etc).
- Vestirse, coger dinero y salir.

#### **PASO 3º. Comprar los productos**

- Coger una cesta.
- Buscar los productos de la lista.
- Echarlos al carro.
- Pasar por caja.
- Pagar y despedirse.

#### **PASO 4º Guardar los productos**

- Sacar de las bolsas los productos.
- Colocarlos en su sitio.
- Guardar el dinero restante.

La mayoría de las prácticas del modelado se podrán hacer en vivo. En el modelado en vídeo es necesario filmar previamente la secuencia a observar. Este tipo de modelado facilita poder observar repetidamente la secuencia entera o algunas partes de ella. El modelado debe expresar sus competencias, narrando lo que está haciendo y para qué lo hace. Para algunas habilidades puede ser muy útil, como por ejemplo las habilidades de aseo personal.

El modelado es un procedimiento de aprendizaje muy indicado para las personas con TMG, para generar conductas teniendo en cuenta las variables de cuadro 13.18.

*Cuadro 31.18. Factores que afectan al modelado.*

<p><b>Para facilitar la atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar la atención a aspectos clave de la conducta, destacarlos, nombrarlos o incluso exagerarlos.</li> <li>- El modelado debe ir con una guía de instrucciones específicas de los aspectos en que se ha de fijar el sujeto.</li> <li>- Se ha de indicar la utilidad funcional de la conducta que se está entrenando (por qué es importante hacer esa conducta).</li> <li>- En personas con TMG es más adecuado realizar presentaciones cortas del modelo (de 1 a 5 minutos) que largas.</li> <li>- El modelo debe ser eficaz realizando la conducta.</li> <li>- Es útil buscar modelos con valor afectivo para el observador. Por ejemplo se pueden buscar escenas de películas de actores admirados por el observador, para hacer un modelado en vídeo.</li> <li>- Se deben buscar momentos adecuados para el modelado que faciliten la tarea al observador (que esté relajado, sin distracciones y en un lugar cómodo).</li> </ul>
<p><b>Para facilitar la retención de lo observado en la memoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir tras la exposición que resuma lo observado.</li> <li>- Practicar sin que pase mucho tiempo de la exposición del modelo.</li> </ul>
<p><b>Para facilitar la actuación del observador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar feedback inmediatamente a la ejecución de la conducta.</li> <li>- Dar feedback empezando por lo que se ha hecho bien y luego señalar cómo se pueden mejorar aspectos concretos.</li> </ul>

Cada sesión de modelado ha de planificarse paso a paso. Los pasos a seguir en una sesión de modelado son:

1. Explicar en qué consiste la conducta deseada.
2. Se dan instrucciones que centren la atención en los aspectos más relevantes del modelo y de la situación.
3. El modelado demuestra la conducta deseada y describe verbalmente lo que está haciendo, así como las consecuencias anticipadas del desempeño. También se puede mostrar las conductas inadecuadas y sus consecuencias.
4. Después de la presentación se pide al usuario que resuma las conductas del modelo.
5. Ensayo por parte del usuario de la actividad modelada. Se puede grabar en vídeo el ensayo.
6. Dar feedback positivo de lo ensayado y sugerencias para mejorar.
7. Hacer varios ensayos hasta que la conducta mejore.
8. Diseñar tareas entre sesiones para practicar las habilidades entrenadas.

Un factor que determina la eficacia del modelado es obtener consecuencias positivas por imitar las buenas conductas. Es conveniente planificar el modelado de modo que la persona reciba un reforzador después. Puede ser una ayuda contar con la familia para elaborar una lista de reforzadores que emitirán cuando la persona repita adecuadamente la conducta observada (ver punto de “uso del refuerzo positivo”).

- Conductas que se pueden adquirir por la técnica del modelado

Por modelado se pueden adquirir conductas preventivas de la salud, de autocuidados, toma de medicación, tareas domésticas, etc. En el cuadro 13.19 se hace un breve listado de ejemplos de posibles áreas de aplicación del modelado.

*Cuadro 31.19. Ejemplo de áreas de aplicación del modelado (unidades de aprendizaje).*

• Limpiar los zapatos.	• Llamar a un fontanero.
• Utilizar la lavadora.	• Preguntar dudas al psiquiatra.
• Poner la mesa.	• Toma de medicación.
• Servir comidas.	• Pedir cita en el médico.
• Comparar productos.	• Buscar en una guía de teléfonos.
• Cocinar recetas.	

- Generalización de lo aprendido por modelado

La generalización supone que los aprendizajes persisten sin la presencia del profesional. El principal método son las tareas para casa. Para planificar la tarea entre sesiones se debe: a) identificar con claridad la conducta a realizar, b) acordar la situación y el momento, c) diseñar un registro para anotar la realización de la tarea.

• Uso del refuerzo positivo

A través del refuerzo se administran consecuencias positivas contingentes a las conductas a entrenar. Es necesario elaborar una amplia lista personalizada que en todo momento pueda ser modificada. También es recomendable que la lista incluya variedad en los tipos de refuerzo como pueden ser refuerzos materiales, sociales o de actividad, así como afectivos y autorrefuerzos. En el cuadro 13.20 hay un ejemplo de reforzadores que se pueden utilizar.

*Cuadro 31.20. Ejemplo de una lista de refuerzos positivos variados.*

• Cd's de música favoritos.	• Revistas, periódicos, comic.
• Refrescos.	• Tiempo para usar el taller de su padre.
• Comidas.	• Anotar adjetivos positivos en una lista visible para la familia.
• Camisetas, ropa.	• 10 minutos de conversación con un miembro de la familia.
• Dinero.	• Tiempo para estar solo/a sin ser molestado/a.
• Saldo para alquiler de DVD.	• Que alguien de la familia le diga algo positivo.

Hay que seleccionar las conductas que irán seguidas de las consecuencias positivas, así como escoger los reforzadores adecuados. A veces se utiliza el término recompensa en vez de reforzador. La idea que subyace a esta técnica es que las conductas que vayan seguidas inmediatamente de consecuencias positivas es más probable que se repitan. En el cuadro 31.21 se dan ejemplos de refuerzos de conductas de autonomía.

Cuadro 31.21. Ejemplos de refuerzo de conductas deseables de autonomía.

SITUACIÓN	CONDUCTA	REFORZADOR	EFECTOS
Una madre y su hijo están esperando en la cola de un supermercado.	El hijo saluda a la cajera.	La madre le dice “ese saludo ha estado muy bien”.	En el futuro es más probable que vuelva a saludar.
Un paciente que está en un programa de AVD está en casa a mediodía.	Recoge la ropa tendida y la mete en el cesto de la plancha.	Su padre le dice que por la tarde le va a comprar la revista que pidió hace unos días por recoger la ropa.	Es probable que vuelva a recoger la ropa en una situación similar.
Una madre prueba la sopa que ha hecho un paciente para comer.	La madre elogia la sopa.	El paciente se dice a sí mismo “si sabe bien lo he hecho bien”.	Volverá a hacer esa sopa cuando le pidan que prepare su cena.

Se pueden dar reforzadores a corto plazo, que consisten en su aplicación inmediata a la conducta. El reforzador a largo plazo se dispensa en otro momento, por ejemplo se puede ofrecer la posibilidad de realizar una actividad positiva como comer en un restaurante o comprar un CD de música, después de haber realizado la conducta perseguida. Es importante el refuerzo social, que consiste en prestar atención o halagos. Por ejemplo, si un paciente ha realizado una actividad programada se le puede decir: “has demostrado interés por aprender, te felicito”. También es importante distanciar gradualmente los refuerzos en el tiempo cuando el paciente va logrando conseguir los objetivos. La fase última y buscada es que el paciente utilice el autorrefuerzo para consolidar las conductas aprendidas.

El feedback es necesario cuando se adquiere una nueva habilidad. Se trata de instrucciones verbales sobre cómo es el desempeño de la persona en esa habilidad. Bien administrado facilita el proceso de aprendizaje y también puede ser un momento reforzante en sí mismo. Siempre hay que utilizar un lenguaje específico que enfatice lo positivo del desempeño de la persona durante los ensayos. Si la ejecución es pobre se puede alabar el esfuerzo y el intento a la intención y ofrecer pistas para mejorar la ejecución.

Es normal que surjan resistencias asociadas a ganancias obtenidas tras una larga dependencia de un familiar o cuidador o de asumir el rol pasivo de enfermo. Actividades como charlas con la familia pueden servir para enumerar las ventajas del cambio o para corregir expectativas no acordes con los objetivos. Estos intercambios deben facilitar la percepción de los beneficios del cambio en su calidad de vida y en la de la familia.

- La importancia de pensar en términos de solución de problemas

El concepto que subyace a todas las áreas de aprendizaje de habilidades es la solución de problemas. La habilidad para superar obstáculos y resolver los problemas de la vida diaria es un factor importante en el desarrollo de un estilo de vida independiente. Cuando los individuos aprenden como definir problemas y resolverlos en pasos pequeños y manejables, son más capaces de emprender acciones que redundarán en una mejora en su funcionamiento autónomo.

Así, por ejemplo, en el contexto de una vivienda trataremos de enseñar a las personas un método sistemático paso a paso para resolver problemas específicos. Esta estrategia los prepara para las respuestas inesperadas u obstáculos que ellos puedan encontrar cuando utilicen sus habilidades de autonomía en su hogar. Los pasos son:

1. Pararse a pensar: ¿Cuál es el problema? (definir en términos de conducta).
2. ¿De qué diferentes formas se puede resolver este problema? (proponer al menos 3 alternativas).
3. Valorar cada una de las alternativas de solución.
4. Elegir una y planificar como se va a realizar (estudiar los recursos que se requieren).
5. Concretar el momento para aplicar la solución elegida.
6. Hacerlo y evaluar los resultados obtenidos (ver si se ha solucionado el problema o parte).

Algunos ejemplos de problemas que pueden darse en la vivienda están en el siguiente cuadro:

- Se ha quedado sin champú para lavarse esa mañana.
- No tiene dinero suficiente para comprar algo.
- Le sale mal una comida porque se ha saltado un paso importante
- No ha realizado una tarea de limpieza que le tocaba.
- Decidir un menú entre varias propuestas.
- Pocos intereses para realizar actividades de tiempo libre.
- Tener un mal hábito diario y no se le ocurren alternativas para corregirlo.

- Las autoinstrucciones

Las autoinstrucciones son una técnica cognitiva que busca el autocontrol. Se trata de autoverbalizaciones que se da la persona mentalmente para dirigir su propia conducta. Se trata de preguntas mentales que sirven de ayuda en el ensayo conductual y en la realización de tareas en vivo (¿qué tengo que hacer?, ¿cuál es la forma de hacerlo?, ¿necesito ayuda?, etc...). Además de facilitar la atención en la conducta pueden servir como autorrefuerzo. Así se pueden elaborar listados de frases positivas y comentarios sobre uno mismo después de afrontar una situación o entrenamiento y pedirle que las recite mentalmente. Con esta práctica el sujeto se aproxima a una autoimagen de autoeficacia personal.

- Pasos a seguir para entrenar una conducta o habilidad

El entrenamiento de las unidades de aprendizaje sigue un procedimiento específico en el que se aplican las técnicas. Se trata de una secuencia estructurada y que se describe a continuación.

1. Presentación de la unidad de aprendizaje.

- Cuando se inicia una unidad de aprendizaje nueva, el profesional explica a la

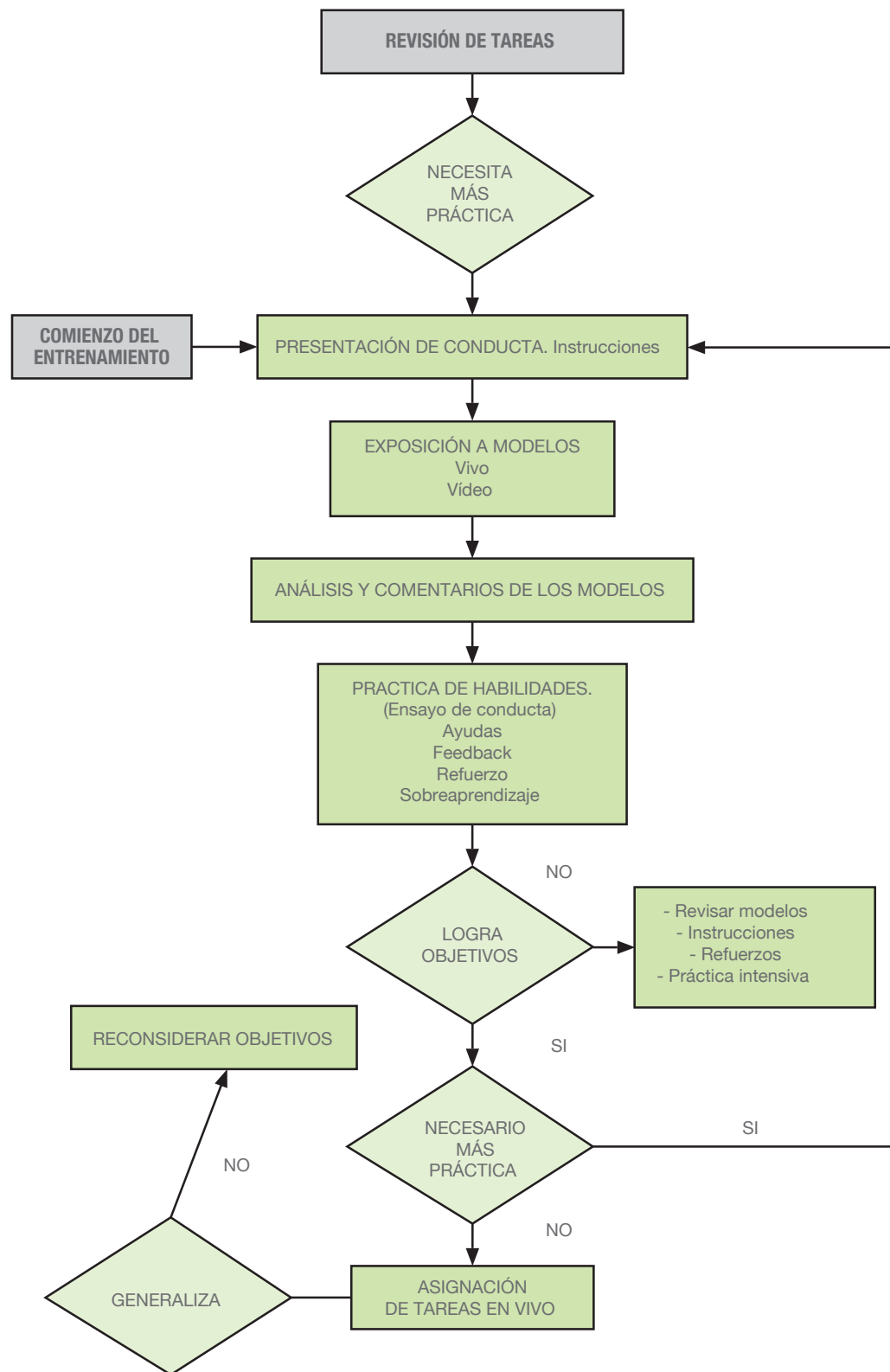


persona: a) cual es el contenido de la unidad, descomponiéndola en sus componentes y poniendo ejemplos correspondientes; b) por qué vamos a aprender esa habilidad y para qué; c) dónde se realiza esa habilidad; 4) cómo lo vamos a hacer, cuáles son los pasos que vamos a seguir.

- Una buena presentación tiene como finalidad esclarecer lo que se va a realizar e incrementar la motivación.
2. Modelado. Previamente la acción ha sido ensayada por el profesional y si se puede buscar alguna secuencia en vídeo que la demuestre, mejor. Puede ser útil en algunas conductas “dramatizar” de forma exagerada algunas secuencias sobre lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.
  3. Comentarios sobre el modelado. Cuando el modelado haya sido visionado se realizan preguntas para comprobar el entendimiento de toda la secuencia de pasos.
  4. Ensayo de conducta. A continuación la persona practica la unidad de aprendizaje que acaba de observar. Los ensayos se realizan en el escenario donde se realiza a conducta. Es importante tener en cuenta el nivel previo de desempeño del que parte el sujeto, que se habrá recogido en la línea base. Servirá para orientar sobre la cantidad de entrenamientos o ensayos necesarios, así como sobre el grado de ayuda que sea preciso.
  5. Feedback y comentarios. Después de cada ensayo se revisa la secuencia proponiendo feedback con refuerzos positivos y correcciones sobre la ejecución.
  6. Tareas programadas. Se le asignan tareas para que las realice entre sesiones. Las puede realizar solo/a o apoyado por la familia. Se le debe indicar un registro donde anote las tareas. Deben ser muy sencillos y pueden incluir por ejemplo: día, hora y grado de dificultad en la ejecución. La revisión de los registros será el primer paso que se realizará en la próxima sesión y se tratará de que tenga un efecto terapéutico (elogiando los esfuerzos o resolviendo dudas). En la figura 31.3. se muestra el procedimiento para entrenar una conducta en una sesión. En el cuadro 31.22 se describen conductas a realizar por el terapeuta y el usuario durante el procedimiento de entrenamiento.



Figura 31.3. Proceso para entrenar una conducta.



Cuadro 31.22. Conductas a realizar por el profesional y el usuario en los entrenamientos

<p><b>PROFESIONAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Identifica la conducta a entrenar por el usuario (Línea Base)</li> <li>2.- Prepara los materiales a utilizar en el entrenamiento</li> <li>3.- Instruye verbalmente sobre el uso adecuado del material</li> <li>4.- Modela la habilidad, realizándola primero y secuenciándola en los pasos pertinentes</li> <li>5.- Proporciona las ayudas necesarias (siempre la mínima ayuda necesaria)</li> <li>6.- Lleva el progreso del usuario a través de los registros escritos</li> <li>7.- Refuerza verbalmente cada logro en el proceso de aprendizaje</li> <li>8.- Asigna las tareas programadas para la ejecución independiente</li> </ol> <p><b>USUARIO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Conoce y se familiariza con los materiales a utilizar</li> <li>2.- Imita cada uno de los pasos que ha observado</li> <li>3.- Realiza las actividades propuestas por el monitor para adquirir la habilidad objetivo</li> <li>4.- Realiza la actividad por su cuenta</li> </ol>
---

- Estrategia cuando no hay progresos

Cuando un análisis de la evolución de los datos indica que el nivel de aprendizaje del usuario es lento o no hay avances, se puede realizar de nuevo una evaluación adicional. Es conveniente reevaluar la información obtenida en el análisis funcional y en el análisis de las tareas, ya que es posible encontrar estímulos inhidores del aprendizaje, nuevos reforzadores de la conducta actual, o aspectos micro en las habilidades del usuario que antes se hubieran pasado pro alto. Se puede reevaluar cuatro criterios:

- a) Objetivos (¿son realistas?).
- b) Condiciones (¿está siendo inhibida la ejecución por las características sociales, o físicas del entorno, o por los materiales utilizados?
- c) Habilidades (¿son las habilidades muy deficitarias o ya existen en el repertorio del sujeto?).
- d) Motivación (¿quiere el sujeto realizar la conducta?).

En función de esto, se puede plantear la modificación de los componentes que se crean oportunos. Si estos componentes no parecen ser problemáticos se debe pasar a reevaluar la forma en que se está realizando el entrenamiento en AVD. Factores tales como el método para diseñar las unidades de aprendizaje, la frecuencia y la duración de las sesiones, el uso del refuerzo adecuadamente se pueden tomar en consideración. Una vez realizadas las modificaciones necesarias, se vuelve a proceder al entrenamiento.

### 31.4. PAUTAS PARA MEJORAR EL MANEJO DEL ENTORNO: SESIONES CON EL USUARIO

En un volumen importante de usuarios se necesitará el desarrollo de intervenciones orientadas a mejorar el funcionamiento doméstico, que les permita el mantenimiento

en el hogar en las mejores condiciones posibles. Habrá que diseñar en esos casos algún programa que capacite al usuario a vivir en su entorno con el máximo de sus habilidades.

Se deberán perseguir objetivos eminentemente prácticos que se centren en la adquisición de habilidades domésticas cercanas, inmediatas y elementales que le permita lograr una mayor autonomía en el entorno en el que vive.

Tener listas de habilidades a entrenar puede ser de ayuda cuando hay que seleccionar entre varias. Sin embargo solo se podrá escoger un número limitado de habilidades para ser entrenadas durante un periodo escogido y habrá que elegir solo aquellas que en la evaluación se hayan mostrado como más relevantes.

En cualquier intervención con personas con enfermedad mental las habilidades deben ser secuenciadas en términos de complejidad cognitiva, motivacional e instrumental. Esto se hará en función del número de pasos a realizar durante el entrenamiento, de la conciencia del problema y de la dificultad de la conducta en sí misma.

La generalización se tiene que desarrollar en los momentos en los que no esté presente el terapeuta. Por tanto, en cada sesión de entrenamiento se debe proporcionar abundante feedback sobre las tareas para casa. En este sentido la implicación de la familia podrá jugar un papel fundamental. Será de gran ayuda mantener sesiones específicas con la familia para informar de los objetivos trabajados durante las sesiones y orientarles sobre su forma de participación. Una fórmula puede ser ver a la familia una vez cada 15 ó 20 días, para entregar informes escritos sobre la evolución del usuario y darles pautas concretas para potenciar el mantenimiento y generalización de las conductas: cómo y cuándo hacer uso del refuerzo, cómo aplicar el modelado, registrar progresos, planificar su retirada progresiva de ciertas tareas domésticas, controlar la sobreprotección, etc.

El entrenamiento se debe desarrollar en el entorno doméstico es decir, en el contexto natural en el que se desarrolla la vida. Se debe contar previamente con el consentimiento de la familia para realizar las sesiones en la casa. Es recomendable que el profesional se ponga previamente en contacto con la familia para confirmar la hora, el lugar y el día para la sesión de entrenamiento.

A continuación se desarrolla un ejemplo que consiste en la descripción de un programa para desarrollar habilidades de cuidado en el entorno doméstico.

### ***A) Ejemplo de un programa conductual para desarrollar habilidades de cuidado en el entorno doméstico***

#### **a) Objetivos**

El programa está dirigido a que los pacientes conozcan los beneficios de vivir en un espacio cuidado, mediante la discriminación de lugares adecuados para la satisfacción de sus necesidades.

El programa prepara para vivir lo más autosuficientemente posible con su familia o en su propia vivienda participando activamente en las actividades cotidianas de mantenimiento del hogar.

A continuación y únicamente a modo de ejemplo se listan los objetivos planificados para la intervención en un caso hipotético. En este caso los objetivos específicos están relacionados con las conductas de arrojar residuos, fumar en casa, cuidado de la ropa, hacer la cama y miccionar correctamente. Al inicio del programa se seleccionan los siguientes objetivos específicos:

- Eliminar el hábito de arrojar residuos al suelo (colillas, papeles, ropa, etc.).
- Adquirir el hábito de usar el cubo de basura y la papelera.
- Eliminar el hábito de fumar en el salón de estar.
- Utilizar lugares preparados para apagar el cigarrillo.
- Diferenciar la ropa sucia de la limpia.
- Utilizar el lugar adecuado para depositar la ropa sucia.
- Colocar la ropa limpia en el lugar que corresponda (perchas y cajones).
- Miccionar de forma adecuada y sin ensuciar.
- Eliminar la conducta de escupir en el suelo de su habitación.
- Hacer su cama sin ayuda.

#### b) Recursos necesarios

Para lograr los objetivos se tienen que planificar cambios ambientales, utilización de refuerzos, materiales y técnicas antes del programa.

- Actividades, recursos y cambios ambientales:
  - Señalizar los espacios donde se puede y no se puede fumar con señales llamativas.
  - Adquirir papeleras y ceniceros, estando accesibles, indicando los lugares para su uso dentro de la casa, con el previo consentimiento de la familia del lugar de ubicación de los mismos.
  - Adquirir pañuelos de papel y situarlos en puntos estratégicos para su disposición.
  - Seleccionar en la familia un listado de premios para asegurar el éxito del programa.
  - Entrenar a la familia para observar las conductas objeto de modificación y para la aplicación correcta de las contingencias (premios-castigos).
  - Dividir cada conducta en pasos entrenables formando cadenas de conducta (unidades de aprendizaje).
  - Utilizar un vídeo o cámara de fotos para grabar y visionar previamente los pasos a seguir para lograr instaurar cada conducta (modelado filmado).
- Técnicas a utilizar:

En el cuadro 31.23 se relaciona cada técnica a utilizar con cada actividad prevista en el programa.

Cuadro 31.23. Relación de técnicas a utilizar.

ACTIVIDAD	TÉCNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar el hábito de tirar objetos al suelo (papeles, cigarrillos, ropa, etc.).</li> <li>- Tirar la basura en la papelera.</li> <li>- Eliminar el hábito de fumar en el salón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de estímulos.</li> <li>- Control de contingencias (economía de fichas)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar el lugar adecuado para la ropa sucia.</li> <li>- Utilizar el lugar adecuado para apagar los cigarrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de estímulos.</li> <li>Técnicas de contingencias (refuerzo y castigo)</li> <li>Entrenamiento en autoobservación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar la ropa sucia en el lugar adecuado (perchas o cajones).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobreaprendizaje</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementar el número de micciones adecuadas sin ensuciar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelado</li> <li>Sobreaprendizaje</li> <li>Sobrecorrección</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer la cama sin ayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelado</li> <li>Control de contingencias (economía de fichas)</li> </ul>

En el cuadro 31.24 se ejemplifican varias técnicas y su relación con el objetivo a conseguir y la conducta.

Cuadro 31.24. Relación entre objetivos, conductas y técnicas en un programa de AVD de manejo del entorno doméstico.

OBJETIVO	CONDUCTA	TÉCNICA
No tirar colillas al suelo	El usuario tira la colilla al suelo.	Sobrecorrección y contingencia positiva. Recoger la colilla y tirarla al cenicero. Inmediatamente aplicación de un refuerzo seleccionado de una lista.
Autocontrol de micción en el water	El usuario ha ido al water y ha miccionado dentro.	Refuerzo positivo. Se alaba el logro y se le premia con un refresco.
Colocación de la ropa en su armario	El usuario recoge la ropa limpia del cesto y la mete al armario sin doblar ni usar las perchas.	Feedback. "Bien por meter a ropa limpia en el armario. Ahora vamos a utilizar las perchas".  Modelado y práctica guiada. Diferenciar prendas del tronco y prendas de las piernas, doblar prendas del tronco, colgar pantalones, resto en cajones.
Eliminar la conducta de escupir en el suelo	El padre ve al usuario escupir en el suelo del baño.	Castigo negativo. Le dice lo que ha hecho mal y le comenta las consecuencias negativas de la conducta (retirada de un refuerzo).  Práctica positiva. Se le da la posibilidad de limpiar y escenificar varias veces la conducta correcta. Se retira el castigo negativo.

- Autorregistros y registros

Será de gran ayuda ofrecer información a algún miembro de la familia sobre cómo medir las conductas del usuario durante la intervención. La observación sistemática por las personas que conviven con el paciente es muy útil para identificar el progreso y los problemas que puedan surgir.

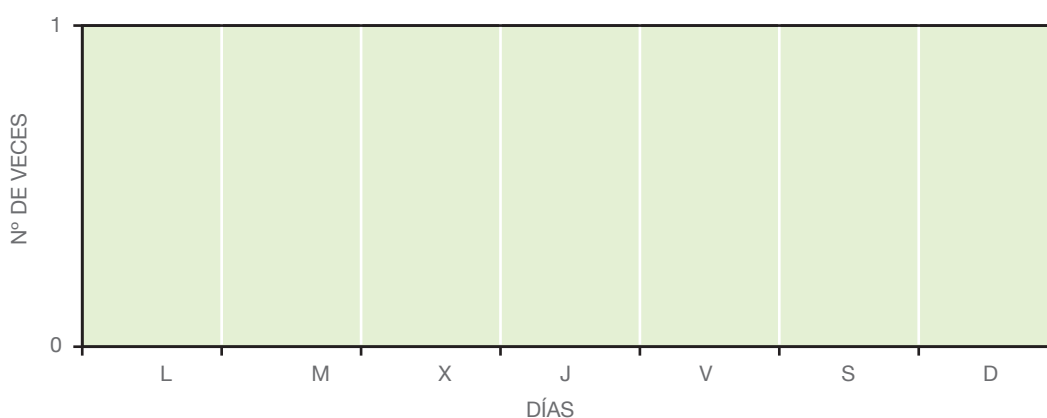
Se debe informar de que las conductas cambian lentamente y quizá durante algunos momentos puedan permanecer sin cambios. Se necesitará tiempo y paciencia.

Se puede explicar que la observación es una forma de control o supervisión que se tiene a través de la familia para comprobar: si la conducta alcanza un nivel más elevado, si la motivación va aumentando, si las conductas siguen hacia las metas fijadas, etc.

Además, el observar los cambios de cerca convierte a la familia en un aliado. Sus observaciones pueden indicar si es necesario un cambio de programa. En función del grado de implicación y capacidad de la familia se pueden usar registros más complicados y/o descriptivos. En las figuras siguientes se ejemplifican 3 registros posibles.

Figura 31.4. Ejemplos de registro para la familia durante la intervención.

Ejemplo A:



Ejemplo B:

	L	M	X	J	V	S	D
Conducta 1							
Conducta 2							
Conducta 3							

Marcar: X= SI; 0= NO

Ejemplo C:

FECHA	SITUACIÓN	QUÉ HACE EL USUARIO	QUÉ HACEN LOS DEMÁS	DESCRIBIR LAS DIFICULTADES DE HACER LA CONDUCTA

## **B) Metodología del programa**

El programa se diseña para ser aplicado en el domicilio del usuario. Para poder llevarlo a cabo se debe acordar con el usuario y la familia la disponibilidad de los espacios domésticos y fijar un calendario de entrenamiento.

Las sesiones se realizarán una vez en semana durante 3 meses.

La evaluación del programa se realiza mediante la información obtenida de las siguientes fuentes: observaciones en el medio natural de los terapeutas y la familia, información facilitada por el usuario.

El programa se puede estructurar en 3 fases:

1. Fase educativa. Se contrastan las conductas adecuadas con las inadecuadas en el entorno doméstico.
2. Fase de entrenamiento. Se realiza mediante modelado, ensayos, grabaciones en vídeo, feedback. También se utilizan programas de manejo de reforzamiento.
3. Fase de generalización. Se trabaja a través de las tareas entre sesiones.

Antes de empezar el programa se parte de la presentación de cómo está su entorno. Se comenta el plan de acción a seguir y la estructura de las sesiones.

Puede ser conveniente combinar las sesiones con un programa de economía de fichas, ya que permite el control de varias conductas a la vez así como involucrar a la familia de un modo efectivo.

Todas las sesiones empiezan con una revisión de las tareas (repasando lo tratado el día anterior), se continúa con el contraste de las conductas adecuadas y las inadecuadas y se finaliza con la asignación de una tarea semanal.

Las sesiones incluyen la selección de una conducta y la aplicación de las técnicas. Alguien de la familia puede estar presente durante las primeras sesiones con el objetivo de que observen al terapeuta hacer el modelado, dar instrucciones y aplicar feedback.

## **C) Sesiones**

- 1<sup>er</sup> módulo: toma de contacto

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
Sesión 1	<p>Poner en conocimiento del paciente lo que se pretende conseguir con la realización del programa.</p> <p>Conseguir la toma de conciencia de la necesidad de cuidar el entorno</p>	<p>Se expone el propósito del programa.</p> <p>Se pide opinión sobre el estado actual del entorno y como se podría mejorar.</p> <p>Se enseña un vídeo o fotos donde se contrasta una casa sin cuidar y otra cuidada. Se facilitan fotos y el usuario selecciona los elementos necesarios para un correcto cuidado del entorno. Se colocan las fotos en un corcho en su habitación o en el lugar que se determine. Se explican el listado de beneficios y premios a conseguir por los objetivos alcanzados así como la participación de la familia en el programa.</p>

- 2<sup>o</sup> módulo: adquisición de conductas

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
Sesión 2	<p>Identificar los objetos desechables.</p> <p>Mostrar los lugares adecuados para depositar los residuos.</p> <p>Conocer los sitios permitidos para fumar.</p> <p>Automatizar el uso de lugares y materiales (cenicero, papelerera).</p>	<p>Se resume el contenido de la sesión anterior. A continuación se muestra un vídeo en el que se ve una habitación con papeles, restos de comida y colillas tirados por el suelo. Se pide que identifique estos objetos y el lugar donde deberían estar.</p> <p>Después de hacer un recorrido por las habitaciones de la casa, buscando papeles, cigarrillos, ropa sucia, etc.</p> <p>El terapeuta recoge a ropa sucia, cigarrillos, etc. y los introduce en una bolsa que deposita en la basura. Se pide la colaboración del paciente y se da refuerzo verbal.</p> <p>El terapeuta y el paciente colocan las señales identificativas para los espacios para fumar y que indican el lugar de las papeleras, cubo de basura y ropa sucia. Se colocan 2 señales visuales una en la habitación y otra en el baño.</p> <p>Tareas: Limpiar la habitación de papeles. No fumar en la habitación, solo hacerlo en aquellos lugares dedicados a este fin.</p>
Sesión 3	<p>Discriminar la ropa sucia de la limpia.</p> <p>Conocer y utilizar lugares adecuados para depositar la ropa sucia.</p>	<p>Se repasa la tarea semanal.</p> <p>Se seleccionan diferentes prendas limpias y sucias y se pide que las clasifique en sucia o limpia. Se señalan las características de la ropa sucia (olor, color, tacto y arrugas).</p> <p>Tareas: separar la ropa sucia de la limpia. Utilizar los lugares para depositar la ropa sucia.</p>
Sesión 4	<p>Ordenar la ropa de armario.</p>	<p>Se repasan las tareas.</p> <p>Se hace un modelado filmado. El terapeuta graba el armario del usuario. Luego se graba a sí mismo separando la ropa sucia de la limpia, y depositando la ropa sucia en el cesto. Luego ordena la ropa limpia en el armario (ropa interior, calcetines y camisetas en cajones, chaquetas y pantalones en perchas). Se visiona el vídeo y se comenta. Se pide al paciente que comente sobre su manera habitual de hacerlo.</p> <p>Tareas para casa: ordenar la ropa de su armario.</p>
Sesión 5	<p>Hacer la cama</p>	<p>Se recuerda lo que se ha hecho en la sesión anterior y se refuerzan los avances conseguidos, a la vez que se resuelven las dificultades.</p> <p>Se pone un vídeo donde aparece una cama desecha y un modelo que verbaliza los materiales necesarios para hacerla. Va comentando los pasos a seguir, las posibles dificultades que se va encontrando y la forma de solucionarlas, también se autorrefuerza a sí mismo por el trabajo bien realizado.</p> <p>Se discuten los pasos vistos en el vídeo y se procede a hacer la cama. Posteriormente se pone en común el ejercicio, destacando aquellos pasos bien hechos y dando alternativas de mejora. Se premia el esfuerzo realizado y el haber realizado la cama.</p> <p>Tareas: Hacer la cama (se dan los pasos a seguir por escrito).</p>



- 3<sup>er</sup> módulo: sobreaprendizaje

En las siguientes sesiones se pretende que internalice las secuencias conductuales que implica el encadenamiento de varias conductas ya aprendidas previamente (p.e. ordenar la ropa, recoger colillas y hacer la cama).

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
Sesión 6	Asegurar que lo visto en las sesiones anteriores ha sido interiorizado correctamente, para su adecuada generalización.	<p>Se graba un vídeo donde el paciente recoge su habitación (papeles, cigarrillos, armario y cama). Y rastrea la casa para eliminar residuos que haya dejado (uso de ceniceros, limpiar restos de orina del water, etc.). Se ve el vídeo y se comenta cada paso haciendo paradas. Se hacen preguntas sobre su ejecución.</p> <p>Se explica el programa de economía de fichas. Se entrega un número acordado de fichas como refuerzo por el seguimiento del programa. Se entrega un listado de refuerzos y el precio de cada uno. Las fichas las da el padre y se decide que el momento para canjearlas es antes de comer. El usuario tiene el listado de refuerzos y lleva la cuenta del saldo conseguido. El padre lleva el control de los premios canjeados. Se explican las condiciones del costo de respuesta. Después de esta sesión no hay sesiones estructuradas cada semana se repasan las conductas y dificultades y se revisa el programa de refuerzos. También se pueden volver a realizar entrenamientos repetidos. En el cuadro 31.25 se muestra el programa de economía de fichas.</p>

Cuadro 31.25. Programa de economía de fichas.

<p>• <b>LISTA DE REFUERZOS Y PREMIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Refrescos (2 puntos)</li> <li>b) Caramelos sminth (1 punto)</li> <li>c) 1 cigarro (4 puntos)</li> <li>d) 1 mechero (10 puntos)</li> <li>e) Comida (7 puntos)</li> <li>f) 1 cómic o revista ( 20 puntos)</li> </ul> <p>• <b>CONDUCTAS Y VALOR ASIGNADO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) Eliminar el hábito de tirar un objeto al suelo (1 punto).</li> <li>h) Hacer uso de la papelerera (2 puntos)</li> <li>i) No fumar en el salón (2 puntos)</li> <li>j) Utilizar los ceniceros para apagar los cigarrillo (3 puntos)</li> <li>k) Utilizar la cesta de la ropa sucia (2 puntos)</li> <li>l) Colocar el armario (3 puntos)</li> <li>m) Micciones adecuadas o limpieza de las inadecuadas (5 puntos)</li> <li>n) Extinción de la conducta de escupir en el suelo (5 puntos)</li> <li>o) Usar el pañuelo para escupir (2 puntos)</li> <li>p) Hacer la cama sin ayuda (5 puntos)</li> </ul>
---

- Sesiones 7 a la 12

Durante las siguientes sesiones no se realizan nuevos entrenamientos, sino sobreaprendizaje de las conductas. La secuencia a utilizar es:

1. Resumen de componentes de las habilidades.
2. Modelado o visionado de los vídeos, con discusiones que orienten hacia los objetivos.
3. Ensayos repetidos de las conductas,
4. Revisión de registros de progreso.
5. Tareas para la semana.

Durante las dos primeras semanas se facilita la entrega de puntos. La familia es la encargada de comprobar que las tareas se han cumplido y dar los puntos y refuerzos una vez al día. Después de la tercera semana la ficha la entrega el terapeuta en la sesión, retrasando el momento del intercambio del refuerzo hasta tener las fichas. Después de la sexta semana se dan los refuerzos directamente sin fichas dando credibilidad al testimonio verbal del paciente. Se valora la retirada del programa de economía de fichas y se hace un balance pre-post.

### **31.5. PAUTAS PARA FACILITAR EL APOYO DE LA FAMILIA EN LA INTERVENCIÓN DE AVD**

Para lograr una buena pauta de comportamientos en el usuario, intervenir con la familia resulta necesario en la mayoría de las ocasiones. La intervención familiar se orienta a que los comportamientos de los miembros de la familia resulten efectivos para el cambio de conducta de la persona con trastorno mental.

La intervención familiar en AVD se debe orientar a reducir los métodos inadecuados de influencia que se utilizan en la familia y aprender nuevos métodos que impliquen negociación y acuerdo.

Habitualmente las demandas primarias de los familiares suelen referirse a la falta de autonomía en las AVD: falta de aseo, tareas de la vivienda, etc. Cuando es posible mejorar el funcionamiento en las AVD es posible mejorar la convivencia familiar y esto implicará mayor soporte y protección al paciente.

Algunas tareas para implicar a la familia en un programa de AVD son: enseñar a hacer registros de comprobación de las AVD, entrenarles en la administración de reforzadores positivos para consolidar nuevos hábitos, colaborar en el establecimiento de objetivos, normas y acuerdos. Así, por ejemplo se puede firmar un contrato con la familia para que deje de hacer comportamientos que son responsabilidad del usuario o se puede entrenar en la administración de refuerzos contingentes con la ducha o el aseo personal.

Una forma de implicar a la familia en los programas de AVD es construyendo programas de reforzamiento de conductas. Para ello, se requieren 5 pasos: a) especificar la conducta a reforzar, b) plantearse objetivos, c) identificar los estímulos antecedentes y consecuentes que favorecen y que inhiben la conducta, d) desarrollar un método para la familia que implique una combinación de contrato, control de estímulos y reforzamiento diferencial, e) evaluar los efectos del programa. A continuación se muestra con un ejemplo práctico.

## *Ejemplo práctico: implicación de la familia en la intervención. Viñeta clínica*

Faustina y Benedicto tienen una hija con esquizofrenia: María. Se quejan de que María no es capaz de hacer las labores de la casa, frecuentemente se le olvida recoger su habitación y se pone la ropa sucia varias veces en semana. Tratan de convencerla de que haga sus tareas de varias maneras, desde sermones, intentos de dejarla para ver si reacciona y a menudo mediante críticas y castigos verbales (como por ejemplo no dejarle ver la t.v. o recordarle lo inútil que va a ser cuando ellos falten). Los Padres habían empezado a sentir cierto rechazo hacia la hija y les preocupaba el que no pudiera desenvolverse por sí misma para llevar una casa. Se estableció el siguiente programa para modificar la situación:

### **1. LOGRAR EL COMPROMISO DE LOS PADRES.**

Primero se explicó la importancia de la participación de los padres en el programa, las formas en que podían ejercer una influencia positiva y negativa sobre María, haciendo hincapié en su papel para identificar metas apropiadas, favorecer la generalización y ejercer un control adecuado sobre los comportamientos de la hija. Se anticiparon resultados positivos y se pusieron ejemplos de los métodos escogidos para conseguir autonomía en María mediante el uso de registros de observación, contratos de conductas y reforzamiento positivo. Para facilitar el compromiso de todos se firmó un contrato que comprometía al terapeuta, padres e hija a intentar el cambio siguiendo el programa previsto durante las siguientes semanas.

### **2. ESPECIFICAR LA CONDUCTA.**

Se planteó el programa para dos áreas de comportamiento: mejorar los autocuidados en María en relación a su ropa y lograr mayor implicación en las tareas domésticas que tienen que ver con ella.

### **3. PLANTEARSE OBJETIVOS.**

Se acordó especificar más las conductas para el programa, tratando de ser lo más concreto posible. Tras una sesión con los padres y una con María se fijaron los siguientes objetivos: a) autocuidados de la ropa: colocar la ropa sucia en el lugar apropiado, ordenar la ropa de su armario una vez en semana, ventilar su ropa después de usarla, limpiar su calzado una vez cada 15 días; b) área de labores domésticas: hacer su cama por las mañanas, ventilar el cuarto por las mañanas, limpiar el baño después de ducharse, prepararse platos sencillos para cenar los fines de semana, quitar y poner la mesa todos días en la hora de la comida.

### **4. IDENTIFICAR LOS ESTÍMULOS ANTECEDENTES Y CONSECUENTES.**

- a) Estímulos que favorecen las conductas escogidas: que se lo recuerde el padre, asociar la conducta de poner la mesa y preparar comidas con un aperitivo, proponerle tomar un café en el bar después de hacer la tarea, escuchar música que le gusta mientras hace la tarea.
- b) Estímulos que impiden las conductas objetivo: repetir la orden varias veces, estar viendo un programa favorito en la t.v., amenazar o gritar, momentos del día de descanso para ella.
- c) Identificar los reforzadores a usar en el programa. Los padres observaron a María durante una semana e identificaron los siguientes refuerzos: escucha frecuentemente música española de una emisora de radio, zumos de naranja y una colonia que utiliza frecuentemente. En una entrevistas se pidió a María que enumerara actividades y cosas que desea: Cd's de música, postres, actividades como salir en coche, hacer excursiones de una día fuera del pueblo y cosas relacionadas con el arreglo personal como cosméticos, cremas y colonias.

### **5. INICIO DEL PROGRAMA.**

Se acordó seguir tres fases: aprendizaje inicial, mantenimiento de logros y retirada del programa. Se acordó dar los reforzadores en 2 momentos: inmediato a la realización de las conductas y en dos momentos extra: al final de la mañana y de la tarde. Se entrenó a los padres a dar los refuerzos y a alabar los días buenos con comentarios positivos sobre sus conductas, al mismo tiempo que se enseñó mediante modelado y ensayo conductual las habilidades que no poseía en su repertorio. Se firmó un contrato conductual en el que se iban poniendo compromisos concretos para cada semana y se fijaban los refuerzos a conseguir por el cumplimiento. Se fijó con los padres el límite para considerar adecuado o suficiente el desempeño alcanzado en cada conducta por María.

### **6. EVALUAR LOS EFECTOS.**

Los padres medían la conducta de María todos los días. Anotan la conducta de la hija y el refuerzo que le dan. Con el terapeuta una vez en semana revisaban los reforzadores positivos entregados, el desempeño en las AVD y la solución de problemas en relación a retrocesos, saciación de reforzadores e incumplimientos del contrato.

También puede ser útil o necesario diseñar un programa estructurado de sesiones para los padres de forma paralela a las sesiones con el paciente con el objetivo de dotar a los cuidadores de técnicas y habilidades que les permitan ayudar en el programa de AVD. Además, preparar un programa para enseñar a mejorar conductas puede ser una garantía para el mantenimiento de los logros y la comprensión de las técnicas y métodos que se están utilizando con el paciente.

Esto es importante cuando existen dificultades que giran en torno a las AVD en la familia, como discusiones diarias, intercambios agresivos, sensación de indefensión en los padres ante el incumplimiento repetido de las AVD o el desinterés del usuario. En algunos casos el paciente puede estar aislado en la casa y si los padres intentan que asuma responsabilidades en las AVD (higiene, compras, horarios de comida, horas de poner la t.v., fumar, etc.) se producen reacciones airadas o discusiones agresivas. En otras ocasiones la familia puede caer en la evitación a la hora de poner límites y corregir malos hábitos, lo que con el tiempo genera un exceso de tolerancia hacia comportamientos desadaptativos y reforzando indirectamente el deterioro personal del paciente.

En resumen, los sentimientos de impotencia e incompetencia de la familia para corregir unas malas AVD, así como para enseñar hábitos positivos de autonomía e independencia suelen ser un asunto común.

Por otro lado, como consecuencia de las conductas de los padres por exceso o por defecto ante el déficit en AVD, el paciente puede percibir un exceso de exigencias o sentimientos de inutilidad. Debido a que el círculo de relaciones estará restringido a la familia, los problemas de AVD pueden facilitar que los intercambios familiares estén basados en la coerción y en constantes dificultades de comunicación con el consiguiente resentimiento entre todos los miembros de la familia.

Por tanto, resulta clave abordar las relaciones familiares en los entrenamientos en AVD, ya que las conductas no se dan aisladamente sino dentro del contexto convivencial. Será necesario identificar las variables que facilitan el mantenimiento de los malos hábitos en la dinámica familiar, así como las consecuencias que ocurren a corto y a largo plazo. Por ejemplo, el déficit en AVD puede estar reforzado positivamente por los beneficios que se obtiene (atención que se le presta desde la familia) y negativamente (evitando responsabilidades domésticas y/o la dificultad o ansiedad que le provoca adquirir una nueva habilidad). A su vez, los síntomas negativos como la apatía y el desinterés se ven incrementados, inhibiendo la posibilidad de incrementar el repertorio de habilidades. La evitación sumada a intercambios aversivos y a más pasividad disminuyen con el tiempo la tasa de hábitos positivos, y, a su vez conductas negativas como fumar, beber, sedentarismo desplazan a otros comportamientos más apropiados. En las figuras siguientes se muestra ejemplos resumidos describiendo este tipo de interacciones familiares como consecuencia de unas malas AVD.

Figura 31.5. Modelo de funcionamiento de la falta de motivación para mejorar las AVD en el contexto familiar.

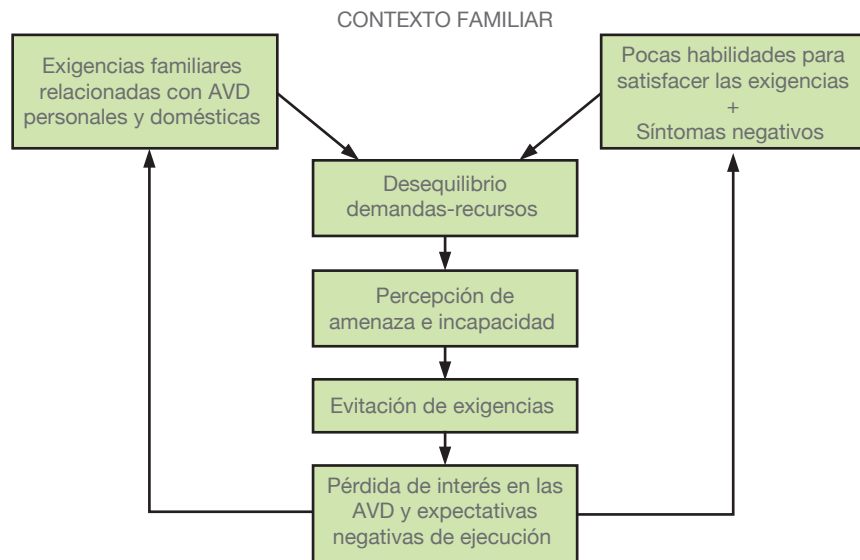
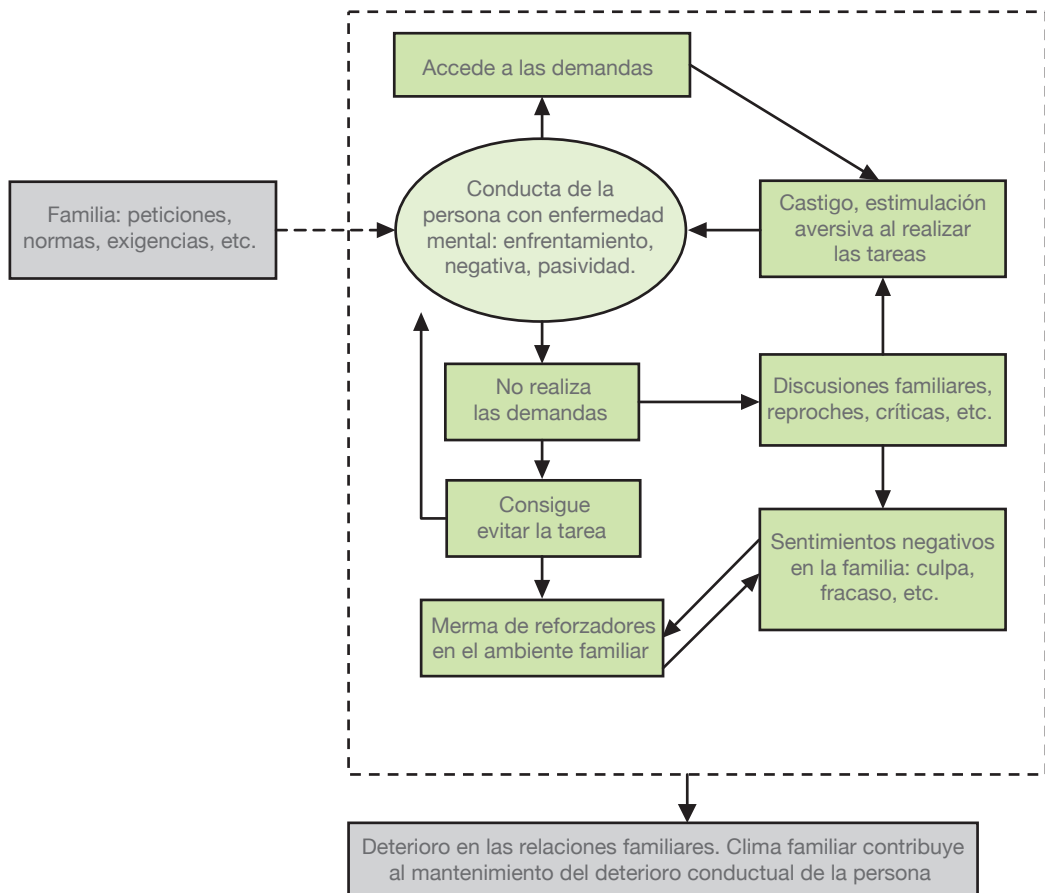


Figura 31.6. Modelo de mantenimiento de malos hábitos de conducta en el paciente y la familia.



### *Ejemplo práctico: hacer un programa para los padres*

En los casos en los que se valore será de gran ayuda realizar un programa estructurado por sesiones con la familia para facilitar las AVD de los usuarios. Un programa así se centraría en 3 objetivos generales: 1) aprender a identificar y definir operativamente las habilidades de la vida diaria a modificar, 2) aprender técnicas para el manejo de las conductas, 3) eliminar estilos inadecuados para ejercer control en las habilidades de la vida diaria del usuario y sustituirlos por habilidades aprendidas.

En el cuadro 31.24 hay un ejemplo de un programa familiar de AVD en 6 sesiones. El número de sesiones y el contenido es intuitivo ya que se debe planificar en función de las dificultades del caso concreto, del grado de afectación o deterioro, del nivel de colaboración y del progreso de la familia. Pero puede servir de ayuda para ilustrar de manera didáctica un programa familiar de AVD.

Es recomendable hacer las sesiones con la familia desde el comienzo del tratamiento de las habilidades de AVD con el usuario, cuanto antes mejor. En cuanto a la organización de los contenidos habrá que considerar: a) el nivel de aprendizaje de la familia; b) con actividades que permitan garantizar, sobre todo al principio, el éxito; c) respondiendo a los intereses y demandas de la familia.

*Cuadro 31.26. Ejemplo de contenidos de un programa estructurado de habilidades de AVD con la familia.*

SESIONES	FASE EDUCATIVA	FASE DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	FASE DE GENERALIZACIÓN
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar objetivos.</li> <li>• Explicar como las conductas se aprenden: modelado, control de antecedentes y consecuentes.</li> <li>• Poner ejemplos de conductas positivas y negativas aprendidas con el tiempo.</li> <li>• Explicar como cada miembro de la familia contribuye a mantener las conductas de los demás.</li> <li>• Importancia de aprender a observar las conductas y saber explicarlas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de conductas por observación: uso de vídeos y ejemplos reales.</li> </ul>	Durante la semana se hace un registro de 3 conductas.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de registros y problemas.</li> <li>• Explicar el papel de las consecuencias de las conductas.</li> <li>• Identificar reforzadores del usuario.</li> <li>• Explicar el por qué del mantenimiento de conductas del hijo/a en base a las consecuencias recibidas.</li> <li>• Papel de críticas, reproches, evitaciones y sobreprotección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar en reforzamiento diferencial.</li> <li>• Enseñar a reforzar conductas adaptadas y retirar refuerzos de inadaptadas.</li> <li>• Secuencia: modelado, ensayo y feedback.</li> </ul>	Registro de 3 conductas. Reforzamiento diferencial de 2 conductas fáciles.

Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar tareas y dudas.</li> <li>• Identificar estímulos que facilitan buenas conductas (limpiar el cuarto, asearse,...).</li> <li>• Identificar estímulos que facilitan malas conductas (forzar, gritar,...).</li> <li>• Explicar importancia de reconocer variables facilitadoras y aplicar control sobre ellas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar listas de estímulos facilitadores e inhibidores.</li> <li>• Planificar formas de control sobre cada estímulo.</li> </ul>	<p>Seguir con reforzamiento de 2 conductas.</p> <p>Seleccionar 3 estímulos y formas de controlarlos.</p>
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar tareas y dudas.</li> <li>• Explicar el contrato conductual como manera de controlar las AVD.</li> <li>• Poner ejemplos de contrato.</li> <li>• Explicar la importancia de las normas y el papel de las consecuencias (recordar sesión 1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar un contrato donde el usuario y padres se comprometan a cambiar al menos 3 conductas de AVD, obteniendo a cambio ciertas consecuencias.</li> <li>• Especificar las conductas y consecuencias en el contrato por escrito.</li> </ul>	<p>Aplicar el contrato durante la semana.</p> <p>Reforzamiento diferencial.</p>
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar tareas y dudas.</li> <li>• Aprender a poner reglas y límites en la casa mediante el contrato escrito.</li> <li>• Disminuir críticas y castigos como método de cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar contrato de reglas de convivencia en el hogar.</li> <li>• Entrenamiento en habilidades de comunicación para negociar límites.</li> </ul>	<p>Aplicar contratos de normas en la semana.</p> <p>Autorregistros de dificultades.</p>
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar tareas y dudas.</li> <li>• Revisar conceptos y técnicas.</li> <li>• Continuar aplicando las técnicas a nuevas conductas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar nuevas conductas objetivo.</li> <li>• Redacción de un nuevo contrato, esta vez los padres lo hacen solos.</li> <li>• Repaso del reforzamiento diferencial y de los modos efectivos de comunicación.</li> </ul>	<p>Aplicación del contrato a nuevas conductas.</p> <p>Pactar nº de sesiones para revisión de tareas y hacer un calendario de seguimiento.</p>

## 31.6. PAUTAS PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO SEDENTARIO Y FACILITAR EL EJERCICIO FÍSICO

La ausencia de ejercicio físico es perjudicial para todas las personas. Cuando se instaura el hábito del comportamiento sedentario se incrementa el riesgo de enfermedades y el deterioro en el funcionamiento cotidiano. En el caso de las personas con un TMG este hábito sedentario puede ser absoluto y estar reforzado por la falta de actividades cotidianas y la situación de aislamiento (inactividad ocupacional y laboral, déficit en desplazamientos fuera del hogar, ausencia de red social, etc).

El 60,5% de la población española practica actividad física en su tiempo libre como pasear al menos 30 minutos o realización de actividades estructuradas varias veces a la semana (INE, 2006). Las tasas en personas con una enfermedad mental grave pueden oscilar entre un 15% y un 25% (McDevitt etl al., 2005). La inactividad acompañada de



otros problemas físicos derivados del consumo de fármacos y malos hábitos de alimentación puede suponer un riesgo incrementado para trastornos como la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, practicar ejercicio físico adecuado reporta beneficios físicos y psicológicos (ver cuadros 31.27 y 31.28).

*Cuadro 31.27. Beneficios físicos del ejercicio físico adecuado.*

• Mayor capacidad respiratoria	• Prevención y reducción de problemas musculares
• Menor riesgo de enfermedad coronaria	• Mantenimiento del peso
• Disminución de la presión arterial	• Control de la diabetes
• Prevención de la hipertensión	• Prevención del deterioro general del organismo

*Cuadro 31.28. Beneficios psicológicos del ejercicio físico adecuado.*

• Alivio de estados de ánimo adversos	• Control del estrés
• Disminución de la ansiedad	• Aumento de la autoconfianza
• Disminución y prevención de la depresión	• Mejora de la atención
• Mejora del autoconcepto y la autoestima	• Mejora del autocontrol

En las personas con esquizofrenia se han encontrado beneficios similares a los encontrados en la población general y además la participación en un programa de ejercicio puede promover en ellos el sentido de normalización, ofrecer oportunidades de interacción social y promover la participación en actividades de ocio (Richardson, Faulkner et al., 2005). Tras la revisión de 13 estudios sobre la intervención en ejercicio físico en personas con esquizofrenia Faulkner y Biddele (1999) encontraron que el ejercicio podía aliviar síntomas de depresión y de baja autoestima e incluso resultaba una estrategia útil frente a los síntomas positivos como las alucinaciones auditivas (ver cuadro 31.29).

*Cuadro 31.29. Beneficios del ejercicio físico en personas con esquizofrenia.*

• Disminución de los síntomas negativos	• Mayor interacción social
• Mejora de la autoestima	• Integración social y comunitaria
• Mejora de los síntomas depresivos	• Disminución de efectos adversos de la medicación

Pero a pesar de las ventajas de hacer ejercicio físico la mayoría de las personas con enfermedad mental grave no lo practica. Muchas no tienen interés, otras comienzan a practicar pero abandonan, otras no encuentran el momento del día apropiado ni la actividad adecuada, etc. Como sucede con casi todos los hábitos es difícil sustituir los hábitos consolidados como el sedentarismo por otros más costosos a corto plazo y menos gratificantes inicialmente.



## **A) Elementos a evaluar para planificar un programa de ejercicio físico**

Previamente a la planificación de un programa de ejercicio físico hay que evaluar: a) las circunstancias personales y ambientales que pueden influir positiva y negativamente en la adquisición y mantenimiento del hábito; b) la línea base del nivel de ejercicio actual; c) utilizar desde el principio la autoevaluación del progreso. En el cuadro 31.28 se listan los elementos que hay que evaluar (para una revisión en detalle se remite a Buceta y Bueno (1996). A continuación se comentarán algunos de ellos.

*Cuadro 31.30. Elementos a evaluar antes de iniciar un programa de ejercicio físico.*

- Motivos para iniciar un programa de ejercicio.
- Expectativas respecto al ejercicio.
- Creencias y actitudes sobre la práctica de ejercicio y la propia competencia.
- Ansiedad social.
- Apoyo familiar y social.
- Variables psicológicas relacionadas con la adherencia y los riesgos del ejercicio.
- Historia de actividad física.
- Actividad física y actividad diaria.
- Determinantes de la inactividad física y de la práctica de ejercicio.
- Preferencias, recursos y dificultades para la realización del ejercicio físico.
- Forma física.

Practicar ejercicio puede resultar muy estresante para una persona con enfermedad mental, puede suponer una exposición ante los demás, que puede estar mediatizada por procesos cognitivos típicos de los pacientes (sentirse evaluado negativamente, creencias autorreferenciales o errores atribucionales). Si el ejercicio implica interacción con otros, el déficit en habilidades sociales unido a creencias de autoeficacia negativa y baja autoestima pueden suponer importantes inhibidores de la actividad.

El apoyo familiar puede contribuir a la adherencia al ejercicio físico. Por ejemplo en algunos casos se puede decidir la conveniencia de incluir en el programa a alguien de la familia (por ejemplo para realizar paseos con una duración y en unas horas determinadas).

Es recomendable evaluar las variables psicológicas relacionadas con el ajuste psicopatológico. Entre ellas está la sintomatología de ansiedad y depresión, también y muy especialmente la sintomatología negativa de la psicosis. Para ello se pueden utilizar cuestionarios o escalas específicas, o recurrir a entrevistas estandarizadas.

Como punto de partida resulta apropiado conocer el tipo de actividad cotidiana que realiza la persona diariamente. Puede ser de ayuda que el paciente lleve un registro de sus actividades diarias durante una semana que especifique: desplazamientos que hace, el cansancio o el esfuerzo (ver figura 31.7).

Figura 31.7. Hoja de registro de actividades diarias

HORAS	L (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	M (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	X (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	J (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	V (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	S (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)	D (GRADO DE ESFUERZO DE 0-10)
8-10							
10-12							
12-15							
15-18							
18-20							
20-22							
22 en adelante							

Antes de planificar la duración, intensidad o frecuencia del ejercicio físico hay que evaluar el estado de forma física. Una forma puede ser midiendo la tasa cardiaca tomando las pulsaciones en tres momentos: en reposo, al finalizar un actividad (por ejemplo después de 15 flexiones de piernas) y un minuto después de la actividad.

**B) Estrategias de intervención al comienzo del programa de ejercicio físico**

*a) Información*

El déficit en la información de costes y beneficios a corto plazo y a largo plazo del sedentarismo y del ejercicio físico puede facilitar que el paciente tenga expectativas que dificulten la adquisición y consolidación del hábito. En el cuadro 31.31 se listan los errores de información más comunes que las personas tienen en relación a la práctica de ejercicio.

Cuadro 31.31. Errores comunes de la información en relación a la práctica de ejercicio físico.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevalorar los beneficios del ejercicio.</li> <li>• Ignorar los costes a corto plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ignorar los beneficios a corto plazo.</li> <li>• Acentuar en exceso los riesgos de la inactividad.</li> </ul>
---	--

*b) Toma de decisiones*

Utilizar elementos que faciliten la toma de decisión de comenzar el ejercicio es uno de los momentos más relevantes en la intervención. Se trata de incrementar la

motivación del paciente por el programa. Para ello se pueden utilizar las hojas de balance decisional o las matrices de decisiones. En las hojas de balance decisional una persona hace una lista de ventajas y desventajas de realizar ejercicio físico (ver figura 31.8). En la matriz de decisiones la persona anota las ventajas y desventajas a corto y a largo plazo de comenzar la actividad física y de continuar así (ver figura 31.92). Se debe facilitar que asuma los costes a corto plazo como una inversión hacia los beneficios a largo plazo.

Figura 31.8. Hoja de balance decisional.

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Para uno mismo		
Para los demás		

Figura 31.9. Matriz de decisiones.

	A CORTO PLAZO		A LARGO PLAZO	
	VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
No hacer ejercicio				
Hacer ejercicio				

### c) Formulación de objetivos

Es importante diferenciar entre objetivos finales e intermedios. Los objetivos a largo plazo o finales se encuentran muy alejados y conviene plantear objetivos intermedios. Los objetivos a corto plazo deben ser alcanzables y de consecución fácil y cercana en el tiempo. En ocasiones convendrá plantear objetivos inmediatos para la misma sesión de ejercicios. Para definir el tipo de objetivo se pueden plantear algunas preguntas del cuadro 31.32.

Cuadro 31.32. Preguntas para delimitar el tipo de objetivo.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo a conseguir:</li> <li>• Fecha para conseguirlo:</li> <li>• Interés (0-10):</li> <li>• ¿Es un objetivo alcanzable? (0-10):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Depende de uno mismo? (0-10):</li> <li>• ¿Se deben alcanzar antes otros objetivos? (Si/No):</li> <li>• Este objetivo es: final intermedio inmediato</li> </ul>
--	--

### C) Diseño del plan de ejercicio

Lo primero será elegir una actividad. Conviene elegir una actividad accesible y reforzante. El plan debe ser en un principio poco amenazante y fácil.

La elaboración del plan conlleva regular la frecuencia semanal de la actividad, la duración y la intensidad. Lo normal consistirá en 2-3 sesiones a la semana con una intensidad entre el 60% y el 80% de la capacidad máxima de la persona, durante 20 o 30 minutos. La duración y la intensidad deben tener una relación inversa (a mayor duración menor intensidad y viceversa). En el cuadro 31.33. Se ilustra como se pueden manipular estas variables.

Cuadro 31.33. Ejemplo de planes de ejercicio físico.

#### CASO 1

Varón de 47 años con esquizofrenia residual, sobrepeso, anhedonia y ausencia de actividades ocupacionales. Dispuesto a realizar ejercicio una ó dos veces por semana aunque con ambivalencia sobre el tipo de actividad y el esfuerzo.

- Actividad escogida: ejercicios de calentamiento (flexibilidad y estiramientos) y andar.
- Frecuencia: 2 días a la semana.
- Intensidad: intensidad media (50% de la capacidad máxima). Al terminar debería tener la sensación de poder seguir andando sin esfuerzo. En una escala de esfuerzo autopercebido de 0 a 10 debe evaluar la intensidad después del ejercicio.
- Duración: 5 minutos de calentamiento y 10 minutos andando. Cada 2 semanas aumentar dos minutos hasta llegar a 20 minutos de paseo. A partir de ahí manipular la intensidad.
- Aumento de la intensidad: Al llegar a 20 minutos de paseo la intensidad se sube un 10% cada 2 semanas hasta llegar al 80%.
- Mantenimiento: el paciente realiza 2 sesiones a la semana con 5 minutos de calentamiento y 20 minutos de paseo a una intensidad del 80% de su capacidad.

#### CASO 2

Mujer de 55 años. Larga historia de inactividad. Dispuesta a comenzar ejercicio 3 días en semana para mejorar forma y figura.

- Actividad escogida: calentamientos musculares y andar.
- Frecuencia: 3 días a la semana.
- Intensidad: intensidad media (60% de la capacidad máxima). Al terminar debería tener la sensación de poder seguir andando sin esfuerzo. En una escala de esfuerzo autopercebido de 0 a 10 debe evaluar la intensidad después del ejercicio.
- Duración (de andar): 15 minutos la primera semana. Cada semana aumenta 5 minutos hasta llegar a 30 minutos.
- Cambio de actividad: Después de 4 semanas con 3 días de trabajo se cambia a una actividad de carrera continua. Se planifica dos veces por semana al 50% de su capacidad durante 10 minutos. Se deja el tercer día ejercicio de andar.
- Después de 3 semanas de carrera se combina el paseo y la carrera: 15 minutos de paseo, 10 minutos de carrera y terminar con 15 minutos de paseo. Todo al 50% de la capacidad y 3 días por semana.
- Mantenimiento: la persona realiza 3 sesiones a la semana de 35 minutos a intensidad media.

Para personas con síntomas negativos de intensidad moderada o grave los programas de ejercicio físico podrían no pasar de la primera fase de adquisición del hábito sin incrementar la intensidad o la duración ya que los objetivos buscados pueden ser

la diversión u ocupación del tiempo. Pero si se plantean la mejora de la forma física deben aumentar las exigencias y progresar por las fases de incremento de intensidad, frecuencia y duración.

Si se trata de personas con un hábito de sedentarismo durante años, el aumento de la actividad física puede tardar también años. La falta de habilidades y la sensación de incompetencia pueden interferir en cualquier actividad. El mero hecho de intentar llegar a acuerdos sobre los objetivos puede verse desbaratado por sensaciones de ansiedad o problemas cognitivos. Es imprescindible comenzar con metas cortas y accesibles. Puede ser aconsejable comenzar con objetivos que estén por debajo de sus posibilidades donde los logros estén garantizados y luego ir progresando en otros.

Es importante no forzar a la persona ya que es posible que al incrementar la presión psicológica el paciente aumente su inactividad y evitación, produciéndose una exacerbación de la sintomatología negativa. La psicoeducación de la familia puede hacer más entendible el trastorno y disminuir la tensión que puede generar la presión para que la persona incremente su movilidad.

- Recomendaciones para el diseño de programas de ejercicio físico

En la figura 31.10 se describe el tipo de actividad física estándar que se puede realizar en una sesión de una hora.

*Figura 31.10. Actividad física para una sesión de una hora.*

	EJERCICIOS	TIEMPO
Calentamiento	Estiramientos Andar, carrera o pedaleo suave.	10´
Ejercicios musculares	Abdominales Flexiones Pesas	10´-20´
Trabajo aeróbico	Andar, correr, nadar, bicicleta,..	20´-40´
Recuperación	Estiramientos Andar, carrera o pedaleo suave	5´-10´

- La Escuela Americana de Deporte (ACSM) recomienda unas directrices sobre el diseño de un programa eficaz de ejercicio físico. Se recomienda realizarlo al menos 3 veces por semana durante un mínimo de 3 meses con una duración de la sesión entre 20 y 60 minutos, aumentando progresivamente la duración y la intensidad. Se deben utilizar ejercicios aeróbicos entre los que destacan andar, nadar y montar en bicicleta.
- Suele ser muy recomendado el uso de instrumentos que den feedback inmediato como por ejemplo pulsómetros o tensiómetros. La transmisión de información continua sobre los avances y resultados conseguidos es útil para favorecer la confianza y la seguridad en sí mismo.

- Se necesitará planificar con cuidado el día y el momento apropiado del ejercicio. Conviene asociar el ejercicio con un mismo lugar, día y hora.
- La aplicación del reforzamiento externo utilizando el reforzamiento positivo puede ser de ayuda en un principio (ver apartado de procedimiento de AVD). Los contratos conductuales o programas de puntos o economía de fichas mencionados en el entrenamiento en AVD de este libro pueden ser también de utilidad.
- Es necesario evaluar el progreso de forma continua. Entre las medidas de evaluación pueden estar el esfuerzo percibido, el cansancio y el estado de ánimo, mediante el uso de autorregistros pre y post sesión.
- Una vez implantado el ejercicio hay que comprobar la adherencia al mismo. Para ello se puede utilizar algún autorregistro como el de la figura 31.11. Las variables internas recogidas de manera periódica pueden predecir la falta de adherencia (por ejemplo falta de ganas, exceso de esfuerzo,...) y permiten trabajar sobre ellas para prevenir abandonos.

Figura 31.11. Autorregistro de adherencia al ejercicio físico.

ANTES	Día, hora, lugar	
	Deseo de ejercicio (0-10)	
	Estado de ánimo (0-10)	
DURANTE	Esfuerzo (0-10)	
DESPUÉS	Cansancio (0-10)	
	Estado de ánimo (0-10)	
	Satisfacción (0-10)	

### 31.7. PAUTAS PARA MEJORAR LOS HÁBITOS DE SUEÑO

Los trastornos del sueño suelen ser frecuentes en las personas con un TMG. En la mayoría de los casos están psicológicamente condicionados y son consecuencia de unos malos hábitos de vida. Es conveniente descubrir las causas para ir proponiendo soluciones a cada caso concreto.

#### A) Evaluación

Lo primero es observar a la persona durante una o dos semanas para comprobar qué tipo de trastorno sufre con el sueño. Se pueden responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuánto tiempo duerme al día?
- ¿Cuántas horas necesita para encontrarse descansado?

- ¿Toma medicación para dormir?
- ¿Duerme durante todo el día?
- ¿Da vueltas a las cosas o tiene preocupaciones antes de irse a dormir?, ¿cuáles?
- ¿Es excesivamente sensible a estímulos externos como ruidos?

También será útil dar un registro de observación en el que anote la hora de irse a dormir y de levantarse y las conductas una hora antes de dormir y después de levantarse.

## **B) Identificar causas y proporcionar soluciones**

### a) Caso 1: autofocalización en el problema de sueño

Considerar el sueño placentero depende en parte de la importancia que se le adjudica. A veces uno está muy cansado y confía en dormir bien para el día siguiente estar como nuevo. Un exceso de importancia o sobrevaloración de la conducta de dormir crea una tensión interna que a su vez impide poder dormirse. La tensión se intensifica si no se logra quitar de la cabeza el pensamiento “tengo que dormirme ya”, “ya estamos igual”, etc. La cadena suele ser: sobrevaloración del sueño > autofocalización > autoexigencia para dormir > tensión > emociones negativas > dificultad para conciliar el sueño > vuelta a empezar en el primer eslabón. Pero el dormir es una reacción espontánea que se consigue únicamente con la relajación.

*Solución: ayudar a la relajación del cuerpo. Se trata de sustituir una parte del sueño con ejercicios de relajación (ver cuadro explicativo de relajación breve).*

*Cuadro 31.34. Relajación muscular breve.*

- Cerrar y apretar las manos, notar la tensión (4 seg.). Abrir y soltar poco a poco (6 seg.). Sentir como se pierde lentamente la tensión.
- Doblar los brazos y notar la tensión (2 seg.). Soltarlos lentamente y concentrarse en la diferencia entre tensión y relajación (6 seg.).
- Subir las cejas y arrugar la frente. Notar la tensión (4 seg.). Soltar y relajar, concentrarse en la sensación de relajación (6 seg.).
- Apretar labios y dientes simultáneamente (2 seg.). Soltar y relajarlos (6 seg.).
- Respirar lentamente notando cada inspiración (3 seg.) y expiración (4 seg.).
- Levantar las piernas hacia delante (2 seg.). Soltar y bajarlas (4 seg.).
- Levantar los brazos y las piernas a la vez. Mantener las tensiones y contar hasta 3. Soltar y relajarse.
- Respirar lentamente y sentir la desaparición de las tensiones haciendo un recorrido mental por: dedos de la manos, manos, brazos, cara, estómago, espalda, piernas y pies.

### b) Caso 2: preocupaciones y pensamientos

A veces al irse a la cama se empiezan a pensar preocupaciones que quitan tiempo de descanso.

*Solución: Buscar un rato durante el día para pensar en los planes y asuntos pendientes. Otro método puede ser levantarse de la cama y escribir en un papel los pensamien-*

tos que rondan por la cabeza.

c) Caso 3: alucinaciones a la hora de irse a la cama

En ocasiones la persona puede oír voces a la hora de irse a dormir, que pueden provocar tensión, malestar o distorsiones del sueño.

*Solución: Se puede utilizar la relajación así como buscar estrategias de reducción de la atención hacia las voces como oír música relajante o ver la televisión. También puede ser útil levantarse pasear un rato y volver a la cama luego.*

d) Caso 4: problemas con el ritmo de sueño

El mejor momento para dormir es cuando el ritmo vital está en el punto más bajo. Cuando se rompen los ritmos se alteran los ciclos vigilia-sueño. Por ejemplo pasar una noche en vela a veces conlleva recuperar el sueño con siestas largas.

*Solución: no irse a dormir antes de tiempo, solo cuando se está cansado. Dormir siempre las mismas horas por la noche. En el cuadro 31.33 se describe una técnica para regular el ritmo de sueño.*

Cuadro 31.35. Técnica para la regulación del ritmo de sueño: higiene de sueño.

- No consumir sustancias excitantes 3 horas antes de acostarse (cafeína, nicotina, comidas y bebidas).
- No fumar antes de irse a la cama.
- Hacer algún ejercicio 2 horas antes de dormir.
- Ingerir una cena moderada con pocos azúcares y proteínas dos horas antes de acostarse.
- Acondicionar el ambiente: eliminar ruidos, temperatura entre 20 y 22°, poca luz y cama confortable.
- La hora anterior a dormir hacer actividades lentas: ver la televisión, leer o escuchar música.

e) Caso 5: el momento de acostarse

El momento de acostarse a dormir debe ser cuando uno se encuentre cansado. Siempre debe ser en las mismas horas y no puede haber variaciones de más de una hora.

*Solución: Crear un “rito” para acostarse que sirva como preludio del sueño (dar un paseo, leer unas páginas, ver la televisión, lavarse los dientes, etc.). Se trata de asociar costumbres con el momento de irse a dormir para que faciliten el condicionamiento del sueño.*

## 31.8. PAUTAS PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Un porcentaje importante de personas con enfermedad mental consume alcohol lo que puede llevar a consecuencias negativas como provocar un aumento de alucinaciones y delirios, reducir los efectos de la medicación, provocar descontrol de impulsos y generar discusiones con la familia. Lo primero es detectar si hay consumo. Esto puede



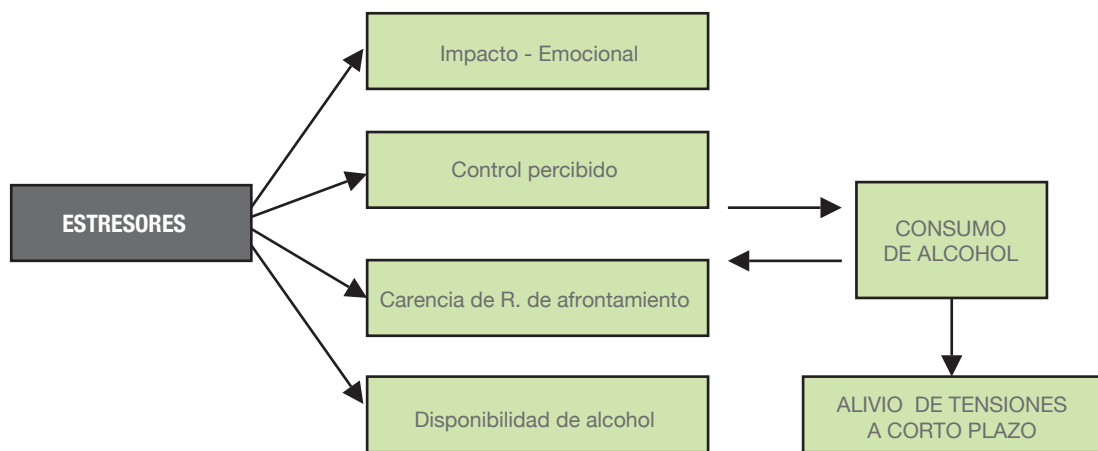
resultar complicado por causas como la ocultación del problema, la falta de detección de los profesionales o la tolerancia del entorno familiar con la situación. Un cuestionario sencillo como el CAGE puede alertar sobre la existencia del consumo (ver cuadro 31.36). Las preguntas del CAGE se pueden intercalar con otras en el contexto de una entrevista. Cada respuesta afirmativa puntúa 1, y 2 o más respuestas afirmativas pueden indicar que el consumo supone un problema para esa persona.

Cuadro 31.36. Cuestionario CAGE.

- ¿Ha tenido la impresión de que debería beber menos?
- ¿Le ha criticado alguna vez la gente por su hábito de beber?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- ¿Alguna vez ha bebido por la mañana temprano para calmar los nervios o encontrarse físicamente mejor?

Con frecuencia los trastornos de alcohol tienen que ver con el estrés. En estos casos se puede asociar el consumo con etapas de ansiedad y falta de estrategias de afrontamiento (ver figura 31.12).

Figura 31.12. Modelo de estrés y consumo del alcohol.



Cuando se detecta un problema con la bebida el objetivo es tratarlo de manera integrada, teniendo en cuenta el consumo como un factor de riesgo en la estabilidad clínica y social y enseñando estrategias de control del consumo, ya que de no hacerlo la enfermedad mental y el consumo de empeorarán mutuamente.

- Objetivos

Los objetivos a trabajar pueden ser: proporcionar un marco explicativo para su consumo enmarcándolo como una respuesta normal ante problemas situacionales, aumentar la conciencia de vulnerabilidad ante el consumo, aprender a identificar las situaciones

que disparan la bebida, enseñar habilidades (cognitivas, fisiológicas y conductuales) que faciliten la abstinencia y manejar las situaciones de riesgo para el consumo.

- Intervención

La forma de abordar estos problemas conlleva el paso por una serie de etapas.

1. Compromiso. Se trata de una etapa motivacional en la que se suministra información y psicoeducación de las ventajas y desventajas del consumo.
2. Intervención. Al menos se deben contemplar los siguientes elementos de intervención:
  - Psicoeducación. Se explica la relación entre el trastorno mental y el alcohol, se distinguen los efectos reforzantes del alcohol, se corrigen ideas erróneas y se suministra información sobre alternativas al consumo.
  - Afrontamiento. Se enseñan estrategias para detectar y afrontar situaciones de bebida. Entre ellas destacan las habilidades sociales asertivas, el manejo del estrés y la programación de actividades incompatibles.
  - Prevención de recaídas. Se integran las habilidades aprendidas en la vida cotidiana, planificando la exposición y afrontamiento exitoso de situaciones cotidianas de riesgo para beber.

- Contenidos de un programa para reducir el consumo de alcohol

Un programa que aborde el consumo debe partir de la bebida como una conducta que puede someterse al control interno y externo de sus estímulos antecedentes, sus respuestas asociadas y sus consecuencias. También debe poner el consumo de alcohol en relación con la ansiedad, la apatía, la presión del grupo social y las estrategias de afrontamiento de la persona. Entre los contenidos que habrá que incluir en el programa se describen brevemente algunos de ellos:

- Fijar metas personales con la bebida.
- Identificar situaciones de alto riesgo. Identificar situaciones externas y estados internos que llevan a beber.
- Programación de actividades alternativas a la bebida durante el día. Hacer una lista de actividades para ocupar el tiempo.
- Técnicas de manejo de emociones negativas: relajación, pensamientos positivos, conductas reforzantes, etc.
- Entrenamiento en habilidades para resistir la presión social a beber.

Es importante analizar en cada sujeto la situación que más fácilmente se asocia a las recaídas en el consumo que incluirán algunas de las enumeradas en el cuadro 31.37.

*Cuadro 31.37. Situaciones asociadas con la recaída.*

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| • Emociones negativas y positivas       | • Impulsos internos                |
| • Situaciones interpersonales           | • Conflictos familiares y sociales |
| • Estados físicos positivos y negativos | • Presión social de iguales        |

## 31.9. PAUTAS PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE COMER

Algunas personas con trastorno mental grave tienen obesidad debido tanto a los efectos secundarios de la medicación como al sedentarismo. Pueden presentar un apetito descontrolado o intercalar periodos de ingesta de alimentos con periodos de escasa alimentación y también con poca estructura de horarios y hábitos.

Lo primero es observar la conducta de la comida. Hay que anotar durante 1 ó 2 semanas todo lo que se come, cómo, cuándo y dónde. Se puede usar un autorregistro como el de la figura 31.13.

Figura 31.13. Ejemplo de autorregistro de comida.

¿QUÉ? ¿CUÁNTO?	HORA DEL DÍA. DURACIÓN	SITUACIÓN
1 Tostada con mermelada	10.00h – 10.30h	Desayuno
2 tazas de café con azúcar	10.00h / 18.00h	Desayuno, tarde
1 Filete de lomo con patatas fritas	15.00h – 15.30h	Comida
1 tomate		
2 Helados	23.00h	Después de cenar

Comer se convierte en un problema cuando no se come solo para alimentarse sino para obtener otras consecuencias. Por ejemplo se puede comer para pasar el rato, aliviar la tristeza, calmar los nervios, estar en compañía, probar comidas buenas, beber café o cerveza,...

En las personas que tienen TMG es frecuente que coincidan una aserie de circunstancias que hagan de la comida un problema y comer termine convirtiéndose en un riesgo para la salud. A continuación se dan pautas para 2 situaciones problema típicas: el mal hábito de comida generalizada y la ingesta compulsiva.

- Situación 1: Mal hábito de comer generalizado.

Cuando la persona ha roto con los hábitos de la comida en ritmo, horario y contenidos es necesario diseñar un programa de alimentación que incluya los siguientes componentes:

- a) Modificar la conducta de comer.
  - Autorregistro de hábitos de comida.
  - Control de estímulos relacionados con la comida.
  - Educación de nutrición.
  - Modificar hábitos alimenticios.
  - Contratos conductuales.
- b) Modificar la ingesta emocional y práctica de la actividad física.
  - Entrenamiento en desactivación psicofisiológica.
  - Solución de problemas.

- Programa de actividad física.

c) Mantenimiento de los cambios en estilo de vida.

- Contratos conductuales.
- Controles y seguimientos externos.
- Apoyo socio-familiar.

Fomentar el autocontrol es necesario en estos programas para lo que puede ayudar un programa de control de estímulos que implique el compromiso con unas reglas o normas de conducta que faciliten el cambio en el hábito de alimentación. En el cuadro 31.38 se exponen las reglas para la comida que pueden utilizarse en combinaciones particulares de normas según los objetivos perseguidos en el programa de cada sujeto.

*Cuadro 31.38. Reglas para controlar la conducta de comer.*

- Hacer entre 3 y 5 comidas al día siempre a las mismas horas.
- Comer y beber solamente en los horarios fijados de antemano.
- En casa comer y beber solo en los lugares establecidos para ello.
- Recoger inmediatamente después de cada comida los platos, tirando los restos de comida.
- No dejar en casa ningún alimento o bebida a la vista, guardándolos todos en un mismo sitio.
- Comprar exclusivamente los alimentos que lleva escritos en la lista de la compra.
- Renunciar a un alimento innecesario cada semana.
- Evitar comprar alimentos preparados.
- Esperar 2 minutos antes de empezar a comer.
- Partir por la mitad cada bocado antes de llevarlo a la boca.
- Prolongar la masticación.
- Después de llevar un bocado a la boca, dejar el cubierto en la mesa.
- Degustar las comidas y bebidas en la boca, contando hasta 5 antes de tragar.
- A la mitad del plato hacer una pausa de 2 minutos.
- Fijar antes de comer la cantidad.
- No comer directamente de la nevera.
- Servir la comida en platos pequeños.
- No comer nunca por aburrimiento, buscar otro entrenamiento: leer, música, etc.
- Tomar el aperitivo solo los domingos o días sueltos de la semana.
- No comer dulces ni golosinas.

Además de cambiar el cómo se come también hay que cambiar el qué se come, Habrá que involucrar a alguna persona de la familia que facilite el seguimiento de las pautas.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, [www.aesan.msc.es](http://www.aesan.msc.es)) da los siguientes consejos para planificar el tipo de alimentos a ingerir (ver cuadro 31.39 y figura 31.14).

Cuadro 31.39. Consejos de AESAN para una alimentación adecuada.

- Tomar a diario y varias veces: patatas, verduras, hortalizas, frutas, arroz, lácteos, aceite de oliva.
- Tomar a la semana varias veces: carne, pescados, huevos, legumbres y frutos secos.
- Tomar ocasionalmente: dulces, helados y refrescos.

Estos consejos los representan en una pirámide en la que unen actividad física y alimentación (figura 31,14).

Figura 31.14. Pirámide NAOS: frecuencia de consumo de alimentos y práctica de actividad física según AESAN.



- Situación 2: Pautas para la ingesta compulsiva.

La ingesta compulsiva está relacionada con alteraciones emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión. También está asociada al abuso de sustancias, problemas interpersonales y la obsesión por controlar el peso. Este problema con la comida consiste en episodios de atracones que ocurren bajo circunstancias emocionales negati-

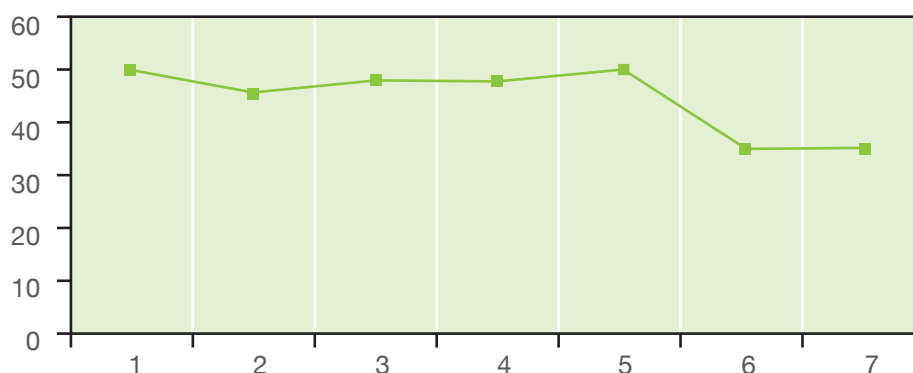
vas y que generan a su vez más problemas emocionales. El objetivo será reducir los episodios de atracones así como intervenir sobre los estados de ánimo que suelen ser antecedentes y consecuentes de la conducta de ingesta compulsiva. Para abordar este problema un programa de tratamiento debe incluir los siguientes componentes:

- a) Reducción de los atracones
  - Autorregistros.
  - Control de estrés.
  - Contratos conductuales.
- b) Modificar emociones que favorecen los atracones
  - Identificar emociones desencadenantes.
  - Solución de problemas.
  - Actividad física.
- c) Mantenimiento del cambio
  - Seguimiento y apoyo externo.
  - Apoyo familiar y social.
  - Contrato conductual.

### 31.10. PAUTAS PARA DEJAR DE FUMAR

Como en todos los cambios de conducta hay que comenzar observando la conducta en su línea base. Anotar por ejemplo, con una rayita en la cajetilla de tabaco el número de cigarrillos que se fuma diariamente puede servir y anotar al final del día el n° total de cigarrillos en un diagrama (figura 31.15).

Figura 31.15. Ejemplo de diagrama de registro de cigarrillos diarios.



Hay que estar al tanto de qué situaciones son la señal, el estímulo para ponerse a fumar. Con esta información se forman cadenas de conducta: ¿qué hace la persona en esos momentos?, ¿dónde está?, ¿quién le acompaña? A continuación se examina la función que desempeña el fumar en cada situación (ver cuadro 31.40).

*Cuadro 31.40. Algunas funciones que puede desempeñar el tabaco para las personas.*

- Para calmar la inquietud.
- Para distraerse.
- Para matar el hambre.
- Para jugar con el cigarrillo en la boca.
- Para tranquilizarse y pensar.
- Para hablar con otras personas.
- Para cambiar de ambiente.
- Para pasar el rato.

Una pauta de ayuda es evitar las situaciones o momentos en que se desea fumar.

También se pueden seguir unas reglas que hagan más difícil fumar. Se puede comenzar aplicando una sola regla, la más fácil durante la primera semana y luego ir añadiendo nuevas cada semana. Estas reglas se pueden plasmar en un contrato conductual en el que participen el terapeuta, el paciente y la familia (ver cuadro 31.41).

*Cuadro 31.41. Reglas para la reducción paulatina de fumar.*

- No almacenar cajetillas, comprarlas de una en una.
- Aclarar a la red social que está decidido a reducir el consumo de cigarrillos.
- Retirar la cajetilla de la vista después de fumar.
- Fumar al primer cigarrillo después del desayuno no antes.
- No pedir cigarrillos a los demás.
- Cambiar la marca de cigarrillos después de cada cajetilla.
- No fumar por la calle.
- No fumar en la cama.
- No fumar para ahogar el apetito, sustituir por una fruta o caramelos.
- Vaciar los ceniceros después de cada cigarrillo.
- Dejar el cigarrillo en el cenicero no mantenerlo en la mano después de cada chupada.
- Dejar la cajetilla en un lugar donde tenga que levantarse cada vez que quiera fumar, por ejemplo en otra habitación.
- Tomar conciencia antes de fumar de lo que quiere hacer y aguardar 2 minutos antes de encenderlo.
- No fumar mientras espera a comer.
- Fumar el cigarrillo solo hasta la mitad.
- Aguardar 10 minutos antes de encender el cigarrillo.
- Apretar el cigarrillo y apagarlo después de la primera chupada y encenderlo de nuevo.
- En casa fumar en un lugar fijo preferiblemente en los más incómodos.
- No fumar durante la conversación con un compañero.
- Cuando esté fumando no entretenerse con nada más (beber, leer, etc.).
- Inhalar el humo solo cada dos veces.
- No fumar mientras se bebe alcohol.

En personas afectadas con TMG es difícil conseguir una abstinencia total del tabaco y algunas terapias como los chicles o parches dan peor o ningún resultado. Los fármacos antitabaco pueden causar más problemas ya que pueden presentar riesgos y contraindicaciones. Es más eficaz seguir un programa de autocontrol con la ayuda

de controles externos y con una evaluación continua que permita visualizar los éxitos y el descenso de la curva de consumo. A la vez se debe ir premiando por la reducción de tabaco, utilizando programas de refuerzo positivo como ya se ha explicado en otro apartado.

### **31.11. PAUTAS DE AUTOPROTECCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

En este apartado se tratará la importancia de la adherencia terapéutica. Un aspecto que la facilita es la psicoeducación para normalizar las reacciones y cogniciones que suelen presentar los pacientes. Otro aspecto necesario es la modificación hábitos que impiden una adecuada adherencia. Para que la intervención consiga que los afectados se comprometan de forma activa con su tratamiento las pautas escogidas tienen que atender a los siguientes objetivos:

- Comprensión, normalización y aceptación de los síntomas y el deterioro. Se trata de explicar a la persona qué le pasa y por qué. La persona debe saber que síntomas son característicos de su trastorno mental y cuáles son las consecuencias del mismo. Algunas reacciones son síntomas del trastorno y otras son hábitos y conductas que surgen como respuestas al mismo. Se trata de cambiar su percepción de lo que le pasa y de aprender nuevas formas de enfocar sus problemas mentales. Resulta conveniente que acepten y normalicen sus síntomas y reacciones conductuales y cognitivas y que afronten y modifiquen aquellas que les colocan en situación de vulnerabilidad. Se deben utilizar técnicas de psicoeducación.
- El proceso es activo. El objetivo es llegar a conseguir un punto de partida capaz de afrontar activamente su tratamiento y rehabilitación.
- Se deben utilizar múltiples técnicas. Se trata de ofrecer la técnica adecuada para cada problema. Detrás de la falta de adherencia está una multicausalidad de variables cognitivas, emocionales, conductuales y motivacionales. Ofrecer la técnica adecuada supone combinar psicoeducación y entrenamiento activo teniendo claro el objetivo a conseguir.

#### **A) Procedimiento de las técnicas de psicoeducación**

Cualquier técnica de psicoeducación supone plantear una serie de cuestiones que van siendo explicadas por el terapeuta y comentadas utilizando ejemplos sacados de la propia experiencia del afectado. Cualquier técnica debe abordar los siguientes elementos:

- Qué son los síntomas propios del trastorno mental y las respuestas como consecuencia del trastorno.
- Qué pensamientos se tienen en relación al trastorno mental y el tratamiento y cómo afectan a las conductas de autoprotección.
- Qué es bueno hacer y no hacer. Hay conductas que facilitan la autoprotección y otras impiden lograr una mejor recuperación de los síntomas del trastorno.
- Cuáles son los riesgos y cómo la persona tiene que afrontarlos, tratándolos desde la aceptación y la normalidad en lugar de desde el miedo y la evitación.



## B) Modelos explicativos de la adherencia y responsabilidad con los tratamientos

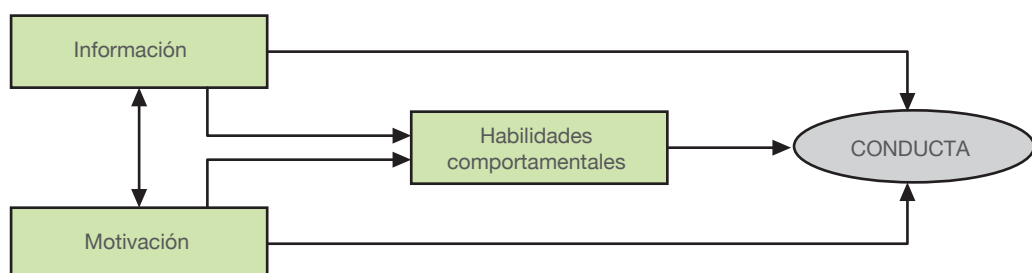
El abordaje de la adherencia al tratamiento en trastornos mentales como la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves (como por ejemplo el trastorno bipolar) se han desarrollado desde la perspectiva biomédica enfatizando la aceptación de la enfermedad y el cumplimiento de la toma de fármacos. Este planteamiento ha generado el desarrollo de programas de intervención estructurados que suelen incluir una combinación de explicaciones sobre el diagnóstico y pautas para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Pero a partir de los años 80 y sobre todo 90 los modelos iniciales se han visto ampliados por la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Un modelo cognitivo-conductual que ha sido aplicado a varios trastornos ha sido el modelo de creencias de la salud de Rosentock (1988). Aunque el modelo presenta limitaciones el principal logro está en incluir variables psicológicas como la percepción de vulnerabilidad y amenaza, estímulos externos que facilitan la conducta de salud y la evaluación interna entre costes y beneficios que realiza la persona para poner en marcha las conductas.

Pero para el diseño de técnicas y pautas concretas en esta área nos parece más explicativo el modelo de información-motivación-comportamiento de Fisher y Fisher (1992). El modelo es muy sencillo e incluye tres variables a tener en cuenta en la conducta de adherencia (ver figura 31.16): información, motivación y habilidades. La información incluye aspectos como el trastorno mental, los síntomas, el pronóstico y las creencias sobre la enfermedad mental. Las habilidades se refieren a las conductas para desarrollar una buena adherencia. La información y motivación activarían las habilidades y serían responsables del mantenimiento dichas habilidades. La información y la motivación pueden tener efectos directos sobre la conducta de adherencia cuando no requiera el desarrollo de un comportamiento muy complejo. Pero este no suele ser el caso de la adherencia en los trastornos mentales que suelen requerir una mezcla de habilidades de comunicación, relación, y autocontrol. Se puede intervenir sobre cada una de las tres variables ya que se consideran constructos independientes.

Este modelo supone una metodología aplicable en las técnicas de autoprotección del TMG que se explican más adelante.

Figura 31.16. Modelo de Información-Motivación-Comportamiento (IMB) (Fisher y Fisher, 1992).



### C) Factores que influyen en la adherencia

El concepto de adherencia no solo hace referencia al cumplimiento del tratamiento farmacológico sino al papel activo por parte del paciente en la toma de decisiones y la práctica de habilidades de autoprotección. Los factores que influyen en la adherencia de los tratamientos de los pacientes con esquizofrenia figuran en el cuadro 31.42.

*Cuadro 31.42. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la esquizofrenia.*

<p><b>DEL PACIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de conciencia de enfermedad.</li> <li>• Falta de información acerca de la enfermedad y el tratamiento.</li> <li>• Los síntomas remiten y no ve la necesidad de seguir el tratamiento.</li> <li>• Creencias sobre la enfermedad y la salud (dependencia a fármacos, etc.).</li> </ul> <p><b>PSICOPATOLOGICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit cognitivos               <ul style="list-style-type: none"> <li>- No valorar riesgos ni beneficios de tomar el fármaco.</li> <li>- Olvidos.</li> <li>- Dificultades en encontrar una conexión causal entre el abandono de la medicación y la recaída.</li> <li>- Atribuye erróneamente síntomas de la enfermedad mental al tratamiento.</li> </ul> </li> <li>• Síntomas negativos               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apatía.</li> </ul> </li> <li>• Síntomas positivos               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delirios sobre el tratamiento.</li> <li>- Sospecha de las intenciones del psiquiatra.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>DEL ENTORNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud negativa de la familia hacia las medicinas.</li> <li>• Estímulos competitivos sobre la salud (curanderos, religión, etc.).</li> <li>• Entorno confuso y poco organizado.</li> <li>• Disuasión por parte de la familia o los amigos.</li> <li>• Incompatibilidad del tratamiento con determinados comportamientos socialmente extendidos.</li> <li>• Historias públicas de las malas experiencias de otras personas con la medicación.</li> </ul> <p><b>DEL TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos secundarios.</li> <li>• Dosis inadecuadas.</li> <li>• Cambios de medicación.</li> <li>• Experiencias negativas con el tratamiento.</li> </ul> <p><b>DEL EQUIPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala relación con el psiquiatra.</li> <li>• Contexto clínico desagradable, masificado o incómodo.</li> <li>• Complejidad del régimen farmacológico.</li> </ul>
--

### D) Evaluar la adherencia terapéutica en el TMG

Para evaluar la adherencia se pueden considerar técnicas de evaluación objetivas y subjetivas. En el cuadro 31.43 se describen las formas más comunes de medir el cumplimiento terapéutico de los fármacos.

Cuadro 31.43. Formas de medir el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Autoinforme del paciente.</li><li>• Contar las pastillas.</li><li>• Autorregistros diarios de cumplimiento.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aparición de efectos secundarios.</li><li>• Informes de la familia.</li></ul> |
|---|---|

Existen pocos cuestionarios que midan el incumplimiento y las causas del mismo. Un ejemplo es el *Cuestionario de Actitudes hacia la Medicación (DAI)* que consta de una versión de 10 ítems y es fácil de usar.

### E) Estrategias para mejorar el cumplimiento de la adherencia terapéutica

En el cuadro 31.44 se listan algunas estrategias utilizadas en la mejora de la adherencia.

Cuadro 31.44. Estrategias para mejorar la adherencia en los trastornos mentales graves.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo de contingencias (refuerzo y castigo).</li><li>• Solución de problemas y toma de decisiones con el paciente.</li><li>• Implicar a la familia en el tratamiento.</li><li>• Supervisión del cumplimiento de las visitas al psiquiatra.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar el cumplimiento sistemáticamente.</li><li>• Facilitar el contacto con el psiquiatra si hay efectos secundarios.</li><li>• Psicoeducación sobre los efectos del fármaco.</li><li>• Recordatorio por teléfono de las tomas y las citas de seguimiento.</li></ul> |
|---|--|

Como se ha dicho antes, lo normal será utilizar diversas estrategias para mejorar la adherencia. Adaptadas del campo de las drogodependencias sirven las indicaciones de Atreja et al. (2005) para mejorar la adherencia:

- Simplificar el régimen del tratamiento.
- Dar información sobre la prescripción.
- Modificar las creencias de los pacientes.
- Comunicarse con el paciente y la familia.
- Eliminar sesgos del terapeuta, las creencias sobre la resistencia al tratamiento.
- Evaluar la adherencia y detectar los incumplimientos.

Siguiendo el modelo de Fisher y Fisher antes descrito, y desde un enfoque cognitivo-conductual las tareas críticas para el tratamiento de la adherencia serían las indicadas en el cuadro 31.45.

Cuadro 31.45. Tareas críticas para el trabajo de adherencia según el modelo de Fisher y Fisher.

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Potenciar la motivación por el tratamiento.</li><li>• Enseñar habilidades de afrontamiento.</li><li>• Potenciar creencias favorables sobre el tratamiento.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar la comprensión del tratamiento.</li><li>• Modificar contingencias de reforzamiento.</li><li>• Aumentar el apoyo socio-familiar.</li></ul> |
|--|---|

También se han señalado unos principios clave que deben guiar cualquier intervención de adherencia, unas técnicas y unos comportamientos a evitar (Hayward y Wykes, 2003) están en el cuadro 31.46.

*Cuadro 31.46. Principios a instaurar y comportamientos a evitar para lograr una buena adherencia terapéutica en la esquizofrenia.*

- Principios clave:
  - Enfatizar la responsabilidad y la capacidad de elección personal.
  - Focalizar en las preocupaciones claves de los pacientes, sus metas personales, miedos y preocupaciones.
  - Expresar empatía ante los problemas del paciente y sus dilemas.
  - Apoyar la autoeficacia.
- Técnicas claves:
  - Resumir regularmente lo realizado.
  - “Descubrimiento guiado” para elicitar las propias preocupaciones del paciente.
  - Explorar pros y contras de las opciones terapéuticas.
  - Utilizar razonamientos normalizadores para combatir el estigma.
  - Focalizar en las metas de los pacientes a largo plazo.
- Acercamientos que hay que evitar:
  - Dar charlas o sermones.
  - Insistir en una etiqueta diagnóstica particular.
  - Discutir con el paciente.
  - Imponer la Ley.

Aunque todo lo planteado hasta aquí puede resultar útil para diseñar estrategias de adherencia no se debe quedar en principios o metodología, pues lo importante es el diseño y aplicación de técnicas y pautas específicas dirigidas a mejorar la adherencia.

### **F) Revisión de intervenciones psicosociales para mejorar la adherencia al tratamiento**

En los últimos años se han diseñado diversas intervenciones psicosociales enfocadas a mejorar la adherencia al tratamiento. Las intervenciones difieren en cuanto a sus contenidos dependiendo de los factores responsables de la falta de adherencia. Cuando las variables responsables de la falta de adherencia son motivacionales se realizan intervenciones motivacionales con el objetivo de incrementar la alianza terapéutica. Si existen problemas cognitivos se realizan intervenciones conductuales. La psicoeducación se utiliza cuando predomina la falta de responsabilidad y las ideas erróneas sobre el tratamiento y la enfermedad mental. Un grupo de intervenciones que ha dado buenos resultados es la terapia motivacional. Se puede aplicar de forma individual durante 6 sesiones. Se desarrolla en tres fases:

- 1) Relacionar el abandono de la medicación con la recaída. Se revisan las creencias sobre el tratamiento y su historia de recaídas y medicación.

- 2) Se abordan los miedos hacia el tratamiento y el valor positivo y negativo atribuido a la medicación. Se pone en relación el cumplimiento con sus metas y objetivos vitales.
- 3) Se aborda el estigma. Se utilizan equivalencias entre enfermedad mental y enfermedad física y se analiza la vulnerabilidad y la calidad de vida. También se discute sobre las perspectivas de futuro y la identificación pródromos y situaciones de riesgo.

Los programas psicoeducativos proveen de información sobre la enfermedad y el tratamiento. Suelen estar dirigidos a pacientes con un mayor deterioro cognitivo e incluyen técnicas conductuales (autorregistros, habilidades sociales, contratos conductuales, etc.).

También los programas de psicoeducación para la familia se orientan a incrementar la conciencia del trastorno y la adherencia al tratamiento. Algunos programas incluyen técnicas específicas (autorregistros de medicación, planificación de un plan de prevención de recaídas, etc.).

Los programas de seguimiento como los Programas de Continuidad de Cuidados, o los Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario incluyen la monitorización del tratamiento en el domicilio y uno de los objetivos clave es la adherencia y enganche terapéutico.

### **G) Programas de psicoeducación multicomponentes**

Varios factores favorecen la aplicación de programas de psicoeducación multicomponentes en el TMG destacando:

- Su complemento a los abordajes biológicos.
- La aceptación en el ámbito asistencial.
- El cambio de consideración de las personas con TMG como personas que son activas en su tratamiento y recuperación.
- La existencia de técnicas cognitivo-conductuales para afrontar las recaídas.
- La combinación de componentes educativos y de entrenamiento en habilidades incrementa la eficacia de los programas.

Estos programas utilizan conceptos tales como factores de riesgo y protección, vulnerabilidad, pródromos, recaídas, etc. Son conceptos provenientes del campo de la salud y muy útiles para fomentar un sentido de control y habilidades de autocuidados en la persona.

A continuación se describen los componentes básicos de un programa multicomponente de psicoeducación dirigido a pacientes con TMG. El objetivo es que el paciente aprenda algo más sobre su trastorno mental y la forma de manejarlo. Se trata de llevar a la vida de la persona afectada por un TMG información y estrategias para reducir las recaídas y favorecer una mayor responsabilidad con su tratamiento.

Se define a la persona con trastorno mental como alguien vulnerable al estrés. Asumiendo la percepción de vulnerabilidad hacia los síntomas, evitando roles de enfermo y actitudes derrotistas.

Entre las habilidades que se fomentan en relación al trastorno y que son claves para un adecuado control están la autoobservación y el autocontrol. Se trata de que el sujeto discrimine situaciones, emociones y signos prodrómicos que le permitan mejorar el reconocimiento y afrontamiento de los mismos.

El enfoque de estos programas no debe enfatizar en exceso la enfermedad o el tratamiento. Más bien se debe evitar las etiquetas diagnósticas y enfatizar las habilidades de control personal. Es decir pasar de una visión de paciente con enfermedad mental a una persona con un trastorno mental, construyendo un enfoque más positivo de afrontamiento y desarrollando un locus interno de control.

- **Objetivos de los programas de psicoeducación multicomponentes**

El objetivo general que se persigue en el programa es el de incrementar la capacidad de autoprotección a través del conocimiento del trastorno mental y asunción de una conciencia realista y más positiva.

Habrán que plantear objetivos específicos individuales, entre lo que destacan algunos de los siguientes:

- Proporcionar información actual acerca del TMG, causas, curso y expectativas de tratamiento y recuperación asumibles.
- Enseñar a identificar síntomas y pródromos.
- Enseñar a poner en marcha pautas ante empeoramientos del estado mental.
- Información realista sobre la medicación.
- Potenciar hábitos de autoadministración de medicación.
- Distinguir factores de riesgo como consumo de alcohol, drogas y estresores vitales.
- Mejora de la relación con sus terapeutas y asistentes de referencia.

- *Evaluación*

Habrán que adaptar los contenidos del programa a cada sujeto. Para ello es conveniente evaluar las actitudes y creencias hacia el trastorno mental, las conductas relacionadas con el tratamiento y la responsabilidad ante el mismo. La información más importante a recoger está en el cuadro 31.47.

*Cuadro 31.47. Información a recoger en la evaluación previa al programa de psicoeducación.*

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias y conocimiento sobre el trastorno mental y el tratamiento.</li> <li>• Medicación: tipos y efectos.</li> <li>• Autoadministración en la medicación: estabilidad en la toma, hábitos de autocontrol, etc.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromos de recaídas.</li> <li>• Prácticas de riesgo actuales y pasadas.</li> <li>• Uso actual de servicios socio sanitarios.</li> </ul> |
|---|--|

Las técnicas de evaluación a utilizar más adecuadas están en el cuadro 31.48.

*Cuadro 31.48. Técnicas de evaluación más utilizadas en el programa de psicoeducación.*

- Cuestionarios del conocimiento sobre medicación y síntomas del trastorno mental.
- Autoinformes de verdadero y falso.
- Auotresregistros de medicación.
- Autorregistros de pródromos.
- Observación de terceros.

Los instrumentos se pueden pasar durante el programa para ir recogiendo información y planificar los contenidos de las sesiones.

- Metodología terapéutica (forma de proceder)

Los programas de psicoeducación utilizan una metodología basada en habilidades terapéuticas y técnicas cognitivas y conductuales, empleando:

- Fomento de refuerzo verbal.
- Niveles de aprendizaje por dificultad creciente.
- Enlace de contenidos por aproximaciones sucesivas.
- Mensajes claros y sencillos.
- Conexión de las explicaciones con la propia experiencia.
- Utilización de esquemas e información escrita sencilla como material del apoyo a las sesiones.
- Feedback abundante.
- Práctica guiada y modelado.
- Utilización de las técnicas de solución de problemas ante dificultades.
- Tareas para casa entre sesiones.

Los dos elementos básicos de un programa de psicoeducación que son igualmente importantes son la información y el entrenamiento en habilidades. La eficacia de los programas psicoeducacionales depende de estos dos factores. Se debe conseguir un equilibrio entre habilidades e información. En el cuadro 31.49 se describen el uso de principios didácticos a utilizar el psicoeducación.

*Cuadro 31.49. Principios didácticos en psicoeducación (Moro, Camps y Gisbert, 2003).*

- Visualizar la información. La información se debe presentar de forma verbal y escrita.
- Repeticiones regulares. Repetir varias veces la información y asegurarse que la información se ha entendido.
- Prestación equilibrada de información. Presentar las ventajas y desventajas del tratamiento, no solo las ventajas.
- Evitar dar mucha información. Centrarse en lo más importante de la información y discutirla de manera completa.
- Alabanzas y críticas. Todo lo que aporte el paciente se recoge con agrado. No criticar ni corregir opiniones inadecuadas de forma que parezca una reprimenda o crítica.
- Permitir las críticas. Escuchar las críticas y no personalizarlas.

- Características del paciente beneficiario

Es conveniente reconocer algunas características que permiten determinar el perfil óptimo de paciente susceptible de una intervención psicoeducativa. Se pueden listar algunas de ellas:

- Tener capacidad mínima para atender, recibir y procesar información.
- No presentar síntomas positivos agudos de intensidad grave.
- En el caso de síntomas positivos persistentes el paciente accede a hablar de ellos.
- Existen actitudes de rechazo a las actuaciones asistenciales.

- Contenidos de programas de psicoeducación multicomponentes

Algunos de los programas de psicoeducación más conocidos y utilizados en pacientes con esquizofrenia son los programas de entrenamiento en habilidades de conocimiento y manejo de la enfermedad de R.P. Liberman. En los cuadros 31.50 y 31.51 se exponen algunos contenidos y ejemplos de estos programas.

*Cuadro 31.50. Programa de prevención de recaídas de R.P. Liberman.*

ÁREA DE HABILIDAD	OBJETIVOS
1. Como identificar señales de aviso de recaída	<b>APRENDE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las señales de recaída más habituales.</li> <li>- Como identificar las señales de aviso personales.</li> <li>- Como registrar las señales de aviso personales con ayuda de otras personas.</li> </ul>
2. Qué hacer cuando aparecen señales de aviso	<b>APRENDE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener ayuda de los profesionales de salud para que le expliquen las diferencias entre las señales de aviso, los síntomas persistentes, los efectos secundarios, y las variaciones del humor.</li> <li>- Utilizar técnicas para manejar sus señales de aviso.</li> <li>- Desarrollar un Plan de Actuación personal.</li> </ul>
3. Qué hacer frente a los síntomas persistentes.	<b>APRENDE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer a sus síntomas persistentes.</li> <li>- Obtener ayuda de los profesionales de la salud para que le expliquen las diferencias entre las señales de aviso, los síntomas persistentes, los efectos secundarios, y las variaciones del humor.</li> <li>- Utilizar estrategias para afrontar síntomas persistentes.</li> <li>- Registrar diariamente sus síntomas persistentes.</li> </ul>
4. Evitar alcohol y drogas.	<b>APRENDE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuáles son los efectos nocivos del alcohol y las drogas y los beneficios de evitarlos.</li> <li>- Cómo rechazar ofertas de consumo.</li> <li>- Cómo resistirse a tomar estas sustancias para compensar la ansiedad, depresión o la autoestima.</li> <li>- Cómo hablar del consumo de alcohol y drogas con los profesionales de la salud.</li> </ul>



Cuadro 31.51. Ejemplo de una sesión del programa de Prevención de recaídas de R.P.Lberman.

<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a reconocer síntomas residuales.</li> <li>• Distinguir síntomas residuales de señales de aviso y cambios de ánimo normal.</li> <li>• Aprender a manejar síntomas.</li> </ul> <p><b>VISIONADO DE VIDEO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escena que muestra a un paciente hablando de sus síntomas (ideas semidelirantes de daño) con un terapeuta, los distingue de las señales de aviso y los efectos secundarios, los cuantifica en intensidad, comenta en un grupo las maneras de afrontar los síntomas.</li> </ul> </li> <li>• Preguntas sobre la escena:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo se llaman los síntomas.</li> <li>- Qué se puede hacer con ellos.</li> <li>- Cómo se identifican.</li> <li>- En qué situación aparecen.</li> <li>- Cómo se registran los síntomas.</li> </ul> </li> <li>• Hacer listados de síntomas y de intensidad (“voces que comentan cuando estoy solo”).</li> </ul> <p><b>ROLE-PLAYING:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente hace de terapeuta y el terapeuta de paciente.</li> <li>• Utiliza los síntomas del paciente que hace el role-play.</li> <li>• Graba en vídeo y dar feedback positivo.</li> </ul>	<p><b>RECURSOS (son recursos materiales que hacen falta, por ejemplo para escuchar música)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar un lugar tranquilo.</li> <li>• Escoger un CD.</li> <li>• Conseguir un radio-cassette.</li> <li>• Analizar si están o no disponibles los recursos necesarios.</li> </ul> <p><b>IDENTIFICAR PROBLEMAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipar posibles problemas (p.e próxima reunión familiar).</li> <li>• Pensar alternativas (al menos 2).</li> <li>• Valorar V/D.</li> <li>• Hacer un plan para llevarlas a cabo y preparar los recursos necesarios.</li> <li>• Hacer un role-playing.</li> </ul> <p><b>EJERCICIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar la lista de síntomas residuales y estrategias al psiquiatra.</li> <li>• Recoger sugerencias del psiquiatra para el afrontamiento y añadir.</li> <li>• Autorregistro: intensidad de los síntomas y eficacia de las estrategias (revisión semanal de registros).</li> </ul>
--	---

A continuación se describe un programa de psicoeducación que se compone de 4 módulos o áreas temáticas, con objetivos progresivos, La frecuencia de las sesiones óptima es de 2 semanales y con una duración total del programa de unos 5 meses. Los módulos son: el cuerpo humano, conciencia de trastorno mental, manejo de la medicación y manejo de los servicios sanitarios y sociales (en el cuadro 31.52 están descritos los contenidos del programa).

Cuadro 31.52. Esquema de contenidos de un programa de psicoeducación.

<p><b>1. EL CUERPO HUMANO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte humano.</li> <li>• Energía.</li> <li>• Red de trasportes y oxigenación.</li> <li>• Sexualidad.</li> <li>• Sistema nervioso y sentidos.</li> <li>• Autocuidados: repaso del módulo.</li> </ul> <p><b>2. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad física.</li> <li>• Enfermedad mental.</li> <li>• Esquizofrenia y TMG.</li> <li>• Sintomatología del TMG.</li> <li>• Vulnerabilidad personal.</li> <li>• Estrés.</li> <li>• Curso y tratamiento.</li> <li>• Consecuencias psicosociales: repaso de módulo.</li> </ul>	<p><b>3. AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células cerebrales.</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Autoadministración.</li> <li>• Efectos secundarios.</li> <li>• Autonomía en la toma: repaso de módulo.</li> </ul> <p><b>4. MANEJO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y OTROS RECURSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactos con psiquiatra.</li> <li>• Dificultades específicas de seguimiento.</li> <li>• Recursos socio-sanitarios.</li> <li>• Comunicación: repaso de módulo.</li> </ul>
---	---

- Desarrollo del programa de psicoeducación del cuadro 31.52:
  - Módulo 1: el cuerpo humano

El objetivo es captar la interrelación de todos los órganos y su percepción global fomentando la idea de equilibrio y autocuidados.

- *Desarrollo de las sesiones*

Se evalúa el nivel de conocimientos del paciente. Se orientan las explicaciones a dar hacia mensajes del cuerpo como algo que funciona y que hay que cuidar a diario. Se aborda la información a través de estudio de los sistemas corporales siguiendo el siguiente esquema: anatomía – función – cuidados que requiere.

Se pueden utilizar láminas explicativas, vídeos y diapositivas. Cada nueva sesión se inicia con un repaso de la sesión anterior, haciendo preguntas y fomentado la participación.

Como tareas para casa se entregan autorregistros del tipo: dieta, hábitos saludables, etc...

- Módulo 2: Conciencia de enfermedad

El objetivo es que entienda el trastorno mental como un trastorno más, desdramatizando el concepto de trastorno mental. Se aborda el trastorno mental desde el modelo de vulnerabilidad al estrés, diferenciando entre factores de riesgo y factores de protección. Una parte importante es enseñar a reconocer pródromos (señales de recaídas futuras) y planificar pautas ante empeoramientos.

No se trata de enseñar psicopatología sino de utilizar la información para proporcionar una conciencia de enfermedad atajando la descalificación global de “enfermo” que genera desesperanza y sustituirla por otra más positiva de “tener una enfermedad o trastorno mental”.

- *Desarrollo de las sesiones*

Se comienza la explicación por las experiencias más comunes del enfermar para acercarse a la idea de enfermedad mental. Se trabaja el concepto de vulnerabilidad como predisposición a sufrir trastornos físicos y mentales. Se fomenta que el paciente hable de su trastorno mental, su diagnóstico y las respuestas cognitivas, actitudes y emociones que le suponen. Se debe pedir información de sus síntomas y experiencias y enganchar esta información con los conceptos actuales de trastorno mental.

Resulta importante evaluar las creencias sobre las causas de su trastorno mental ya que suelen tener creencias irracionales, distinguiendo entre desencadenantes y causas, introduciendo el modelo de vulnerabilidad y los factores de riesgo y de protección en el curso del trastorno.

Una parte central es recoger información de los síntomas antes, durante y después de una crisis. A través de ella se explica la idea de pródromo y se construyen planes de actuación futuros y técnicas de afrontamiento ante los mismos. A este aspecto se debe dedicar el tiempo necesario hasta que el paciente sepa identificar sus señales de recaída o empeoramiento.

Se deben utilizar gráficos del modelo de vulnerabilidad, autorregistros de pródromos y material de lectura para consultar.

- Módulo 3: Autoadministración de la medicación

El objetivo es facilitar la información de la medicación y adquirir mayor independencia en su administración. Se enmarca la medicación como uno de los principales factores de protección.

- *Desarrollo de las sesiones*

Se explica el funcionamiento de los fármacos y sus mecanismos de acción. Se utilizan esquemas sencillos y autorregistros para clasificar los medicamentos.

Se trabaja la toma mediante la creación del hábito autónomo, usando auto-observación, moldeamiento y contratos. También se listan los efectos secundarios y se dan pautas para reducirlos.

La colaboración de algún familiar en las sesiones puede beneficiar el desarrollo de las pautas.

- Módulo 4: Manejo de servicios socio-sanitarios

Se trata de mejorar su relación con los servicios de salud mental y con sus terapeutas de referencia como factores de protección para conseguir mayor estabilidad. También se entrena en habilidades de comunicación específicas y la creación de una agenda de recursos a su alcance.

- *Desarrollo de las sesiones*

Se utilizan técnicas de ensayos de conducta para entrenar las habilidades de comunicación con el psiquiatra, Por ejemplo: entrevistas sobre cambios de medicación, síntomas negativos, efectos secundarios, etc.

Se listan las estrategias necesarias para utilizar recursos como: farmacias, urgencias, atención primaria, etc.

Se mandan autorregistros para recopilar información de cada recurso de referencia y se elaboran fichas y notas específicas con la información de cada recurso (tfno., dirección, personas, temas a tratar, etc.).

En el cuadro 31.53 se ilustra la viñeta de un caso y cómo la supervisión de los cambios en los síntomas, la identificación de los pródromos y el diseño de un plan de afrontamiento son factores prioritarios para pacientes con TMG.

*Cuadro 31.53. Elaborar estrategias de afrontamiento para un episodio específico.*

Antonio es un hombre de 40 años. Vive con su novia de 48 años que le apoya económica y emocionalmente. Está desempleado y tiene una Pensión No Contributiva. Sus preocupaciones actuales con sentirse dependiente y “no encajar con la sociedad”. Se muestra capaz de darse cuenta de su enfermedad, salvo en la identificación de algunas creencias delirantes de perjuicio.

El primer diagnóstico psiquiátrico de Antonio cuando tenía 19 años fue de trastorno delirante, que atribuye al estrés laboral. Ha tenido 3 hospitalizaciones, la última en el año 2005 a causa de un grave episodio delirante. Atribuyó el episodio al estrés.

El trabajo con Antonio se centra en identificar y supervisar señales tempranas de psicosis y adquirir conciencia de la forma en que las situaciones estresantes aumenten sus preocupaciones delirantes. Antonio comenzó a supervisar de manera regular su estado de ánimo y a identificar los estresores vitales durante un periodo de varias semanas. Además Antonio elaboró un conjunto de indicadores tempranos de recaída que actúan como señales de alarma para los síntomas psicóticos e identificó estrategias de afrontamiento específicas que puede usar cuando identifique la aparición de una señal de alarma.

Antonio identificó las siguientes señales tempranas de alerta para la aparición de un episodio delirante:

- Sentirse muy excitado físicamente.
- Experimentar pensamientos sobre las intenciones de los demás.
- Esconder sus pensamientos y sentimientos a su novia.

Antonio elaboró el siguiente plan de afrontamiento ante las señales tempranas:

- Respiración profunda y relajación.
- Contar sus preocupaciones a su pareja.
- Llamar a su psiquiatra.
- Evitar situaciones de estrés.

Después de varias semanas, Antonio comenzó a experimentar señales de activación, a quejarse de no poder dormir y a situaciones de estrés que asoció con la venta de la casa de sus padres y la presión por parte de su novia de trasladar los objetos y muebles de la casa de manera inminente. Antonio informó que comenzó a experimentar pensamientos pre-delirantes (“los vecinos se quieren quedar con la casa”).

Antonio fue capaz de comunicarse con su novia y llamar a su psiquiatra. El resultado fue sentirse más calmado, aplazar la mudanza y relajarse por las noches con ayuda de la relajación y medicación. Con varias citas con su psiquiatra evitó la hospitalización. Esta fue una prueba para Antonio de que podía tener control sobre sus pensamientos y emociones negativas y disparadoras de psicosis.

Al revisar los elementos de control que Antonio puso en marcha se identificaron pequeños cambios pero importantes: no esconder sus pensamientos, comentar a su pareja sus preocupaciones en lugar de callarse y llamar a su psiquiatra por primera vez para pedir una cita. El caso ilustra como cambios conductuales pequeños dentro de un plan de afrontamiento, afectan de manera significativa el resultado de un episodio de psicosis.

## 31.12 PAUTAS PARA MANEJAR LA MEDICACIÓN

A continuación se exponen los objetivos y contenidos de esta área de intervención (medicación) desarrollando algunas pautas en detalle.

Existen muchos problemas en los tratamientos farmacológicos: efectos secundarios, interacción con el consumo de alcohol, complejidad de las dosis prescritas, etc. Así, se han diseñado programas específicos para el manejo de la medicación. Uno de los más conocidos es el de R.P. Liberman (1986) cuyos contenidos se describen en el cuadro 31.54.

*Cuadro 31.54. Programa de manejo de la medicación de R.P. Liberman.*

<p><b>Área 1:</b></p> <p>Obtener información acerca de la medicación. Su objetivo es llegar a entender cómo funcionan los neurolépticos, por qué se usan, por qué han de mantenerse y los beneficios.</p> <p><b>Área 2:</b></p> <p>Cómo autoadministrarse la medicación. El paciente debe aprender a tomar los medicamentos a la hora correcta y en la dosis prescrita. Debe aprender a evaluar los efectos e informar de ellos al terapeuta de referencia.</p> <p><b>Área 3:</b></p> <p>Identificar los efectos secundarios. Se enseñan los efectos secundarios más comunes. Se ayuda a distinguir entre los leves y los graves. Se sugieren remedios caseros para los menos graves. Se proporcionan listas y estrategias de comunicación al médico.</p> <p>Tratar los temas de la medicación. Los pacientes aprenden a pedir ayuda cuando tienen problemas con los medicamentos. Aprenden a llamar al hospital o al médico, a contar los síntomas y a comunicarse con efectividad.</p>
--

Puede ser de ayuda diseñar un módulo de pautas para la medicación y realizarlo cíclicamente, ya que en los tratamientos prolongados es normal que existan periodos de falta de adherencia.

A continuación se presenta un programa psicoeducativo de autoadministración de la medicación. El objetivo general es alcanzar autonomía en la administración de la medicación. Los objetivos específicos son:

- Detectar síntomas fundamentales del trastorno mental.
- Conocer el tipo de medicación, dosis y los efectos positivos y negativos.
- Determinar pautas de tomas correctas e incorrectas.
- Mejorar las habilidades de comunicación con el profesional de referencia para la medicación.

La metodología es individual, con una duración de unas 12/14 sesiones que se realizan una vez por semana. La intervención sigue principios psicoeducativos, con 3 fases: educativa, entrenamiento en habilidades de administración autónoma y generalización.

Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales (un ejemplo están descritas en el cuadro 31.55).

*Cuadro 31.55. Ejemplo de aplicación de técnicas psicológicas en un programa de autoadministración de la medicación.*

TÉCNICAS	APLICACIONES DE EJEMPLO
Modelado. Adquisición de una conducta por observación.	Se representa en una situación simulada una consulta con el psiquiatra.
Moldeamiento. Se divide la conducta en conductas objetivo y se refuerza cada paso por aproximaciones sucesivas.	Conducta meta: el paciente pide una cita con su psiquiatra. Conductas intermedias: 1) averiguar el teléfono de la Unidad del salud mental y horarios, 2) Llamar y conseguir una cita; 3) anotarla en un calendario
Feedback: Reforzar aspectos positivos y facilitar información acerca de la realización de la conducta, aportando nuevos datos para la mejora de futura ejecución.	El paciente identifica como síntomas de la enfermedad mental oír voces y temblores en las piernas, se refuerza su intervención y se le ayuda a discriminar los síntomas del trastorno de los efectos secundarios de la medicación.
Reforzamiento positivo. Se incentiva la conducta meta y las aproximaciones a la misma.	Refuerzos materiales (excursiones) y social (prestar atención, halagos).
Ensayo de conducta. Entrenamiento en las habilidades mediante la representación de una situación simulada.	El paciente representa de manera simulada como va a hacer las preguntas y peticiones sobre la medicación en la farmacia.

Se realiza una evaluación pre-post tratamiento, según se detalla en el cuadro 31.56.

*Cuadro 31.56. Cuestionario para la evaluación pre-post del programa de autoadministración de la medicación.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se llama la enfermedad o trastorno que tienes?</li> <li>• ¿Qué síntomas tienes cuándo estas peor?</li> <li>• ¿Qué tipo de síntomas caracterizan tu diagnóstico?</li> <li>• ¿Para qué sirven los medicamentos?</li> <li>• Escribe 6 efectos secundarios de la medicación</li> <li>• Escribe las incompatibilidades de la medicación.</li> <li>• ¿Qué harías si te acuerdas a las seis de la tarde de que no te has tomado la medicación a la hora de la comida?</li> <li>• Escribe el nombre de los medicamentos que tomas actualmente, especificando la dosis.</li> <li>• Cómo te tomas la medicación cuando estás en casa: a) te la dan tus padres o familia; b) la tomas tu solo; c) no la tomas.</li> <li>• ¿Cuándo tienes la próxima cita con el psiquiatra?</li> <li>• ¿Qué Unidad de Salud Mental te corresponde?</li> <li>• ¿En qué consiste para ti una toma de medicación correcta?</li> </ul>
--

Las sesiones se estructuran en 3 fases:

- 1) Aportación de ideas del paciente en la sesión.
- 2) El terapeuta aporta información.
- 3) Tarea semanal.

El desarrollo completo del programa consta de 5 módulos:

- 1) Toma de contacto (1 sesión)
- 2) Información (7 sesiones)
- 3) Entrenamiento en la toma (2 sesiones)
- 4) Comunicación (2 sesiones)
- 5) Generalización (2 sesiones)

En el cuadro 31.57 se describen las sesiones del programa.

*Cuadro 31.57. Sesiones del programa de manejo de la medicación.*

Sesión	Objetivo	Contenidos	Tarea para la semana
1	Conocer la información que tiene el trastorno y la medicación	Se explican los objetivos, análisis de ventajas de la autoadministración, completar cuestionario preprograma	
2	Aportar información global del sistema nervioso	Explicación del sistema nervioso central, visión del paciente sobre los sentidos, las conductas y las emociones, esquemas y dibujos.	
3	Equiparar trastorno mental con trastorno físico	Nombrar enfermedades físicas, síntomas, causas y semejanzas con la enfermedad mental, asociar el trastorno mental con el órgano y función afectada.	
4	Conocer síntomas del trastorno mental	El paciente aporta información sobre su diagnóstico, se conceptualiza el tipo de enfermedad mental, se señalan síntomas positivos y negativos.	Anotar preguntas para el psiquiatra sobre sus síntomas.
5	Conocer la medicación y la dosis óptima	Se anota la medicación que toma, se analiza el envase del fármaco, se lee y discute el prospecto, se lee la receta y la dosis pautadas.	Anotar en una hoja o folio: medicación, efectos positivos, efectos secundarios y dosis.
6	Conocer efectos principales y secundarios de la medicación	Se elabora un listado de efectos beneficiosos, se listan los efectos secundarios, se analizan periodos de abandono y de toma de la medicación.	Autorregistro de efectos secundarios.
7	Saber las condiciones favorables para una adecuada administración de la medicación.	Se pregunta y anota situación y conducta de la toma, se presentan indicaciones pertinentes para una administración óptima, se contrasta con lo anotado.	Autorregistro de toma de medicación.
8	Conocer las incompatibilidades de los fármacos.	Sondeo de sustancias incompatibles con el fármaco y efectos perjudiciales, clasificar estilos de vida sanos e insanos.	Autorregistro de toma de medicación. Buscar 10 hábitos sanos y 10 insanos.
9	Completar autorregistros.	Se retoma el Autorregistro de la medicación, se explica su función, se analizan los completados y se identifican problemas en la toma.	Autorregistro de toma de medicación.



10	Conocer la ubicación de la medicación.	Se muestra el lugar de la medicación, se analizan ventajas y desventajas del lugar.	Autorregistro de toma de medicación.
11	Mejorar la comunicación con el psiquiatra.	Se analizan las dificultades, se analizan las habilidades de comunicación verbal y no verbal, se listan posibles temas a tratar en la consulta.	Autorregistro de toma de medicación... Definir un objetivo de comunicación para la próxima Cita.
12	Habilidades de comunicación.	Se hace role-playing de situaciones simuladas de consulta, se anotan los role-playing en fichas o cuaderno.	Autorregistro de toma de medicación. Anotar su próxima cita con el psiquiatra y reproducir lo ensayado en el role-playing.
13	Analizar las opiniones sobre el programa.	Se repasan los contenidos principales, se pregunta por lo más y menos útil, se repite la medida preprograma.	

- Pautas para incrementar la responsabilidad con el tratamiento farmacológico

Una de las principales causas de la recaída es la falta de adherencia al tratamiento. Este problema es atribuible a diversos factores que influyen en la decisión de no seguir el tratamiento y que se han descrito anteriormente.

Fomentar la responsabilidad de la persona consiste en acercarse a la persona y no “al enfermo”, conocer sus preferencias y proyecto de vida. En base a ello se debe establecer una negociación en el tratamiento para fomentar la implicación de cada sujeto.

Para fomentar la responsabilidad se debe considerar la utilización de principios clave a utilizar en cada actividad terapéutica, programa o tratamiento (ver cuadro 31.58).

*Cuadro 31.58. Principios clave para fomentar la responsabilidad en el paciente a utilizar en cualquier intervención de adherencia a fármacos.*

- Motivar. Se explican los beneficios a alcanzar al realizar la actividad correspondiente.
- Preguntas. Se hacen preguntas para evaluar la comprensión y las resistencias.
- Resolver problemas. Se buscan alternativas a problemas y resistencias, tratando de que sea la persona quien las formule.
- Tareas programadas. Se asignan tareas para que las desarrolle él o ella sólo/a. Se supervisan en el próximo contacto.

En los siguientes cuadros se muestran pautas prácticas para fomentar la responsabilidad con el tratamiento farmacológico.



Cuadro 31.59. Reglas para tomar bien la medicación.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender las prescripciones y hacer preguntas</li> <li>• Regularidad en las tomas. Hacerlo siempre a la misma hora.</li> <li>• No saltarse las dosis</li> <li>• No tomar más de lo prescrito</li> <li>• Si se olvida una toma, saltársela y no tomar luego el doble.</li> <li>• Si se olvida más de una toma, comunicarlo al médico por tño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar señales de recuerdo</li> <li>• Llevar la dosis si se sale fuera de casa.</li> <li>• Mirar la caducidad del envase</li> <li>• Guardarla en lugar seguro y siempre el mismo</li> <li>• No beber alcohol</li> <li>• Comprobar si tiene efectos secundarios y hablarlo con el psiquiatra</li> <li>• No saltarse una dosis cuando se encuentre bien.</li> </ul>
--	--

Cuadro 31.60. Intervenciones para aumentar la adherencia al fármaco.

Minimizar los efectos secundarios	Coordinarse con el psiquiatra para llevar a cabo los ajustes necesarios. Estar especialmente atento a efectos como afecto embotado o sedación que obstaculizan el aprendizaje de habilidades psicosociales.
Proveer información sobre la medicación	Dar información sobre la medicación reduce el miedo a tomarla. El hecho de no informar por temor a que el usuario tenga un pobre insight y la rechace puede provocar una ruptura en la relación terapéutica.
Consentimiento informado	Una buena comunicación entre el profesional y el usuario implica informar y escuchar. Conseguir el consentimiento, informando y negociando las tomas con el usuario, tendrá más beneficios en relación a la colaboración necesaria. En el caso que la idea de enfermedad del usuario sea muy distinta de la de los profesionales, habrá que escuchar primero su actitud y explicación, y tratar de enganchar con los elementos más similares que faciliten ver la medicación como ayuda a lo que está experimentando en este momento.
Prestar atención a la experiencia subjetiva	Los usuarios tendrán muchas posturas sobre los neurolépticos. Los habrá que se los toman sin saber para qué sirven, o los habrá más escépticos. Sus opiniones sobre las patillas tienen que ser escuchadas y evaluadas en profundidad.
Intervenciones cognitivas	Se pueden trabajar cognitivamente las creencias con respecto a la medicación que son la fuente de no cumplimiento. Con frecuencia estas ideas son fruto del estigma o de la falta de información y se pueden resolver clarificando mitos erróneos sobre el hecho de tener una enfermedad mental y dando información veraz.
Intervenciones médicas	Hay medidas sencillas que pueden mejorar la adherencia de usuarios olvidadizos o ambivalentes. Entre ellas el uso de la medicación depot puede ser muy útil.

Las creencias asociadas a los fármacos y el tratamiento es una cuestión muy importante (por ejemplo creencias erróneas o resistentes sobre efectos, estigma o autoconcepto). En los cuadros siguientes se dan recomendaciones para modificar creencias negativas responsables de la falta de cumplimiento de la medicación.

Cuadro 31.61. Pautas para informar ante la falta de adherencia.

- Se informa solo cuando el usuario está receptivo, no se impone la información
- Se informa para conseguir cooperación.
- No se informa sobre lo que ya se sabe.
- La información se divide en secuencias sencillas de entender.
- Se informa objetivamente sin eliminar la información desagradable.
- Se tiene que evaluar el impacto emocional de la información
- Se debe utilizar papel y lápiz para dibujar o subrayar los puntos importantes.

Cuadro 31.62. Forma de actuar ante pensamientos y creencias que dificultan la adherencia.

- Centrarse en el pensamiento, indagando el grado de convicción y emociones asociadas al pensamiento.
- Identificar las ocasiones en que aparece el pensamiento o creencia.
- Averiguar si el pensamiento está reforzado por actitudes del entorno.
- Hacer una solución de problemas sobre las situaciones asociadas al pensamiento.
- Formular alternativas cognitivas válidas para el usuario.

Cuadro 31.63. Ejemplo de preguntas para cuestionar pensamientos relacionados con la falta de adherencia.

Definición del problema	Definir pensamientos, emociones y conductas asociados a la falta de adherencia	¿Por qué no quieres tomar...? ¿Qué quieres conseguir...? ¿Cómo te sientes cuando...? ¿Qué haces cuando no te tomas...?
Alternativas	Generar alternativas de solución	¿Cómo podría mejorar la toma? ¿Cómo te beneficiaría a ti y a otros? ¿Cómo se podría solucionar?
Decisión	Identificar ventajas y desventajas	¿Qué beneficios tiene la toma? ¿Qué desventajas? ¿Qué desventajas tiene no tomar?
Aplicación	Aplicar la decisión	¿Cómo lo vas a hacer? ¿Cuándo?, ¿dónde? ¿Qué vas a necesitar para...?

En el manejo de creencias se precisan habilidades terapéuticas para favorecer un acercamiento positivo a la medicación (cuadro 31.64 y 31.65).

Cuadro 31.64. Plan para facilitar la percepción positiva del tratamiento.

OBJETIVOS	PAUTAS DE INTERVENCIÓN
1. Fomentar percepción del tratamiento como medio para aliviar sus molestias y no como castigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipar obstáculos para el tratamiento, creencias negativas y hábitos incompatibles (p.e. pensar que la medicación le está deteriorando la memoria).</li> </ul>
2. Facilitar la adherencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar nota de las creencias asociadas al fármaco.</li> <li>• Utilizar experiencias positivas para referirse a las situaciones asociadas a la toma.</li> <li>• Evitar que la familia amenace con dárselo a escondidas o con decírselo al psiquiatra para que le ingrese, como forma de castigo. Esto puede provocar fingir la toma o incrementar el rechazo al tratamiento.</li> <li>• Dejar hablar al usuario sobre el por qué no se la toma y ofrecer solución a los problemas referidos.</li> </ul>
3. Promover la participación activa en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatizar con las dificultades.</li> <li>• Conseguir un acuerdo parcial. El usuario tiene derecho a mostrar objeciones y hay que reconocerlas.</li> <li>• Ofrecer una solución compartida, para llegar a un acuerdo parcial. Siempre es mejor algo que nada.</li> <li>• Evaluar los resultados del acuerdo a medio y largo plazo.</li> </ul>

Cuadro 31.65. Habilidades del Terapeuta.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMPATIZAR. Entiendo como te sientes</li> <li>• IDENTIFICAR RESISTENCIAS. ¿A qué tienes miedo?</li> <li>• PREGUNTAR LO QUE SABE. ¿Cómo crees que es el tratamiento?</li> <li>• RECTIFICAR LA INFORMACIÓN. Tú eres el responsable de tu tratamiento</li> <li>• OFRECER ALTERNATIVAS. ¿Qué te parece si...?</li> <li>• PEDIR SOLUCIONES. ¿Qué podríamos hacer...?</li> <li>• LLEGAR A UN ACUERDO. Entonces intentamos este tratamiento durante...</li> <li>• EVALUACIÓN DEL ACUERDO. Después evaluamos resultados y volvemos a hablar sobre ello, ¿de acuerdo?</li> </ul>
---

- Viñeta clínica

Julián es un hombre de 42 años vive con su padre de 72 años, derivado al centro de rehabilitación psicosocial con esquizofrenia residual de 17 años de evolución. Sus principales problemas se encuentran en el consumo de cerveza con incapacidad para limitar la cantidad, olvidos frecuentes con la toma de medicación, no va a por más medicación cuando se le termina, aspecto físico desaseado, consumo excesivo de café, alteraciones en patrón de sueño, carencia de red social y escasos ingresos económicos. Resulta accesible al trato, sabe su diagnóstico y cuando se toma la medicación se la administra sin ayuda. Reconoce necesidad de mejorar en su aspecto y necesitar ayuda para administrar su dinero. Intercala periodos de mejoría y cierta estructura en

sus actividades con otros de síntomas negativos severos y desestructuración de hábitos de salud de comida y sueño.

Julián vive en un pueblo a 17 Km. del centro de rehabilitación más cercano por lo que no puede asistir con regularidad a un programa estructurado de actividades de rehabilitación psicosocial. Se decide realizar una visita al domicilio y priorizar el Plan individual de Rehabilitación en las siguientes áreas y objetivos:

- Incrementar la conciencia de enfermedad y factores de riesgo personales.
  - Crear una idea de vulnerabilidad.
  - Reforzar sus habilidades actuales de autoadministración del fármaco.
  - Adquirir habilidades de autocontrol de signos de alarma de empeoramientos.
- Mejorar la higiene personal
  - Aspecto: dientes, ducha y manos.
  - Hábitos de salud: incrementar horas de sueño, autocontrol de patrones de insomnio.
- Desarrollar un patrón estable de ocupación
  - Búsqueda de intereses.
  - Programación conductual progresiva.

Para crear mayor conciencia de vulnerabilidad se programan 5 sesiones de psicoeducación en las que de forma progresiva se va transmitiendo la información sobre el trastorno mental y los factores de riesgo y de protección. En el cuadro 31.66 se muestra la progresión en los contenidos de las sesiones psicoeducativas.

*Cuadro 31.66. Sesiones psicoeducativas con Julián.*

**1. Acercamiento al concepto de vulnerabilidad.**

- Idea de vulnerabilidad y predisposición.
- Identificar factores de riesgo y factores de protección.

**2. Acercamiento al concepto de esquizofrenia.**

- Desdramatizar mitos.
- Construir explicaciones válidas de sus experiencias con la enfermedad mental.
- Crear un modelo propio de vulnerabilidad.
- Listar sus factores de riesgo y de protección.

**3. Reconocer señales ante empeoramientos.**

- Reconocer situaciones y conductas que influyen en el curso.
- Construir un modelo de enfermedad propio en fases: antes – durante – después (ver cuadro 31.67).

**4. Listar factores de riesgo y estrategias de manejo.**

- Estresores.
- Drogas.
- Olvidos de la medicación.

**5. Listar Factores de protección y estrategias de manejo.**

- Toma de medicación.
- Control de señales según fases.

Cuadro 31.67. Modelo de fases de Julián.

	SÍNTOMAS	QUÉ HACER
ANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Dificultad para irse a la cama a la hora de siempre.</li> <li>• Inquietud.</li> <li>• Dejar de afeitarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decírselo al padre.</li> <li>• Llamar al centro de rehabilitación.</li> <li>• No dejar la medicación.</li> <li>• Cuidar la dieta.</li> </ul>
DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apatía.</li> <li>• Inactividad durante el día.</li> <li>• Saltarse la comida del mediodía.</li> <li>• Beber cerveza por la noche.</li> <li>• Abandono de la higiene.</li> <li>• Levantarse por la noche, vestirse y fumar en el salón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación.</li> <li>• Control de ingesta de café.</li> <li>• Cuidar la dieta.</li> <li>• Pedir cita con el psiquiatra.</li> <li>• Pedir ayuda en el control del dinero.</li> </ul>
DESPUÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud.</li> <li>• Sentirse inútil.</li> <li>• Depresión y tristeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar hábito de comida y sueño.</li> <li>• Toma de medicación.</li> <li>• Hablar con el padre y el centro de rehabilitación.</li> <li>• Hacer actividades domésticas.</li> </ul>

Se programó con Julián un plan de actividades a realizar para contrarrestar algunos de los síntomas que avisaban de un periodo de grave deterioro y desestructuración. Está en el cuadro 31.68. Se acordó controlar la intensidad de las señales de aviso de un periodo de empeoramiento mediante un listado diario verificable de signos de alarma. A diario y de forma telefónica se verificaba con Julián la intensidad de los síntomas.

Cuadro 31.68. Preparación de acciones correctivas para las señales de riesgo de Julián.

	NORMAL	OBSERVAR DE CERCA	INTERVENIR ALGO	INTERVENIR MUCHO	BUSCAR AYUDA URGENTE
Insomnio		X			
Falta de energía			X		
Falta de apetito			X		
Consumo de cerveza				X	
Olvido de la medicación		X			

El anterior registro se completaba para los signos que presentaba mayor intensidad con el registro del cuadro 31.69.

Cuadro 31.69. Acciones correctivas para las señales de riesgo de Julián.

	INSOMNIO	FALTA DE ENERGÍA	FALTA DE APETITO	CERVEZA	OLVIDO TOMA
Música	X	X		X	
Escribir sobre su trastorno mental (factores de riesgo y de protección).				X	X
Pasear con el padre		X			
Comer pasta		X	X		
Afeitarse		X			

Se elaboró un listado de reglas para tomar la medicación que se puso en un lugar visible de la cocina (cuadro 31.70). También se acordaron temas y preguntas a hacer a su psiquiatra durante sus citas, para confirmar sus listados y planes de afrontamiento.

Cuadro 31.70. Reglas para tomar la medicación.

- Si se olvida una toma, apuntarlo en el calendario.
- No variar las dosis cuando se olvidan las tomas.
- Llamar al psiquiatra si se olvida más de 2 tomas.
- Dejar la medicación en lugar visible.
- Poner una alarma cuando se salta una toma para evitar saltarse la segunda.

- Fomentar la autoprotección desde la individualidad

Para finalizar este apartado mencionaremos que un aspecto importante en el trabajo con la medicación es la individualización y normalización de los temas a tratar. Se deben establecer primeras citas en el domicilio para hablar de pensamientos y conductas en relación al trastorno mental y al tratamiento.

Cualquier procedimiento de intervención debe basarse en un modelo de solución problemas. Se deben establecer objetivos para cada sesión y no seguir criterios estándar, sino adecuar todos los contenidos y sesiones a el paciente.

Se deben tener en cuenta las barreras que dificultan las intervenciones y los estresores vitales individuales.

La cuestión es mejorar la adherencia respecto a la situación de partida, antes de tener el empeño de conseguir la conciencia de enfermedad y la adherencia total al fármaco. Es mejor partir de metas menos ambiciosas y lograr alguna mejoría, que no conseguir nada con altas metas o exigencias.

## 31.13 PAUTAS PARA EL MANEJO AUTÓNOMO DEL DINERO

Uno de los problemas que pueden complicarse es la autoadministración del dinero. En ocasiones las dificultades para organizar una pequeña economía pueden acarrear consecuencias negativas como la acumulación de deudas, impagos de facturas o falta de dinero para satisfacer las necesidades básicas de higiene y alimentación.

Hay usuarios que debido a su psicopatología cuando disponen de una cantidad de dinero inmediatamente la gastan en aspectos poco necesarios. Otros presentan déficit en controlar los impulsos que hace imposible el funcionamiento autónomo en el área económica, precisando controles externos. Esto acarrea frecuentemente problemas de críticas y estrés en la familia.

En la sociedad actual es necesario adquirir habilidades para organizar los gastos diarios, gestionar un presupuesto y manejarse con cierto control y planificación.

Se puede adquirir la habilidad de autoadministración económica o se puede mejorar la supervisión de los gastos corrientes para asegurar la mejor autonomía personal posible. Técnicas como el control estimular, el aprendizaje de cálculos numéricos básicos y la programación del gasto son útiles. Aunque en algunos casos será necesario un programa completo de control del gasto cuando haya un déficit severo en el control de impulsos. A continuación se describen dos programas de manejo del dinero.

### **A) Programa de control del dinero: programa completo por módulos**

#### MODULO 1.- Conocimiento y discriminación de monedas y billetes

- Definición
  - Se trata de diferenciar y conocer cada una de las monedas que están en uso. Ver el valor que tienen cada una de ellas. Utilizarlas en la vida diaria con soltura y control.
  - Implica que el paciente tiene que ser capaz además de distinguir cada moneda.
- Objetivos
  - Mediante ensayos diferenciar todas las monedas y billetes con una latencia menor a 5 segundos (tiempo de presentación estímulo-respuesta).
  - Tomar agilidad en los cambios de moneda, conociendo que monedas o billetes son los que debe utilizar para alcanzar una determinada cantidad de dinero.
- Dónde
  - Varios ensayos en casa.
  - En tiendas, bares, etc.

- Material

- Un conjunto formado por varias monedas de todas las que se utilicen en la actualidad.

## MODULO 2.- Conocimientos de suma y resta. Realización de cambios

- Definición

Si queremos saber utilizar nuestro dinero tenemos que aprender a hacer las operaciones básicas que vamos a poner en práctica cuando lo vayamos a utilizar. Saber escoger las monedas y estar seguros de que nos han devuelto el dinero exacto es una garantía para estar seguros de que nos han cobrado lo justo.

- Cómo

- Aprender a realizar operaciones básicas de suma y resta.
- Ver si tenemos las cantidades exactas de dinero que nos piden.
- Si no disponemos del dinero justo, saber cual es la moneda o billete de los que disponemos que más se acerque a la cantidad pedida.
- Calcular cuanto dinero nos tienen que devolver.
- Comprobar el dinero que nos queda después del gasto que hemos realizado.

- Dónde

- Primero se aprende a hacer cálculos rápidos y ensayos de cambio.
- En tareas para casa se hacen varios ejercicios con la colaboración de algún familiar.
- Cuando se tenga cierta agilidad, se hará práctica real en el bar, bollería, estanco, estación, panadería, etc. Primero el monitor, luego alguien le acompañará y comprobará si realiza los pasos de la forma en que ha sido entrenado.

- Material

- Cuaderno y lápiz.
- Juego de monedas y billetes.
- Objetos de valor y simulados para hacer los ensayos de compra.

## MODULO 3.- Conocimiento del precio aproximado de artículos corrientes

- Barra de pan
- Un café
- Un paquete de tabaco
- Fruta del tiempo
- Unos zapatos
- Unos pantalones
- Un litro de leche
- Etc.,



#### MODULO 4.- Previsión de gastos

- Gastos necesarios del día.
- Gastos necesarios de la semana.
- Gastos necesarios del mes.
- Gastos necesarios del año.
- Gastos prohibitivos por ser superfluos.
- Gastos prohibitivos por exceso de costo día, semana, mes, año.
- Ahorro mensual.
- Ahorro diario.
- Dinero para llevar en el bolsillo.
- Extracción de dinero: cantidad, procedimiento.
- Control de cuenta bancaria.

#### MODULO 5.- Autorregistro diario

Se trata de adquirir el hábito de autocontrol del gasto diario mediante el entrenamiento en rellenar autorregistros específicos cada día. A continuación se detalla un posible autorregistro. Primero se rellena con el usuario en sesión, haciendo una estimación del gasto y luego se pide que vaya rellenando uno idéntico por su cuenta, para comparar después de la semana las semejanzas y desviaciones en el gasto.

AUTOREGISTRO DE DINERO				
Nombre .....				
Fecha..... Saldo previsto para el fin de semana .....				
DIA	NECESARIO	IMPREVISTOS	CAPRICHOS	SALDOS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				
DOMINGO				

#### MODULO 6.- Manejo de bancos y cajas de ahorro

- Abrir una cuenta corriente:
  - Explicación de la finalidad y las ventajas que tiene el disponer de una cuenta corriente personal así como la necesidad de ejercer control sobre ella.
  - Entrenamiento con ensayos conductuales de los siguientes pasos:
    - Identificar el banco o caja de ahorros.
    - Dirigirse a un empleado.
    - Saludo cordial.

- Decirle lo que quieres hacer.
  - Solicitar un impreso de información sobre dónde se debe de entregar.
  - Agradecer la ayuda que le haya prestado el empleado.
  - Rellenar el impreso (solicitar ayuda al empleado si fuese necesario).
  - Entregar el impreso donde te hayan indicado junto con el dinero que vas a ingresar y recoger la cartilla.
  - Agradecer el servicio.
  - Comprobar si el dinero ingresado figura en la cuenta.
  - Autoelogiarse por lo que acabas de hacer.
  - Estar atentos y: mantener siempre el contacto visual, gestos de la cara y manos adecuada, sonrientes, volumen normal y énfasis en las palabras.
- Sacar dinero de la cartilla.
  - Sacar dinero con la tarjeta en el cajero automático.
  - Ingresar dinero en cartilla.
  - Solicitar el saldo actual.
  - Lugar de entrenamiento
    - Casa.
    - Banco.
  - Material
    - Material bancario
    - Cuaderno y bolígrafo
    - Vídeo-cámara y cámara de fotos.

#### MODULO 7.- Compras rutinarias

- Tabaco, pan, material de higiene personal, etc...
- Vestido: zapatos, camisa, pantalón, ropa interior,...
- Entrenamiento con ensayo conductual de los diferentes pasos:
  - Calcular mentalmente lo que puede costar.
  - Entrar en la tienda.
  - Esperar el turno.
  - Saludar cordialmente al dependiente.
  - Pedir el paquete, barra de pan...
  - Preguntar cuánto es.
  - Ver si tienes el dinero justo y dárselo.
  - Entregar la moneda o billete más ajustado que tengas (si no tienes el dinero exacto).
  - Calcular mentalmente cuanto te tienen que devolver.
  - Comprobar que lo que te han devuelto es lo correcto.
  - Dar las gracias y despedirse.

- Autoelogiarse.
- Hacerlo manteniendo el contacto ocular, expresión gestual de manos y cara adecuada, sonriente, volumen normal y énfasis en las palabras

### **B) Programa de control del dinero: programa de autocontrol del gasto compulsivo**

Cuando el descontrol del gasto responde a conductas impulsivas y a un déficit en la demora de las gratificaciones inmediatas, se deben enseñar técnicas de cambio conductual orientadas al control de estímulos antecedentes y consecuentes de la conducta de gasto. En este caso se necesita seguir varios pasos que se describen a continuación.

#### **PASO 1- ENGANCHE Y AUTOCONOCIMIENTO**

- Facilitar la motivación del paciente a través de listados de beneficios y técnicas de balance decisional de consecuencias ACP y ALP.
- Usar autorregistros diarios de los parámetros de la conducta de gasto (frecuencia, cantidad y contextos) que sirvan para concretar las condiciones antecedentes y consecuentes de la misma.

#### **PASO 2- CONTROL ESTIMULAR Y PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS**

- Se dan instrucciones para el control activo de los estímulos externos, evitación de compañías, restricción de dinero, reducción de la frecuencia de gastos, control externo, restricciones físicas, etc) e internos (autoinstrucciones, autocontrol de la activación, entrenamiento en rechazo asertivo de gastos, detención de pensamientos, entrenamiento en respuestas incompatible, etc).

#### **PASO 3- PLANIFICACIÓN DE CONSECUENCIAS**

- Planificación semanal de los objetivos de gastos, en función de las estrategias de control estimular que se vayan aplicando.
- Modificar consecuencias familiares y ambientales que incrementan el gasto (pobreza de actividades gratificantes, concesiones de dinero innecesarias, etc).
- Elaborar contratos de contingencias semanales donde se especifiquen la asignación de consecuencias.

En ocasiones cuando el control del paciente es inexistente se necesita el control externo de otra persona. A continuación aparece un modelo de consentimiento informado para la administración económica por el profesional de los fondos de un paciente.

D. \_\_\_\_\_ autoriza al personal  
\_\_\_\_\_ para administrar su asignación mensual de dinero (de \_\_\_\_\_ (cantidad)).

Fecha:

Firma:

En el cuadro 31.71 se muestra un ejemplo de un caso práctico en el que se utilizó el contrato conductual como forma de control económico.

*Cuadro 31.71. Caso práctico. Uso del contrato en el control del dinero.*

Ángel presenta un descontrol del dinero que consiste en gastar toda su paga mensual en la primera semana del mes. Percibe una Pensión No Contributiva y desde la segunda semana del mes presenta conductas que consisten en peticiones de dinero por la calle y a su familia, a veces llegando a amenazas físicas y verbales.

Se analizó con Ángel las consecuencias de su problema haciendo los siguientes listados:

- Consecuencias de no llegar a fin de mes: no poder tener para tomar un café diario, discusiones con la madre y el padre, no ser independiente.
- Beneficios de llegar a fin de mes con un plan de economía: poder comprar ropa, no tener que pedir, demostrar a los demás que puede ser independiente.

Se pidió que durante un mes rellenara un autorregistro para conocer exactamente el gasto que hacía. Recogía el tipo de gasto, lugar, conducta, compañía y la cantidad de dinero gastado.

Se identificaron los siguientes gastos: cafés, máquina tragaperras, tabaco, prostitutas, invitaciones a conocidos. Todos eran gastos superfluos y no se incluía ningún gasto necesario como ropa o comida.

Se acordó un programa de control estimular que consistió en el uso de tarjetas de recuerdo que llevaba encima y que incluían frases que incitaban a demorar el gasto o aplazarlo, el dinero se le asignaba inicialmente cada dos días por el profesional, solo sacar dinero para 4 días y llevar el dinero justo para el día (café y tabaco), evitar entrar a bares de prostitutas más de una vez cada 15 días, comprar el tabaco siempre en el mismo sitio y a la misma hora, no gastar nada por las mañanas y solo jugar a las tragaperras dos veces en semana y los mismo días.

En cuanto a las condiciones que facilitaban el gasto se trabajó para cambiar las condiciones estimulares: limitar el tiempo que está en el bar a 30 minutos al día, calcular mentalmente el gasto que va a hacer antes de jugar a la máquina y pedir un café. Se hizo un mural con estas reglas y se colgó en su habitación en lugar visible, con su firma.

Al mismo tiempo se programó un plan de actividad semanal con actividades gratuitas: pasear 20 minutos al día, acudir a saludar su tía y acompañar a su madre a hacer las compras diarias.

Se firmó un contrato incluyendo a Ángel y a su padre según se detalla:

Yo, \_\_\_\_\_ me comprometo a:

- Respetar una asignación diaria de 8 euros.
- Los fines de semana dispondré de 10 euros cada día.
- Repasar y seguir las normas especificadas para el control dinero.
- Anotar el gasto diario en el autorregistro de gasto personal
- No pedir a la familia dinero ni amenazar.
- No pedir dinero por la calle...

Por su parte la familia se compromete a:

- Comprobar el cumplimiento de las tareas.
  - No hacer comentarios negativos sobre el comportamiento de Ángel con el dinero.
  - Por cada día que cumpla el contrato entregará a Ángel la cantidad de 1 euro.
  - Por cada semana que cumpla el contrato entregará 6 euros a Ángel para el fin de semana.
- Este contrato tiene una validez de una semana desde el día de la fecha. En ese momento se modificará o prorrogará con el consentimiento de Ángel y las partes implicadas.*

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 200

Firma: Ángel

Firma: Padre

Firma: terapeuta

## 31.14. PAUTAS PARA INCREMENTAR LA AUTONOMÍA SOCIAL

Algunas habilidades son necesarias para desenvolverse en el medio social. Entre ellas están la obtención de información sobre servicios de la comunidad, la cumplimentación de impresos o el uso de comunicaciones sociales como correos y teléfono. Son habilidades que como ciudadano es necesario aprender para un desenvolvimiento social.

En los cuadros siguientes tomados del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales de M. A. Verdugo se ejemplifican sesiones de entrenamiento en algunas habilidades de autonomía social.

*Cuadro 31.72. Entrenamiento en utilizar el teléfono para solicitar información de distintos servicios.*

- Conductas a entrenar
  - Marca el nº de teléfono.
  - Pregunta por la persona o departamento.
  - Expone con claridad lo que desea.
  - Escucha, anota y pregunta aclaraciones.
  - Agradece la información y se despide.
- Procedimiento de entrenamiento
  - El profesional comenta la utilidad del teléfono para informarse sobre servicios: horarios, trasportes, etc.
  - Presenta conversaciones grabadas en un cassette cuyo contenido es la petición de información.
  - Modela la utilización del teléfono
- Conductas para realizar en vivo
  - Reproduce las situaciones presentadas
  - Llama por teléfono a un servicio público escogido y se informa de horarios y actividades.
- Materiales necesarios
  - Teléfono.
  - Guía de teléfonos.
  - Cassette grabada.

*Cuadro 31.73. Entrenamiento en consultar guías de ocio de su ciudad para informarse de actividades y acontecimientos.*

- Conductas a entrenar
  - Identifica las guías de ocio diferenciándolas de otras publicaciones.
  - Diferencia los distintos apartados.
  - Localiza el apartado de la sección deseada.
  - Busca en ese apartado hasta encontrar la información deseada.
- Procedimiento de entrenamiento
  - El profesional muestra las guías de ocio, explica para qué sirven y qué información proporcionan.
  - Muestra como manejar la guía y localizar la información.
  - Propone búsquedas de distintas actividades para ese mes.
- Conductas para realizar en vivo
  - Localiza las partes de la guía que le señala el profesional.
  - Hacen una hipotética programación de actividades para el fin de semana, siguiendo la información de la guía.
- Materiales necesarios
  - Guías de ocio y publicidad.

*Cuadro 31.74. Entrenamiento en interpretar y responder a informaciones gráficas y escritas (paneles, tabloneros, planos, carteles, avisos, etc.).*

- Conductas a entrenar
  - Identifica y localiza carteles, letreros, paneles diferenciándolos de otras informaciones gráficas.
  - Interpreta el significado de los signos y términos de información gráfica y escrita.
  - Localiza la información deseada.
- Procedimiento de entrenamiento
  - El profesional presenta carteles y letreros indicadores de prohibiciones, informativos, etc. (ej. prohibido fumar, cafetería, etc.).
  - Presenta fotografías de paneles, tabloneros, horarios, mostrando el modo de proceder en cada caso: horario de trenes o autobús, grandes almacenes, etc.
  - Presenta un plan del pueblo o ciudad y da instrucciones para que localice tres puntos importantes para orientarse en el plano (plaza mayor, parques, etc.). Luego pide que localice otros puntos.
  - Pide al usuario que describa paneles de su ciudad o los dibuje.
- Conductas para realizar en vivo
  - Identifica los carteles y letreros que presenta el monitor describiendo el significado de los signos y símbolos.
  - Ensaya las conductas necesarias para obtener información de carteles.
  - Localiza en el plano de la ciudad los puntos que le señala el profesional.
  - Describe al profesional al menos 3 letreros, carteles, etc. de los observados en la calle y posteriormente los dibuja.
- Materiales necesarios
  - Carteles y letreros: W.C., bar, teléfono, correos, farmacia, perros no, papelera, información, no fumar, no pasar, obras, taxis, tren, hospital, peligro, planos de la ciudad, etc.

*Cuadro 31.75. Utilizar el periódico para obtener información sobre distintas actividades y acontecimientos de su localidad.*

- Conductas a entrenar
  - Localizar las secciones.
  - Interpretar la información.
- Procedimiento de entrenamiento
  - El profesional muestra las secciones del periódico.
  - Propone al paciente que localice e interprete diversas informaciones: cines, fútbol, oferta de trabajo,...
- Conductas para realizar en vivo
  - Localizar las secciones indicadas por el profesional.
  - Localizar la información solicitada.
  - Pone en el la pared o corcho recortes de periódico con informaciones de acontecimientos y noticias.
- Materiales necesarios
  - Periódicos locales.

## 32. Pautas de intervención para el programa de integración comunitaria

La presencia de factores como la apatía, las dificultades para encontrar intereses y motivaciones se suma a la baja autoestima y al déficit en habilidades sociales. Esta combinación provoca que a menudo la persona con TMG tenga una utilización de la comunidad de baja calidad y poco frecuente.

La participación comunitaria da sentido a otros programas de rehabilitación y mejora la capacidad de recuperación. Los programas de integración comunitaria buscan crear espacios para la adquisición y puesta en marcha de habilidades facilitando el acceso a recursos comunitarios. Aunque normalmente estos programas se llevan a cabo desde algún recurso como centros de día, centros de rehabilitación o clubes sociales, se pueden diseñar programas de integración comunitaria de manera individual en el contexto natural de la persona y siguiendo la misma estructura o esquema general que se suele utilizar.

Las fases básicas para diseñar un programa de integración comunitaria consisten en:

- Identificar los recursos de la comunidad susceptibles a utilizar.
- Seleccionar uno o varios.
- Incorporación o acceso.
- Evaluación y mantenimiento en la actividad.

El perfil de usuario beneficiario de esta intervención será aquél que tenga un nivel de ocupación del tiempo libre muy bajo, déficit en habilidades sociales y necesidad de incrementar su red social.

El procedimiento general será buscar recursos en la comunidad del paciente y obtener información sobre las actividades para luego valorar su adecuación al usuario.

Factores que potencian el éxito y satisfacción son el fomentar su opinión, su participación en todas las fases de planificación de la actividad, incrementar las habilidades necesarias mediante entrenamientos previos y durante el desarrollo de la actividad y evaluar de manera continuada la actividad reforzando los aspectos positivos.

Pero los problemas para la integración comunitaria pueden responder a múltiples causas que complican la intervención. Así, existen una serie de problemas que dificultan el establecimiento del compromiso del paciente en su participación comunitaria. Un conjunto de factores es el relacionado con el trastorno, con los síntomas positivos y negativos y con trastornos asociados de ansiedad, autoconcepto negativo y depresión. Algunos estados psicológicos pueden fluctuar como la paranoia, la activación psicofisiológica o la desgana e impedir un acercamiento consistente a la comunidad. Otros factores pueden responder a la negación de la enfermedad o a lo opuesto, es decir

asumir un rol de enfermo incapaz de realizar actividades normalizadoras. También las características previas de personalidad premórbida pueden influir, así como la competencia y habilidades sociales. Una barrera muy importante puede ser el estigma asociado al trastorno mental, los prejuicios del propio paciente que condicionan su visión del yo en la comunidad. También los efectos secundarios pueden suponer un obstáculo para que el paciente participe en la comunidad (sedación, acatisia, temblores involuntarios de las extremidades, etc).

Podemos resumir que para garantizar una adecuada integración comunitaria podemos realizar dos acercamientos: el abordaje directo o estándar de los programas utilizados en rehabilitación psicosocial y otro más exhaustivo que aborde las dificultades psicológicas (autoestima, estigma, ansiedad social, etc.) que impiden el desarrollo de programas estándar de integración comunitaria.

A continuación se describen los contenidos de las dos maneras de intervenir en esta área. Para ello hemos dividido la intervención dentro de dos programas: “Programa básico de uso de recursos comunitarios” y “Programa de afrontamiento psicológico y uso de recursos comunitarios” (ver cuadros 32.1 y 32.2).

*Cuadro 32.1. Programa básico de uso de recursos comunitarios.*

<p><b>1. Evaluación de intereses y habilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Motivación</li> <li>b. Habilidades sociales y cognitivas</li> <li>c. Sintomatología negativa</li> <li>d. Horario de actividades diarias actuales</li> <li>e. Intereses presentes y pasados</li> </ul> <p><b>2. Identificación global de recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Conocimiento del medio</li> <li>b. Recursos próximos y lejanos</li> <li>c. Disponibilidad y accesibilidad de los recursos</li> <li>d. Graduación de los recursos según preferencia, accesibilidad y dificultad</li> <li>e. Elección global primera de varios recursos</li> </ul> <p><b>3. Selección y búsqueda de información sobre recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar beneficios de las actividades escogidas</li> <li>b. Obtener información sobre las actividades escogidas</li> <li>c. Requisitos para llevar a cabo las actividades escogidas</li> <li>d. Comprobar ajuste entre intereses y posibilidades</li> </ul> <p><b>4. Incorporación. Trámites previos y acompañamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Requisitos necesarios para incorporarse</li> </ul> <p><b>5. Apoyo al mantenimiento en el recurso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Solución de problemas</li> <li>b. Apoyos a personas clave del recurso</li> <li>c. Análisis continuo de satisfacción</li> </ul> <p><b>6. Evaluación al finalizar la actividad comunitaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Objetivos conseguidos</li> <li>b. Posibilidad de repetir la actividad en un futuro</li> </ul>
--



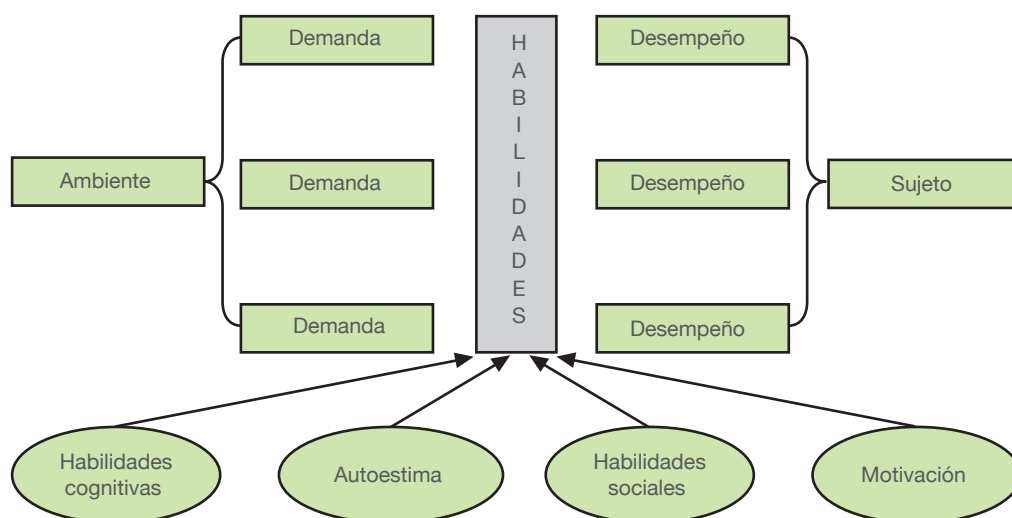
Cuadro 32.2. Programa de afrontamiento psicológico y uso de recursos comunitarios.

<b>FASE I. PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y MANEJO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL AISLAMIENTO COMUNITARIO</b>
<p><b>A) Habilidades de afrontamiento para la adaptación al trastorno y manejo del estigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluación<ul style="list-style-type: none"><li>- Conciencia de trastorno mental</li><li>- Creencias sobre la psicosis o trastorno mental</li><li>- Estigma asociado</li><li>- Estilo personal de adaptación al trastorno</li><li>- Autoconcepto y autoestima</li></ul></li><li>- Morbilidad secundaria<ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluar alteraciones secundarias: ansiedad y depresión</li></ul></li><li>- Alianza<ul style="list-style-type: none"><li>- Relación terapéutica</li><li>- Fomento de expectativas positivas</li></ul></li><li>- Intervención<ul style="list-style-type: none"><li>- Recuperación de metas vitales</li><li>- Reestructuración cognitiva de creencias sobre el trastorno mental y el yo que dificultan la consecución de las metas</li><li>- Planificación de tareas graduadas</li><li>- Revisar avance y autoeficacia</li></ul></li></ul>
<b>FASE II. PROGRAMA DE USO DE RECURSOS COMUNITARIOS. DISEÑO DE UN PLAN PERSONAL DE CONTACTO COMUNITARIO</b>
<p><b>1. MOTIVACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Describir intereses personales (formativos, ocio, cultura, trabajo,...)</li><li>b. Repasar recursos usados en el pasado</li><li>c. Ventajas y desventajas de utilizar recursos de la comunidad</li><li>d. Aprender a valorar la importancia de salir de casa</li><li>e. Anticipar cambios futuros positivos que se obtendrán por salir de casa y utilizar recursos.</li></ul> <p><b>2. CAPACIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Analizar dificultades personales</li><li>b. Identificar actividades que se dan bien</li><li>c. Aprender soluciones para las dificultades</li><li>d. Hacer un plan para mejorar y superar las dificultades</li></ul> <p><b>3. CONOCER LOS RECURSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Informarse de qué recursos ofrece la comunidad</li><li>b. Conocer recursos que no se conocen o que no se prestó atención antes</li><li>c. Identificar recursos que más interesen</li><li>d. Aprender procedimientos para la búsqueda continuada de información en la comunidad</li></ul> <p><b>4. HACER UN PLAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Elaborar un plan personal de contacto con la comunidad</li><li>b. Acciones concretas en el día a día</li><li>c. Cambio de horarios cotidianos y organización del tiempo</li><li>d. Anticipar y resolver problemas en el desarrollo del plan</li></ul> <p><b>5. SEGUIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Reforzar la motivación</li><li>b. Fomentar la incorporación a nuevos recursos y actividades</li></ul>

### 32.1. PROGRAMA I: PROGRAMA BÁSICO DE USO DE RECURSOS COMUNITARIOS

Para planificar la integración comunitaria es necesario aclarar antes la relación entre demandas y capacidades. Para lograr una integración comunitaria plena las capacidades deben ser adecuadas para dar respuesta a las demandas (ver figura 32.1).

Figura 32.1. Relación entre demandas y habilidades en la integración comunitaria.



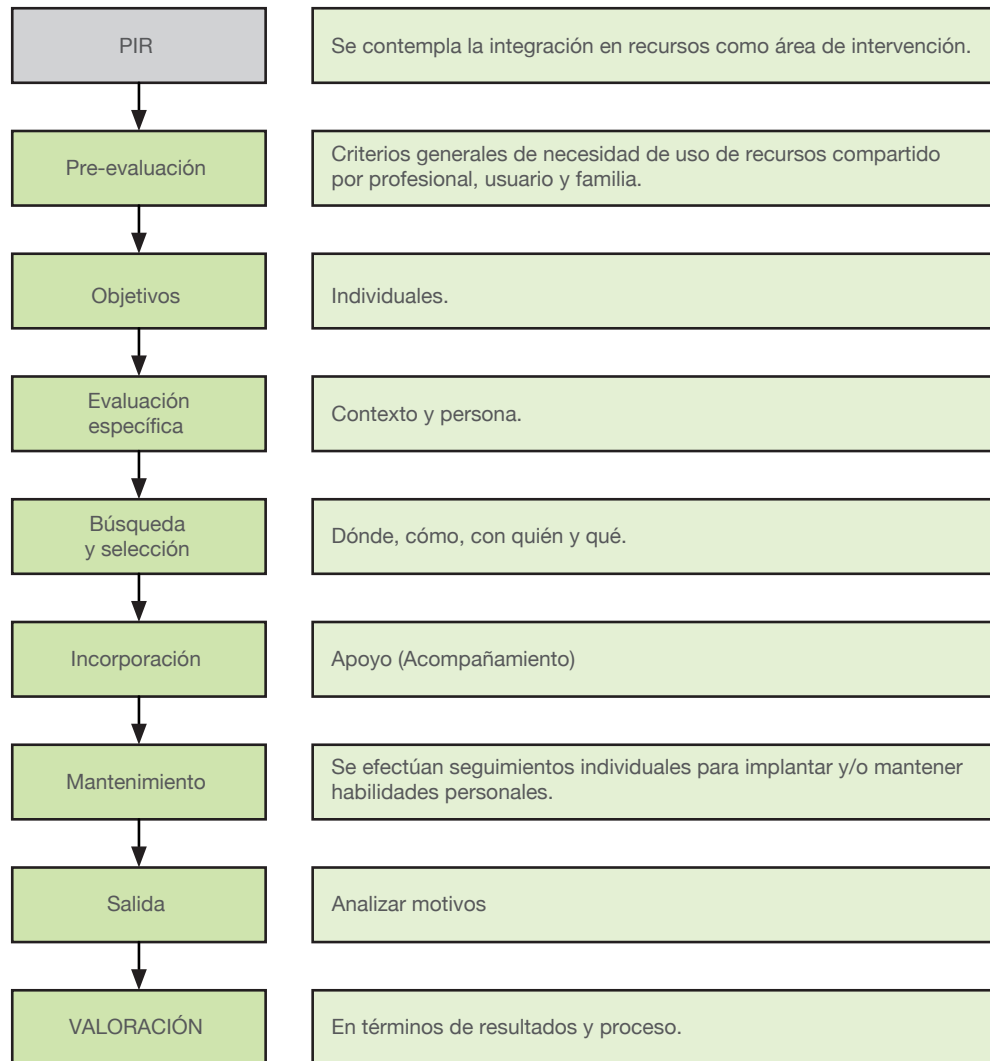
El ajuste de la integración comunitaria dependerá de la interacción persona-ambiente. Las actividades a realizar en el proceso para ajustar las habilidades a las demandas están descritas en el cuadro 32.3.

Cuadro 32.3. Proceso general de trabajo de integración en recursos comunitarios.

- Conocer el objetivo de la integración comunitaria con el paciente.
- Conocer el grado de motivación.
- Conocer aspectos prácticos: horarios, posibilidades económicas y recursos disponibles.
- Contar con la opinión del paciente para determinar el tipo de actividad a realizar.
- Partir de las habilidades del paciente escogiendo actividades en las que se muestra alguna competencia.
- Elegir el recurso, siguiendo el siguiente orden de preferencias: normalizados y que se requiera pocos apoyos especiales.
- Definir los apoyos que se precisarán del recurso.
- Definir las habilidades personales a entrenar.
- Establecer un programa de seguimiento de la actividad.
- Evaluar de manera continua el proceso.

El procedimiento desde que se decide incluir a la persona en recursos de integración comunitaria está descrito esquemáticamente en la figura 32.2.

Figura 32.2. Proceso de integración comunitaria.



Un programa diseñado para el uso de recursos comunitarios podría incluir una gran cantidad de contenidos. A modo de ejemplo se describe a continuación un programa de integración comunitaria con los contenidos que se suelen incluir normalmente.

- Contenidos de un Programa estructurado de integración comunitaria estándar.

Objetivos:

- Integración social en su entorno comunitario.

- Reinscribir a la persona en circuitos sociales normalizados abandonados.
- Fomentar el uso de recursos normalizados.
- Acercar el uso de las posibilidades de ocio y ocupación del tiempo.
- Aumento de la red de interacción social.
- Aumento del número de roles desempeñados.
- Modificar el autoconcepto como ciudadano pasivo socialmente, y de su entorno.

#### Metodología:

- Actividades en grupo: fomento del uso de recursos comunitarios y sociales.
- Actividades individuales: inserción del paciente de forma individualizada en los recursos de su ámbito (centros educativos, deportivos,...).

#### Evaluación:

- Evaluación pre y post del número de recursos utilizados.
- Evaluación pre y post del apoyo social existente.

#### Módulos:

##### a) Modulo de apoyo educativo

- Técnicas de estudio
  - Antes del estudio (preparación, concentración).
  - Durante el estudio (lectura, subrayado, síntesis, revisión y memorización).
  - Después del estudio (repasos y evaluación).
- Apoyo escolar. Apoyo a la integración en diferentes circuitos educativos.

##### b) Programación del tiempo libre

- Actividades de ocio
- Visitas a lugares
- Cocina
- Práctica deportiva
- Etc.

##### c) Módulo laboral

- Objetivos:
  - Motivación para acceder a un trabajo.
  - Definición de capacidades y expectativas.
  - Información de posibilidades formativas y laborales actuales.
  - Orientación laboral de acuerdo a las capacidades y las posibilidades del entorno.
  - Entrenamiento en búsqueda de empleo.
  - Seguimiento y apoyo específico continuado.

- Metodología:
  - La metodología sigue el mismo procedimiento que los entrenamientos individuales en el medio o entorno del individuo. Se trabaja con aquellos pacientes que estén preparados para el acceso al empleo, bien porque haya mejorado otros aspectos (autocuidados) o porque exista motivación mínima para desarrollar un trabajo y adquirir independencia económica.
- Módulos:
  - A) Orientación vocacional.
    - Información.
    - Inscripción en oficina de empleo.
    - Discusión de ventajas y beneficios del desarrollo de una actividad laboral.
    - Describir habilidades técnicas y profesionales.
    - Identificar preferencias.
  - B) Búsqueda de empleo.
    - Información de los requisitos y procesos habituales de obtención de empleo.
    - Identificar fuentes de información.
    - Currículum.
    - Entrevistas.
  - C) Integración laboral.
    - Apoyo en cursos de formación o en empleo.
    - Coordinación con los recursos para facilitar el mantenimiento.

Todas las actividades deben desarrollarse de forma estructurada. La orientación sobre actividades y recursos de la zona siempre debe promover las relaciones con otras personas, e implicar a los pacientes en la realidad y cultura en la que viven.

*Cuadro 32.4. Ejemplo de conductas a entrenar para adquirir habilidades de integración comunitaria.*

ACTIVIDAD	OBJETIVOS
Búsqueda de información sobre recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las fuentes de información de su ciudad o pueblo.</li> <li>• Practicar como solicitar la información.</li> </ul>
Medios de transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y utilizar adecuadamente los medios de transporte disponibles.</li> <li>• Realizar rutas de interés a lugares y pueblos que no conoce.</li> </ul>
Rellenar solicitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer y comprender.</li> </ul>
Manejo de dinero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el coste asociado al uso de recursos comunitarios.</li> <li>• Hacer un plan de ahorro para utilizar recursos comunitarios que implican coste económico.</li> </ul>

A continuación se describe la intervención de manera práctica y diferenciando dos fases: Evaluación e Intervención.

### 32.1.1. EVALUACIÓN

Es necesario hacer una evaluación de la persona y del contexto ya que únicamente de la interacción sujeto-ambiente saldrá el mayor ajuste posible.

#### A) *Evaluación de la persona*

Es de ayuda realizar una línea base para comenzar la intervención. Debe incluir las habilidades, los intereses actuales y anteriores y el nivel de actividad comunitaria actual. En el cuadro 32.5 se listan los elementos necesarios a evaluar en el paciente.

*Cuadro 32.5. Elementos a evaluar para programar la intervención en integración comunitaria*

- Grado de problema en el funcionamiento socio-comunitario.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Conocimiento del medio próximo.
- Listado de intereses pasados y actuales.
- Habilidades de relación social.
- Registro diario de actividades.

Para evaluar el grado de problema en el funcionamiento socio-comunitario es útil utilizar alguna escala que nos indique la gravedad o nivel de afectación en esta área. Una escala como la que se muestra en el cuadro 32.6 permite clasificar el nivel de problema en tres áreas: normal, sintomática y problemática, con una puntuación de gravedad de 0 a 10. Cuando la persona se sitúe en las áreas sintomáticas o problemática será necesario intervenir con mayor o menor intensidad en función de la puntuación de gravedad obtenida. Así, puntuaciones de 5 y 6 indican necesidad de intervenir en la selección y organización de la actividad, haciendo un acompañamiento o reforzando la motivación. Puntuaciones de 8 a 10 necesitarán un programa estructurado, completo, continuado y más intensivo.

Cuadro 32.6. Escala de funcionamiento socio-comunitario.

AREA NORMALIDAD		
1	EXCELENTE	Empleo o educación a tiempo completo, según las habilidades. Independencia económica. Socialmente se vale por si mismo y participa a nivel comunitario.
2	ORDINARIO	Empleo a tiempo completo, pero quiere cambiar. A nivel comunitario está integrado.
3	ACEPTABLE	Empleo, educación o vida comunitaria adecuada, pero a veces está insatisfecho/a.
AREA SINTOMÁTICA		
4	MODERADAMENTE INADECUADO	Educación, trabajo y vida comunitaria irregular. Búsqueda activa de trabajo, formación o ambos. Los individuos de esta categoría necesitan entrenamiento profesional o pueden necesitarlo.
5	INADECUADO	Ocasionalmente hace trabajos o cursos que intercala con largos períodos de desempleo. Sin embargo, a nivel comunitario mantiene hobbies o intereses personales. Depende de otros para apoyo social y económico.
6	FRONTERIZO	Existen intentos por lograr un empleo o un entrenamiento profesional. Puede que tenga trabajos ocasionales, aunque muchas veces lo ha intentado y ha fracasado. Económicamente depende de otros. Sus aficiones se han deteriorado y las practica con poca frecuencia.
AREA PROBLEMATICA		
7	FUNCIONAMIENTO SOCIOCOMUNITARIO DETERIORADO	Ausencia de trabajo, tiene cierta motivación por encontrarlo, pero no lo intenta. A nivel económico depende del apoyo de los demás. El funcionamiento comunitario está deteriorado. Apenas practica hobbies, ni participa en la vida del barrio.
8	AL BORDE DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL	En muchos casos recibe apoyo de su familia o instituciones para cambiar su estilo de vida pasivo, pero no existen actitudes de cambio.
9	EXCLUSION SOCIAL CRONIFICADA	Ausencia de trabajo, motivación y vida comunitaria. No tiene interés por cambiar.

La evaluación del ocio y tiempo libre implica conocer en qué se ocupa la persona, su percepción y valoración de estas actividades. Un guión para evaluar esta área se muestra en el cuadro 32.7.

Cuadro 32.7. Evaluación del ocio y tiempo libre.

- Qué hace los días de diario.
- Qué hace los fines de semana.
- Antes del trastorno mental en qué ocupaba su tiempo libre: leer, radio, cine deporte, salidas,...
- Grado de satisfacción con las actividades actuales.
- Prefiere salir o quedarse en casa.
- Qué actividad no ha hecho y le gustaría hacer.
- Considera que ocupar su tiempo libre es positivo, negativo o le es indiferente.
- Prefiere una actividad en solitario o acompañada.
- Uso de recursos comunitarios de ocio.

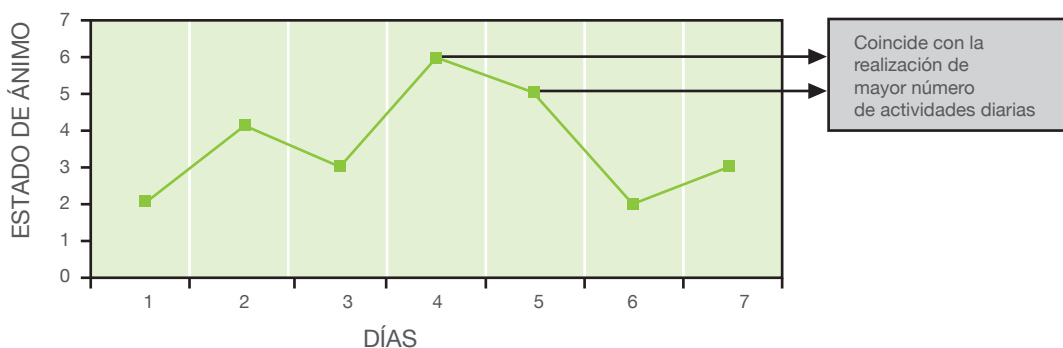
Un periodo de registro diario de actividades agradables y estado de ánimo al finalizar el día puede ayudar a la evaluación y a estudiar la influencia entre el nivel de actividad que mantiene la persona y el estado de ánimo (ver figura 32.3.).

Figura 32.3. Autorregistro de actividad y de estado de ánimo.

	L	M	X	J	V	S	D
Tipo de actividad							
	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)	Ánimo (0-10)

En el registro de la figura 32.3 podría anotar al lado de la actividad si fuese positiva (+), negativa (-) o neutra (0). Luego mediante una gráfica se podría comprobar la relación entre las actividades y el estado de ánimo. En la figura 32.4 se muestra un ejemplo de gráfica.

Figura 32.4. Ejemplo de relación entre actividad diaria y estado de ánimo de una usuaria.





En el ejemplo de la figura 32.4 se podría analizar si las subidas de ánimo tienen que ver con el número de actividades o con su valor positivo o negativo. Este feedback ayudará a persuadir a la usuaria del ejemplo de cómo puede ser beneficioso dedicar más tiempo a las actividades.

La evaluación del conocimiento del medio tiene como objetivo conocer en qué medida conoce el medio que le rodea. Así, se puede preguntar si conoce y qué piensa acerca de: polideportivos, centros culturales, almacenes y comercios, bibliotecas, cines, pubs, museos, monumentos, parques, zonas concretas, etc.

Sería conveniente también evaluar sus conductas de relación social, ya que la integración comunitaria precisará en muchos casos de contacto social. Una evaluación conductual y cuantitativa de las habilidades sociales puede ser una buena opción, recogiendo mediante observación, entrevistas, e información de terceros (ver figura 32.5).

Figura 32.5. Evaluación conductual de las habilidades sociales.

	1 MUY INADECUADO POR EXCESO O POR DÉFICIT	2	3 NORMAL	4	5 MUY ADECUADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión facial</li> <li>• Mirada</li> <li>• Sonrisas</li> <li>• Postura</li> <li>• Contacto físico</li> <li>• Gestos</li> <li>• Apariencia personal</li> <li>• Volumen de voz</li> <li>• Tono de voz</li> <li>• Fluidez</li> <li>• Velocidad</li> <li>• Claridad</li> <li>• Duración del habla</li> <li>• Adecuación del contenido</li> <li>• Preguntas</li> <li>• Respuestas a preguntas</li> </ul>					

### **B) Evaluación del entorno**

La evaluación del medio se dirige al medio próximo y concreto para cada persona en particular. Se estudiarán las barreras en el uso de recursos, la tipología de los mismos, los apoyos que ofrecen, el coste económico, la accesibilidad, su potencialidad rehabilitadora, etc.

Se puede hacer un listado de recursos existentes en la comunidad y algunos parámetros asociados (ver figura 32.6).

Figura 32.6. Listado de ejemplo de recursos comunitarios.

RECURSO	MOTIVACIÓN (0-10)	PRECISA ADAPTACIÓN (0-10)	COMODIDAD (0-10)	FLEXIBILIDAD (0-10)	ACCESIBILIDAD (0-10)
Estancos Cafeterías Tiendas Comercios Cines Iglesias Museos Parques Casa de la cultura Escuelas y academias Etc...					

Los parámetros evaluados en la figura 32.6 nos darán la potencialidad rehabilitadora del recurso (Castejón, Cendoya, Cristina, Del Campo y Ruiz Ortega, 1994)

La motivación es el grado en que la persona ve en ese recurso una respuesta a sus expectativas.

La adaptación es el grado en que las personas que frecuentan ese recurso han mostrado tolerancia y solidaridad.

La comodidad es el grado en que los horarios y contextos ambientales permiten la participación de la persona en el recurso.

La flexibilidad es el grado en el que el recurso es capaz de adaptarse a la persona.

La accesibilidad es el grado en que el recurso está accesible al paciente (distancia, ubicación, costes) y a los profesionales (para la coordinación).

Estos parámetros ayudarán a tomar la decisión respecto a seleccionar un recurso. Otras valoraciones de los recursos son las funciones que podrían cumplir en el PIR del usuario teniendo en cuenta la capacidad de cada recurso para:

- Dar apoyos al paciente en dificultades personales.
- Otorgar una función o rol social-público.
- Ofrecer interacciones sociales e incremento de la red social.

### 32.1.2. INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA PARA EL TRABAJO CON RECURSOS COMUNITARIOS

A modo de directrices a seguir para la integración comunitaria de personas con en-

fermedad mental se enumeran los aspectos más relevantes señalados por Castejón et al. (1994):

- Contextualizar. Definir objetivos desde las características de las necesidades sociales del sujeto.
- Intervención en el medio. Informar y modificar estereotipos, buscar apoyos naturales y detectar recursos que facilitan la solidaridad.
- Conocimientos técnicos. Los profesionales deben aprender a aplicar las técnicas de aprendizaje (reforzamiento, modelado, etc.).
- Intervenciones mediante grupos. Aunque en el contexto rural se justifica la intervención individual, se deben buscar integraciones que faciliten la interacción social con otros.
- Supervisión y seguimiento de las intervenciones. Los profesionales proporcionan apoyo al recurso.
- Organización y participación activa de los sujetos.
- Evaluación de la eficacia de los resultados.
- Enfoque multiprofesional. El trabajo con tareas bien delimitadas para cada profesional y flexibles es un factor de éxito.

- Viñeta de un caso

Miguel tiene 37 años. Vive en un pueblo de Cuenca a 28 Km de la ciudad. Tiene esquizofrenia paranoide con predominio de síntomas negativos que oscilan en su intensidad con sintomatología depresiva (baja autoestima, problemas de sueño, ideas negativas de sí mismo). Toma su medicación de forma autónoma y le gustaría poder desarrollar alguna actividad durante el día ya que pasa solo la mayor parte del día. Vive con sus padres que son su única red social. Fue derivado al Centro de Rehabilitación pero debido a la distancia geográfica no puede asistir, aunque no se niega a recibir la intervención. Se propone como caso para trabajar en el domicilio. Se asignó 1 profesional, un Técnico de Inserción Social que hizo una evaluación del caso detectando las siguientes necesidades y problemas urgentes:

- Nulo nivel de ocupación diaria.
- Déficit en habilidades sociales.
- Necesita incrementar los contactos sociales.
- Necesita distanciamiento familiar.

Se recogió información del tipo de actividades que le interesaban y de los recursos y actividades disponibles y accesibles en su entorno. El procedimiento siguió las siguientes fases.

- FASE 1.

El profesional junto con el usuario seleccionan los recursos del municipio donde obtener información: ayuntamiento, parroquia, y recursos de ocio informales. Se entrenó al usuario recoger la información él mismo, aunque el terapeuta le acompañó previamente a cada visita y le indicó como y qué información obtener. Se utilizó el registro de la figura 32.7.

Figura 32.7. Tipo de actividad y análisis de información preliminar.

Recurso	Actividad	Acceso	Fechas	Horario	TLF	Tareas	Individual / grupal
Polideportivo	Gimnasia de mantenimiento	60€	Octubre a Junio	M y J 19:00 a 20:00		Comprar un chándal. Hablar con vecinos. Actividad física de medio nivel.	Grupal
Cafetería "El paso"	Comer y tomar café	Consumición	-	S y D 12:00 desayuno 20:00 merienda		Pedir consumición Pagar Interacción social	Individual y grupal
Casa de la Cultura	Yoga	Gratis	Octubre a Diciembre	L 18:00		Hablar con vecinos Atención y concentración	Grupal

Como paso posterior a la primera selección de actividades se analizó cada una de ellas en profundidad para conocer mejor las habilidades implicadas (ver análisis del cuadro 32.8).

Cuadro 32.8. Descripción de habilidades requeridas de la actividad de yoga.

- Herramientas y ropas requeridas: Chándal, zapatillas.
- Habilidades de relación social: interacción con compañeros (saludar, preguntar y contestar), interacción con profesora (preguntar, pedir ayuda), seguir instrucciones verbales en la clase.
- Habilidades físicas: estar de pie periodos entre 15 y 20 minutos, estar tumbado periodos de 10 minutos.
- Habilidades cognitivas: atención sostenida, comprensión y seguimiento de instrucciones, memorizar ejercicios.

#### • FASE 2. SELECCIÓN DEL RECURSO.

Para llegar a seleccionar la actividad y recurso se identificaron los beneficios de cada uno de ellos y las desventajas. De este análisis se seleccionó finalmente la actividad de Yoga y de la cafetería y se desechó la actividad gimnástica. Se hizo un listado de objetivos que Miguel conseguiría para cada actividad, entre las que destacó pasar tiempo fuera de casa, estar mas animado y conocer gente.

Para evitar una frustración posterior se planteó el comienzo de ambas de una manera progresiva y como un experimento que podría abandonar cuando él quisiera. A la familia se le expuso el plan buscando su aprobación tanto en las actividades como en los objetivos.

Del análisis anterior de ambas actividades se seleccionaron los entrenamientos previos necesarios: aseo, arreglo personal, atención sostenida, comprensión de órdenes verbales, memorizar instrucciones de las tareas, indicar y mantener una conversación

y pedir ayuda. Se clasificó cada habilidad en dificultad baja, media y alta. Se dedicaron entre 2 y 3 sesiones para entrenar cada habilidad en los 2 meses anteriores a la integración en el recurso.

- FASE 3. INCORPORACIÓN.

Miguel fue a recoger la inscripción de Yoga y se le ayudó a completarla. La entregó él mismo.

- FASE 4. MANTENIMIENTO.

Desde que comenzó la actividad de Yoga y comenzó a ir a la cafetería se hizo un seguimiento semanal. Se utilizaron autorregistros de habilidades diarias en los que apuntaba varias habilidades a evaluar, si las había hecho y el porcentaje de ejecución percibido (ver figura 32.8).

*Figura 32.8. Autorregistro semanal de habilidades de integración comunitaria de Miguel.*

	SI / NO	GRADO DE ÉXITO (0 a 10)
Saludar a 2 personas en Yoga		
Hacer una pregunta a alguien en el bar		
Afeitarme		

Cada semana se identificaban problemas en relación con las habilidades y se planteaban soluciones para la próxima semana, poniendo tareas entre sesiones que ayudarían a Miguel a exponerse a cada dificultad y a solucionarla.

En cada sesión se dedicaba un tiempo a analizar la satisfacción y el cumplimiento de los objetivos, dando refuerzo y fomentando expectativas de autoeficacia.

## **32.2. PROGRAMA II: PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO Y USO DE RECURSOS COMUNITARIOS**

Existen problemas que dificultan el trabajo de integración comunitaria. Puede tratarse de resistencias que van más allá de causas motivacionales y responden a problemas psicológicos relacionados con creencias negativas sobre sí mismo y los demás, falta de conciencia del trastorno y de las limitaciones personales y trastornos de ansiedad y depresión.

En este caso la evaluación de los aspectos causales de la no integración comunitaria

debe de ser especialmente cuidadoso. Así, en dos pacientes que no utilicen recursos comunitarios puede mostrar a uno con altos problemas motivacionales de anhedonia y apatía y a otro con dificultades relacionadas con un estado de ánimo deprimido y pensamientos negativos sobre su imagen y capacidad personal.

Entonces se puede concluir que en el segundo caso atender a la autoestima, trabajar las ideas sobre tener un trastorno mental y fomentar una mejora en sus ideas de control y autoeficacia serán la base de una primera etapa de trabajo en la integración comunitaria. En este caso la falta de uso de recursos surge como consecuencia de alteraciones primarias como es el fallo en la adaptación de individuo a su situación personal. El abordaje de estos trastornos o alteraciones primarias supone la aplicación de procedimientos de tratamiento psicológico estándar para estos problemas (depresión, ansiedad y autoestima). La estructura y contenidos de la intervención variarán del procedimiento básico de integración comunitaria ya descrito, pues se debe desarrollar en dos niveles o fases (ver cuadro 32.2).

A continuación vamos a pasar por cada una de las fases describiendo cómo intervenir.

### **32.2.1 FASE 1. PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y MANEJO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL AISLAMIENTO COMUNITARIO**

Igual que antes se describirá la intervención siguiendo dos fases: evaluación e intervención, haciendo una referencia específica a la alianza terapéutica.

#### **A) Evaluación**

Cuando existen problemas psicológicos primarios es necesario evaluar esos problemas así como las habilidades de la persona para afrontarlos.

Para identificar las habilidades de afrontamiento que serán necesarias aprender o instaurar en el repertorio conductual del individuo se debe evaluar entre otros, el nivel de "insight", las creencias y explicaciones propias sobre la enfermedad, descripciones de pensamientos negativos sobre el yo, esquemas y distorsiones cognitivas, el nivel de autoestima y las habilidades de afrontamiento que posee en relación a sus dificultades.

Así, el conocimiento de los siguientes aspectos puede ser de ayuda para construir explicaciones a las resistencias y para el trabajo posterior, pues es muy probable que alguno de ellos esté en la base del problema.

- Comorbilidad del estado mental actual (ansiedad y depresión).
- Nivel de autoestima.
- Respuesta al trastorno mental y al tratamiento (aceptación, negación, expectativas de futuro, utilidad y eficacia).
- Ideas negativas de uno mismo.
- Repertorio de afrontamiento personal.

a) *Evaluar la conciencia de enfermedad*

Es habitual encontrar un desajuste en los pacientes con diagnóstico de TMG especialmente de psicosis o esquizofrenia. Pueden tener una negación del trastorno mental o por el contrario una asunción total del rol de enfermo. La falta de introspección se asocia a pobre cumplimiento terapéutico y a un rechazo de cualquier intervención. A su vez, la asunción de un rol de enfermo conlleva la idea de inutilidad y unas expectativas negativas hacia cualquier forma de actividad normalizada. La evaluación de estos aspectos puede esclarecer las discrepancias entre las expectativas del profesional y las motivaciones del paciente.

En una entrevista cálida y cercana se pueden abordar estos temas con preguntas que demuestren el interés del terapeuta por lo que piensa y siente el paciente. En el cuadro 32.9 hay un listado de posibles preguntas.

*Cuadro 32.9. Preguntas para la entrevista sobre conciencia de enfermedad y respuesta al tratamiento.*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocimiento del trastorno mental<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Conoces tu diagnóstico?</li><li>- ¿Desde cuándo?</li><li>- ¿Sabes cuáles son las características de ese diagnóstico?</li><li>- ¿Qué consecuencias crees que ha tenido para ti este problema?</li><li>- ¿Sabes que te hace ponerte mejor / peor?</li></ul></li><li>• Tratamiento y medicación<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Sabes qué medicación tomas?</li><li>- ¿Sabes para qué sirve?</li><li>- ¿Consideras necesaria la medicación?</li><li>- ¿Te preocupas tú mismo de tomarla?</li><li>- ¿Acudes a las citas con el psiquiatra?</li><li>- ¿Qué piensas sobre ellas?</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Creencias sobre el trastorno mental<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Crees que puedes mejorar?, ¿cómo?</li><li>- ¿Crees que tu trastorno es... (señalar) y por qué?:<ul style="list-style-type: none"><li>- Recuperable (algo, poco, nada)</li><li>- Soportable (algo poco, nada)</li><li>- Intratable (algo poco, nada)</li></ul></li></ul></li></ul>
--	---

Existen varios instrumentos para valorar la introspección, como por ejemplo la escala SUMD (Amador et al., 1993) o la Escala de Actitudes hacia la Medicación (DAI, Hogan, Awad y Eastwood, 1993). En los cuadros 32.10 y 31.11 se muestran ejemplos de algunos ítems cada una de ellas.

*Cuadro 32.10. Extracto de la escala SUMD.*

<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Tiene conciencia de las consecuencias sociales de su trastorno mental? 1(conciencia) 2 3 4 5 (no conciencia)</li><li>• ¿Tiene conciencia de poseer anhedonia? 1(conciencia) 2 3 4 5 (no conciencia)</li><li>• Indique el grado de atribución de la anhedonia a la enfermedad mental 1(atribución) 2 3 4 5 (no atribución)</li></ul>
--

Cuadro 32.11. Extracto de la Escala DAI.

<b>Item 1.</b> Lo bueno de la medicación supera lo malo V F
<b>Item 3.</b> Tomo medicación por decisión mía V F
<b>Item 8.</b> Es antinatural estar tomando medicación V F
<b>Item 10.</b> Tomo medicación para prevenir estar enfermo V F

### b) Evaluación del estigma asociado

Es común que entre personas que padecen trastorno mental se hagan juicios de valor: “malo”, “peligroso”, “débil”, “raro”, etc. A esto suelen contribuir los medios de comunicación y la difusión de creencias erróneas que se asumen como verdaderas. Estas creencias se pueden convertir en auténticos “dogmas” sobre el trastorno mental y entonces es cuando se les denomina “mitos”. En el cuadro 32.12 hay un listado de mitos acerca de la esquizofrenia. La propagación de estos mitos y su asunción como verdades de manera acrítica, hace mucho daño a la comprensión y acercamiento social a los trastornos mentales. A veces las propias personas con un trastorno mental asumen estos mitos como verdades lo que les lleva a fuertes sentimientos de auto rechazo y baja autoestima.

Cuadro 32.12. Mitos de la esquizofrenia.

MITO	REALIDAD
<b>Mito 1</b> La esquizofrenia es para toda la vida	Hay una gran heterogeneidad en el curso y evolución del trastorno.
<b>Mito 2</b> Todas las personas con esquizofrenia son iguales	Existen grandes diferencias en el diagnóstico que dependen de la historia personal y no de la enfermedad.
<b>Mito 3</b> Las terapias psicológicas sirven de poco o nada	Las ayudas psicológicas son fundamentales para la comprensión del trastorno mental, la motivación y la autoestima.
<b>Mito 4</b> Hay que supervisar y controlar la medicación porque el paciente la rechazará o no la tomara.	Las personas con esquizofrenia pueden ser educadas y desarrollar hábitos de autoadministración de su medicación
<b>Mito 5</b> Esquizofrenia es igual a grave deterioro y discapacidad permanente.	Con programas de rehabilitación psicosocial se pueden lograr niveles satisfactorios en lo familiar, ocupacional y social.
<b>Mito 6</b> La familia y/o el paciente tienen la culpa	La familia es el principal soporte de cuidado en nuestro país. Las causas no son únicas sino biopsicosociales.



El estigma puede provenir del rechazo explícito o implícito de los demás. Sin embargo también está relacionado con la idea de aprobación y éxito social que se tiene. Esto supone la generación de unas estructuras de pensamiento que provocan desvalorización. Llevadas al extremo y asumidas como parte de uno mismo el paciente puede estar convencido de que es inferior o carece de valor como persona. Un paso importante será examinar las ideas de estigma sobre sí mismo para realizar con posterioridad un análisis crítico que aminore la intensidad de las mismas o las rechace directamente. En el cuadro 32.13 se muestra un listado de las percepciones y valoraciones a identificar.

*Cuadro 32.13. Autoimagen de las personas con trastorno mental. Extraído del protocolo GAMIAN para el estudio sobre el estigma en la enfermedad mental.*

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental				
Me siento avergonzado de tener una enfermedad mental				
Me siento inferior a otros que no tienen problemas mentales.				
La gente con una enfermedad mental no puede vivir una vida plena y gratificante				
La gente sin una enfermedad mental no puede entenderme				
Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí				
No hablo demasiado sobre mí mismo porque no quiero agobiar a otros con mis problemas mentales				

### *c) Nivel de autoestima*

Ya se ha dicho que las características de un TMG como la esquizofrenia afectan negativamente a la valoración de uno mismo y el autoconcepto. Existen numerosas variables relacionadas con la autoestima en las personas con trastornos mentales, como la atribución causal de la enfermedad mental, la aceptación o rechazo del trastorno, la percepción de control o el nivel de funcionamiento psicosocial y laboral. Así, por ejemplo, un funcionamiento social adecuado produce incrementos en la autoestima,

así como un déficit en las habilidades asertivas produce una baja autoestima. Por otro lado la autoestima es predictiva de otros problemas psicológicos tales como la timidez, la depresión y la evitación de participación en actividades sociales.

Hay varias formas de evaluar la autoestima. Una es mediante la evaluación del autoconcepto. El autoconcepto es la imagen de sí mismo y está muy relacionado con la autoestima. Una forma de evaluar el autoconcepto es escribiendo una descripción de sí mismo/a y posteriormente hacer un balance entre las calificaciones positivas y negativas que ha escrito. En el cuadro 32.14 se puede encontrar una pauta a seguir para la descripción de sí mismo.

*Cuadro 32.14. Descripción de sí mismo.*

**“¿COMO SOY YO?”.**

Escribe el mayor número posible de palabras. Sirvete de la siguiente lista para ayudarte en la descripción sobre tí mismo.

- 1 ASPECTO FISICO.** Altura, peso, aspecto, cualidad de la piel, pelo, tipo de indumentaria, así como descripciones de zonas corporales específicas como su cuello, pecho, cintura y piernas.
- 2 COMO SE RELACIONA CON LOS DEMAS.** Dotes personales y debilidades en las relaciones íntimas y en las relaciones con los amigos y la familia, así como de la forma de relacionarse con extraños en diferentes marcos sociales.
- 3 PERSONALIDAD.** Describa sus rasgos de personalidad positivos o negativos.
- 4 COMO LE VEN LOS DEMÁS.** Describa las dotes y debilidades que perciban su familia y amigos.
- 5 RENDIMIENTO EN LOS ESTUDIOS O TRABAJO.** Incluya la descripción de la forma que afrontar las principales tareas en los estudios o centro de trabajo.
- 6 EJECUCIÓN DE LAS TAREAS COTIDIANAS.** Pueden incluirse descripciones de áreas como higiene, salud, mantenimiento de su entorno vital, preparación de alimentos, cuidado de sus hijos, y cualquier otra forma de cuidados de las necesidades personales o familiares.
- 7 FUNCIONAMIENTO MENTAL.** Se incluye aquí la valoración de lo bien que razona y resuelve problemas, de su capacidad de aprender y crear, de su cultura general, sus áreas de conocimientos especiales, la formación particular, intuición, etc.
- 8 SEXUALIDAD.** Como se percibe y siente a sí mismo como persona en el ámbito sexual.

**“NO ME GUSTA DE MI”.**

Escribe todas aquellas cosas con las que nos estás contento de tí mismo, ¿qué te gustaría cambiar?

Otra forma es tasar el grado de rechazo estimado por la persona hacia sí mismo. Se evalúa en función de la respuesta a la siguiente pregunta: “¿de 0 a 100, donde 0 es rechazo mínimo y 100 rechazo máximo, que porcentaje de rechazo experimentas hacia tí mismo?”.

También existen escalas psicométricas que evalúan la autoestima. La más utilizada y conocida es la escala de Rosenberg (1965). Es fácil de aplicar y consta de 10 respuestas (ver cuadro 32.15).

Cuadro 32.15. Escala de autoestima de Rosenberg.

Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones referentes al modo en que tú mismo te consideras. Señala hasta qué punto estas afirmaciones son características de tu propia opinión rodeando con un círculo la alternativa que elijas empleando la siguiente escala:

- 1 Bastante de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Bastante en desacuerdo

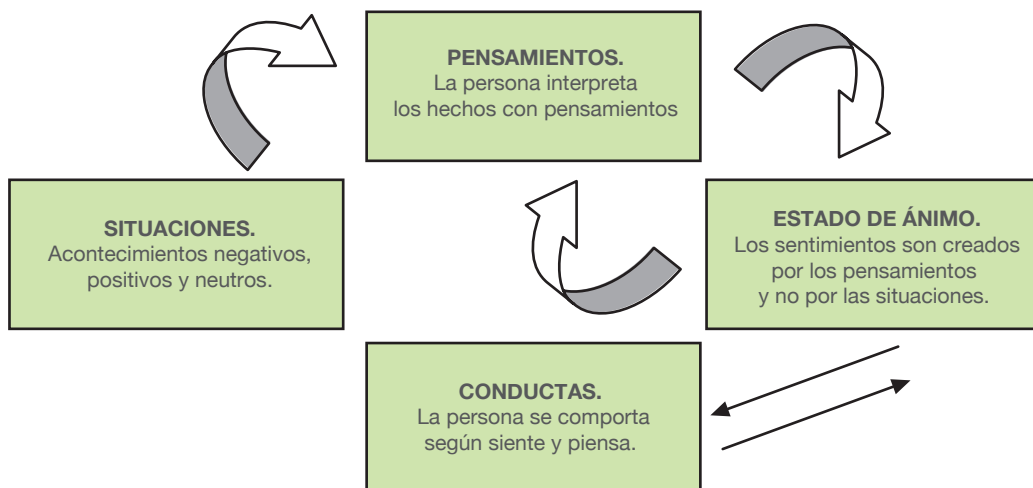
  

- 1 Creo que soy una persona valiosa; por lo menos al mismo nivel que los demás\*  
1 2 3 4
- 2 Creo que tengo una serie de buenas cualidades\*  
1 2 3 4
- 3 Me siento absolutamente inclinado a pensar que soy un fracasado  
1 2 3 4
- 4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente\*  
1 2 3 4
- 5 Creo que no tengo mucho por lo que sentirme orgulloso\*  
1 2 3 4
- 6 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo\*  
1 2 3 4
- 7 En términos generales estoy satisfecho de mí mismo\*  
1 2 3 4
- 8 Debería respetarme más a mí mismo  
1 2 3 4
- 9 A veces me siento realmente un inútil  
1 2 3 4
- 10 A veces pienso que no soy bueno en absoluto  
1 2 3 4

\* Puntúan de manera inversa.

Siguiendo los modelos cognitivos de intervención clínica se plantea una interrelación entre las situaciones, los pensamientos, las emociones y las conductas. Esta relación indica que no son las situaciones las que provocan el malestar emocional sino los pensamientos (ver figura 32.9).

Figura 32.9. Relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. (Adaptado de Burns, 1990).



Siguiendo el modelo cognitivo, será necesario identificar los pensamientos responsables de la baja autoestima. Para evaluar los pensamientos negativos que aparecen de manera automática en la mente de la persona se han diseñado varios instrumentos. Uno de los más útiles es el ATQ (Hollon y Kendall, 1.980). Consiste en un cuestionario que mide pensamientos relacionados con la inadaptación personal, el autoconcepto negativo, la baja autoestima y la indefensión. En el cuadro 32.16 se reproduce un extracto del ATQ (el cuestionario completo consta de 30 ítems).

Cuadro 32.16. Cuestionario de pensamiento ATQ.

POR FAVOR LEA CADA PENSAMIENTO E INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA DICHO PENSAMIENTO HA OCURRIDO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.	
2	No soy bueno/a
4	Nadie me comprende
7	Ojalá fuese mejor persona
8	Soy un débil
9	Mi vida no marcha como yo quisiera
16	No puedo organizar mi vida
21	Soy un/a perdedor/a
27	Debe haber algo malo en mí
28	Mi futuro es poco esperanzador
29	Nada merece la pena en absoluto

#### d) Estado mental comórbido

Los trastornos mentales graves son un compendio de alteraciones sociales, cognitivas, conductuales y emocionales. Las alteraciones emocionales también son un aspecto del trastorno que puede suponer barreras para la integración comunitaria. Así, sentimientos de ansiedad, depresión, desesperanza, soledad o ira pueden adquirir una gran relevancia. De hecho los síntomas propios de la Fobia Social como el temor al ridículo y la evitación social son muy comunes. Más de la mitad de los pacientes pueden experimentar estados depresivos entre moderados y graves. También síntomas residuales psicóticos como alucinaciones auditivas o creencias delirantes pueden provocar estados de ansiedad. Algunos de estos síntomas pueden provocar conductas airadas o agresivas, dificultando las relaciones interpersonales.

Ante la presencia de estos estados mentales, se debe diseñar un procedimiento que permita la evaluación del repertorio emocional y de afrontamiento de la persona. Sin pretender hacer una revisión en profundidad de la manera de evaluar la comorbilidad de los estados emocionales negativos se exponen en el cuadro 32.17 las directrices para el desarrollo de una evaluación específica de esta área.

*Cuadro 32.17. Directrices generales para evaluar alteraciones emocionales en personas con TMG.*



En el cuadro 32.18 se incluyen ejemplos de preguntas a incluir en el contexto de una entrevista. Con entrevistas específicas se deben evaluar en más profundidad los componentes del autocontrol emocional, y un análisis de sus antecedentes y consecuencias. Debido a que las conductas de malestar emocional requieren un análisis actualizado, se debe dar una gran importancia a la manera en que ocurren las conductas en el momento actual (en las últimas semanas).

*Cuadro 32.18. Preguntas a incluir en las entrevistas generales.*

Aspectos a Evaluar	Preguntas exploratorias
Nivel de ansiedad	¿Te sueles poner nervioso a menudo? ¿En qué situación/es? ¿Qué te sucede en esos momentos? (nivel cognitivo, fisiológico y conductual).
Percepción del estado de ánimo	¿Te sientes triste a menudo? ¿En qué situación/es? ¿Qué te sucede en esos momentos? (nivel cognitivo, fisiológico y conductual).
Impulsividad	Rastrear presencia de episodios de impulsividad (consumos, ludopatía, agresividad, ...) ¿Sueles reaccionar de forma airada, brusca o agresiva a menudo? ¿En qué situación/es?, ¿Qué te sucede en esos momentos? (nivel cognitivo, fisiológico y conductual).
Evitación	Rastrear situaciones las cuales evite o tema: si ha dejado de hacer cosas o de acudir a sitios por el malestar que le producen.
Estrategias de autocontrol	Rastrear las posibles estrategias de autocontrol que conoce y cuáles pone en práctica. ¿Qué haces para relajarte?, ¿qué haces para sentirte bien?, ¿cómo solucionas los problemas con...?
Ideación autolítica (pasada/ presente)	¿Alguna vez has estado tan triste y decaído que has pensado que no valía la pena vivir? ¿Lo has imaginado, pensado, planificado...? ¿En la actualidad lo piensas?
Ideas obsesivas	¿Le das vueltas a las cosas?, ¿Tienes ideas obsesivas?

Autoestima	Como persona, ¿cómo crees que eres?, ¿te gusta cómo eres? (física y psicológicamente), ¿qué cosas te gustan de ti?, ¿qué cosas te disgustan?, ¿cómo crees que te ven los demás?, ¿cómo te gustaría ser?
Resolución de problemas	¿Te cuesta encontrar una solución para las cosas que te preocupan, para los problemas que te surgen?, ¿y ponerla en práctica? Pedirle que plantee soluciones a problemas concretos Ej.: Se te han olvidado las llaves dentro de casa y no hay nadie ¿cómo te sientes, qué harías?
Necesidades expresadas	¿Cree que necesita apoyo en esta área?

Otro aspecto muy relevante de la evaluación es comprobar como responden las personas habitualmente cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Aquí son muy útiles los cuestionarios que evalúan estrategias generales de afrontamiento. Uno de los más interesantes es el “COPE” (Carver, Scheier y Weintanb, 1989). Su objetivo es evaluar los modos que la gente utiliza para responder al estrés (en el cuadro 32.19 hay un extracto del COPE).

*Cuadro 32.19. Extracto del cuestionario de afrontamiento COPE.*

4	Intento conseguir consejo sobre qué hacer
6	Me digo a mí mismo “eso no es real”
8	Me río de la situación
19	Elaboro un plan de acción
24	Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo
26	Bebo alcohol o tomo drogas
29	Intento verlo de manera más positiva
36	Bromeo sobre ello
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo para resolver el problema
54	Aprendo a vivir con ello

#### *e) Evaluación de síntomas psicóticos positivos persistentes*

La presencia de síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones o conductas extrañas puede estar provocando interferencias en la integración comunitaria. En caso de existir indicio de que sea así, será necesario abordar dichos síntomas como paso previo a la integración comunitaria (ver cuadro 32.20).

Cuadro 32.20. Sondeo de delirios y alucinaciones en el contexto de la entrevista.

SÍNTOMA	PREGUNTA PARA LA ENTREVISTA
Delirios de persecución	¿Está la gente en su contra?; ¿alguien le quiere mal?
Delirios de grandeza	¿Tiene algún poder especial?; ¿es usted alguien importante?
Delirios religioso	¿Ha tenido experiencias religiosas?
Delirios de referencia	¿Ha recibido mensajes de otros en la radio, tv o prensa?; ¿ha sentido que hablan de usted?
Delirios de control	¿Tiene la sensación de que alguien le controla?
Delirios de inserción de pensamiento	¿Siente que sus pensamientos le son impuestos a la fuerza?
Delirios de lectura de mente	¿Tiene la sensación de que le pueden leer el pensamiento?
Alucinaciones auditivas	¿Ha oído voces que otros no pueden oír?
Conductas extrañas	Rituales estereotipados y posturas extrañas del cuerpo. Apariencia extraña, vestimentas inadecuadas a la cultura y reglas sociales.

## B) Alianza

Es necesario crear una alianza con el paciente con síntomas persistentes de psicosis. Esto es importante porque como ya señalaba Beck (1979) las técnicas y los programas de intervención psicológicas pueden parecer engañosamente simples. Sin embargo se dan en el contexto de una interacción sujeto – terapeuta lo que implica cuidar las habilidades de trato, así como planificar y cuidar la imagen que tiene el paciente del profesional.

Se trata de comprender y aceptar al paciente con una alianza que implique el compromiso explícito de colaboración. La alianza se utiliza así para facilitar el esfuerzo de alcanzar los objetivos del paciente. En este sentido el profesional y el paciente se convierten en un mini equipo, trabajando para identificar y resolver los problemas.

Los elementos para trabajar la alianza son: 1) el enganche terapéutico y 2) la relación de trabajo. En enganche terapéutico consiste en diseñar las condiciones facilitadoras para comenzar la interacción (ver cuadro 32.21). La relación de trabajo busca mantener un tipo de relación orientada hacia los objetivos, en este caso de integración y contacto comunitario (ver cuadro 32.22).

*Cuadro 32.21. Condiciones facilitadoras del enganche terapéutico.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presionar con tiempos.</li> <li>• Acuerdo sobre frecuencia y duración de los contactos.</li> <li>• Aceptación del paciente.</li> <li>• Normalizar sus conductas.</li> <li>• Transmitir esperanza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer ayuda rápida y práctica.</li> <li>• Consensuar los objetivos.</li> <li>• Dar opción a decidir.</li> <li>• El objetivo no es la enfermedad sino los problemas comunitarios.</li> </ul>
--	--

*Cuadro 32.22. Relación de trabajo.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación clara verbal y no verbal.</li> <li>• Cumplir acuerdos.</li> <li>• No presionar para que asuman objetivos.</li> <li>• Preguntar.</li> <li>• Reconocer errores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presionar para que hable.</li> <li>• No etiquetar.</li> <li>• Llamar por el nombre.</li> <li>• Empatía.</li> <li>• Facilitar la expresión de opiniones.</li> </ul>
--	--

### **C) Intervención**

El objetivo de la intervención en esta primera fase de la integración comunitaria será adquirir habilidades para el afrontamiento de las situaciones estresantes, como primer paso para fortalecer la motivación para el trabajo comunitario. En este sentido son muchas las habilidades cognitivas y conductuales susceptibles de entrenar: relajación, control, de pensamientos negativos, incrementar la valoración de uno mismo, técnicas de exposición, solución de problemas, etc. Este enfoque previo de la integración comunitaria supone el utilizar las técnicas psicológicas con un sentido de integración social. Es decir la meta de cada técnica además de ser la propia de cada una de ellas, será servir de facilitador para que el paciente se integre en su medio y responda a las demandas que eso le plantea. Un uso así de las técnicas de intervención psicológicas conlleva una metodología específica:

- Alta dosis de motivación y entusiasmo
- Fomentar activamente la participación y comentarios personales.
- Utilizar con frecuencia referencias al medio comunitario.
- El terapeuta utiliza el modelado y el acompañamiento terapéutico.

Todas las técnicas que se utilicen se deben enfocar bajo el concepto de afrontamiento psicológico de Lazarus y Folkman (1984) en el que se entiende por afrontamiento los esfuerzos comportamentales y cognitivos para manejar las exigencias que exceden los recursos de la persona.

La selección de las técnicas de intervención debe ser individual, buscando aquella que mejor sirva a la persona y a la situación concreta. Cualquier técnica debe servir



para avanzar en el continuo exposición-evitación de cada individuo. Un enfoque así puede desarrollarse en tres fases: 1) identificar la situación problema (evitación comunitaria); 2) identificar las respuestas emocionales y psicológicas (pensamientos, sentimientos y comportamientos); 3) enseñar estrategias de afrontamiento.

A continuación se describirá algunas formas de intervención que por su frecuencia o relevancia resultan fundamentales para afrontar los problemas psicológicos asociados al aislamiento comunitario.

#### *a) Recuperación de metas vitales*

Es muy común que las personas con TMG experimenten una pérdida de actividades y objetivos vitales. Las etiquetas negativas sobre la enfermedad mental, las comparaciones con los demás, la crítica y la autocrítica, pueden provocar un abandono progresivo de objetivos. Además la presencia de síntomas defectuales como la falta de impulso, la fatiga y la dificultad para dar continuidad a las actividades refuerzan la ausencia de proyectos vitales. Así las personas con trastornos mentales graves y duraderos pueden llegar a tener un vacío vital y por tanto una pérdida del sentido de la vida. Esto se traduce en síntomas tan frecuentes como:

- Dificultad en tomar decisiones sobre la vida.
- Apatía.
- Disminución de estado de ánimo.
- Falta de compromiso, inconsistencia o incumplimiento.
- Sensación de tener que hacer lo que no se desea realmente.

Un primer paso puede consistir en hacer una lista de metas a conseguir en la vida y vincularlas con actividades concretas. Es de ayuda diferenciar entre metas a corto plazo y metas a largo plazo. Hay que ayudar al paciente a identificar las actividades concretas y los pasos que tiene que dar para emprenderlas.

Se pueden ordenar los objetivos por orden de prioridad y preparar por escrito un plan de acción para cada uno que especifique qué hay que hacer, cómo y cuándo hay que empezar la actividad. Una vez completada la lista se puede ir revisando semana a semana, ayudando a realizar las actividades previstas o supervisando las dificultades que vayan surgiendo. Este plan siempre debe poder modificarse y adaptarse, evitando que se convierta en una nueva fuente de frustración (ver cuadro 32.23).

*Cuadro 32.23. Proyecto de vida.*

METAS A CONSEGUIR	METAS INTERMEDIAS	ACTIVIDADES A REALIZAR

Pero hacer un plan no es suficiente, es un paso necesario aunque se van a necesitar más técnicas para construir un proyecto vital amplio. Entre ellas está el trabajo sistemáti-

co para reforzar los puntos fuertes y aceptar o modificar los puntos débiles. Si queremos reforzar los puntos fuertes es preciso incrementar la atención que la persona dedica a ellos. Esto se puede hacer de varias formas. Una puede ser elaborar una lista de cualidades positivas y buscar ejemplos en el presente de estas cualidades. Por ejemplo, se puede seleccionar una cualidad de la lista cada dos días y anotar al final del día todo lo que la persona hace para demostrarse a sí mismo/a esa cualidad (ver figura 32.10).

Figura 32.10. Ejemplo de cualidades positivas.

CUALIDAD	ACTIVIDAD QUE LO DEMUESTRA		
	MARTES	JUEVES	DOMINGO
Soy serio			Al decirme mi tía que estaba enferma estuve serio
Me interesan las noticias	Vi el telediario		Leí el dominical
Cocino bien	Hice una tortilla que gustó a mi padre		Preparé un cocido para mi familia
Soy imaginativa		Disfruté con una película de ciencia ficción	

El terapeuta debe recordar las cualidades haciendo que la persona tome conciencia de sus fortalezas. Será necesario repetir frecuentemente estos ejercicios especialmente si la persona se encuentra sumida en un exceso de autocríticas negativas o descalificaciones que utiliza para argumentar su pérdida de objetivos vitales.

Al mismo tiempo hay que trabajar con los puntos débiles. Esto implica la aceptación de características que no se pueden cambiar. Aprender a vivir con las debilidades significa no quedar anulado por ellas debido a un exceso de lamentaciones (“no puedo, no soy, no valgo para,...”). Para poner en perspectiva las debilidades primero se listan, haciendo hincapié a las referidas o causadas por la enfermedad mental que el usuario utiliza normalmente para negar sus posibilidades de emprender actividades. A continuación se establece una distinción entre las que no se pueden cambiar, las que si se pueden cambiar pero el esfuerzo es demasiado fuerte y las que si se pueden cambiar y se pueden modificar. Para las dos primeras categorías se pueden elaborar frases asertivas de aceptación, escribirlas y colocarlas en tarjetas o frases en voz alta o grabárselas en una grabadora y reproducirlas con frecuencia. Por ejemplo: “aunque no me gusta hablar en público no siempre tengo que hacerme ver. Soy más tímido y punto”, “siempre me pongo nerviosa cuando me hablan, pero puedo aguantar el momento”. La aceptación de la debilidad tiene que estar formulada en positivo pues de lo contrario puede desmoralizar más que aliviar.

Por último, con las debilidades modificables se deben trazar con la persona mini-programas de mejora: “no se leer bien. Me apuntaré a la escuela de adultos”; “siempre estoy cansado. Comeré mejor y andaré mas”.

Este doble trabajo de reforzar las cualidades positivas y aceptar o trabajar las nega-

tivas puede servir de prelude para llegar al proyecto vital. Así, una vez practicadas las técnicas anteriores los pasos a seguir pueden ser:

- Plantearse objetivos de vida a corto, medio y largo plazo,
  - Distinguir entre quiero y puedo.
  - Aceptar las cosas que no se pueden cambiar.
  - Planificar actividades concretas para lograr lo que se quiere.
  - Revisar el plan con una frecuencia sistemática.
- 
- Un caso típico: el problema de la indecisión

Las personas con TMG pueden presentar dificultades para tomar decisiones. Normalmente esto se debe a varias causas: miedo al fracaso, que los demás tomen las decisiones por ellos, déficit cognitivo o falta de interés. En ocasiones esto produce el no saber exactamente lo que uno necesita o quiere. Esto hace de la persona un sujeto dependiente y sin proyectos personales. Hay que encontrar soluciones a la falta de decisión, pues puede suponer un gran bloqueo en la planificación de metas personales. Una manera es plantear los objetivos y tareas de manera gradual, empezando por objetivos fáciles de conseguir. Otra ayuda puede ser planificar acciones que tengan un final. La experiencia de acabar una actividad es algo que resulta reforzante y facilita implicarse en nuevas actividades.

*b) Reestructuración cognitiva de creencias sobre el trastorno mental y el yo.*

En este apartado abordamos la intervención cognitiva elaborada por Beck, Aush, Shaw y Emery (1.983). Esta intervención cognitiva se dirige a identificar y discutir los pensamientos distorsionados.

Un estado de ánimo triste o temeroso facilita el aislamiento comunitario. Los sentimientos de soledad, malestar emocional e inadecuación social pueden llevar al retraimiento y reforzar la pérdida de intereses. Un problema adicional es la existencia de un repertorio pobre de conductas, reaccionando la persona con sensaciones de apatía y desgana.

- Viñeta clínica.

José, 45 años, soltero y vive con sus dos padres de 70 y 73 años. Su economía es baja y tiene una historia de enfermedad de más de 15 años. Ha dejado de utilizar cualquier medio comunitario desde hace 8 años. Ha comenzado un programa de rehabilitación hace 3 meses y uno de los objetivos planteados es salir a la comunidad y encontrar alguna actividad gratificante. Entre ellas se han barajado las siguientes posibilidades: aprender informática, asistir a un curso de cocina y asistir una vez por semana a un masajista. Hace una semana se le estropeó la televisión. José se entristeció mucho porque no puede comprar una nueva y la televisión era una actividad gratificante para él. Le daba vueltas al hecho constantemente, con una mezcla de sentimientos de rabia y de pena. En la siguiente cita dice que ya no tiene ganas de realizar ninguna actividad comunitaria. Que es un desgraciado sin suerte y que no merece la pena el esfuerzo que le va a suponer comenzar estas actividades.

El caso de José demuestra que los sentimientos cotidianos pueden llevar a un estado de ánimo negativo y son los pensamientos sobre ellos y sobre nosotros una parte muy importante del proceso. Lo importante no son los sucesos sino los pensamientos que se tienen sobre los hechos. Los sentimientos en este caso de tristeza, apatía y desmotivación, provienen de lo que se piensa sobre las cosas que pasan y sobre uno mismo.

Cuando se tienen pensamientos negativos lo adecuado es modificarlos, sustituirlos por reflexiones más racionales. El procedimiento consiste en identificarlos, discutirlos y cambiarlos. Veamos este proceso de manera resumida:

- Paso 1. Explicación de la relación entre pensamientos negativos, emoción negativa y conductas

Un primer paso es aclarar qué se entiende por pensamiento. Se puede definir como lo que uno se dice en ese momento o lo que le pasa por la cabeza. Llegar a diferenciar entre pensamiento y emoción es un requisito previo para el trabajo posterior. Puede ser de ayuda dar listados de pensamientos y emociones y que el paciente los clasifique en una u otra categoría.

Se explica el papel mediador de los pensamientos negativos en el malestar emocional. Dedicar una o varias sesiones a este tema resulta clave, pues algunos pacientes que tienen diagnóstico de enfermedad mental suelen construir teorías erróneas como por ejemplo: que los genes o el cerebro les impiden funcionar bien, que la enfermedad mental es la causa de todos sus problemas, incluidos los de integración social. O sea, que la enfermedad mental es determinante de lo que ellos pueden y no pueden hacer en sus vidas.

Para demostrar la influencia de los pensamientos en las emociones y en las conductas se pueden utilizar ejemplos ajenos a su situación o de su historia pasada. Una tarea útil es rellenar autorregistros A-B-C en los que quede reflejado como unos pensamientos concretos (B) le llevan a unas emociones y reacciones concretas (C) en situaciones determinadas (A).

Un caso especial son los diagnósticos mentales que aparecen asociados a los ideas del yo y de la personalidad (por ejemplo tener esquizofrenia está asociado a ideas de fracaso, rechazo, inutilidad, rareza, violencia,...). Es fundamental ofrecer una conceptualización de cómo el paciente ha llegado a verse a si mismo y la enfermedad. Esta conceptualización se presenta como una hipótesis y se ayuda a establecer la conexión del círculo vicioso: situación-pensamiento-emoción-conducta.

Por ejemplo si se trata de un trastorno bipolar con síntomas psicóticos maníacos en fase residual pueden aparecer pensamientos de culpa y vergüenza e ideas de rechazo. A su vez estos sentimientos y pensamientos llevan a evitar el contacto social lo que provoca una retroalimentación que incrementa la idea negativa de uno mismo. En definitiva, se trata de facilitar una idea de control sobre los pensamientos paralizantes o inhibidores de la conducta.

- Paso 2. Identificación de pensamientos negativos

Para trabajar sobre los pensamientos negativos de uno mismo y de los demás, reco-

nocerlos es una tarea central. Es necesario incidir en los pensamientos que crean una concepción distorsionada del mundo, de uno mismo y de su lugar frente a los demás. Lo más fácil es utilizar el siguiente registro:

SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTOS	CONDUCTA
Me paso el fin de semana metido en casa	Tristeza	No tengo nada que hacer	Me quedo en casa y duermo mucho.

Para facilitar el registro de los pensamientos se puede pedir al paciente que lo rellene cuando se enfrente a las dificultades más comunes que suele tener, por ejemplo:

- Los momentos de inactividad en que experimenta sentimientos negativos (aburrimiento, desmotivación, etc.).
- Contenidos relacionados con el rechazo de los demás.
- Identificar situaciones relacionadas con la evitación social.

Cuando hay dificultades en evocar pensamientos se pueden evocar fracasos anteriores de inserción comunitaria y pensamientos y valoraciones al respecto.

Para identificar los pensamientos negativos el terapeuta debe tener en cuenta los sesgos cognitivos más representativos de la situación del paciente (ver cuadro 32.24).

*Cuadro 32.24. Lista de distorsiones cognitivas más frecuentes relacionadas con la participación comunitaria.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adivinar el futuro. Hacer predicciones negativas (“si voy todos me mirarán mal o se reirán”).</li> <li>• Sobregeneralización. Sacar conclusiones sobre la valía de uno con referencia a un solo incidente negativo (“una vez me apunté a un gimnasio y lo dejé. No valgo para ser constante”).</li> <li>• Personalización. Atribuir cosas negativas y ajenas a uno mismo. “Yo soy el responsable de que todo me vaya mal”.</li> <li>• Control irreal. Cree que las conductas están controladas por fuerzas externas o internas. “estoy enfermo, no hay remedio”.</li> <li>• Etiquetar. Atribuir términos negativos para explicar las conductas. “Soy un fracasado”.</li> <li>• Leer la mente. Anticipar reacciones de los demás. “Seguro que piensan que soy tonta”.</li> <li>• Pensamiento estereotipado. Usar términos para juzgarse a sí mismo y a otros. “Nadie quiere hablar con un enfermo mental”.</li> <li>• Psiquiatrización. Buscar explicaciones psiquiátricas a todos los comportamientos. “No me apunto al curso porque tengo un deseo inconsciente de no ir”. “No me habla porque teme a lo diferente y es una persona ansiosa”.</li> </ul>
--

El examen de los pensamientos se debe centrar en explorar creencias que predisponen al sujeto al aislamiento comunitario. En especial se debe evaluar para ello la presencia de:

- Pensamientos depresivos y de autoderrota.
- Atribuciones sobre las conductas internas, estables y globales sobre resultados negativos.
- Ideas de inutilidad.
- Conclusiones negativas de sí mismo y de los demás.

### Un caso especial en el Trastorno mental: el autoetiquetado.

Etiquetar es una forma común de pensamiento negativo en las personas con trastornos mentales, en la que la persona se define a sí mismo o a su comportamiento en términos de una etiqueta negativa. Etiquetar es el resultado de internalizar etiquetas utilizadas por los demás para describir a las personas. A lo largo del desarrollo personal la persona crece internalizando estas etiquetas y llegan a ser una respuesta habitual y automática cuando se cometen errores o se explican los comportamientos actuales. Algunas etiquetas son:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresivo</li> <li>• Impulsivo</li> <li>• Apático</li> <li>• Débil</li> <li>• Feo</li> <li>• Fracasado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raro</li> <li>• Tímido</li> <li>• Incapaz</li> <li>• Lento</li> <li>• Pasota</li> <li>• Pasivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdedor</li> <li>• Perezoso</li> <li>• Torpe</li> <li>• Insociable</li> <li>• Retraído</li> <li>• Loco</li> </ul>
---	--	---

Estas etiquetas son improductivas e inexactas. Están conectadas con otros sesgos cognitivos como la sobregeneralización y la personalización. Estas etiquetas generan emociones negativas y a menudo consiguen paralizar los comportamientos.

Se pueden utilizar técnicas cognitivas para combatir el autoetiquetado. Utilizar un discurso racional o disputa verbal y sustituir el autoetiquetaje es la mejor alternativa. Primero se identifica la etiqueta. Segundo se desecha y se sustituye por palabras opuestas y positivas para describir los comportamientos. También puede resultar útil hacer una evaluación objetiva y realista de la etiqueta. Si el autoetiquetado surge como respuesta a un déficit en habilidades o a un fallo o error, se pueden emplear autoverbalizaciones constructivas para hacer algo que corrija el fallo y decidir cómo se puede reducir la probabilidad de que el error se repita. Si el autoetiquetado surge como respuesta a considerar que se tiene una imperfección o defecto intrínseco, se deben separar las acciones de uno con el valor como persona.

Ejemplo: Pedro es un paciente con esquizofrenia paranoide que trabaja esporádicamente ayudando a su padre en la tienda de alimentación. El padre le anima muchas veces a que busque aficiones y ocupaciones fuera de la tienda familiar. Cuando Pedro piensa en ello se convence de que es muy inconstante, que no cae bien a la gente y que es un enfermo mental, raro y callado a los ojos de los demás. Piensa en que fuera de la tienda es un inútil y que no puede aprender cosas nuevas. Discurso racional de Pedro: No soy un inútil. Soy una persona a la que le cuesta mucho empezar nuevas actividades (sustitución de pensamiento etiquetador). Soy bueno en la tienda, la gente me saluda al entrar y yo les contesto (reafirmación positiva) ¿Cuál es exactamente el problema?, parece que no tengo muchas ocupaciones y sería bueno tener más (evaluación objetiva de la situación). Podría hacer una lista de actividades y valorar el grado de esfuerzo que me costaría hacerlas. Luego puedo pedir ayuda para tomar una decisión (planificación constructiva).

Por tanto el primer paso de identificación de cogniciones resulta clave en el modelo cognitivo. Aunque para aprender con detalle a detectarlos se remite a los manuales de

terapia cognitiva que existen, a continuación se listan algunas técnicas comunes de exploración de las cogniciones.

1) Exploración de pensamientos automáticos.

- Preguntas directas, Preguntas para detectar que pensó en una situación concreta.
- Descubrimiento guiado. Diálogo para guiar a la persona a identificar sus pensamientos.
- Registro de pensamientos. Registros escritos de pensamientos – emociones – conductas.
- Imágenes. Imaginar acontecimientos y contarlos en voz alta.
- Ensayo conductual. Hacer tareas en vivo y narrar los pensamientos que se tienen en ese momento.
- Apuntar. Anotar en una libreta los pensamientos cuando se sienta mal.

2) Exploración de sesgos cognitivos.

Puede ser útil dar lecturas breves que describan los sesgos e identificar los más comunes (David Burns, 1990):

- Pensamiento de todo o nada
- Sobregeneralización
- Filtro mental
- Descalificar lo positivo
- Conclusiones precipitadas
- Magnificación y minimización
- Razonamiento emocional
- Enunciación “debería”
- Etiquetado
- Personalización

3) Identificar creencias nucleares.

Se trata de ideas profundas sobre uno mismo y que giran en torno a la valía personal, la autonomía, las relaciones y las normas.

- Creencias de autonomía
  - Dependencia
  - Sumisión
  - Enfermedad
  - Miedo a perder el control
- Creencias de relaciones
  - Abandono / pérdida
  - Desconfianza / abuso
  - Aislamiento
  - Defectuosidad / vergüenza
- Creencias de valía y rendimiento
  - Limitaciones para el desarrollo personal
  - Fracaso / incompetencia
  - Culpa / castigo
- Creencias de límites y normas
  - Límites estrictos para uno mismo
  - Autocontrol insuficiente



Identificar estas creencias supone un avance importante ya que suelen ser la base de los esquemas mentales que la persona utiliza para interpretar la realidad y a sí mismo y que a su vez generan los pensamientos negativos que aparecen en las situaciones.

- Paso 3. Cuestionamiento de las cogniciones

Uno de los procedimientos más utilizados en los procedimientos de terapia cognitiva es la modificación de los pensamientos. El registro sistemático de pensamientos resulta importante en la modificación porque ayuda a observar las ideas y creencias y a dar controlabilidad sobre las mismas. El registro también resulta terapéutico en sí mismo añadiendo una acción metacognitiva: observar los propios pensamientos, darles nombre y relacionarlos con las respuestas emocionales y conductuales.

El procedimiento consiste en una vez identificados los pensamientos negativos y los sesgos, poner a prueba su validez mediante análisis y pruebas de realidad utilizando algunas de las siguientes estrategias:

1. Se recoge información con la intención de evaluar las evidencias en la historia pasada y acontecimientos actuales que rechacen los pensamientos que se quieren modificar: “soy un inútil”, “los demás me odian”, “no puedo aprender nada”, etc.
2. Técnicas de retribución. Cambiar las atribuciones de las ideas negativas del yo (por ejemplo ser un inútil o un incapaz). En lugar de atribuir los fallos a únicas causas internas y estables, se anima y ayuda a explorar otras causas posibles (en vez de no apuntarme al curso de pintura porque soy un inútil puede estar causado porque tengo ansiedad, la pintura es muy difícil para mí, me resulta un gran esfuerzo económico pagar la cuota, etc.). Se debe ayudar a buscar otras atribuciones más objetivas y menos negativas. También son frecuentes las atribuciones de culpa tras situaciones de fracaso (“abandoné el club deportivo y quedé fatal, nadie querrá hablarme”). Mediante esta estrategia se responde a preguntas: ¿qué otras causas hay que puedan explicar que no me hablen? O ¿existen otras explicaciones alternativas?
3. Utilizar autorregistros de pensamientos negativos y pensamientos alternativos es una herramienta básica de la terapia cognitiva:

Situación	Emociones (0 a 100)	Pensamientos negativos	Pensamientos alternativos	Emoción resultante (0 a 100)
-----------	------------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------------

Cuando se comprende la técnica de modificación de pensamientos se pide a la persona que utilice al autorregistro para realizar por sí mismo el análisis de los pensamientos negativos. La columna denominada “pensamientos alternativos” resulta fundamental ya que sirve para mostrar al sujeto cómo el pensamiento negativo es una interpretación más de la realidad. Se debe pensar a menos un pensamiento alternativo. El graduar la intensidad de la emoción de 0 a 100 puede forzar a establecer perspectiva para llevar a cabo la reevaluación.

En un ejemplo de análisis de los pensamientos negativos una persona puede poner en el autorregistro: “nadie quiere estar conmigo en ninguna actividad, nunca



me va a comprender la gente”. Descomponiendo esta idea se puede hacer el siguiente análisis:

- “Nadie quiere estar conmigo en ninguna actividad”. Buscar evidencias que lo confirmen y que lo desconfirman.
- “Nuca me va a comprender la gente”. Buscar otras explicaciones más exactas.

Las dos afirmaciones anteriores le llevan a una sensación de soledad e inadecuación y a la inhibición conductual. Si considera otras explicaciones alternativas, podría llegar a un resultado emocional diferente.

4. Evaluar la utilidad de los pensamientos. A veces cuando los pensamientos inhiben las conductas hay que evaluar las ganancias secundarias y controlarlas y hacer ver las ventajas y desventajas de su mantenimiento para hacer un balance y considerar el pensamiento como una elección voluntaria y no como un hecho imperturbable.
5. Otra técnica es hacer ver la diferencia para evaluarse a sí mismo y a los demás (“¿qué le dirías a alguien que pensara eso?”).
6. Mediante “experimentos de conducta” se pueden poner a prueba la validez de los pensamientos negativos. Un modo de llevarlos a cabo es relacionándolos con predicciones negativas. Deben estar bien planificados de manera previa (ver ejemplo cuadro 32.25).

*Cuadro 32.25. Ejemplo de experimento de conducta.*

Tomás ha recibido una llamada de su primo para acudir a apuntarse a un gimnasio. Tomás está convencido de que no va a ser capaz, piensa que no le van a gustar las actividades y que a los dos días se va a aburrir. Esto le hace sentirse mal porque cree que al final no va a tener contacto con nadie y todos le van a mirar como a un bicho raro. Está convencido que su destino es convertirse en una persona triste, rara y solitaria. Se decide hacer un experimento de conducta para hacer frente a los pensamientos negativos de Tomás, como sigue:

- a) Predicción negativa: si voy con mi primo no me van a gustar las actividades ni la gente. Será un trago y lo pasaré fatal.
- b) Análisis de los datos. Para comprobar la consistencia de la predicción se hace un análisis de las evidencias pasadas y actuales. Se comprueba como hay actividades dentro del gimnasio que podrían ser atractivas (andar en la cinta a paso ligero o la bicicleta estática). También reconoce interés por acercarse a personas del sexo opuesto.
- c) Plan. Dejar a su primo hablar primero, enterarse de las actividades y horarios y llevar las actividades escogidas antes, empezar por actividades fáciles y atractivas, llevar frases hechas para contestar a posibles preguntas (se preparan posibles preguntas y contestaciones previamente).
- d) Resultados. Análisis de sucedido. Dificultades y éxitos. Análisis de la veracidad de las predicciones negativas.
- e) Conclusiones. Establecer conclusiones sobre lo sucedido y sobre la manera de pensar.

7. Método de las 4 preguntas. Si la persona ha alcanzado cierto grado de dominio en las técnicas de modificación cognitiva, ante una creencia se procede a enseñar a que se haga 4 preguntas sobre dicha creencia:

- a. ¿Cuál es la evidencia?
- b. ¿Qué puntos de vista alternativos existen?
- c. ¿Estoy cometiendo algún sesgo de pensamiento?
- d. ¿De qué me sirve tener este pensamiento?

- Problemas con las técnicas de confrontación directa del pensamiento

Algunas estrategias utilizadas en la terapia cognitiva de Albert Ellis o Beck pueden no ser adecuadas en pacientes con un TMG duradero, que tiene muy baja autoestima y una escasa flexibilidad cognitiva y podrían llevar a resultados negativos más que a cambios positivos en el pensamiento. Nos referimos a las técnicas de confrontación directa del pensamiento como:

- Confrontación directa del pensamiento: ¿por qué piensas eso?
- Llevar la creencia a su extremo irracional con una intención paradójica.
- Tomar el terapeuta el rol de voz disfuncional (decir lo que el paciente se dice a sí mismo).
- Asumir las implicaciones de que una creencia fuera cierta.

Estas técnicas mal utilizadas pueden llevar a incrementar el malestar emocional del paciente.

- Entrenamiento en habilidades

En pacientes con un TMG este paso es necesario ya que los pensamientos negativos suelen estar acompañados por un déficit en habilidades específicas. En este caso hay que combinar las técnicas cognitivas con habilidades necesarias para afrontar las situaciones, en particular las habilidades sociales. Por tanto un entrenamiento en habilidades sociales suele ser esencial para muchos casos. Otro tipo de habilidades a entrenar son: planificación del tiempo libre, entrenamiento en hábitos de estudio o planificación de la economía personal.

- Algunos problemas frecuentes en usar terapia cognitiva en personas con TMG

1. Hay expectativas de fracaso e inutilidad de las técnicas de cambio cognitivo.
2. La persona hace las tareas sin ganas ni implicación.
3. Presenta un estado depresivo grave.
4. Se repiten las ideas negativas del yo en todas las sesiones.

Algunas soluciones para cada uno de estos problemas podrían ser:

1. Planificar las tareas para que no se confirmen las ideas de inutilidad de las técnicas. Ir poco a poco, empezar por tareas fáciles y que sepamos que van a salir bien.
2. Introducir elementos reforzantes en las tareas que le generen satisfacción.
3. Estos pacientes pueden necesitar previamente un entrenamiento conductual en actividades gratificantes con el objetivo de incrementar el estado de ánimo.
4. Se puede entrenar al sujeto en técnicas de parada de pensamiento.

- Características del paciente en la terapia cognitiva

Algunas características de los pacientes aconsejan el uso de técnicas cognitivas y predicen buenos resultados, son:

- Capacidad para identificar pensamientos negativos.
- Capacidad para identificar estados emocionales y etiquetarlos.
- Capacidad para cambiar las creencias (flexibilidad cognitiva).
- Juicio crítico.

### c) Técnicas para mejorar la autoestima

Una dimensión clave en los trastornos mentales es la autoestima. Es objeto de medidas de evaluación y técnicas de intervención. La autoestima tiene mucho que ver con el autoconcepto y con la idea cognitiva de pensar sobre uno mismo.

La autoestima puede ser un elemento trabajable de varias formas, A continuación se proponen algunas de ellas:

- Describir concretamente y operativamente la autoestima. Si la baja autoestima se fundamenta en un concepto abstracto, vago, confuso o demasiado general puede ser de ayuda hacer que la persona relate la autoestima asociada a situaciones o emociones concretas. Esto puede ser útil para hacer ver que la autoestima no es algo vago sino que suele ponerse de relieve en situaciones concretas. Para ayudar a concretar las situaciones asociadas a la baja autoestima se puede seguir el siguiente ejercicio (Burns, 2000):
  - Describir las situaciones que más le afligen.
  - ¿Qué tipo de emociones negativas experimenta en esas situaciones? (tristeza, inferioridad, envidia, culpa, rabia, humillación, ansiedad, aislamiento, raro,...).
  - ¿Qué piensa en esas situaciones? Describir los pensamientos negativos.
  - ¿Cuáles son las consecuencias de una baja autoestima?, ¿cómo afecta a su rendimiento diario y a sus relaciones?
  - ¿Recuerda a alguna persona conocida o admirada a la que considere valiosa?, ¿quién?, ¿Qué características le confieren esa valía? Describa a esa persona a continuación.

Este análisis puede permitir hacer ver que existen elementos de control en la autoestima: modificar pensamientos negativos, diferenciar entre situaciones y pensamientos, revisar los valores y normas personales, planificar cambios en los comportamientos, etc.

- Corregir la definición de “persona inferior”. Si la baja autoestima está asociada a la creencia de ser inferior se puede realizar el ejercicio de definir a una persona inferior con claridad. Una vez hecha la descripción se debe preguntar si hay algo incierto en esa definición. Normalmente se encontrarán errores cognitivos del tipo todo o nada y que la definición no hace referencia a ninguna persona en concreto sino a un juicio de valor irracional preconcebido. D. Burns (2000) sugiere como ejercicio refutar las definiciones de persona poco valiosa como sigue:

DEFINICIÓN DE UNA PERSONA POCO VALIOSA O INFERIOR	REFUTACIÓN
1. Alguien que hace fracasa o se equivoca	Entonces todo carecemos de valía porque todos cometemos errores.
2. Alguien que es perezoso, egoísta y no productivo y que carece de valor para la sociedad	Todos somos, en ocasiones, perezosos y poco productivos.
3. Alguien a quien nadie quiere	Incluso nuestros héroes más admirados tienen enemigos.
4. Alguien tonto o con poca inteligencia	Todos mostramos escaso talento en muchas áreas.
5. Alguien que no tienen ninguna habilidad característica en al menos una cosa.	¿Qué nivel tiene que alcanzar en esta única actividad, entre el 0% y el 100%, para ser una persona valiosa?
6. Alguien que no se gusta a sí mismo.	La mayoría de las personas deprimidas no se sienten valiosas y no se gustan a sí mismas. ¿Significa esto que todas las personas con depresión son personas poco validas? Muchos asesinos y violadores se sienten satisfechos consigo mismos. ¿Acaso son personas valiosas por ello?
7. Otras definiciones que ponga la persona ...	

- Ejercicio para incrementar el nivel de satisfacción. Si la baja autoestima está asociada a una falta o insuficiente satisfacción con las actividades vitales se puede utilizar el formulario de satisfacción. Consiste en ayudar a implicarse más en actividades gratificantes.

Cuadro 32.26. Formulario de previsión del nivel de satisfacción (Burns, 2000).

ACTIVIDAD	COMPAÑERO/A	SATISFACCIÓN PREVISTA	SATISFACCIÓN REAL
Organice actividades potencialmente placenteras, didácticas o que pueden contribuir a su crecimiento personal	Si es una actividad solitaria especifique dónde la realiza.	Anótelos antes de cada actividad en una escala del 0% al 100%	Anótelos después de cada actividad en una escala del 0% al 100%

En la primera columna se debe programar actividades potencialmente satisfactorias. Si no se encuentra ninguna en la actualidad se pueden poner actividades que sí lo fueron en el pasado.

En la columna de “satisfacción prevista” se anticipa cuanto le gustará a la persona. En la columna de “satisfacción real” se debe anotar lo gratificante que resultó ser la actividad después de llevarla a cabo.

Se puede descubrir que muchas cosas que se hacen a menudo como ver la t.v. o estar tumbado no son gratificantes, y otras que no eran gratificantes a priori lo son más de los que se pensaba inicialmente.

#### d) Planificación de tareas graduadas

Las personas afectadas por un TMG como la esquizofrenia y que llevan largos años retirados de las rutinas de actividad de trabajo, estudios y ocio, suelen estar desorientadas y con serias dificultades para organizar su vida diaria. Esto se traduce en una reducción de las actividades diarias tanto por dificultad de planificarse como por pérdida de valor reforzante y porque se piensa que ya no tiene sentido el comportarse como lo hacía antes de tener el trastorno. La pérdida de los objetivos que orientan en líneas generales el sentido de la vida personal y social (relacionarse, tener familia, trabajar, ser independiente, etc.) lleva a un vacío en la planificación de actividades y de creencias básicas para resituar sus valores y los gustos. En consecuencia está desorganizado y no ha sido capaz de desarrollar metas acordes con su situación actual, que permitan orientar una forma de comportarse en el día a día.

Además, todo lo comentado antes contribuye a mantener el estado de pasividad: baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, falta de metas vitales, autoestigma, etc.

De hecho la situación más común que se encuentra en un paciente derivado a rehabilitación es de apatía, falta de interés por cualquier actividad y reducción grave de las tareas cotidianas. Esto supone una reducción de gratificaciones vitales, que se agrava por disponer de mucho tiempo en el día y presencia de pensamientos negativos.

Si la situación de inactividad es muy severa no es conveniente fijarse objetivos o planes de acción a largo plazo, si no superar la apatía y anhedonia y empezar a hacer algo. Se trata de encontrar actividades que ayuden a salir de esta situación.

- Programación de actividades

Se trata de organizar el contexto vital de la persona que le lleve a implicarse en tareas concretas e inmediatas. Hacer un “plan” es muy interesante para orientar el comportamiento por encima de la apatía, el hecho de tener un plan supera el problema de tener que tomar decisiones sobre qué hacer y evitar el problema de la indecisión.

Es útil diferenciar el momento de tomar decisiones del momento de realizar actividades. Se puede dedicar un momento al día para establecer una programación de actividades para la jornada de mañana y de tarde. La persona sólo debe centrarse en esos momentos y no en cómo será su vida dentro de un mes o un año. Lo importante es qué va a hacer ahora en ese breve periodo de tiempo.

Cuando se identifica las actividades a realizar, se pueden facilitar las condiciones para llevarlas a cabo.

Lo principal es que la programación de actividades sea realista. Para encontrar un punto de partida sobre qué puede hacer la persona nos podemos ayudar de un registro sistemático de las actividades que lleva a cabo a lo largo del día. Puede ser útil un autorregistro conductual de las horas del día (ver figura 32.11).

Figura 32.11 Autorregistro de actividad diaria.

HORAS	ACTIVIDAD REALIZADA	ESFUERZO (0 A 100)	SATISFACCIÓN (0 A 100)	CONTROL (0 A 100)

El registro de la tabla anterior permite identificar el punto de partida para incrementar de forma progresiva el n° de actividades. Pero será necesario identificar posibles actividades a realizar durante el día, mediante listados y tormenta de ideas. El profesional debe ayudar a identificar actividades que resulten positivas y sean cotidianas (baño, leer el periódico, tomar el sol, ver la t.v. prepararse una tostada, etc.) Cuando se tenga la lista de cada una de ellas se debe evaluar el grado de esfuerzo y grado de satisfacción esperado. En los primeros momentos se deben seleccionar aquellas actividades que más satisfacción generen y menos esfuerzo supongan.

Luego se hace la programación diaria y detallada de actividades para una semana por días y horas. El objetivo inicial es orientar y “desperezar” la acción, no proponer planes muy rígidos o exigentes. También el criterio de cumplimiento deber ser flexible, realizar el 70%-75% de las tareas es más aceptable que el 100%. Progresivamente se deben pasar de actividades solitarias a actividades en compañía. En casa a fuera de casa, e introduciendo todos los recursos comunitarios posibles.

El registro de la figura 32.10 realizado posteriormente a la actividad permite identificar las tareas más positivas.

#### - Consideraciones para planificar las actividades

Tener en cuenta alguno de los siguientes puntos permite reducir la ansiedad o malestar en la ejecución de actividades.

1. Dedicar el tiempo necesario a planificar.
2. Al principio es mejor programar pocas actividades y de poca duración y Luego ir ampliando.
3. Ayudarse de alguna persona para comenzar las actividades en los primeros días.
4. Introducir en la programación actividades cotidianas y actividades placenteras.
5. Es recomendable participar en actividades con más gente, aunque se tenga poca interacción con ellos.
6. Incluir actividades físicas.
7. No se debe incluir como parte del programa de actividades el consumo de tabaco o alcohol.
8. Hacer un registro de actividades según se vayan realizando y revisar diariamente el cumplimiento.
9. Incluir recompensas por la realización de las actividades.
10. Pueden ser útiles estímulos de recuerdo con frases y mensajes escritos que orienten hacia la acción.
11. No hay que sobrecargar de tareas el plan, pero tampoco debe ser muy escaso. Todos los días deben tener al menos dos actividades.



12. Solo confeccionar planes diario o como mucho semanales.
13. Las actividades se deben adecuar a las horas en la que la persona tenga más o menos energía. Las tareas nuevas y con mayor prioridad se deben planificar en horas del día en que la persona esté más despierto, y dejar para otros momentos las tareas más rutinarias.

e) Revisar avance y autoeficacia

Es importante trabajar algunos de los aspectos que se han expuesto en la Fase I del programa de Integración Comunitaria como paso previo para superar los problemas psicológicos que actúan como barreras del uso de recursos (ver cuadro 32.2). Se han incluido algunos de los más frecuentes como la ausencia de objetivos y metas vitales, los pensamientos negativos sobre uno mismo y los demás, el autoestigma, la baja autoestima y la apatía o anhedonia. En siguientes apartados se completarán con otros como la Fobia Social, la falta de habilidades sociales y la ansiedad a emprender nuevas acciones.

La velocidad en que esas personas mejoran los problemas varía mucho. Es posible que algunos mejoren su autoestima y sientan motivación para empezar el trabajo de integración comunitaria, otros pueden seguir con escasa o nula motivación y la mayoría estará en un punto cambiante. A continuación se ofrecen algunas medidas para tomar ante los progresos de la intervención. Es importante hacer una evaluación continuada durante la intervención y si hay que hacer cambios en el programa de intervención es mejor hacerlos cuanto antes.

- Posibilidades en el progreso de los problemas psicológicos en la FASE I
  - A) Ya no hay problemas psicológicos y se puede comenzar con el trabajo de integración comunitaria. Se ha reducido la ansiedad y la anhedonia y se han superado los bloqueos cognitivos asociados a la evitación e inhibición conductual. Cualquier problema psicológico (indecisión, apatía, falta de planificación, etc.) es secundario o no interfiere ya en la capacidad de la persona para hacer uso de recursos de su comunidad.
  - B) Se han hecho avances en los problemas psicológicos, pero todavía hay problemas residuales asociados con la falta de motivación, pensamientos negativos y otras dificultades que interfieren en la capacidad para pasar a la II Fase del programa y conseguir una integración comunitaria.
  - C) Se han hecho pocos o ningún avance en la superación de los problemas psicológicos. La persona está bloqueada para progresar a la II Fase del programa.

Habrá que hacer un plan para cada posibilidad enunciada.

- A) Plan para la situación A: personas que han superado sus problemas psicológicos. Las habilidades que se han aprendido serán de ayuda para utilizarlas durante la integración comunitaria. Sin embargo esto no asegura que se podrán manejar todos los problemas. Para reforzar los nuevos comportamientos, pensamientos y actitudes hay que dedicar tiempo y trabajo continuado. Hay un riesgo de que se vuelva a caer en pautas negativas e inhibitorias.

- Hacer repasos mensuales de lo aprendido. Es de ayuda dedicar una vez al mes para el trabajo sobre la modificación de los pensamientos negativos, la mejora de la autoestima, el compromiso con las metas vitales, etc. Se trata de repasar e identificar las habilidades y problemas en los que hay que incidir más (por ejemplo re-planificar las metas vitales, listar las etiquetas del yo y refutarlas, planificar un horario semanal, etc.). No hay límite de tiempo para hacer los repasos.
- Hacer resúmenes. Se pueden hacer resúmenes de los temas clave en forma de tarjetas (por ejemplo: cómo hacer un experimento de conducta, anotar frases que refuten las definiciones negativas de uno mismo, autorregistros de pensamientos negativos, listados de sesgos cognitivos, , listados de “quieros” y “puedos”, listados de actividades positivas, etc.
- Utilizar sesiones de refuerzo. Programar periódicamente sesiones para volver a trabajar algunos contenidos ya vistos puede ser una garantía de mantenimiento.

B) Plan para la situación B: personas que han progresado pero siguen teniendo problemas psicológicos que interfieren para lograr pasar a la II fase de integración comunitaria. Es normal que muchas personas sigan teniendo problemas psicológicos y emocionales que interfieran en sus vidas, ya que estos problemas son el resultado de muchas creencias y comportamientos arraigados durante años. Se requieren a menudo años para cambiar temas relacionados con los pensamientos y comportamientos. También será necesario repetir las técnicas varias veces. Cada persona avanzará a su propia velocidad, no hay reglas, los cambios requieren tiempo. Utilizar sesiones de refuerzo periódicamente y profundizar en los conceptos y habilidades resulta muy útil y a menudo necesario. Algunas sugerencias para las personas que se sitúan en el punto B son:

- Programar un tiempo para trabajar las técnicas y lo comentado en las sesiones. El profesional puede elaborar una agenda en el que programe las horas en las que se dedicará a hacer registros, actividades positivas, etc.
- Encontrar una persona que le ayude a realizar los ejercicios y las técnicas. Por ejemplo alguien que le acompañe a un sitio, que le ayude en hacer compras o que le de ideas para la programación de actividades diarias.
- Las personas que tengan deterioro cognitivo tienen una capacidad limitada para asumir información. Cuanto mayor sea la limitación cognitiva más difícil es trabajar en la I Fase del programa. Repetir, dar información escrita y simplificarla al máximo es la clave para no exceder la capacidad cognitiva.

C) Plan para la situación C: existe bloqueo para progresar a la II Fase de la integración comunitaria. Si no se han hecho progresos o la persona está bloqueada para avanzar y poner en práctica sus habilidades para la integración comunitaria, se debe revisar lo siguiente:

- ¿Se ha dedicado el tiempo suficiente a cada concepto y técnica?
- ¿Se han repetido lo suficiente?
- ¿El usuario ha practicado las técnicas?
- ¿Lo ha hecho manera apropiada?

A veces se usan las técnicas de manera incorrecta, por ejemplo pensando en el bienestar psicológico y olvidando que son un paso previo para reducir las dificultades de



integración comunitaria. Otra razón puede ser la presencia de alguna resistencia. En ese caso hay que identificar la resistencia y superarla. Algunas pueden ser:

- Explicaciones, justificaciones y racionalizaciones para no progresar.
- Sentimientos de vergüenza por mejorar.
- Miedo a encontrarse mal o peor.
- Hay beneficios secundarios en el comportamiento pasivo.

De hecho estas y otras resistencias son muy normales. Aunque hablemos de un paso previo para la integración comunitaria y las técnicas enumeradas parezcan fáciles o superficiales, se trata de reflexiones sobre uno mismo y su situación vital. Surgirán dificultades y resistencias en ello y evitarlas o dominarlas también es una parte del programa. Algunas ideas para trabajar las dificultades están en el cuadro 32.27.

*Cuadro 32.27. Trabajar las dificultades para avanzar en la Fase Iª del Programa de Integración Comunitaria.*

- El trabajo y las técnicas resultan muy difíciles o costosas. Esto puede llevar al desánimo. Habrá que reducir las metas y exigencias iniciales.
- Se quiere ir demasiado rápido. Dividir cada paso en otros más pequeños.
- Estancamiento. Simplificar la información, añadir algún objetivo nuevo o escoger refuerzos con los que premiar los esfuerzos por mejorar.
- La persona no es capaz de ver los progresos que ha hecho. Hay que definir bien los objetivos, escribirlos y detallarlos, ya que es posible que los problemas no estén descritos en unidades fáciles de describir y observar.
- Infravalorar los refuerzos. Usar premios y refuerzos por el trabajo es importante.
- Exceso de exigencia. Ser flexible en lo que se puede exigir.

- Dar por terminada la Iª Fase

Se puede dar por terminada la primera fase si se ha conseguido: 1) reducir el problema psicológico, 2) motivación para la integración comunitaria.

El paciente y el profesional deben poder contestar a la pregunta: ¿se han eliminado los problemas iniciales de manera que existe mayor confianza para salir a hacer uso de los recursos comunitarios?

Es el momento de comparar los avances y de reforzarse por haber progresado. Se pueden hacer visibles las consecuencias positivas del cambio (“estoy más alegre”, “tengo metas claras”, “identifico mis cualidades”, etc.). También es de gran ayuda anticipar las consecuencias positivas de comenzar la II Fase.

Muy importante es que el ambiente familiar no rechace los avances, que los reconozca y que siga animando el cambio y el avance a la II Fase.

### 32.2.2 FASE II: PROGRAMA DE USO DE RECURSOS COMUNITARIOS. DISEÑO DE UN PLAN PERSONAL DE CONTACTO COMUNITARIO

Una vez conseguidas superar las dificultades de la Fase I se continuaría con la Fase II (ver cuadro 32.28).

*Cuadro 32.28. Fase II del programa de afrontamiento psicológico y uso de recursos comunitarios.*

<b>FASE II. PROGRAMA DE USO DE RECURSOS COMUNITARIOS. DISEÑO DE UN PLAN PERSONAL DE CONTACTO COMUNITARIO</b>
<p><b>MOTIVACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir intereses personales (formativos, ocio, cultura, trabajo,...)</li> <li>• Repasar recursos usados en el pasado</li> <li>• Ventajas y desventajas de utilizar recursos de la comunidad</li> <li>• Aprender a valorar la importancia de salir de casa</li> <li>• Anticipar cambios futuros positivos que se obtendrán por salir de casa y utilizar recursos.</li> </ul>
<p><b>CAPACIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar dificultades personales</li> <li>• Identificar actividades que se dan bien</li> <li>• Aprender soluciones para las dificultades</li> <li>• Hacer un plan para mejorar y superar las dificultades</li> </ul>
<p><b>CONOCER LOS RECURSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarse de qué recursos ofrece la comunidad</li> <li>• Conocer recursos que no se conocen o que no se prestó atención antes</li> <li>• Identificar recursos que más interesen</li> <li>• Aprender procedimientos para la búsqueda continuada de información en la comunidad</li> </ul>
<p><b>HACER UN PLAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un plan personal de contacto con la comunidad</li> <li>• Acciones concretas en el día a día</li> <li>• Cambio de horarios cotidianos y organización del tiempo</li> <li>• Anticipar y resolver problemas en el desarrollo del plan</li> </ul>
<p><b>SEGUIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar la motivación</li> <li>• Fomentar la incorporación a nuevos recursos y actividades</li> </ul>

Se puede continuar con la aplicación del programa básico de integración comunitaria. Descrito en el punto 32.1 o se puede aplicar la Fase II del programa de afrontamiento descrito en el cuadro 32.28. Como ya se ha dicho, establecer una diferencia entre el programa básico de integración comunitaria y esta Fase II deriva de la necesidad de desarrollar abordajes más intensivos para personas con necesidades especiales. Algunas de las necesidades especiales son:

- Mucho tiempo retirado del circuito comunitario.
- Escaso interés o ambivalencia motivacional.
- Problemas latentes o patentes de ansiedad asociada al contacto comunitario.

Algunas de las anteriores características hacen que sea necesario el realizar un proceso individualizado e intensivo de acercamiento a los recursos comunitarios para aquellas personas que muestran dificultades especiales, de tal forma que la integración comunitaria no se convierta en una fuente de aversividad.

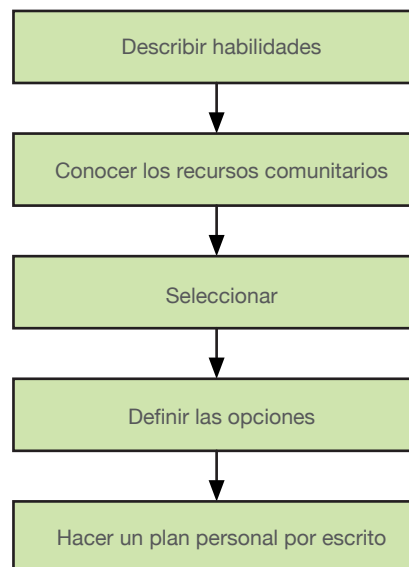
Por tanto, la inclusión en programas intensivos de integración comunitaria en la Fase II, estará en función de los problemas psicológicos encontrados en la FASE I. En especial serán susceptibles los siguientes usuarios.

- Usuarios con reducida motivación a pesar de haber avanzado en la Fase de reducción de los problemas psicológicos.
- Usuarios que necesitan un apoyo y seguimiento continuado con altos niveles de deterioro y alta dependencia de terceros para mantenerse en su ambiente comunitario.

Un programa como el descrito en la Fase II trata de resolver estas dificultades. Así, será necesario el ayudar a afianzar las habilidades y competencias personales, y ayudar a descubrir y conocer en detalle las opciones que ofrecen los recursos comunitarios de su medio. Estos dos elementos serán claves ya que la integración comunitaria dependerá en su mayor parte del ajuste entre las características del sujeto y de los recursos. Por tanto habrá que incidir en conocer las posibilidades que ofrece el medio en cuanto a recursos, disponibilidad, ajuste a los intereses, etc. Solo entonces se estará en condiciones para seleccionar áreas de ocupación, contacto social y actividades recreativas. Una vez tomada la decisión de qué recursos usar hay que definir más en concreto las características como las habilidades que se requieren, el coste económico que pueden implicar al usuario, su duración y los cambios que la persona tendrá que hacer en su rutina diaria como por ejemplo cambios de horarios cotidianos.

Hacer un plan por escrito de la integración comunitaria resultará muy útil para, entre otras cosas, afianzar el compromiso y marcar los objetivos que se quieren conseguir. En la figura 32.11 se describe de manera esquemática este trabajo individual de integración comunitaria.

*Figura 32.11. Trabajo de integración comunitaria para usuarios que han pasado a la Fase II del Programa de Integración Comunitaria.*



Todo el proceso se desarrolla a través de la intervención individual en el medio o en el domicilio, como el resto de las intervenciones descritas en esta guía de intervención, que fundamenta la individualidad de las intervenciones en la necesidad de incrementar la accesibilidad de los programas terapéuticos tradicionales en los contextos inaccesibles.

Pero las intervenciones no se desarrollarán solo en las sesiones individuales con el usuario sino también y muy especialmente en el contexto comunitario, mediante por ejemplo: visitas a recursos para su conocimiento previo, acompañamiento a centros comunitarios, citas conjuntas con profesionales de los recursos para conocer funcionamiento y programación de las actividades, etc. Es decir el contacto directo con los recursos de integración comunitaria.

El programa sigue una secuenciación estandarizada de 5 módulos. Los 5 módulos descritos en el cuadro 32.28 solo pretenden ser una guía flexible y que debe adaptarse en contenidos a situaciones concretas de cada caso. En cualquier caso es recomendable hacer una fase previa de motivación, una fase de trabajo personal y una fase de seguimiento. En la primera fase de trabaja la motivación y orientación comunitaria y en la tercera fase se hace un proceso continuado e indefinido. La estructura de trabajo de las sesiones es flexible:

- Duración de cada módulo variable (entre 1 y 4 sesiones puede ser una buena referencia).
- Contenidos abiertos y continuos. Se puede volver a temas anteriores y avanzar a posteriores, según avances del usuario.
- Periodicidad marcada de citas. Un mínimo de 1 ó 2 sesiones en semana es lo mejor.

Algunos contenidos principales a trabajar en las sesiones de cada módulo son:

- Módulo 1: Motivación
  - Analizar las ventajas e inconvenientes de la comunidad,
  - Describir alternativas de inserción social y laboral.
  - Pensar en las necesidades a cubrir.
  - Anticipar cambios futuros positivos en rutinas diarias.
- Módulo 2: Capacidades.
  - Hacer un recorrido de su experiencia por recursos comunitarios.
  - Pensar en dificultades que se han tenido.
  - Reconocer actividades en que hay buen funcionamiento.
  - Identificar bloqueos y soluciones.
  - Listar actividades que encajen con sus habilidades.
- Módulo 3: Conocer recursos.
  - Conocer recursos de formación y ocio.
  - Conocer las formas de acceder a los recursos.
  - Valorar ventajas y desventajas de hacer cursos.
  - Conocer centros a su alcance.
  - Identificar fuentes de información en la comunidad.
- Módulo 4: Hacer un Plan.

- Poner objetivos personales a corto, medio y largo plazo.
- Listar acciones para conseguir los objetivos.
- Planificación del tiempo.

- Módulo 5: Seguimiento
  - Revisión de avances y retrocesos

Como en otros programas e intervenciones es importante partir de una línea base de la persona y recoger las habilidades y conocimientos que ya posee. En los cuadros siguientes se muestran guiones para realizar la evaluación.

*Cuadro 32.29. Evaluar las habilidades.*

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Te encuentras capacitado/a para utilizar la comunidad. Motivos.</li> <li>• Qué tipo de cosas podrías hacer en la comunidad.</li> <li>• Qué recursos te interesan o gustan.</li> <li>• Qué recursos son complicados para ti y por qué.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar dificultades:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociales (interacción, apertura, etc.).</li> <li>- Físicas (movimientos, posturas, etc.).</li> <li>- Cognitivas (atención, memoria, cálculo, etc.).</li> </ul> </li> <li>• Cuánto tiempo debe durar la actividad que hagas.</li> <li>• Prefieres usar recursos con gente o sin gente.</li> </ul> |
|---|--|

*Cuadro 32.30. Evaluar la motivación.*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Valora de 0 10 la importancia de:   |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poder relacionarme con otras personas.</li> <li>• Estar ocupado/a</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender cosas nuevas</li> <li>• Sentirse activo/a</li> <li>• Pasar tiempo fuera de casa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar más motivado/a</li> <li>• Otros</li> </ul> |

*Cuadro 32.31. Evaluar el conocimiento del medio.*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Indica qué sitios conoces en tu comunidad:   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juntas municipales</li> <li>- Centros culturales</li> <li>- Gimnasios</li> <li>- Supermercados</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cines</li> <li>- Tiendas</li> <li>- Bibliotecas</li> <li>- Cafeterías y bares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Museos</li> <li>- Parques</li> <li>- Otros</li> </ul> |

En los momentos previos del proceso de integración comunitaria será necesario identificar los frenos y bloqueos para hacer cualquier tipo de actividad en la comunidad:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• No ser puntual</li> <li>• Desanimarse con facilidad</li> <li>• Ser inconstante</li> <li>• Ser enfermo/a</li> <li>• No apetecerme hacer nada</li> <li>• No saber hacer nada</li> <li>• Hay pocos recursos disponibles</li> <li>• Tengo poca formación</li> <li>• No sé relacionarme</li> <li>• No puedo estar mucho tiempo en una actividad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No conozco a nadie.</li> <li>• Soy torpe.</li> <li>• Me expreso mal.</li> <li>• Me cuesta mucho aprender.</li> <li>• No sé dónde ir.</li> <li>• No me gusta la gente.</li> <li>• No quiero responsabilidades.</li> <li>• Tengo miedo a ponerme peor</li> <li>• Otro</li> <li>• Otro</li> </ul> |
|---|---|

Se trata de identificar de la lista anterior los problemas que considera mayores y las formas de solucionarlos:

• Problema:	_____
- Solución:	_____
• Problema:	_____
- Solución:	_____
• Problema:	_____
- Solución:	_____

Si los problemas principales están en la falta de capacitación o habilidades necesarias para afrontar la actividad, se necesitaría concretar qué habilidades son necesarias para utilizar esos recursos (ver cuadro 32.32).

*Cuadro 32.32. Análisis de habilidades requeridas.*

RECURSO:	
TAREAS	HH REQUERIDAS
Necesito aprender:	
Forma de hacerlo:	

Finalmente la planificación personal debe quedar por escrito e incluir los objetivos personales en la integración comunitaria, las acciones a emprender y los recursos que se utilizarán (ver cuadro 32.33).

*Cuadro 32.33. Planificación personal.*

<b>Mi objetivo en la integración comunitaria es:</b>
_____

<b>MIS METAS SON:</b>
A corto plazo (dentro de 3 meses):
A medio plazo (entre 3 y 6 meses):
A largo plazo (dentro de 1 año):

LAS ACCIONES SON:
Acción 1:
Acción 2:
Acción 3:
Acción 4:

RECURSOS QUE INTERESAN:
Recurso:
Actividades que se hacen:
HH requeridas:
Formación necesaria:
Lugar de las actividades:
Duración:
Horarios:
Coste:
Consecuencias positivas de realizarlas:

- Enfoque de aproximaciones sucesivas para lograr éxito en los programas de contacto comunitario

En ocasiones la evitación del contacto comunitario se debe al miedo a participar en situaciones sociales o a la ansiedad condicionada. En estos casos se puede utilizar el procedimiento de aproximaciones sucesivas para reducir la ansiedad a participar en las actividades.

Este procedimiento consiste en exponer a la persona en vivo y de manera graduada a las situaciones elicitadoras de ansiedad.

Esta técnica tiene las siguientes características:

- Se requiere un coterapeuta (familiar, amigo, profesional, etc.).
- Se combina con administración de reforzadores.
- Se pueden aplicar pasos como tareas para casa, sin la presencia del profesional.
- Se va paso a paso sin desbordar la capacidad del paciente.
- Se aplica en vivo.

Esta técnica está especialmente indicada para aprender o retomar el uso de recursos comunitarios no estructurados (estancos, supermercados, cafeterías, panaderías, tiendas, etc.).

El procedimiento general y resumido consiste en dividir en pequeños pasos la conducta comunitaria. Hay que comenzar con el más corto y premiarse por ir cumpliendo todos los pasos. Por ejemplo si se quiere que compre el periódico dominical usando el quiosco del barrio se puede hacer una cadena de pasos: vestirse, salir caminando hasta el semáforo, cruzar y dirigirse a la plaza, pedir el dominical, pagar y despedirse, volver al semáforo, caminar hasta casa.

El objetivo es el de cualquier técnica de exposición: reducir la ansiedad y las conductas de evitación. Para poder ser aplicada, el problema del paciente debe cumplir varios criterios:

- El principal problema asociado al uso de recursos comunitarios es la ansiedad.
  - Que la consecuencia de la ansiedad sea la evitación de los recursos.
  - La evitación está acompañada por pensamientos que anticipan el malestar y la ansiedad por exponerse a la situación temida.
- Manera de actuar
    1. Fijar una cadena de conducta con los pasos más importantes. Deben ser lo más cortos posibles, con el fin de que resulten fáciles.
    2. Comenzar con el paso más pequeño. Probar uno por uno, si es necesario varias veces.
    3. No adelantar al paso siguiente hasta no dominar con seguridad el anterior. Premiarse por cada paso bien hecho.
    4. Contar desde el principio con que habrá que cambiar de vez en cuando el plan. Intercalar más pasos, avanzar más lento o más rápido.

- Ejemplo: salir a la tienda de alimentación

- Punto de partida: actualmente va 1 vez al mes acompañando a la madre.
- Meta a conseguir: ir una vez por semana él solo a comprar frutos secos para él.
- El plan puede ser éste:
  - Paso 1: Ir con su madre y comprar productos por separado.
  - Paso 2: Ir 1 vez al mes solo y 1 vez al mes como en el paso 1.
  - Paso 3: Ir 1 vez cada 15 días solo y 1 vez cada mes como el paso 1.
  - Paso 4: Ir una vez cada 15 solo.
  - Paso 5: Ir 1 vez a la semana solo.

Por cada paso bien hecho se aplicarán los siguientes refuerzos:

- Un refresco de té.
- Una cerveza sin alcohol.
- Una revista que quiera después de varios pasos bien hechos.

A continuación se explican los componentes importantes de la técnica de aproximaciones sucesivas.



### a) Explicación al paciente

Se trata de explicar el procedimiento, lo que se va a hacer, implicando activamente al paciente, Para ello el profesional debe:

- Explicar la importancia de interrumpir las conductas de evitación.
- Describir los objetivos que se persiguen con las aproximaciones (ver cuadro 32.34).
- Utilizar algún procedimiento de control de la ansiedad como la respiración diafragmática o la relajación muscular breve.
- En caso de contar con un coterapeuta, explicar su papel.
- Explicar el uso del refuerzo.
- Enfatizar las tareas entre sesiones.

*Cuadro 32.34. Explicación del procedimiento de exposición en la técnica de aproximaciones sucesivas.*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Explicación del problema de ansiedad que presenta:<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfatizar que los problemas de ansiedad son muy comunes.</li><li>- Las conductas de evitación mantienen el problema.</li></ul></li><li>• Justificación de la técnica:<ul style="list-style-type: none"><li>- El objetivo principal es eliminar la evitación.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Explicar el procedimiento:<ul style="list-style-type: none"><li>- Señalar necesidad de exposiciones repetidas y en vivo.</li></ul></li><li>• Resultados esperados:<ul style="list-style-type: none"><li>- Eliminar la evitación y la ansiedad.</li></ul></li><li>• Anticipar problemas:<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad durante los pasos.</li><li>- Necesidad de ajustar los pasos.</li></ul></li></ul>
--	--

### b) Realizar la jerarquía de pasos sucesivos

Algunos requisitos para hacer una jerarquía son:

- Cada paso de la jerarquía debe ser concreto y bien detallado.
- La jerarquía debe incluir estímulos que provoquen ansiedad.
- Cada paso debe ser cuantificado en unidades subjetivas de ansiedad (de 0 a 100).

### c) Aproximación a cada ítem

Se trata de la aproximación a cada ítem o paso de la jerarquía en vivo, empezando por el paso de menor ansiedad según la jerarquía elaborada. Para cada paso se debe utilizar un autorregistro como el de la figura 32.12.

*Figura 32.12. Registro de exposición a los pasos sucesivos.*

FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	ANSIEDAD ANTES (0 A 10)	ANSIEDAD DESPUÉS (0 A 10)	ÉXITO (0 A 10)

*d) Reforzar cada paso dado*

El reforzamiento de cada paso conseguido puede ser con reforzadores materiales o retroalimentación de los logros conseguidos (por ejemplo con gráficas que representen la evolución de la ansiedad y el grado de éxito de las exposiciones).

*e) Acompañamiento*

Las tareas pueden ser acompañadas por el profesional o por un coterapeuta. Pero siempre deben proponerse tareas de autoexposición entre sesiones.

*f) Prever y solucionar problemas que puedan surgir*

Pueden surgir algunos de los siguientes problemas:

- La persona tiene miedo intenso. Habrá que graduar de nuevo la jerarquía introduciendo pasos intermedios.
- Surgen complicaciones imprevistas que crean ansiedad (por ejemplo alguien le para, le pregunta algo, etc.). Hay que normalizar y entrenar a superar esa eventualidad.

- Viñeta clínica:

Miguel es un hombre de 47 años que vive con madre de 76. Está motivado para ayudar en las compras domésticas pero le genera una gran ansiedad ir al supermercado y tener que comprar los productos él solo. Se planificó un programa de aproximaciones sucesivas a las compras al supermercado como sigue:

La Jerarquía diseñada fue:

1. Ir al supermercado acompañado de la madre y hacer la compra juntos 1 vez cada semana.
2. Ir al supermercado acompañado de la madre y hacer la compra separados 1 vez cada semana.
3. Ir al supermercado solo 1 vez en semana y comprar varios productos elegidos previamente.
4. Ir al supermercado solo 2 veces por semana y comprar varios productos elegidos previamente.
5. Ir al supermercado solo 3 veces por semana y comprar varios productos elegidos previamente.
6. Ir al supermercado solo 4 veces por semana y comprar varios productos elegidos previamente.

Se dio instrucciones de que anotara en cada exposición el siguiente registro:

DÍA Y HORA	ANSIEDAD ANTES (0 A 10)	ANSIEDAD DESPUÉS (0 A 10)

Se acordó no abandonar la situación en el caso de sentir mucha ansiedad, salir pero volver a la tienda otra vez rápido, no realizando ninguna conducta de evitación. En las primeras sesiones de compras el profesional le esperaba fuera para repasar con él lo sucedido y asegurarse de que se cumplía el paso con un éxito aceptable y que la ansiedad fuese más baja después de la exposición que al inicio de la misma.

Los refuerzos escogidos por el éxito de cada paso fueron:

- Autoinstrucciones de éxito del propio sujeto.
- Compras especiales (refrescos y postres) por pasos cumplidos.

El programa duró 6 sesiones, tras las cuales Miguel era capaz de hacer la mayoría de las compras domésticas en el supermercado.

### 33. Pautas de intervención con familias

Las familias cuidadoras son una parte imprescindible del tratamiento de las personas con TMG de tal forma que la familia con la que convive el paciente puede condicionar la intensidad e impacto de los problemas relacionados con el trastorno en una dirección u otra. Además, la incidencia de trastornos de ansiedad y depresión suele ser alta entre los cuidadores como consecuencia de soportar durante largos periodos el cuidado médico, social, psicológico, afectivo e instrumental del paciente.

Los estilos de vida relacionados con actitudes y conductas favorecidos socialmente, y condicionados por valores culturales asociados a los problemas mentales así como por normas sociales unidas al rol del cuidador familiar (sobre todo en las mujeres), convierten a la familia en una población de doble riesgo. Por un lado riesgo para la familia en sí misma, haciéndoles más vulnerables a presentar problemas psicológicos (queme, ansiedad, depresión, agotamiento físico y psicológico, etc.). Por otro lado, riesgo para la persona afectada del trastorno mental, incrementado su vulnerabilidad a las recaídas como consecuencia de vivir en un ambiente estresante y emocionalmente inestable o incapaz de favorecer los cuidados necesarios. Al conjunto de estos problemas, que tras un tiempo prolongado de ocurrencia se convierten en un estilo de vida arraigado se les ha dado en llamar “Emoción Expresada” (EE).

La atención psiquiátrica tradicional suele descuidar el tratamiento de la familia y aunque la tiene en cuenta como un recurso valioso para la evaluación, el diagnóstico y aspectos “indirectos” del tratamiento (supervisar la adherencia a la medicación, acom-

pañar a las citas, detección de crisis, información de la evolución del paciente, etc.), no dedica suficientes esfuerzos para tratar en profundidad los problemas que dentro de la familia están contribuyendo al mantenimiento de la psicopatología y el deterioro. Pero si entendemos que los estilos de vida de la familia están relacionados con conductas y actitudes que fomentan la desadaptación del paciente, el abordaje individual, farmacológico, psicológico o social no parece suficiente y resultará adecuado dirigir los esfuerzos a diseñar intervenciones complementarias o paralelas con la familia que modifiquen esos estilos de vida de forma eficaz. Con las intervenciones familiares se trata de transmitir información, estrategias y conocimiento acerca del trastorno para lograr una mayor estabilidad en el clima familiar, disminuir la frecuencia, intensidad y duración de las recaídas y mejorar las relaciones de apoyo.

Se ha dicho que las intervenciones familiares tienen como principal objetivo reducir la EE y el estrés familiar (comentarios críticos, hostilidad hacia el paciente o implicación emocional excesiva) para reducir las recaídas. Pero el papel de la familia no solo es importante en lo que se refiere a reducir la incidencia de las crisis. Cumplen un papel fundamental como colaboradores durante todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. Es necesario pues, que la familia sea implicada desde el comienzo de la intervención, recibiendo información sobre el proceso de su familiar, aprendiendo a manejar y a tolerar las conductas de su familiar para asegurar la efectividad del tratamiento. Es más, en un contexto alejado y rural en donde las familias están a mucha distancia y especialmente en un contexto de tratamiento domiciliario es imprescindible conseguir el apoyo de la familia para conseguir la adquisición, mantenimiento y generalización de los progresos de la persona con TMG, cuando se retiren los apoyos profesionales.

Los programas aplicados a la familia tienen una metodología psicoeducativa con el objetivo general de dotar a los cuidadores familiares de recursos cognitivos y conductuales para afrontar las situaciones problema. Actualmente disponemos de programas familiares bien descritos en la bibliografía que nos permiten su aplicación. Estos programas integran varios procedimientos y técnicas que permiten abordar gran variedad de problemas. También suelen ser programas inscritos dentro de un plan general de tratamiento y de un equipo multidisciplinar que debe sumar sus esfuerzos terapéuticos dentro de una concepción amplia de recuperación: clínica, social, personal y familiar.

Hoy hay pocas dudas en reconocer que la intervención con familias de pacientes con TMG es una pieza fundamental de la rehabilitación. En este apartado se va a hablar de la intervención con familias, de una serie de pautas que se han englobado dentro del término “psicoeducación” debido a la importancia concedida a la información, como forma de conseguir objetivos y mejoras tanto en la familia como en el paciente. Aunque existen varios modelos de intervención familiar para abordar el TMG, si se unen los factores comunes a todos los modelos, se pueden encontrar los elementos nucleares de este tipo de intervención:

- La información sobre la enfermedad y el tratamiento y su manejo son un foco central.
- Relación de reciprocidad con los familiares. Los familiares son reconocidos como agentes terapéuticos y la planificación de la intervención se hace en conjunto con la familia.
- Las intervenciones están centradas en los problemas actuales y no en los pasados.

- Se da apoyo para reducir la carga subjetiva familiar.
- Se ofrecen pautas prácticas sobre problemas concretos como el manejo de crisis, los problemas de conducta o la comunicación.
- El modelo central de todas las pautas es el de vulnerabilidad al estrés.
- El trastorno mental es visto como una enfermedad, en el sentido de dar importancia a la medicación, pero no en el sentido de curar, sino de rehabilitar o recuperar al máximo.
- La intervención es útil dentro de un paquete de tratamiento más amplio.
- Las diferentes pautas combinan algunos de los siguientes elementos: información, solución de problemas, apoyo y manejo de crisis.
- Los objetivos comunes son: informar, mejorar habilidades de comunicación, disminuir recaídas, modificar estilos de vida negativos, dar esperanza, disminuir la culpa y el estigma, apoyar y acompañar.

A continuación describimos con más detalle los objetivos, características, metodología y contenidos de la intervención familiar con pacientes alejados y localizada en el domicilio.

### **33.1. JUSTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES CON FAMILIAS DE PERSONAS CON TMG**

Son dos los elementos que nos llevan a justificar la intervención psicosocial con familias de pacientes con TMG: la emoción expresada y las necesidades asociadas al cuidado.

#### **A) *La Emoción Expresada (EE)***

El principal impulso a las intervenciones familiares psicoeducativas proviene de la investigación sobre la EE. Este concepto parte de la comprobación empírica de que los pacientes con esquizofrenia que tienen familias con comportamientos críticos, hostiles o sobreprotectores tienen más recaídas. Estas observaciones han hecho que la EE se considere un factor de riesgo y una variable explicativa de la recaída. Estos datos junto con el modelo de vulnerabilidad al estrés llevaron a diseñar intervenciones familiares orientadas a la disminución de la EE como una fuente de estrés dentro de la familia del paciente. De acuerdo con la combinación de ambos constructos (EE y vulnerabilidad al estrés) se clasifica a las familias con alta EE a las que tienen una elevada crítica (desaprobación explícita de aspectos de la personalidad del paciente), hostilidad (rechazo global de la persona, antipatía, resentimiento, ira) o sobreimplicación (alta sobreprotección e intromisión en la vida de su familiar) o con baja EE a las familias que tienen actitudes positivas (comunicación asertiva y apoyo), cálidas (aceptación y comprensión) y afectivas (reconocimiento de comportamientos positivos y aspectos conservados de la personalidad del paciente), que protegen y predicen una mejor adaptación psicosocial en los pacientes.

## **B) Necesidades de los pacientes = necesidades de las familias**

Aunque no está claro si el estrés familiar es causa o consecuencia de las recaídas (probablemente ambas al mismo tiempo), lo que está claro es que los familiares de personas con enfermedad mental tienen mayor nivel de estrés que los familiares que no están al cuidado de una persona con enfermedad mental. La problemática a la que se enfrentan, el desconocimiento del trastorno, el estigma social o el afrontamiento de situaciones críticas facilita vivencias que pueden suponer un importante desgaste físico, psicológico y social.

En general, aunque no cubramos el amplio abanico de necesidades en cada caso, hay dos áreas de necesidad comunes en todas las familias y una específica de las familias en contextos rurales y alejados:

1. La Carga. Se puede definir como el efecto que ciertas características del paciente y la enfermedad producen en cada miembro de la familia. Efecto que puede ser subjetivo (estrés, miedo, desesperanza, etc.) y objetivo (pérdida económica, hacinamiento, falta de tiempo, etc.). Estas cargas o efectos se pueden conceptualizar como la interferencia del cuidado del paciente en áreas como las relaciones sociales y familiares o las actividades de ocio.
2. Expectativas, demandas y quejas. Existe una discrepancia entre las necesidades sentidas por las familias y los servicios que reciben. También es común encontrar poca satisfacción con los servicios de salud mental. Las necesidades mostradas por las familias son la información (sobre la enfermedad, el tratamiento, el afrontamiento, cómo solicitar y recibir ayuda, etc.) y recibir apoyo (domiciliario, ayuda práctica, ayuda rápida en las crisis, etc.). Los aspectos más valorados como importantes son las habilidades sociales y de comunicación y la capacidad de autocuidado del paciente, así como la aceptación de reglas y normas sociales y familiares.
3. El apoyo social. Entre las necesidades específicas de las familias localizadas en zonas alejadas, aisladas y rurales, el aislamiento y la soledad pueden ser equivalentes al desamparo y la indefensión. Tener la posibilidad de comentar los problemas, ser escuchado y recibir consejo en estos casos es un factor de protección en sí mismo, ya que contribuye a reducir el estrés y evitar la desvinculación o exclusión asistencial.

Si tenemos en cuenta una combinación de estas necesidades, los familiares pueden sentir una gran carga subjetiva, tener un pobre funcionamiento social, mayor nivel de estrés y se perciben poco capaces para afrontar los problemas por ellas mismas.

Resumiendo y tratando de enfatizar alguno de los elementos ya expuestos hasta el momento, la salud mental del contexto familiar ha representado siempre un punto crítico entre los problemas de los pacientes con TMG por varias razones:

- a) Por el impacto psicológico y personal que representa la enfermedad mental para la familia. Los síndromes ansioso-depresivos son frecuentes entre los cuidadores y sus esferas vitales se ven afectadas en gran medida (vida social, actividades laborales, ocio, economía, relaciones de pareja, etc.).



- b) Por el papel que tiene la familia en la evolución y curso del trastorno (factor de riesgo o factor de protección).
- c) Por el papel que tradicionalmente ha desempeñado la psiquiatría tradicional en la creación de mitos sobre la familia que han generado en muchas ocasiones incomprensión y creencias erróneas (causalidad de la enfermedad en un contexto familiar patológico).
- d) Por las características del cuidador: mujer, ama de casa, clase social media, escasa red social y de ocio, con dificultades de acceso a los recursos por medios propios de transporte cuando vive alejada de los recursos.
- e) Por el frecuente abandono y poco esfuerzo asistencial por parte de los servicios sanitarios que atienden a las familias.

También los datos epidemiológicos son claros. En Castilla-La Mancha el 80% vive con su familia. De éstas el 40% de los cuidadores tienen más de 65 años. Sólo el 0,8% recibe algún tratamiento domiciliario desde los servicios de salud mental. Menos del 2% recibe alguna intervención psicosocial diferente al tratamiento farmacológico durante los 15 primeros años del trastorno. Antes de ser derivado a un Centro de Rehabilitación la familia ha recibido información poco estructurada o poco sistemática sobre el trastorno, a menudo sobre el diagnóstico de esquizofrenia sin abordar en profundidad el impacto psicológico de esta información, ni la enseñanza de estrategias psicosociales. El 34% vive con un solo cuidador (padre, madre o cónyuge) que no puede repartir las cargas de la convivencia con otros familiares. En nuestro equipo evaluamos las cargas sentidas por los cuidadores de una muestra de 100 pacientes en el entorno rural. Las principales cargas eran las sociales y las de tiempo, seguidas de las de salud.

## **33.2. OBJETIVOS**

Mediante los programas familiares se pretende informar, apoyar y asesorar a las familias. También se enseñan estrategias para resolver problemas cotidianos y conseguir una mejora del clima familiar general. Con ello se pretende mejorar la calidad de vida familiar, disminuir el nivel de estrés y conseguir convertir a la familia en un factor protector y en un agente o recurso colaborador del tratamiento. Los objetivos concretos son:

- Establecer una alianza a largo plazo con los familiares.
- Mejorar las relaciones afectivas entre la persona con enfermedad mental y su familia.
- Dar información comprensible sobre el trastorno mental y el tratamiento.
- Entrenar en estrategias de comunicación y solución de problemas.
- Aumentar la percepción de apoyo en la familia.
- Disminuir el estrés de cuidador y de la familia,
- Favorecer actitudes de aceptación y expectativas ajustadas.
- Enseñar límites para mantener un distanciamiento emocional saludable.
- Evitar el aislamiento de la familia.
- Dotar a la familia de recursos de apoyo para situaciones especialmente conflictivas.

### 33.3 PERFIL DESCRIPTIVO DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Además de las características relacionadas con la EE y con las necesidades descritas antes, es posible extraer, según nuestra experiencia, el perfil característico del cuidador/a de una persona con TMG. Se pueden identificar 5 áreas que definen comportamientos típicos que aparecen como consecuencia de la convivencia y cuidado duradero de una persona con un TMG:

1. Área afectivo-familiar. Se trata del rol que se desarrolla con las persona allegadas (hijos, sobrinos, pareja, etc.). Un mal funcionamiento puede conllevar trastornos emocionales. La mujer suele soportar la mayor parte de las cargas negativas del trastorno mental siguiendo su rol de cuidadora o protectora de los hijos (problemas con los demás, problemas económicos, problemas de salud, etc.).
2. Rol social-cultural. Se refiere al papel que se desempeña dentro de la red social en que la persona se desenvuelve. La mujer cuidadora, en mayor medida que el hombre, va perdiendo parte de la red social, sobre todo si no tiene relaciones laborales a la vez que va perdiendo las actividades de ocio y culturales.
3. Área de autonomía. Es el nivel de independencia que se relaciona muchas veces con el nivel educativo y de formación y las habilidades para resolver los problemas cotidianos. La falta de habilidades implica mayor nivel de estrés familiar. El cuidador/a en un ámbito rural frecuentemente tiene escasa formación, y habilidades para solucionar los problemas complejos del cuidado que implican negociar y manejar gran cantidad de información y recursos de atención sociales y sanitarios.
4. Área económica-laboral. Su empobrecimiento conjuntamente con la pérdida de autonomía, lleva a un estado de indefensión y dependencia de otras personas (del marido en la mayoría de las circunstancias).
5. Área de ocio y tiempo libre. Se refiere al tiempo que se dedica a uno mismo. El cuidador/a no suele disponer de muchas actividades personales, han perdido su valor reforzante o están muy limitadas en el tiempo y en la oferta del medio, que a menudo suele ser escasa en contextos con poca variedad de recursos socio-culturales.

A estos estilos de vida se les ha llamado el “síndrome del cuidador”, que padecen personas que soportan el cuidado de otros familiares con problemas graves y crónicos. Este síndrome no viene dado únicamente por la alta EE, sino por los comportamientos que aparecen en la evolución del trastorno mental, que dan lugar a formas de vida deterioradas, y que unidas al contexto socio-cultural empobrecido van perfilando un estilo de vida poco saludable psicológica y emocionalmente.

Aunque la mayoría de autores coinciden en describir los problemas del cuidador como de Emoción Expresada o como problemas de ansiedad o depresión (rechazo del enfermo, tristeza, rabia, sobre-protección, culpa, fobias, etc.) y lo asocian a “patología familiar” (negación, queme, tolerancia de conductas bizarras, aislamiento, etc.), las respuestas a estos problemas se basan en un modelo de enfermedad clásico (mediación, consejo, paternalismo profesional). Con demasiada frecuencia se buscan diagnósticos rápidos y poco científicos para explicar la “patología familiar”



(etiquetándolas de histéricas, depresivas, evitativas, colaboradoras, manipuladoras, inhibidoras, dependientes, etc.), aunque con pocos o ningún intento de enseñar formas alternativas de comportamiento a parte del consejo médico-paciente. Tras años de convivencia con el enfermo, no mejoran porque está claro que la medicación y la trasmisión de información o consejos esporádicos a la familia no cambia los comportamientos de la gente.

Cualquier profesional que trabaje desde la rehabilitación es frecuente que se encuentre un alto número de familias que son etiquetadas como “enfermas” y que a su vez son tratadas como pacientes desde el sistema sanitario, sin comprobar que las conductas y problemas que presentan son explicables cuando se analizan en base a los estilos de vida y las interacciones que mantienen con el familiar con enfermedad mental, en mayor medida que en base a síntomas clínicos, etiológicos o signos de una enfermedad.

Resumiendo, se podría extraer un perfil descriptivo en base a áreas problemáticas y estilo de vida personal más que en base a criterios con mayor peso etiológico: por regla general el cuidador principal en el ámbito rural es una mujer entre 55 y 65 años, de clase media-baja, de un nivel cultural bajo. La mayoría no desempeña actividad laboral fuera de casa, cuando lo hacen suele ser en trabajos infravalorados (limpiadoras, labores agrícolas, etc.) Su rol social se ha reducido a la familia que le asigna un rol específico como “buena madre”, “buena esposa”, etc. También el área afectiva se reduce a la pareja y los hijos. El marido suele tener una red social a parte, suele compartir las horas libres con otros y participa poco en el cuidado de la persona con enfermedad mental. Los otros hijos, si los tienen, acaban considerándolas como parte del problema del hermano enfermo. El cuidador/a se termina acostumbrando a la falta de comunicación en familia y a la ausencia de actividades afectivas. Al carecer de pocas habilidades de solución de problemas y un bajo nivel educativo se enfrentan al desconocimiento de la enfermedad y del tratamiento. A la baja tasa de refuerzos positivos se le suman los castigos como son el rechazo de los otros fruto del estigma social asociado a la enfermedad mental, así como por el afrontamiento diario de enfrentamientos y problemas con el hijo con enfermedad mental (negativas a tomar la medicación, síntomas psicóticos, problemas de higiene, ausencia de ocupaciones, etc.) y con los otros hijos (celos, culpabilización, discusiones, etc.).

### **33.4 CARACTERÍSTICAS Y CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN**

Las intervenciones familiares conciben a la familia como un medio y un fin para conseguir la mejoría del paciente y para conseguir la mejoría de la familia.

En la actualidad no se habla de “terapia familiar”, incluso el término universal de “psicoeducación de familias” se va sustituyendo por el de “intervención con familias”, reflejando que los objetivos no son solo la información o la reducción de recaídas sino también la mejora de las conductas y la calidad de vida de la familia.

En general las posiciones frente a estas intervenciones son realistas: la intervención familiar no es eficaz para todos los aspectos del TMG, pero con los datos de que hoy disponemos parece claro que es algo que funciona. Cualquier intervención familiar consigue mejores resultados cuando se incluye como componente integrado de un Plan Individual de Rehabilitación. Las características que tienen que seguir los programas para lograr dicha eficacia son: el programa debe abarcar tanto a los pacientes como a las personas que componen la unidad familiar principal; la educación por sí sola no es suficiente aunque resulta útil; las intervenciones deben mantenerse un tiempo prolongado y deben realizarse en coordinación con otros aspectos del tratamiento del paciente; la intervención debe dirigirse también a que el paciente cumpla el tratamiento farmacológico.

Los programas que se aplican suelen ser multicomponentes y hacen hincapié en el manejo de la enfermedad y en el desarrollo de habilidades de afrontamiento (ver cuadro 33.1). Las estrategias de intervención se basan en la educación para la salud, el manejo de la EE, las técnicas cognitivo conductuales para reducir la vulnerabilidad al estrés, el manejo de cogniciones y expectativas inadecuadas sobre la enfermedad mental y la ampliación de las redes de apoyo social. Como se ve en el cuadro 33.1 cualquier programa suele incluir elementos psicoeducativos y principios de aprendizaje cognitivo conductual.

*Cuadro 33.1. Descripción de técnicas utilizadas en los programas de intervención familiar.*

- Técnicas educativas sobre el trastorno mental y el manejo del tratamiento
  - Información sobre los síntomas
  - Modelo explicativo de vulnerabilidad
  - Información sobre el tratamiento
  - Identificar señales de recaída y técnicas preventivas
- Habilidades de afrontamiento
  - Técnicas de relajación muscular y respiración
  - Técnicas de solución de problemas
  - Técnicas de comunicación y habilidades sociales
- Técnicas conductuales de mejora del estilo de vida
  - Planificación de actividades reforzantes

En estos programas de intervención desempeña un papel muy importante la enseñanza de un concepto de la enfermedad que permita a la familia comprender la naturaleza del trastorno y el modo en que pueden influir sobre el curso y la gravedad.

Se enseña a las familias la relación entre la vulnerabilidad, los estresores, el afrontamiento y las recaídas. Se utiliza un concepto transaccional del estrés explicando la relación entre demandas y afrontamiento.

Además de los elementos más específicos o formales son también importantes los elementos inespecíficos como la escucha y la descarga emocional.

### 33.4.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Primero se expone el procedimiento y metodología a seguir, para luego describir algunos modelos y ejemplos de intervención familiar.

#### **A) Metodología de los programas**

Los programas de intervención familiar suelen ser mezcla de una variedad de técnicas cognitivas y conductuales con el fin de que puedan utilizarse para reducir la EE y las alteraciones emocionales de la familia y para que permitan afrontar más eficazmente los problemas derivados del trastorno mental y del estrés diario. En la mayoría de los modelos y de los programas se utiliza el concepto de “enfermedad” no como algo invariante y estable, sino como al dinámico y operativo descomponiendo el término en comportamientos reconocibles y manejables.

El lenguaje y la atención se centran siempre en los elementos observables del trastorno y se cambia el rol de paciente (persona pasiva) por el de persona que aprende a resolver dificultades y a mantener estilos de vida diferentes (persona activa).

Normalmente se incluye un periodo inicial de evaluación previa, se realizan entre 10 y 20 sesiones de 1 hora o 1,30 horas de duración cada una y con una periodicidad semanal. Las últimas sesiones se pueden espaciar entre sí entre 15 días y 30 días con el objetivo de facilitar la retirada del programa y conseguir una permanencia activa del programa durante más de 6 meses.

También se suele mantener una misma estructura en las sesiones (ver cuadro 33.2). Tras la evaluación inicial se seleccionan las técnicas y estrategias que hay que enfatizar más para la adquisición de habilidades, así como el contenido de las sesiones con la familia. Las sesiones también se deben adaptar a los problemas o situaciones que se planteen y que tienen que ver con la vida cotidiana de la familia. En el cuadro 33.3 se muestra un programa típico de trabajo grupal con familias de un centro de rehabilitación psicosocial. Además de los objetivos directos como son la mejora de habilidades, la información y la solución de problemas se suelen perseguir otros objetivos indirectos como son incrementar la red de apoyo de la familia, incrementar el tiempo que dedica la familia a actividades placenteras, y disminuir la sensación de indefensión y dependencia de los recursos sanitarios ante los problemas de la enfermedad mental.

*Cuadro 33.2. Estructura típica de una sesión de un programa de intervención familiar.*

1. Síntesis de la sesión anterior “como vimos en la sesión anterior los objetivos... (recuerdo de objetivos). Las habilidades que teníamos que aprender eran (recuerdo de habilidades), y los pasos que teníamos que dar eran... Acordamos realizar unos ejercicios durante la semana.
2. Análisis y discusión de las tareas y ejercicios entre sesiones. Se comentan las dificultades y consecuencias, se valora la generalización y se da feedback y refuerzo positivo. Se potencia mucho esta fase: “¿cómo lo habrías solucionado?, ¿qué otras situaciones similares se pueden dar?, etc.
3. Presentación de los objetivos de la sesión y de los contenidos nuevos. Se introduce la habilidad a entrenar o el contenido a informar explicando sus objetivos y cada paso. Se explica por qué se ha seleccionado esta habilidad o contenido y la utilidad de incluirla en su repertorio de habilidades. Para esta fase se suele disponer de material de apoyo como folletos, cuadernos o esquemas.
4. Puesta en marcha de las habilidades. Se explican los contenidos o se realizan ensayos y modelado. También se realiza un análisis cognitivo de la habilidad y de cómo aplicarla: “¿cómo se puede aplicar?, ¿en qué situaciones?, ¿que suelen hacer en esa situación y como cambiarían?... Se repiten varios ensayos y se da refuerzo verbal a las aproximaciones acertadas.
5. Resumen. Se subrayan las ideas principales y lo más relevante de los contenidos.
6. Asignación de tareas para casa a realizar durante la semana por ellos mismos.

*Cuadro 33.3. Contenidos de un programa típico de intervención familiar.*

- Evaluación pre-post
  - Cuestionarios de conocimientos
  - Cuestionarios de actitudes
  - Cuestionarios de expectativas
  - Entrevistas a la familia
  - Registros de conductas concretas
  - Cuestionarios de carga familiar
- Módulos
  - Módulo 1. Información
    - La enfermedad mental, causas, síntomas y modelo de vulnerabilidad
    - Tratamiento, fármacos, efectos secundarios
    - Consecuencias de la enfermedad
    - Emoción expresada, Factores de riesgo de y protección
    - Recursos y red de atención
  - Módulo 2. Habilidades
    - Habilidades de comunicación familiar
    - Asertividad
    - Solución de problemas
    - Técnicas de modificación de conducta: aumento de conductas y reducción
  - Módulo 3. Autocontrol
    - Autocontrol emocional de los familiares
  - Módulo 4. Apoyo y soporte
    - Orientación hacia asociación de familias
    - Búsqueda de grupos de autoayuda
  - Módulo 5. Seguimiento
    - Seguimiento y sesiones de recordatorio

## B) Modelos de intervención

Existen diversos modelos de intervención familiar. Cada uno da un peso diferente a los distintos elementos (información, entrenamiento y apoyo) y se dan diferentes combinaciones del número de sesiones, duración, ubicación, número de familias, presencia o no de los pacientes, momento de inicio del programa con respecto a la evolución del trastorno y estilo de presentación. En el cuadro 33.4 se muestra una síntesis de alguno de los modelos más utilizados y conocidos en la intervención familiar del TMG.

Cuadro 33.4. Cuadro sintético de los principales modelos de intervención familiar.

PROGRAMA	OBJETIVOS	DURACIÓN	PARTICIPANTES, LUGAR Y FORMATO	CONTENIDOS
Intervención familiar orientada a las crisis (Goldstein et al., 1.986)	<p>Identificar estresores que puedan precipitar crisis.</p> <p>Desarrollar habilidades de evitación y afrontamiento del estrés.</p> <p>Aplicar las habilidades a problemas concretos.</p> <p>Anticipar y planificar sucesos estresantes.</p>	6 semanas tras la hospitalización	<p>Pacientes en 1ª o 2ª hospitalización junto a los familiares.</p> <p>Hospital o centro. Aplicación grupal.</p>	<p>Fase de psicoeducación: se identifican factores estresantes precipitantes de la crisis. Se explica la relación entre estrés y psicosis.</p> <p>Fase de identificación y consenso: Identificación de estresores particulares.</p> <p>Fase de prevención y afrontamiento del estrés: adquisición de habilidades.</p> <p>Fase de evaluación de eficacia: modificación o no de estrategias.</p> <p>Fase de planificación y anticipación: de sucesos estresantes.</p>
Intervención familiar para reducir la EE (Leff et al., 1.985)	<p>Aprender sobre el trastorno mental.</p> <p>Cambiar las actitudes negativas hacia el paciente (Fase I).</p> <p>Disminuir el contacto con el paciente (Fase II).</p> <p>Tratar problemas específicos (Fase III).</p>	Entre 9 meses y 12 meses.	<p>Familias de alta EE. Incluye a pacientes en la Fase III. Solo familias en la fase I y II.</p> <p>Grupo multifamiliar en la Fase II y unifamiliar en la fase III.</p> <p>En el centro en la Fase II, y en el hogar en las Fases I y III.</p>	<p>Fase I. Educación: 2 sesiones sobre diagnóstico, tratamiento, etiología y curso.</p> <p>Fase II. Sesiones grupales. 9 meses sesiones cada 15 días. Técnica de solución de problemas. Temas frecuentes: recaídas, síntomas, emociones en los familiares.</p> <p>Fase III. Sesiones unifamiliares, Problemas específicos.</p>

<p>Intervención familiar conductual (Falloom et al., 1.987)</p>	<p>Información y comprensión del TM.</p> <p>Mejorar la comunicación.</p> <p>Mejorar la solución de problemas.</p> <p>Disminuir el estrés familiar.</p> <p>Mejorar el clima y la cohesión familiar.</p>	<p>Un año de intervención y 1 año de seguimiento.</p> <p>Visitas semanales los 3 primeros meses, quincenales los 9 siguientes y mensuales el año siguiente.</p>	<p>Familia y paciente a la vez.</p> <p>Unifamiliar en el domicilio.</p>	<p>Fase previa. Análisis funcional de los problemas.</p> <p>Fase I. 2 sesiones de psicoeducación: diagnóstico, síntomas, medicación y efectos secundarios.</p> <p>Fase II: Comunicación. Expresión de sentimientos positivos, hacer peticiones, refuerzo verbal, empatía y escucha y exponer sentimientos negativos.</p> <p>Fase III: Solución de problemas. Según modelo de D'Zurilla y Goldfried (1.969).</p>
<p>Psicoeducación familiar (Anderson, 1.988)</p>	<p>Establecer alianza en la familia.</p> <p>Disminuir el estrés, la culpa, la ansiedad, el estigma y el aislamiento.</p> <p>Dar información sobre la enfermedad.</p> <p>Disminuir las recaídas.</p> <p>Uso adecuado de la medicación.</p> <p>Establecer límites.</p> <p>Reducir expectativas irreales.</p> <p>Aumentar las redes sociales de la familia.</p>	<p>Fase I: variable.</p> <p>Fase II: 1 día entero.</p> <p>Fase III: 2 a 4 meses.</p> <p>Fase IV: 1 a 2 años.</p>	<p>Unifamiliar junto con el paciente en la Fase III.</p> <p>Multifamiliar en la Fase II. Se desarrolla en el centro.</p>	<p>Fase I: Conectando con la familia. Establecimiento conjunto de objetivos entre la familia, el paciente y el terapeuta.</p> <p>Fase II: Taller de supervivencia. 4 ó 5 familias. Sesiones predominantemente psicoeducativas.</p> <p>Fase III: Reintegración en la comunidad. Aplicación de los tratados en grupo a una familia.</p> <p>Fase IV: Continuación del tratamiento y desenganche: continuidad en terapia familiar o sesiones de apoyo si precisa o sesiones de apoyo y mantenimiento.</p>
<p>Intervención multifamiliar (McFarlane, 1.988).</p>	<p>Prevenir recaídas.</p> <p>Mejorar el funcionamiento social del paciente.</p> <p>Aumentar la red social del paciente y la familia.</p>	<p>Total 2 a 3 años.</p> <p>Fase IV: 4 a 6 meses.</p>	<p>Fase previa solo pacientes.</p> <p>Fase I unifamiliar.</p> <p>Resto de fases multifamiliar con pacientes.</p> <p>Se hace en el centro.</p>	<p>Fase previa: Grupo de pacientes. Explicación del programa.</p> <p>Fase I. Formación del grupo. Evaluación (conocimientos, expectativas, EE y habilidades de afrontamiento). Explicación de la metodología.</p> <p>Fase II. Cohesión de grupo. Sesiones educativas. Reforzar cohesión y semejanzas.</p> <p>Fase III. Solución de problemas. Combinación de confrontación y apoyo a los problemas.</p> <p>Fase IV: Red social. Relaciones de grupo. Formación de grupo de autoayuda.</p>

<p>Intervención basada en las necesidades de la familia (Tarrier, 1992).</p>	<p>Identificar y disminuir la EE.</p> <p>Aumentar el funcionamiento del paciente.</p> <p>Identificar necesidades de la familia y planificar cómo satisfacerlas.</p>	<p>20 a 24 sesiones semanales. Total <math>\geq 6</math> meses.</p> <p>Fase I: 2 sesiones.</p> <p>Fase II y III: variable según n° de sesiones, <math>\geq 5</math> meses.</p>	<p>Fase I: 2 sesiones unifamiliares junto con el paciente.</p> <p>Fase II unifamiliar.</p> <p>Fase III unifamiliar, se puede incluir al paciente en algunas sesiones según objetivos a conseguir.</p>	<p>Fase I: Programa educativo. 2 sesiones educativas. La primera solo con familiares, se corrigen mitos y creencias erróneas. La 2ª se junta a la familia y al paciente.</p> <p>Fase II. Manejo del estrés. Solución de problemas orientada a la solución del problema o al alivio de la carga emocional.</p> <p>Fase III. Establecimiento de metas. Listados de necesidades, formulación de metas, planificación de soluciones y revisión de eficacia.</p>
--	---	--	---	---

### C) Formatos de intervención con familias en contextos rurales

Como se ha visto todos los programas de intervención familiar combinan estrategias psicoeducativas con técnicas de afrontamiento. Es la combinación de esos dos elementos y la variedad de habilidades lo que hace que estas intervenciones sean eficaces y que por separado (solo información o solo habilidades) no resulten igualmente eficaces. Por tanto cualquier formato de intervención que se adapte para el contexto rural debe mantener los siguientes aspectos si quiere obtener resultados adecuados:

- Proporcionar información sobre el TM incluyendo: origen, curso, pronóstico, factores de riesgo y factores de protección.
- Enseñar estrategias de afrontamiento de problemas y situaciones conflictivas.
- Promover que la familia se implique activamente en el proceso de rehabilitación del usuario identificando problemas y ayudando a resolverlos.
- Favorecer el apoyo social a la familia tanto emocional como instrumental.

La principal diferencia de intervenir con familias de un contexto rural y alejado vendrá determinada fundamentalmente por el contexto que va a determinar la elección o preferencia por algunos elementos:

- Intervención unifamiliar frente a grupos multifamiliares.
- Inclusión del paciente en todas o parte de las sesiones.
- Realización en el domicilio familiar frente al centro de rehabilitación.
- Continuidad en el tiempo más allá de las sesiones formales.
- Graduación de los niveles de intensidad en la intervención familiar en función de la accesibilidad de la familia.

La elección de sesiones unifamiliares en el domicilio representa también algunos elementos específicos a considerar. Se visita a la familia en sesiones de una hora y en un número de sesiones que puede ir entre 5 a 20. Aunque el enfoque principal de los formatos haga referencia reducir la EE se persiguen objetivos pragmáticos e inmediatos, como la información sobre los recursos disponibles para solucionar las crisis o incre-



mentar el contacto social de la familia. Las técnicas que se utilizan deben orientarse a las conductas actuales con objetivos claros y precisos y evitar otras técnicas más complejas o profundas que necesitan mayor presencia del terapeuta o más tiempo para demostrar sus resultados.

El paciente puede recibir intervención individual de manera paralela a las sesiones familiares que potencien los resultados en AVD, en habilidades sociales o manejo de la medicación.

El profesional debe hacer un trabajo específico para conectar a la familia con recursos de apoyo social y sanitarios cercanos para disminuir la distancia asistencial y conseguir una red o mini-red de soporte cercana para la familia.

Teniendo en cuenta que la intervención con las familias puede graduarse en intensidad, se pueden obtener los siguientes formatos:

1. Atención a la familia para el diseño del PIR del paciente.
2. Programa de intervención para familias alejadas.
3. Programas de intervención para familias difíciles de vincular,
4. Programa de psicoeducación e intervención estructurado.

A continuación describimos la intervención con familias haciendo una descripción de los contenidos principales en función del nivel o grado de intensidad y accesibilidad que necesite cada familia en concreto y que permita el contexto.

#### 1) Atención a la familia para el diseño del PIR del paciente

Se trata de incluir a la familia de cada usuario atendido en las diferentes fases de intervención con el caso. Incluye una valoración mediante entrevistas para recoger sus expectativas, demandas y objetivos. El objetivo es tener en cuenta esta información para diseñar el PIR y la vinculación de la familia en el proceso a través de acordar objetivos relevantes con la familia. Las revisiones continuas y periódicas del PIR se harían con la familia como parte integrante de las decisiones que toma el equipo.

#### 2) Programa de intervención y soporte para familias alejadas

Se destina a familias muy alejadas geográficamente de los recursos socio-sanitarios, y que viven en núcleos poblacionales pequeños y empobrecidos. Se debe buscar la coordinación con programas más cercanos por ejemplo de los servicios sociales (ayuda a domicilio). Un objetivo fundamental es el acompañamiento para evitar la desvinculación y abandono asistencial del usuario y la familia.

El acompañamiento debe ser tanto instrumental como emocional. El acompañamiento emocional se refiere a la escucha de las dificultades o problemas en situaciones de conflictividad, indefensión y momentos de depresión. El acompañamiento se debe centrar en conseguir una mejor comunicación en la familia y apoyar a la familia en la solución de



problemas cotidianos relacionados con el trastorno mental. Otros temas importantes son el evaluar expectativas inadecuadas (p.ej. de curación) y trabajar hacia actitudes realistas que faciliten un mayor acercamiento al proceso de recuperación del usuario.

El acompañamiento instrumental debe abarcar el apoyo para la solución de aspectos prácticos que sirvan de soporte para una convivencia más adecuada. Por ejemplo: facilitar trámites y gestiones, informar de recursos de ayuda, mejorar la precariedad del hogar, informar de medidas a adoptar en las crisis, etc.

A través de la intervención se pretende lograr sobre todo apoyo e información, así como mecanismos de afrontamiento para tratar con la persona con enfermedad mental. Pero la principal meta con estas familias es desarrollar una alianza terapéutica y proporcionar a la familia un apoyo accesible y duradero. Por tanto, además de los objetivos a conseguir la intervención con estas familias seguirá los siguientes principios: crear una alianza a largo plazo, informar acerca del trastorno, facilitar seguridad y confianza en el ambiente familiar y continuidad asistencial.

En cuanto a los contenidos de las sesiones informativas deben realizarse de manera coloquial, breve y en forma de diálogo con la familia. Se debe facilitar que la familia formule preguntas. Tampoco es necesario fijar sesiones específicas para la información que puede suministrarse de modo menos formalizado durante toda la intervención.

En cuanto a la solución de problemas se deben abordar dificultades reales experimentadas por la familia. El abordar el aislamiento social es otro de los objetivos centrales y es importante ayudar a aumentar las relaciones que los miembros de la familia tienen con otras personas.

A continuación se describe un posible formato de intervención para familias alejadas.

- Programa de atención y soporte para las familias más alejadas
  - Objetivos:
    - Acompañamiento emocional
    - Evitar el aislamiento social de la familia
    - Apoyo instrumental para solucionar gestiones
    - Información y ajuste de expectativas sobre la enfermedad mental
    - Tratar problemas específicos de cada familia en su contexto
  - Participantes: familias alejadas geográficamente de los recursos, que viven en poblaciones pequeñas y aisladas.
  - Sesiones: Sesiones solo con la familia y conjuntas familia con usuario, en función del objetivo a trabajar. Las primeras sesiones de información y las de acompañamiento solo con familia. Las de solución de problemas es conveniente realizarlas con familia y usuario.
  - Duración: Sin límite de tiempo. Visitas semanales o quincenales

- Lugar: Domicilio
- Contenidos:
  - Acompañamiento emocional e instrumental
    - Escucha de dificultades y sentimientos negativos asociados al cuidado del usuario.
    - Apoyo práctico y concreto para la solución de trámites y gestiones puntuales.
    - Apoyo para la creación de redes de apoyo social formales e informales duraderas.
  - Expectativas
    - Identificar expectativas desajustadas y corregir dando información sobre la enfermedad mental y el tratamiento.
    - Conectar expectativas y creencias con emociones negativas (culpa, vergüenza, desesperanza, rabia y miedo).
    - Modificar, incrementar o reducir expectativas inadecuadas asociadas a comportamientos y situaciones concretas con el usuario.
    - Fomentar expectativas positivas hacia recursos sanitarios y sociales
  - Apoyo a la solución de problemas específicos
    - Identificar problemas específicos y frecuentes.
    - Sesiones de solución de problemas que se vayan planteando, fomentando tareas para casa y autonomía para afrontarlas. Disponibilidad del profesional entre sesiones.

En el cuadro 33.5 se describe un ejemplo de posibles contenidos de las sesiones de intervención para conseguir el apoyo emocional de las familias alejadas.

*Cuadro 33.5. Ejemplo de contenidos de sesiones de apoyo emocional para una familia alejada.*

<p><b>Sesiones de reestructuración cognitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación entre pensamiento, emoción y conducta.</li> <li>• Identificación de los pensamientos negativos</li> <li>• Estrategias para debatirlos y búsqueda de pensamientos alternativos</li> </ul> <p><b>Sesiones de relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de tensión y distensión muscular</li> <li>• Ejercicios de respiración abdominal</li> <li>• Relajación mental: visualización de imágenes agradables</li> </ul> <p><b>Sesiones de autocontrol emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar emociones no deseadas y pensamientos asociados</li> <li>• Entrenar cambio en autodiálogo</li> </ul> <p><b>Sesiones de incremento de autoestima</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-verbalizaciones positivas</li> <li>• Cuidado de la imagen física</li> </ul> <p><b>Sesiones de búsqueda de recursos en la comunidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de adultos</li> <li>• Casa de la cultura</li> <li>• Talleres gratificantes</li> <li>• Planificación de horas de ocio y diversión</li> </ul>
---

- Una pauta: la orientación como técnica de referencia

El consejo y orientación debe ser permanente en los casos que no pueden recibir programas más estructurados de intervención familiar debido a la lejanía geográfica.

Por tanto, una pauta que se debe mantener activa en el tiempo y que puede ser adecuada para las familias más alejadas con las que es difícil planificar técnicas más estructuradas es la orientación o consejo. Se trata de dar instrucciones sobre cómo actuar en situaciones concretas. Se trataría de un proceso continuado basado en dar instrucciones para ajustar y realizar actuaciones que la familia tiene que poner en práctica pero no sabe cómo. A continuación se describen los pasos para su aplicación.

- Pasos:

1. Especificar cuándo se deben poner en práctica las orientaciones o consejos.
2. Las orientaciones deben ser claras, concisas y sencillas.
3. Adecuar el lenguaje al nivel de la familia.
4. Pedir feedback a la familia para comprobar que han comprendido y para valorar las dificultades para llevarlas a cabo.
5. Proporcionar instrucciones por escrito.
6. Revisar los resultados de las orientaciones.

- Ámbitos de aplicación:

- Cuando se considere necesario para abordar problemas o conseguir objetivos.
- Se puede aplicar para: control de conductas impulsivas, implantación de normas domésticas, control de hábitos de salud, qué hacer ante los síntomas.

- Viñeta clínica

1. Situación de partida. Un hermano de una persona con esquizofrenia paranoide demanda ayuda para comprender las conductas de su hermano y saber cómo comportarse.
2. Especificar cuándo aplicar las orientaciones. Primero se definieron las conductas del paciente ante las cuales no sabe cómo comportarse. Cuando están juntos, el hermano no habla ni mira, a veces habla solo y dice algún insulto en voz alta y en ocasiones se levanta y se encierra en su cuarto.
3. Concertar las instrucciones. Se le dio información acerca de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y se establecieron relaciones de los síntomas con las conductas que hacía su hermano. Se establecieron las siguientes pautas de comportamiento para cuando surgiesen las conductas: a) tratar de iniciar algún tema de conversación haciendo un pregunta, b) extinción a los insultos y comportamientos extraños, c) no hacer ningún comentario sobre la enfermedad mental y cambiar la conversación si se detectan verbalizaciones delirantes, d) prestar atención positiva cuando el hermano responda o hable adecuadamente.
4. Pedir feedback para comprobar que ha comprendido y evaluar dificultades para ponerlo en marcha. Se pidió que pensara en problemas que podrían surgir. Se dieron ejemplos de cómo hacer la extinción y el reforzamiento positivo para las verbalizaciones adecuadas.

## 5. Dar instrucciones por escrito. Se facilitó los pasos por escrito para asegurar que no se olvidara de las instrucciones

### 3) Programa de intervención para familias difíciles de vincular

Se debe adaptar la intervención para las familias que presentan resistencia para vincularse a programas de intervención, con el objetivo de que la familia disponga de la información necesaria para manejar y comprender mejor los problemas relacionados con el TMG. En especial se debe conseguir que estas familias incrementen su conciencia del problema y puedan participar como soporte activo de la rehabilitación de su familiar evitando la tendencia inherente de estas situaciones al abandono asistencial, ya que combinan lejanía y resistencia.

Hay que considerar las problemáticas de vinculación como pueden ser la ansiedad a los contactos con los profesionales, expectativas de fracaso hacia la intervención, miedo a empeoramientos si se producen cambios en la situación actual,...

Este tipo de programas debe intentar mejorar el clima familiar y la vulnerabilidad del paciente a través de un programa de tratamiento estructurado que proporcione a las familias apoyo, información y recursos de solución de problemas para tratar la relación con el miembro familiar con enfermedad mental.

Mediante procedimientos psicoeducativos se tiene como objetivo evitar el abandono del tratamiento y desarrollar una alianza terapéutica a largo plazo. El acercamiento a estas familias debe ser paulatino y secuencial a lo largo de varias fases:

- 1) Crear una alianza con la familia.
- 2) Informar sobre el trastorno mental y las necesidades asociadas.
- 3) Conseguir influir en el ambiente familiar.
- 4) Continuidad con la atención

El contacto inicial de los profesionales con la familia es muy importante porque contribuye al establecimiento de la conexión terapéutica. Los objetivos de los contactos iniciales son:

- Establecer las bases de la relación con los profesionales.
- Comprender sus dudas y resistencias.
- Elaborar un contrato inicial con metas específicas y asequibles.

Como se ha dicho, el acercamiento de las intervenciones debe ser progresivo y en función de las dificultades de vinculación se puede optar por formatos más o menos intensivos. En el cuadro 33.6 se muestra un formato de intervención poco intensivo y con el principal objetivo de mantener una vinculación continuada con la familia y con mayor énfasis en la psicoeducación. En el cuadro 33.9 se muestra otro formato de intervención más estructurado e intensivo que se centra en mayor medida en crear una estrategia permanente de solucionar problemas. Ambos formatos contemplan 2 fases: informativa y trabajo por objetivos, son pragmáticos, con pocas sesiones iniciales y sesiones posteriores más espaciadas en el tiempo.

*Cuadro 33.6. Programa de psicoeducación familiar para facilitar la vinculación de la familia\*.*

Las acciones pueden incluir sesiones individuales iniciales de 5 sesiones y posteriormente entrevistas de frecuencia quincenal o mensual durante los siguientes meses. A modo de ejemplo:

**1ª SESIÓN.**

Presentación de objetivos y contenidos. Dudas y preguntas.

**2ª SESIÓN**

Cuestionario de información sobre el trastorno mental y de necesidades de la familia.

**3ª SESIÓN**

Concepto de trastorno mental crónico, síntomas y deterioros asociados.

**4ª SESIÓN**

Graduación de necesidades y planteamiento de metas y objetivos con cada una.

**5ª SESIÓN**

Compromiso escrito de solución de problemas y trabajo conjunto para solucionar las necesidades. Explicar qué es el PIR, cómo funciona y la importancia de su colaboración.

\*Las familias se consideran como agentes rehabilitadores y la intervención se diseña para enseñar habilidades necesarias en el manejo de la relación con su familiar en el domicilio por medio de la información, y el aprendizaje de nuevas formas de funcionamiento.

Un elemento importante de las intervenciones como la descrita en el cuadro 33.6 va a ser el identificar las necesidades que más urgen y preocupan a la familia de cara a facilitar el enganche terapéutico. En los cuadros 33.7 y 33.8 se listan las principales preocupaciones de las familias de personas con TMG.

*Cuadro 33.7. Principales preocupaciones de los familiares de personas con enfermedad mental.*

Los diez problemas principales de Torrey (2006). Torrey destaca diez problemas entre los más frecuentes, persistentes y complicados que preocupan tanto a los familiares como a los profesionales. Muchos de ellos deberán abordarse en la intervención familiar:

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. El tabaco y el café          | 6. La confidencialidad                |
| 2. El alcohol y las drogas      | 7. El incumplimiento de la medicación |
| 3. Sexo, embarazo               | 8. El tratamiento involuntario        |
| 4. Arresto y prisión            | 9. La conducta agresiva y violenta    |
| 5. Los abusos hacia el paciente | 10. El suicidio                       |

*Cuadro 33.8. Principales preguntas de los familiares de personas con enfermedad mental.*

- |   |   |
|---|---|
| • ¿Por qué mi hijo/a tiene esquizofrenia?                         | • ¿Qué tenemos que hacer si no quiere salir de casa?    |
| • ¿Por qué me ha tocado a mí?                                     | • ¿La enfermedad está causada por la familia?           |
| • ¿Todos los enfermos mentales son iguales?                       | • ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo/a?                       |
| • ¿La persona con enfermedad mental puede llegar a ser peligrosa? | • ¿Las pastillas que toma pueden ser perjudiciales?     |
| • ¿Qué diferencias hay con la psicopatía o la deficiencia mental? | • ¿Cuánto tiempo tiene que estar tomando la medicación? |
| • ¿Por qué no reconoce que está enfermo?                          | • ¿Es malo consumir alcohol tomado medicación?          |
| • ¿Tiene cura?  | • ¿Qué hacer si se niega a tomar la medicación?         |
| • ¿Seguirá empeorando?  | • ¿Cómo conseguir que no dependa de nosotros?           |
| • ¿Qué se puede hacer para no empeorar?                           | • ¿Qué hacer si se pone agresivo/a con la familia?      |

*Cuadro 33.9. Programa de intervención para familias con dificultades de vinculación centrado en la educación y la solución de problemas.*

#### **OBJETIVOS:**

- Generar un clima de colaboración familiar
- Establecer una alianza terapéutica a largo plazo con la familia
- Favorecer actitudes de aceptación hacia la enfermedad y el tratamiento
- Identificar necesidades de la familia en relación a la enfermedad
- Planificación de objetivos y recursos necesarios para cubrir las necesidades
- Proporcionar estrategias a la familia para solucionar situaciones conflictivas frecuentes en el contexto familiar
- Reducir el clima de tensión en el hogar
- Conseguir vinculación al programa de rehabilitación psicosocial del usuario

Participantes. Familias con resistencia o rechazo para vincularse a programas estructurados de intervención familiar

Sesiones. En las primeras fases de información, sesiones con la familia y usuario por separado. En la última fase variable: sesiones conjuntas para escoger problemas y seleccionar objetivos.

Duración. Visitas semanales en 5 ó 6 sesiones iniciales de 1,30 h a 2 h de duración. Visitas cada 15 ó 20 días los siguientes 10 meses.

Lugar. Domicilio

#### **CONTENIDOS:**

##### **FASE I. MODULO EDUCATIVO**

Tres sesiones semanales con lecturas de apoyo y cuestionarios para identificar metas de la familia

- Información sobre la enfermedad, síntomas y tratamientos asociados
- Énfasis en la sintomatología negativa, deterioros asociados y consecuencias en la familia
- Discusión sobre creencias erróneas
- Formulación de una explicación individual de las causas, síntomas y evolución en su caso concreto.
- Identificar necesidades claves y principales objetivos para encuadrar las futuras sesiones y estructura de trabajo

##### **FASE II. ENTRENAMIENTO EN SOLUCION DE PROBLEMAS**

Tres sesiones semanales; con familia y usuario en la sesión; tareas entre sesiones con alta supervisión y disponibilidad del terapeuta como guía del proceso; contrato escrito conjunto la familia, el usuario y el terapeuta sobre objetivos y problemas a trabajar. Prolongar sesiones más espaciadas hasta 1 año, basándose las sesiones en el programa de objetivos pactados

- Identificación y consenso de listas de problemas para la familia y el usuario. Temas frecuentes: recaídas, tratamiento, síntomas negativos, emociones de la familia, comunicación.
- Graduar las listas de problemas en función de prioridad y dificultad.
- Identificar estrategias de afrontamiento utilizadas y factores que influyen en su eficacia y utilización.
- Formular un contrato escrito revisable a medio plazo, con los objetivos a trabajar en términos conductuales claros.
- Escoger un problema sobre el que trabajar, fácil de conseguir y relevante para el usuario y la familia.
- Se guía la solución de problemas descomponiendo en pasos secuenciables y revisables.

Planificación de las siguientes sesiones para ir avanzando por los objetivos específicos.

El procedimiento de la Fase II especificado en el cuadro 33.9 implica supervisar, asesorar y revisar con la familia la manera de solucionar los problemas y establecer un plan de mantenimiento a largo plazo sin limitaciones temporales.

#### 4) Programa de intervención familiar estructurado

Los programas más estructurados de intervención familiar se basan en sesiones más directivas en las que se informa sobre la esquizofrenia o TMG y sus tratamientos, así como se entrena en técnicas de comunicación, solución de problemas y manejo del estrés.

La aplicación de estos programas es para familias con buena predisposición recibir ayuda y que comparten o aceptan los objetivos y estructura de la intervención planteada. A continuación se describe la estructura de un programa estructurado de intervención familiar.

- Programa de intervención familiar estructurado por módulos

- Objetivos:

- Dar información comprensible a los familiares acerca de la enfermedad mental y alternativas de tratamiento.
- Entrenar en pautas de comunicación y solución de problemas
- Reducir el nivel de estrés familiar
- Reducir el riesgo de recaídas
- Crear una alianza de tratamiento duradera
- Establecer expectativas realistas para el tratamiento

- Participantes: Familias con posibilidad de seguir un programa estructurado psicoeducativo.

- Sesiones: Las primeras sesiones de intervención solo con familias y las últimas conjuntas con el usuario en formato unifamiliar. En la fase orientada a reducir la emoción expresada familiar no se incluye al usuario. Última fase de solución de problemas, con familia y usuario.

- Duración: Duración larga de 18 a 24 meses. En las dos primeras fases, sesiones semanales entre 12 y 20 sesiones. Última fase sesiones quincenales y más tarde mensuales hasta completar un año y medio o dos años de intervención.

- Lugar: Domicilio.

- Contenidos: Se trata de ofrecer una intervención orientada tanto a la EE como a la solución de problemas y necesidades de las familias, potenciando las estrategias de afrontamiento de la familia. Consta de tres elementos:

- Un Programa de educativo
- Técnicas orientadas a reducir la EE
- Un programa de establecimiento de metas

El programa incluye los componentes que se consideran esenciales en la intervención con familias: la emoción expresada, la comunicación, el aislamiento social, la información, la solución de problemas y el estrés subjetivo del cuidador.



## - Módulos:

MODULO DE INTERVENCIÓN	CONTENIDOS
<p><b>I. PROGRAMA EDUCATIVO</b></p> <p>Educación sobre la enfermedad mental grave y opciones de tratamiento sobre la base del modelo de afrontamiento de vulnerabilidad al estrés.</p> <p>4 sesiones.</p> <p>Se puede realizar solo con la familia o junto con el usuario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información de la enfermedad, causas, síntomas y tratamientos.</li> <li>- Identificación de factores de riesgo y de protección generales y adaptados a su caso concreto.</li> <li>- Identificar la emoción expresada como factor de riesgo en la convivencia: comunicación negativa, estrés y tiempo de contacto usuario-familia.</li> <li>- Identificación y manejo de pródromos.</li> <li>- Información de necesidades y problemas comunes de las familias.</li> <li>- Reestructuración cognitiva de creencias erróneas de la enfermedad mental.</li> </ul>
<p><b>II. TÉCNICAS ORIENTADAS A REDUCIR LA EE</b></p> <p>Se divide en varias fases o apartados, según los componentes de intervención que se trabajen.</p> <p>Formato unifamiliar. Sin la presencia del usuario. Se puede plantear agrupar a varias familias en un domicilio.</p> <p>Nº variable entre 10 y 20 sesiones.</p> <p>Las técnicas son estructuradas, cognitivo-conductuales, y se complementan con el trabajo realizado con el usuario.</p> <p>La frecuencia es semanal o quincenal, en periodos de 6 meses a 1 año.</p>	<p>Entrenamiento en comunicación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión de sentimientos positivos y negativos.</li> <li>- Capacidad para establecer conversaciones en familia.</li> </ul> <p>Afrontamiento de estresores y autocontrol emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de situaciones estresantes familiares.</li> <li>- Reconocimiento de respuestas cognitivas, fisiológicas, y emocionales de estrés.</li> <li>- Manejo de estrés: relajación muscular breve, respiración profunda y autodiálogo positivo.</li> </ul> <p>Reducir la carga y mejorar la calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir contacto con familiar enfermo e incrementar otros contactos sociales normalizados.</li> <li>- Afrontar los miedos sobre las conductas de independencia del usuario.</li> <li>- Afrontar miedos sobre las conductas de independencia de la familia.</li> <li>- Identificación de situaciones agradables.</li> <li>- Planificación de participación en acontecimientos agradables y reforzantes.</li> <li>- Recuperación de repertorios conductuales gratificantes.</li> </ul>
<p><b>III. PROGRAMA DE ESTABLECIMIENTO DE METAS EN LA FAMILIA</b></p> <p>Se trata de un adiestramiento estructurado en solución de problemas en el domicilio.</p> <p>Sesiones con el usuario y los miembros de la familia en el hogar. Menor frecuencia a medida que avanza la intervención.</p> <p>Duración de 9 meses a 1 año</p>	<p>El entrenamiento en solución de problemas incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como registrar y definir las situaciones problema.</li> <li>- Cómo desarrollar alternativas de solución de los problemas.</li> <li>- Cómo se implantan alternativas de solución para los problemas.</li> </ul> <p>El programa de establecimiento de metas familiares se desarrolla a través de los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar los problemas de la familia y ordenarlos por orden de prioridad.</li> <li>- Cotejar la lista con el usuario.</li> <li>- Escoger un problema y formularlo en términos conductuales.</li> <li>- Identificar las habilidades de afrontamiento existentes para solucionar ese problema.</li> <li>- Se revisan los pasos a dar para solucionar el problema.</li> <li>- Se revisa cada paso antes de pasar a la acción (definición, estrategias de afrontamiento seleccionadas, y forma de aplicación) y la participación de la familia y el usuario en el proceso de solución.</li> <li>- Se pone en marcha la solución y se hace un seguimiento.</li> </ul>



#### D) Datos sobre la eficacia de las intervenciones

Se pueden dividir los datos que estudian la eficacia de las intervenciones familiares en 2 grupos: los que se centran en el efecto en el paciente y los que analizan el efecto en la familia.

- Efectos en el paciente. La mayoría de los resultados sobre eficacia se han centrado en el efecto de la intervención familiar en las recaídas del paciente, siguiendo el modelo de la EE. La mayoría de los estudios encuentran una diferencia significativa respecto a las recaídas entre los grupos de intervención familiar y los grupos de control. Además se han demostrado otros resultados entre los que destacamos la mejora en el funcionamiento social.
- Efectos en los familiares. También se han comprobado efectos en el estrés familiar, la carga subjetiva, las habilidades de afrontamiento, el apoyo percibido y la satisfacción con la atención.

Aunque es difícil sistematizar todos los resultados que se obtienen con las intervenciones familiares, se intentará señalar algunos aspectos importantes. En primer lugar se observa que las familias que se benefician de la intervención disminuyen la implicación emocional y mejoran el clima familiar mediante el control de la comunicación negativa. Así mismo se puede observar durante la intervención indicios de cambios progresivos en la forma en que la familia interacciona con el profesional: disminuyen los comentarios críticos hacia el paciente, cambia el discurso hacia elementos que tienen que ver con el modelo de vulnerabilidad, se centra más en buscar soluciones que en quejarse sobre los problemas y es más activa en las sesiones.

Tras analizar los resultados esperados se puede concluir que se pueden conseguir importantes beneficios. En lo que se refiere a los objetivos de incremento de la red de apoyo social es especialmente difícil conseguir resultados en zonas rurales que tienen pocos recursos y los roles sociales del cuidador/a están muy marcados. En estas familias la intervención ya es en sí mismo un foco de apoyo social. El profesional se convierte aquí en una persona cercana en quien confiar y pedir apoyo.

### **33.5. EVALUACIÓN DE FAMILIAS**

Es conveniente hacer una evaluación de la familia. A continuación se explica el proceso y los contenidos de la evaluación.

#### **A) Proceso de evaluación**

La evaluación se puede dividir en varias fases: a) evaluación pretratamiento, b) evaluación durante el tratamiento, c) evaluación postratamiento y d) evaluación de seguimiento.

En la primera fase se realiza alguna entrevista semiestructurada, se recogen datos

que incluyan la historia socio-familiar y aspectos relacionados con los problemas de EE, comunicación y solución de problemas. Así mismo, se pueden usar algunos instrumentos de evaluación que permitan cuantificar algunas variables como el clima familiar, el grado de estrés o la carga subjetiva.

Después de la evaluación pretratamiento se informa a los miembros de la familia evaluados de los resultados obtenidos en la evaluación, se les explica los objetivos del programa y se trata de establecer algún pacto terapéutico inicial. Además la evaluación pretratamiento sirve de guía para la elaboración del programa de tratamiento: grado de intensidad, frecuencia y número de sesiones, participantes y grado de motivación. Por tanto, la toma de decisiones para seleccionar los contenidos y fijar el formato del programa está condicionada a la evaluación pretratamiento.

La segunda fase es una evaluación continuada durante la aplicación de programa de intervención. Para ello, es de gran utilidad la observación y registro que se haga del desarrollo de cada sesión y el análisis de las tareas que se hace al principio de la sesión. La evaluación continua debe incluir: a) el nivel de adquisición de las habilidades y/o estrategias que se van aprendiendo, b) las dificultades que se van encontrando al ponerlas en marcha en su ambiente cotidiano, c) el nivel de generalización obtenido. Este tipo de información es la fuente principal para regular el proceso terapéutico.

En la tercera fase se realiza la evaluación postratamiento. Al finalizar se suele pedir a la familia algún informe subjetivo en el que valoren el programa y su utilidad. Además se completan de nuevo los instrumentos y cuestionarios que se pasaron al principio.

Finalmente, la cuarta fase corresponde a la evaluación del seguimiento, valorando el estado de la familia mediante entrevistas y cuestionarios.

## **B) Contenidos de la evaluación**

Se deben evaluar las necesidades del cuidador/a principal y otros familiares significativos. Resultará adecuado evaluar a cada miembro de la familia por separado para que puedan expresar sus problemas según su propia perspectiva. Por tanto se evalúa a cada miembro de la familia individualmente y a la familia como unidad.

Normalmente se realizará un mínimo de una a dos sesiones de evaluación con cada persona y una como unidad familiar antes de empezar la intervención familiar.

También se avanza desde lo global a lo específico, sirviendo las primeras entrevistas para detectar áreas problemáticas y desarrollar una visión global de la situación familiar. Las sucesivas entrevistas analizarán más detalladamente cada área de dificultad.

Como principales áreas de dificultad se presta atención especial a la comunicación entre los miembros de la familia y a las discusiones que ocurren en el hogar.

La evaluación del estilo comunicacional de la familia debe realizarse lo antes posible, tras las primeras entrevistas. Es conveniente realizarla antes de que se hayan recogido

demasiadas áreas problema para que el desarrollo de las entrevistas de evaluación no interfiera en un cambio de conducta respecto a su funcionamiento normal. Esta evaluación se realiza mediante observación de las interacciones de la unidad familiar. Se prestará especial atención a los contenidos estresantes y hostiles de la comunicación como la expresión de críticas, las culpabilizaciones y la vaguedad en la información. También en la misma sesión se evalúa “in situ” la capacidad de la familia para solucionar problemas que conciernen a sus miembros, haciendo que la familia trabaje sobre un problema escogido previamente y se observa la capacidad y desempeño de los miembros en la solución del problema durante 10 minutos.

Las sesiones durarán una hora aproximadamente, aunque no tienen una duración limitada. Se harán en el domicilio de la familia.

- Primera entrevista

Es importante que en la primera entrevista con la familia se le aclare desde el principio los objetivos que tenemos con estas entrevistas y el procedimiento que vamos a seguir.

El contenido de esta entrevista se divide en varios bloques:

- a) Datos sociodemográficos
- b) Composición familiar
- c) Historia evolutiva familiar: (completar con la siguiente información):
  - circunstancias que han cambiado en la familia desde el comienzo de la enfermedad (discusiones, apoyo mutuo, irritabilidad, tristeza, aislamiento, ansiedad, estrés, distanciamiento de algún familiar, relación de pareja, etc..).
  - problemas de pareja anteriores.
  - clima familiar cuando el paciente era niño, adolescente y joven. Relación entre los padres y el paciente.
  - apoyos sociales con que han contado antes y después de la enfermedad mental.
  - evolución de la historia laboral y económica de la familia.
  - si cambiarían algo de su evolución como familia.
  - relaciones de la familia con personas externas a la familia a lo largo del tiempo.
  - muertes en la familia.
  - posibles traumas o acontecimiento vividos con gran intensidad emocional.
- d) Situación económica
- e) Situación sanitaria de la familia
- f) Datos judiciales
- g) Historia de la enfermedad mental (completar con la siguiente información):
  - sintomatología actual del paciente (recoger los síntomas más comunes).
  - circunstancias del comienzo de la enfermedad (¿qué hacía, estudiaba, trabajaba, como era su ocio, tenía amigos, tenía novio/a, estaba en una situación de estrés, coincidió con algún problema, con quién vivía entonces, etc.?)
  - cambios en la sintomatología a lo largo del tiempo.
  - tratamientos que ha recibido de toda clase (fármacos, psicólogos, etc.).
  - consecuencias de la enfermedad en el miembro de la familia, teniendo en cuenta las restricciones de vida (económicas, de ocio, laborales y sociales).

- conductas del paciente más molestas para la familia.
- recursos de la familia (apoyos sociales, actitudes positivas, relación entre ellos, conciencia de enfermedad mental, etc.).

Se deben presentar al final de la entrevista los siguientes apartados:

- Ofrecer nuestra impresión sobre el caso y su situación familiar.
- Dar expectativas positivas.
- Describir la secuencia de actuaciones que seguiremos.
- Dar datos de los resultados que se derivan de su colaboración en el proceso de rehabilitación, resultados en ellos mismos y en el paciente.
- Aclarar lo que deben esperar de nuestra intervención: educación sobre la enfermedad, mejorar la comunicación, ayudarles a mejorar el clima familiar, enseñarles a manejar las situaciones estresantes que generan problemas emocionales dentro de cada miembro, enseñarles a solucionar los problemas ajustados a su caso.

También recordaremos en este momento que su información nos va a servir para diseñar una plan individualizado con objetivos más precisos y que toda la información que nos van a dar será confidencial estrictamente. Aclaramos también que esta confidencialidad no solo es para personas externas sino también para personas dentro de la misma familia, incluyendo al propio paciente. Sin su consentimiento explícito no podremos revelar la información que nos dé a nosotros.

Los **OBJETIVOS** que esperamos conseguir tras la primera entrevista son:

- Establecer una relación de confianza con la familia.
- Crear expectativas positivas para la rehabilitación.
- Corregir errores en relación a la forma de solucionar los problemas familiares.
- Aclarar la metodología a seguir por ellos mismos y su familiar tanto en el proceso de evaluación como en el de intervención
- Iniciar un proceso de educación respecto a falsos mitos sobre la enfermedad mental.
- Establecer normas del proceso: confidencialidad, disponibilidad, entrevistas conjuntas y separadas.

Después de la entrevista se pueden dar cuestionarios para que los rellenen en casa y por separado:

- Por ejemplo la escala de clima social familiar (FES, se explica más adelante), proporciona un buen formato de evaluación de las relaciones familiares.
  - La “Escala de percepción de problemas familiares” también puede servir de base para identificar áreas problemáticas más concretas para la intervención (se explica más adelante).
- Sucesivas entrevistas

Las siguientes entrevistas deben de profundizar en el impacto de la enfermedad mental en la familia desde el punto de vista del familiar. Se deben centrar en los problemas actuales que el paciente presenta en casa o en la comunidad, concretando su frecuen-

cia, contexto y consecuencias para él y los demás. También hay que recoger para cada problema las respuestas del familiar al mismo: sentimientos, pensamientos y conductas.

Algunos contenidos a tratar en las entrevistas sucesivas, de manera separada para cada miembro de la familia o conjuntamente, son:

a) Relaciones familiares

b) Conciencia de enfermedad (completar con las preguntas siguientes):

- ¿considera enfermo a \_\_\_?
- ¿Por qué sí?, ¿Por qué no?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Considera necesaria la medicación?

c) Habilidades sociales del paciente y la familia (completar con la siguiente información)

- ¿saluda el paciente cuando le saludan a él?
- ¿con qué personas tienen contacto distintas de la familia?
- ¿cuánto tiempo pasa metido en su cuarto?
- ¿habla en casa?
- ¿expresa sus sentimientos con dificultad?
- ¿ha tenido novio/a?
- ¿qué piensan de él los vecinos/amigos/otros miembros de la familia?
- ¿se le nota nervioso cuando está con gente?
- sus gestos y apariencia personal resultan normales o raros
- cree que los demás se aprovechan de él/ella
- hablan con el paciente, ¿de qué temas?

d) Autocontrol del cuidador (completar con la siguiente información)

- ¿en qué situaciones se pone nervioso/a?
- describir la última situación de estrés con el paciente: situación, lugar, hora del día, qué estaba haciendo, como reaccionó, que dijo, qué hicieron los demás, como terminó la situación cuando pasó lo peor.

e) Análisis de problemas y habilidades de afrontamiento:

Con la “Escala de problemas de la familia” se pueden detectar más concretamente las principales dificultades en la dinámica familiar y su análisis. Importa aclarar también las estrategias de afrontamiento utilizadas por la familia para intentar producir cambios en el comportamiento del paciente y la eficacia percibida de tales estrategias.

Para los problemas más importantes se deben detallar la frecuencia semanal de ocurrencia de tales dificultades y el comportamiento de las personas implicadas en esos problemas. Hay que preguntar por ejemplos de cómo ocurre esto yendo a la última ocasión que ocurrió y que la describan.

Para recoger el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan se pregunta para cada problema destacado por ellos como importante ¿cómo afrontáis el problema?, ¿cuánto de eficaz te resulta esta forma de afrontarlo?

Determinar la adecuación de las capacidades de la familia para afrontar las dificultades es un objetivo crítico de la evaluación. Cuando la familia carece de habilidades de afrontamiento pueden enseñarse varias, entre las posibles están la asertividad, el control de estrés, el entrenamiento en relajación, el control de la ira, las habilidades de comunicación, las habilidades de refuerzo en pareja, etc.

Los modos de afrontamiento que realizan la familia pueden englobarse en alguna de las siguientes categorías de afrontamiento a situaciones de estrés:

- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema antes de lanzarse a solucionarlo.
- Distanciamiento: Intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno.
- Autocontrol: Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o en el mantenimiento del problema.
- Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo para evadirse de la situación o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
- Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, pedir información, apoyo emocional, comprensión).

f) Autoestima: ¿se cree capaz de hacer cosas por el paciente, piensa que es ineficaz, se siente culpable, tiene miedo de lo que piensen los demás de él/ella?

g) Otros problemas: especificar problemas comunes que no hayan sido identificados por el miembro de la familia como: conflictos maritales, falta de amistades, estrés financiero, problemas laborales, etc.

h) Ocio y tiempo libre

i) Actividades de la vida diaria

j) Recursos comunitarios utilizados por la familia

k) Datos laborales

l) Expectativas

Después de la entrevista se les puede dar por separado a cada miembro de la familia (por ej. madre y padre) la escala de restricción de vida (ERVI, se explica más adelante).

- Evaluación del estilo comunicacional y de la capacidad para solucionar problemas

El profesional puede observar las interacciones reales que se dan entre los miembros de la familia para evaluar las habilidades de comunicación y solución de problemas. Para ello es conveniente reservar periodos de 15 minutos en las entrevistas para observar específicamente estas habilidades.

También es conveniente realizar alguna sesión conjunta con el paciente y la familia y observar durante 10 – 15 minutos la forma en que se comunican entre ellos. El terapeuta debe prestar especial atención a los siguientes comportamientos: estilos de comunicación pasivos o agresivos, tono de voz, expresiones de culpa, insultos, contacto ocular, gestos y comentarios críticos. No es necesario esperar a que estas conductas ocurran, se pueden dar instigaciones para que se pregunten, se hablen o se den la opinión sobre un tema escogido para la ocasión. A continuación se explica en detalle cómo hacer la evaluación de estas áreas.

### **A) Evaluación del estilo de comunicación**

Para eliminar o reducir los comportamientos inadecuados y aumentar las conductas adecuadas conviene siempre observar el patrón de comunicación en la familia. La observación está dirigida tanto a las conductas verbales como a las conductas no verbales. Los comportamientos no verbales que suelen ser objeto de atención están descritos en el cuadro 33.10.

*Cuadro 33.10. Conductas no verbales a observar en la entrevista familiar.*

- Contacto visual: exceso o defecto.
- Expresión facial adecuada al mensaje.
- Postura corporal de acercamiento o alejamiento.
- Volumen de la voz.
- Gesticulación con brazos y manos.

También se evalúan las conductas verbales. En el cuadro 33.11 se muestra un listado de errores frecuentes en la comunicación verbal con un familiar con enfermedad mental, únicamente a modo de ejemplo ilustrativo.

*Cuadro 33.11. Listado de errores frecuentes en la comunicación verbal con un familiar con enfermedad mental.*

- Déficit en lenguaje positivo.
- Interrumpir.
- Evitar o no querer hablar del tema.
- Insistir excesivamente en hablar.
- Hablar rápido.
- Quejas constantes.
- Insultar.
- Desacuerdos frecuentes o excesivos.
- Críticas excesivas.
- Exceso de información.
- Interpretar o adivinar las intenciones del otro.
- Culpabilizar.
- Exceso de emocionalidad en los contenidos.



Es útil que después del tiempo fijado de 10-15 minutos para la observación se rellene algún registro para cuantificar el nivel de las habilidades (ver cuadro 33.12).

*Cuadro 33.12. Observación conductual de la familia durante la entrevista.*

<b>Nombre de la familia:</b>	
<b>Parentesco:</b>	
<b>Evaluación:</b> PRE	DURANTE POST
<b>Fecha:</b>	
<b>Duración:</b> Muy inadecuado	Muy adecuado
<b>Conductas no verbales:</b>	0 2 4 6 8 10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesticulación</li> <li>- Postura corporal</li> <li>- Expresión facial</li> <li>- Volumen de voz</li> <li>- Velocidad de habla</li> </ul>	
<b>Conductas verbales:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentarios positivos</li> <li>- Críticas</li> <li>- Expresión de opiniones</li> <li>- Expresar problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar información</li> <li>- Expresión de sentimientos</li> <li>- Comprensión del otro</li> </ul>

## B) Evaluación de la forma de solucionar problemas

La manera de solucionar problemas también debe ser objeto de evaluación. Para ello se puede escoger un problema de ejemplo (neutral y poco relevante para la dinámica familiar) y pedirles a los miembros de la familia que traten de llegar a un acuerdo de solución en un tiempo de 10-15 minutos. El profesional observa y señala la aparición o no de las siguientes conductas:

<b>Nombre:</b>	
<b>Parentesco:</b>	
<b>Descripción breve del problema a tratar en la sesión:</b>	
- Identifica el problema	SI NO
- Plantea alternativas de solución	SI NO
- Analiza las alternativas de solución:	SI NO
- Discute acuerdos:	SI NO
- Acepta soluciones satisfactorias para otros:	SI NO
- Escoge una solución	SI NO
- Especifica cuándo y cómo hacer los cambios	SI NO

- Resumen de las entrevistas

Después de las entrevistas se resume la situación de la familia en función de sus problemas y necesidades. Este resumen aclara las áreas de necesidad para comunicárselas a la familia, así como indicar la dirección que la intervención deberá seguir. Una manera de estructurar el resumen es mediante la siguiente estructura:



PROBLEMAS	OBJETIVOS
<i>Problemas percibidos por la familia</i> (utilizar la escala de problemas y los datos de la entrevista)	
<i>Estrategias de afrontamiento y eficacia de las mismas</i> (tipo de afrontamiento que utilizan ante una situación determinada, por ejemplo ante los síntomas negativos del paciente y los resultados que se derivan de ello)	
<i>Conocimientos sobre la enfermedad mental</i> (capacidad de comprensión del diagnóstico, síntomas, medicación, reconocimiento de síntomas de aviso, etc.)	
<i>Estilo comunicacional</i> (Patrón de comunicación utilizado en la familia observado en la consulta especificando déficits verbales y no verbales así como errores en la comunicación)	
<i>Habilidades de solución de problemas</i> (Forma de llegar a un acuerdo observado en la situación de role-playing)	
<i>Clima familiar</i> (recogido de la información aportada por el cuestionario FES sobre cohesión, apoyo, relaciones entre los miembros de la familia, clima negativo o estresante, sobreprotección, etc.)	
<i>Restricciones en el estilo de vida</i> (recogido por la escala ERVI, en la vida social, en la pareja, en el tiempo libre, en el terreno laboral, etc.)	

A continuación se muestra un ejemplo de resumen de la evaluación de una familia, mediante un caso práctico:

PROBLEMAS	OBJETIVOS
Problemas percibidos por la familia El paciente bebe demasiado café y no duerme a las horas adecuadas; preocupación por el aislamiento que tiene en casa; amenazas verbales a la familia que provocan un enfrentamiento con el hermano mayor.	Ayuda a reestructurar horarios mediante control de estímulos paterno; manejo de las conductas de ira del hermano mayor; entrenar en tiempo fuera al paciente; instaurar reglas de convivencia y cooperación doméstica
Estrategias de afrontamiento y eficacia de las mismas La madre no sabe cómo reaccionar cuando insulta optando por callarse y no decirse al marido para evitar un enfrentamiento; no sabe cómo manejar la falta de intereses del paciente; el padre trata de planificarle actividades que el paciente nunca comienza	Entrenamiento en asertividad a la madre; información sobre síntomas negativos al padre; evaluación de intereses del paciente y utilizarlos como incentivos; manejo de contingencias relacionadas con reforzamiento de actividades.
Conocimientos sobre la enfermedad mental No saben para lo que sirve la medicación; piensan que los síntomas negativos son actos voluntarios; la madre se siente culpable desde el comienzo de la enfermedad	Información sobre síntomas positivos y síntomas negativos; educación sobre medicación y pautas correctas de tomarla; explicación de causas de la enfermedad mental
Estilo comunicacional Utilizan un exceso de críticas negativas; no escuchan la opiniones de cada uno; el enfermo interrumpe al padre en mitad de su conversación; son sarcásticos cuando se refieren a los síntomas negativos del paciente	Entrenamiento en habilidades de comunicación: mensajes yo; escucha; expresar emociones negativas y peticiones de cambio en positivo.
Habilidades de solución de problemas No plantean alternativas de solución; divagan sin llegar a escoger una alternativa; no tienen en cuenta las opciones de la madre	Entrenamiento en solución de problemas en familia (padre, madre e hijo)

<p>Clima familiar Los perfiles más deficitarios en el clima son la falta de cohesión y la restricción de autonomía de los miembros.</p>	<p>Mejorar los vínculos afectivos y las actividades gratificantes que tengan en común; practicar las habilidades de comunicación; enseñar a promover autonomía en áreas de funcionamiento del hijo y analizar con ellos los efectos de la sobreprotección</p>
<p>Restricciones en el estilo de vida La madre ha abandonado el contacto con las amistades que tenía para cuidar del hijo; distanciamiento de la relación de pareja entre los padres por el abandono de actividades compartidas; abandono de las relaciones sexuales</p>	<p>Programar actividades gratificantes en pareja; entrenar en reforzar el vínculo marital; instaurar gradualmente la recuperación de las actividades sociales de la madre con las amistades anteriores.</p>

- Instrumentos de evaluación

A continuación se resumen brevemente algunos instrumentos de evaluación que pueden ser útiles para utilizar en un programa estructurado de intervención familiar.

*a) Informe de derivación al programa de intervención*

Se trata de un informe que recoge la situación actual de la familia y los objetivos que se marcan inicialmente para la intervención familiar. La información que debe de abarcar sería la siguiente: datos de filiación de la persona con enfermedad mental, datos del cuidador principal, profesionales de referencia en la red de salud mental y de servicios sociales, diagnóstico, síntomas actuales, años de evolución, frecuencia de visitas de seguimiento en la Unidad de Salud Mental, nº de recaídas en los 2 últimos años, núcleo de convivencia, motivación inicial de la familia para recibir la intervención en el domicilio, conocimientos del cuidador sobre la enfermedad mental y el tratamiento, estrés sentido, problemas sociales y emocionales del cuidador, apoyos sociales, objetivos de intervención para el programa de familias en: información, comunicación, problemas de convivencia y manejo del estrés.

*b) Medidas de autoinforme*

- Escala de Clima social en la familia (FES, Moss, Moos y Trickett, 1.984). Proporciona una escala que evalúa diferentes dimensiones de las relaciones familiares, del desarrollo personal de los miembros de la familia y de la estabilidad en la organización y límites. En concreto consta de varias subescalas o dimensiones: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, desarrollo intelectual, desarrollo social y recreativo, moralidad, organización y control. Es de gran utilidad la obtención de gráficos de perfil de cada miembro de la familia que permiten comparativas entre cada miembro de la familia y entre cada uno de ellos en diferentes momentos temporales.
- Inventario de depresión BDI (Beck, 1.978). Se utiliza para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Evalúa la intensidad de síntomas afectivo, cognitivos, fisiológicos y motores y permite comprobar si hay mejorías con el tratamiento.
- Cuestionario de funcionamiento (FQ, Barrowclough y Tarrier, 1992). Evalúa la valoración del familiar respecto a la frecuencia e intensidad del malestar y estrategias de afrontamiento respecto a un listado de problemas centrados en el paciente.
- Escala de Restricción de Vida (Echeburúa 1999). Es una escala adaptada de patologías adictivas que evalúa el grado en que la enfermedad mental afecta a varias áreas de la vida del familiar como la vida social o el tiempo libre.

- Escala de percepción de necesidades familiares. Se describe un listado de problemas y se pregunta al miembro de la familia el grado de problema que representa para él/ella en una escala de muchísimo a ningún problema (ver cuadro 33.13).

Cuadro 33.13. Escala de percepción de problemas familiares.

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE NECESIDADES DE LA FAMILIA					
Nombre del paciente:					
Nombre del familiar:					
Parentesco:					
A continuación van a leer una serie de áreas que definen los aspectos de la conducta habitual de cualquier persona. Deberá definir qué necesidad de mejoría cree que precisa su familiar en cada uno de esos aspectos, para ello marcará con una equis X en el recuadro debajo de la palabra que estime conveniente.					
N: No necesita mejorar Nada					
A: Necesita mejorar Algo					
B: Necesita mejorar Bastante					
M: Necesita mejorar Mucho					
MS: Necesita mejorar Muchísimo					
AREA DE EVALUACIÓN	N	A	B	M	MS
<b>Higiene Personal</b> Aseo y cuidados personales (ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal en general)					
<b>Vestido</b> Adecuación y limpieza de la ropa, cambio regular					
<b>Alimentación</b> Equilibrio de la dieta. Hábitos. Modales. Ritmo en la ingesta. Mantenimiento de horarios.					
<b>Hábitos de vida saludables</b> Autonomía en el cuidado de su salud. Consumo exagerado de café, colas, te, cigarrillos, etc.).					
<b>Estructuración del sueño</b> Exceso o defecto de horas de sueño, horarios.					
<b>Consumo de sustancias tóxicas</b> (drogas, alcohol, etc.)					
<b>Autocontrol y afrontamiento del estrés</b> Capacidad de aguantar las situaciones de tensión normales. Conductas extrañas, agresiones verbales o físicas, conductas repugnantes o extravagantes.					
<b>Habilidades sociales</b> Capacidad en el manejo de las relaciones sociales					
<b>Solución de problemas</b> Capacidad para solventar las dificultades					
<b>Habilidades cognitivas básicas</b> Orientación, atención y memoria					
<b>Procesamiento de la información</b> Capacidad para recibir información del exterior y de dar una respuesta coherente y adaptada					
<b>Capacidad de aprendizaje</b> Capacidad de asimilar experiencias					

<b>Manejo de dinero</b> Uso y utilización correcta de su dinero					
<b>Manejo de transporte</b> Uso y utilización correcta del transporte público					
<b>Manejo del entorno donde vive</b> Cuidado de su vivienda, limpieza, ayuda en casa					
<b>Capacidad de autogestión</b> Manejo en trámites administrativos, compras, etc.					
<b>Manejo de recursos sociales</b> Uso correcto de las red sanitaria u otras instituciones					
<b>Manejo de ocio y tiempo libre</b> Uso correcto de su tiempo libre, actividades que le motiven o interesen.					
<b>Situación laboral</b> Grado de inserción laboral actual					
<b>Capacidad laboral</b> Capacidad estimada para desarrollar un trabajo					
<b>Motivación laboral</b> Nivel de motivación para desarrollar un trabajo					
<b>Conciencia de enfermedad</b> Nivel de conciencia de padecer una enfermedad y recibir ayuda					
<b>Responsabilidad y cumplimiento del tratamiento</b> Grado de interés por su propio tratamiento					
<b>Respuesta al tratamiento</b> Disminución de la sintomatología para la que se recibe el tratamiento					
<b>Actividad principal</b> Desarrollo de una actividad reconocida propia de su edad. (estudiante, ama de casa, esposo/a, trabajador, etc.)					
<b>Soporte familiar</b> Apoyo familiar con el que cuenta					
<b>Red de Apoyo Social</b> Existencia de amigos, compañeros, novios/as, etc.					
<b>Soporte económico</b> Nivel de autonomía económica por sus propios ingresos(sea por el trabajo o pensiones, rentas, etc)					
<b>Soporte residencial</b> Posibilidad de residir en una vivienda de forma adecuada y aceptada por todos los que en ella viven					
<b>Inserción en recursos sociales</b> Nivel de inserción en los recursos de la comunidad de cualquier tipo (centros cívicos, parroquias, colegios, etc.)					
<b>Conocimientos básicos</b> Nivel de conocimientos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana (lectura, cálculo, escritura, etc.)					
<b>Relación de pareja y vida sexual</b> Relaciones afectivas íntimas con su pareja					
<b>Efectos secundarios de la medicación</b> Posible existencia de efectos adversos o molestos del tratamiento farmacológico					

### RESUMEN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A UTILIZAR EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR ESTRUCTURADO

Se utiliza una variedad de técnicas de evaluación con las familias entre las que contamos:

- Entrevistas a los miembros de la familia por separado y como unidad
- Cuestionarios y escalas:
  - Clima familiar
  - Escala de percepción de problemas familiares
  - Escala de Restricción de vida
- Escala de depresión
- Escala de funcionamiento familiar
- Observación:
  - Estilo comunicacional
  - Solución de problemas en familia

## 33.6 DESARROLLO PRÁCTICO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN EL DOMICILIO

Son numerosos los planes de salud mental que incluyen como acciones específicas el desarrollo de programas de intervención con familias. En concreto los diferentes planes de salud mental han establecido entre sus objetivos la elaboración de programas de atención dirigidos a las familias, que bajo criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, ofrezcan una atención integral al paciente y a su familia facilitando el aprendizaje de las estrategias necesarias para el afrontamiento familiar.

Con este objetivo general de partida desde nuestro ámbito hemos impulsado la implantación de programas de intervención familiar a domicilio en diferentes áreas geográficas de nuestro entorno y en el domicilio para facilitar la accesibilidad de la intervención y ofrecer un complemento en el tratamiento y rehabilitación del TMG como:

- Una prestación integrada dentro de la atención ya existente a las personas con TMG.
- Intervención basada en modelos de intervención familiar con demostrada evidencia acerca de su idoneidad.
- Un modelo de trabajo con familias que supere las limitaciones de la organización y ubicación tradicional de los servicios de atención a personas con enfermedad mental; en cuanto a recursos profesionales, tiempo y espacios.
- Una alternativa de intervención estructurada, necesaria y complementaria a la intervención habitual con las familias de personas con esquizofrenia.
- Para asegurar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento por las familias y la reducción de niveles de carga altos y muy altos, que pueden interferir en la evolución clínica y funcionamiento social del paciente.

A continuación se describe el desarrollo de esta intervención, sus objetivos, sesiones y contenidos para facilitar su aplicabilidad práctica como programa estructurado de intervención familiar en el domicilio.

### 33.6.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Objetivo general:
  - Ofrecer un modelo de intervención familiar estructurado, como prestación complementaria al resto de intervenciones familiares de los recursos del área de referencia.
- Objetivos Específicos:

En relación a las familias, se persiguen los siguientes objetivos:

- Facilitar el acceso a programas de intervención familiar a familiares de pacientes que conviven en el mismo núcleo.
- Mejorar el manejo clínico del trastorno del paciente a través del incremento del conocimiento de la enfermedad, manejo eficaz de situaciones de estrés y aprendizaje de estrategias específicas para el afrontamiento de síntomas residuales y problemas de convivencia.
- Facilitar el manejo del estrés de cada uno de los miembros de la familia al aumentar su eficacia en la resolución de problemas.
- En relación al paciente:
  - Obtener resultados positivos en cuanto a la evolución clínica y funcionamiento social del paciente.

### 33.6.2. PERFIL DE BENEFICIARIOS Y CRITERIOS DE ACCESO AL PROGRAMA

Se incluyen en el Programa familiares que convivan con personas con diagnóstico de esquizofrenia y otros TMG relacionados. A modo orientativo se establecen unos criterios de prioridad, debido a la limitación del equipo para llegar a todos los casos, son las siguientes:

- Haber cursado con más de dos ingresos hospitalarios durante el último año o un ingreso superior a 30 días.
- Existe previsión de la incorporación inmediata del familiar con TMG a su unidad de convivencia tras un periodo de hospitalización (Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia).
- Existencia de niveles de carga familiar elevados (ante la ausencia de apoyos, alta emoción expresada o carencia de habilidades para el manejo de la enfermedad).
- Familiares que muestren interés y/o motivación por participar en el programa.

El número aproximado de familias que se prevé que puedan beneficiarse será variable oscilando entre 12 y 15 familias durante el año.

### 33.6.3. FORMAS DE ACCESO AL PROGRAMA

La derivación al programa, se lleva a cabo, desde los dispositivos de Salud Mental del

Área, a través de un informe de derivación de la familia. Dicho informe es cumplimentado por el profesional responsable de la atención del paciente en el servicio de salud mental correspondiente.

La derivación puede efectuarse en las reuniones de coordinación que se establezcan con el equipo de intervención familiar domiciliaria y/o mediante envío por correo del informe derivación al Centro de Rehabilitación. Una vez que se ha efectuado la derivación, el equipo de referencia del Programa de intervención domiciliaria inicia el proceso de evaluación correspondiente así como los primeros contactos con la familia en el domicilio.

Una vez que la familia es derivada al Programa, tanto paciente como familiar siguen siendo atendidos por la USM de referencia, siendo ésta responsable del tratamiento psiquiátrico y seguimiento de la evolución clínica.

Se pueden establecer las reuniones necesarias entre el profesional de referencia y los responsables del programa de intervención familiar domiciliaria, con el objetivo de establecer la evolución de la familia en el programa y canalizar toda la información que pueda ser relevante para la intervención con el caso que durante el desarrollo del programa pueda extraerse.

#### **33.6.4. PROFESIONALES IMPLICADOS**

Cada equipo se compone al menos de dos profesionales, que se desplazan al domicilio a realizar la intervención familiar. Los profesionales que componen los equipos son: psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos de integración socio-laboral.

#### **33.6.5. EVALUACIÓN**

La evaluación del programa incluye la recogida de información específica, previa a la aplicación del programa y de forma posterior al mismo. Ésta evaluación permite comprobar el nivel de cambios tras la aplicación del programa en las capacidades de afrontamiento, niveles de carga, estrés y capacidad de adaptación de los familiares.

La información descriptiva de la situación familiar se recopila a través del informe de derivación, así como a través de entrevistas familiares y varias escalas:

- Historia socio-familiar, que recoge información acerca de funcionamiento familiar y actividades del cuidador.
- Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.
- Conocimientos acerca de la enfermedad. Incluye preguntas acerca de la enfermedad y su manejo por parte de la familia.
- Niveles de estrés, ansiedad y depresión de los miembros de la familia. Se utilizan las escalas: BDI (depresión) y STAI (ansiedad).
- Funcionamiento familiar. Frecuencia en la que ocurren problemas centrados en el

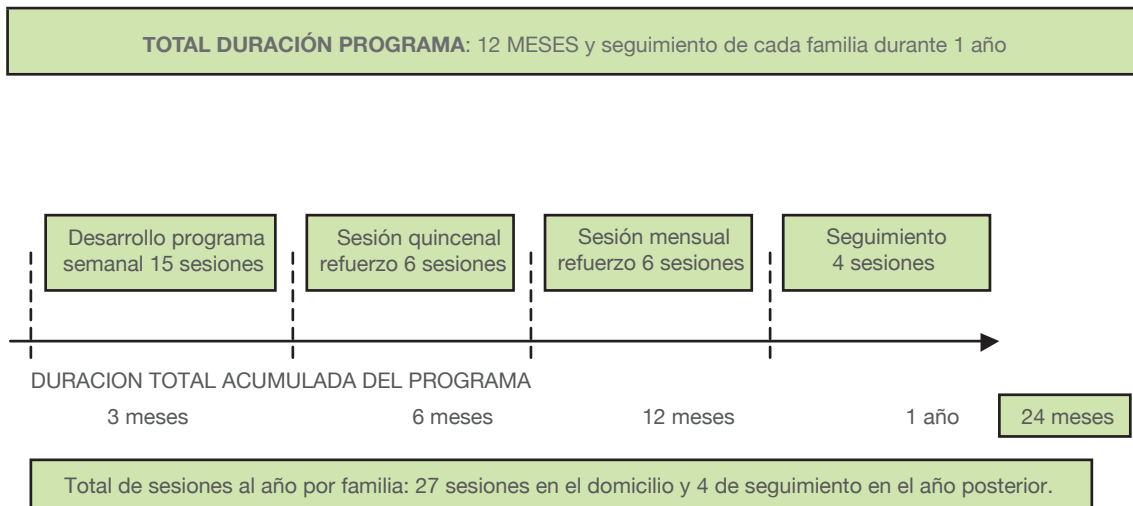
- paciente, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten capaces para enfrentarse con tales dificultades. Se utiliza la escala FQ.
- Restricción del Estilo de Vida. Refleja diferentes aspectos de la vida cotidiana de la persona (trabajo, vida social, relación de pareja, etc) que convive con paciente en función del grado en el que la enfermedad mental del paciente afecta al familiar en los citados aspectos. Se utiliza la escala ERVI.

### 33.6.6. ESTRUCTURACIÓN TEMPORAL DEL PROGRAMA

El Programa se estructura en las siguientes fases:

- FASE 0: Evaluación previa. Aproximadamente 2/3 sesiones.
- FASE 1: Se desarrolla a través de quince sesiones con una frecuencia semanal y con una duración aproximada de tres meses y medio.
- FASE 2: Sesiones de refuerzo con una frecuencia quincenal durante los tres meses siguientes a la finalización de los contenidos semanales.
- FASE 3: Sesiones de refuerzo con una frecuencia mensual hasta completar los 12 meses de intervención.
- FASE 4: SEGUIMIENTO. Contactos trimestrales y a demanda de los familiares durante los 12 meses siguientes.

En el siguiente gráfico se especifica la duración de la intervención y la programación temporal de las sesiones en el tiempo.





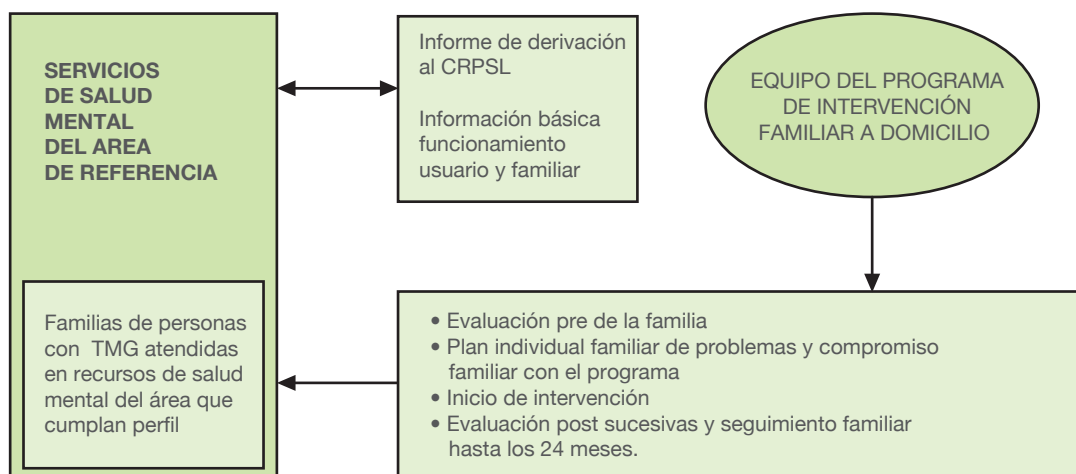
### 33.6.7. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

En la siguiente tabla se especifica la metodología de la intervención.

Duración de las sesiones	1 hora
Asistencia	Los miembros de la familia que convivan directamente con el paciente.
Lugar y Formato	En el domicilio familiar. Son de entrenamiento de habilidades.
Estructura de las sesiones	Cada sesión consta de cuatro apartados. 1. Evaluación de progresos y revisión rápida de problemas. 2. Revisión de las tareas asignadas 3. Entrenamiento en habilidades 4. Asignación de tareas para la semana
Reunión familiar	El objetivo de la reunión es que la familia se reúna sin el profesional presente para discutir durante 30 minutos, problemas y objetivos de la familia, empleando las habilidades de comunicación y resolución de problemas aprendidas en la sesión.
Sesiones en situaciones de crisis	Dar información e instrucciones por escrito para ponerse en contacto si surge una situación de crisis, se podrán facilitar otras sesiones de apoyo específicas.

En la figura 33.1 se muestra esquemáticamente el programa de intervención familiar en el domicilio.

Figura 33.1. Esquema de programa de intervención familiar.



En el cuadro 33.14 se desarrolla la agenda de sesiones especificando los objetivos y las actividades a desarrollar.

Cuadro 33.14. Esquema de contenidos de las sesiones del programa de familias en el domicilio.

SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES EN SESIÓN Y TAREAS PARA CASA
<b>EVALUACIÓN PRE</b>		
<b>1ª Sesión.</b> En el CRPSL.	Evaluación de la Historia familiar y social.  Explicación de los objetivos y metodología del Programa.  Entrega y explicación de escalas de evaluación. En función del nivel de habilidad y comprensión de los familiares, se rellenarán en sesión o se entregarán como tarea para casa. Las dudas en su cumplimentación se resolverán en las sesiones siguientes.	Escalas de evaluación PRE
<b>2ª Sesión.</b> En el domicilio.	Toma de contacto con el espacio físico del domicilio.  Recogida de cuestionarios de evaluación y resolución de posibles dificultades a la hora de rellenarlos.  Lectura y entrega de la aceptación de participación en el programa.  Delimitación de los objetivos personales de cada miembro que va a participar en el programa.  Explicación de la reunión familiar.	Hoja de objetivos personales.  Hoja de descripción de reunión familiar.  Hoja de aceptación del programa.
<b>3ª Sesión.</b> Valoración familiar: Estilo de comunicación y capacidad de resolución de problemas en el domicilio.	Continuar con la evaluación a través de las escalas si fuese necesario.  Evaluar la manera en que resuelven los problemas y alcanzan metas como unidad familiar a través de la observación directa.  Describir ejemplos recientes de problemas cotidianos y formas de afrontamiento.	Hoja de resolución familiar de problemas.  En sesión se invita a la familia a discutir sobre un problema que afecte a todos y buscar solución al mismo durante 10 min.
<b>MÓDULO I: EDUCATIVO</b>		
<b>4ª Sesión.</b>  ¿Qué es la esquizofrenia?	Que es la esquizofrenia y que no. Estigmas  La violencia. Miedos  Frecuencia de la enfermedad  Síntomas positivos  Curso y pronóstico  Síntomas negativos.  Causas de la enfermedad. Vulnerabilidad-estrés.  Recaídas.  Manejo.	El paciente puede participar en estas sesiones para describir sus experiencias.  Entrega de material educativo-folleto "¿Qué es la esquizofrenia?"  Explicación en sesión de aspectos generales acerca de la enfermedad, se aclaran dudas y se insta a que revisen el material educativo, sugerir que discutan sobre ello en la reunión familiar semanal.  Completar la lista de signos precoces específicos que precedieron a episodios previos.

<p><b>5ª Sesión.</b></p> <p>Tratamiento de la Esquizofrenia</p>	<p>El por qué de los medicamentos.</p> <p>Preguntar al paciente cual o cuales está tomando.</p> <p>Explicar las razones para mantener el tratamiento.</p> <p>Explorar la percepción de las familias y el paciente sobre la medicación.</p> <p>Efectos secundarios y dosis óptimas.</p> <p>Razones para que la gente deje de tomar el tratamiento.</p> <p>Alcohol y drogas.</p>	<p>Entrega y lectura de material educativo-folleto "Tratamiento de la esquizofrenia".</p> <p>Hoja Listado de posibles efectos secundarios.</p>
<p><b>MÓDULO II: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</b></p>		
<p><b>6ª Sesión.</b></p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación.</p> <p>Expresar sentimientos positivos</p>	<p>Explicación de componentes de la habilidad de expresión de sentimientos positivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mirar a la persona.</li> <li>2. Decir a la persona exactamente lo que te ha gustado de su conducta.</li> <li>3. Decirle cómo te ha hecho sentir.</li> </ol> <p>Practicar los componentes hasta su aprendizaje.</p>	<p>Hoja de componentes de la expresión de sentimientos positivos y revisión de cada uno de ellos "Expresar sentimientos positivos".</p> <p>Invitar a cada miembro familiar a identificar una conducta específica reciente, de otro miembro de la familia, que le haya complacido especialmente.</p> <p>Definir los componentes de la habilidad.</p> <p>Modelar con un ejemplo a partir de lo que hayan contado o se ha observado (si fuera necesario) y si fuera posible que exprese algún sentimiento positivo sobre la familia o sobre algún miembro familiar.</p> <p>Ensayo de la conducta: recordar los pasos de la hoja de componentes, dar feedback entre los miembros familiares.</p> <p>Moldeamiento de la conducta si fuese necesario.</p> <p>Asignación de tareas. Repartir el folleto "Sorprende a alguien de tu familia haciendo o diciendo algo que te agrade" y registro de la puesta en práctica de la habilidad.</p>
<p><b>7ª Sesión.</b></p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación II.</p> <p>Peticiones de modo positivo</p>	<p>Aprender a hacer peticiones de forma positiva.</p> <p>Definición de los componentes de la habilidad para hacer peticiones de forma positiva y entrenamiento de los mismos.</p>	<p>Revisión de la competencia actual. Ejemplos de situaciones de la vida cotidiana en la que hayan tenido que hacer peticiones y representación de las situaciones para la identificación de dificultades, feedback de la conducta.</p> <p>Modelado en base a los componentes de la habilidad.</p> <p>Ensayo de conducta de cada miembro de la familia.</p> <p>Asignación de tarea. Repartir el folleto "Hacer peticiones de modo positivo" y registro de la puesta en práctica de la habilidad entre sesiones.</p>
<p><b>8ª Sesión.</b></p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación III.</p> <p>Expresando sentimientos negativos</p>	<p>Aprender a expresar sentimientos negativos de forma clara y adecuada.</p> <p>Definición de los componentes de la habilidad y entrenamiento.</p>	<p>Revisión de la competencia actual. Ejemplos recientes de sentimientos negativos y de cómo se expresaron o expresión en ese momento y feedback de la conducta.</p> <p>Ensayo de conducta: cada miembro de la familia debe representar la habilidad desde los ejemplos diarios.</p> <p>Práctica de los componentes del entrenamiento en habilidades de comunicación entrenados hasta el momento en sesiones anteriores</p> <p>Asignación de Tareas. Repartir hoja de "Expresar sentimientos negativos y registro de la puesta en práctica de la habilidad entre sesiones.</p>

<p><b>9ª Sesión.</b></p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación IV. Escucha Atenta.</p>	<p>Aprender a poner en práctica la escucha activa en las situaciones de convivencia.</p> <p>Definir los componentes de la habilidad y entrenamiento.</p>	<p>Revisión de la competencia actual y ejemplos de la práctica cotidiana.</p> <p>Definición de componentes y modelado de los mismos. Ensayo de conducta de cada miembro de la familia y dar feedback</p> <p>Asignación de tareas: entrega de la Hoja “Escuchando activamente”. En la reunión familiar de la semana, cada miembro debe escuchar activamente a otro miembro hablando sobre un problema u objetivo.</p> <p>Revisión de objetivos. Poner al día los objetivos familiares de las primeras sesiones, tomar nota de los nuevos problemas u objetivos.</p>
<p><b>MÓDULO III: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b></p> <p>Se subdivide en módulos, en función del nivel de la familia se necesitarán más o menos sesiones para cubrir el entrenamiento</p>		
<p><b>10ª Sesión.</b></p> <p>Entrenamiento en resolución de problemas (RP).</p> <p>Módulo A</p>	<p>Aprender a resolver los problemas de forma eficaz.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual de la familia. Explicación de los componentes de la habilidad de resolución de problemas.</p> <p>Ensayo de conducta. Describir ejemplos, repartir la hoja de ejercicios para completar en sesión y observar en sesión. Se ofrece feedback a los esfuerzos.</p> <p>Asignación de tareas. Solicitar a la familia que en la próxima reunión familiar procedan del mismo modo con otro problema. Reparto de la hoja de Resolución de problemas para que se cumplimenten.</p>
<p><b>11ª Sesión.</b></p> <p>Especificar problemas/objetivos.</p> <p>Módulo B</p>	<p>Aprender a desarrollar una descripción detallada de los problemas u objetivos.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual.</p> <p>Pasos a seguir para la detección de problemas/objetivos. Ensayo de conducta y feedback de la práctica.</p> <p>Asignación de tareas. Instruir a la familia a practicar la definición de dos o tres problemas/objetivos que la familia tenga planteados en la reunión familiar de la semana.</p>
<p><b>12ª Sesión.</b></p> <p>Listado de posibles soluciones.</p> <p>Módulo C</p>	<p>Aprender a generar soluciones adecuadas ante los problemas que surjan a través de la generación de posibles alternativas de solución.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual.</p> <p>Explicación de los pasos a seguir a través de un ejemplo.</p> <p>Ensayo de conducta y feedback de los pasos desarrollados.</p> <p>Asignación de tareas. Elegir un déficit observado y solicitar a la familia que empleen el método utilizado en la sesión terapéutica para resolverlo en la discusión de resolución de problemas de la reunión familiar semanal.</p> <p>Puesta al día de objetivos familiares.</p>
<p><b>13ª Sesión.</b></p> <p>Evaluación de alternativas.</p> <p>Módulo D</p>	<p>Aprender a valorar las ventajas e inconvenientes de cada una de las soluciones aportadas.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual.</p> <p>Explicación de los pasos a seguir a través de un ejemplo.</p> <p>Ensayo de conducta y feedback de los pasos desarrollados.</p> <p>Asignación de tareas. Elegir mayores déficit familiares para trabajar específicamente durante la reunión familiar semanal.</p> <p>Puesta al día de objetivos familiares.</p>

<p><b>14ª Sesión.</b></p> <p>Escoger la mejor solución.</p> <p>Módulo E</p>	<p>Aprender a llegar a un acuerdo acerca de la mejor solución de las planteadas.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual.</p> <p>Explicación de los pasos a seguir a través de un ejemplo.</p> <p>Ensayo de conducta y feedback de los pasos desarrollados.</p> <p>Asignación de tareas. Elegir un déficit observado y solicitar a la familia que empleen el método utilizado en la sesión terapéutica para resolverlo en la discusión de resolución de problemas de la reunión familiar semanal.</p> <p>Puesta al día de objetivos familiares.</p>
<p><b>15ª Sesión.</b></p> <p>Planificación.</p> <p>Módulo F</p>	<p>Aprender a planificar de forma detallada cómo llevar a la práctica una determinada solución para asegurar su resolución eficaz.</p>	<p>Revisión del nivel de competencia actual.</p> <p>Explicación de los pasos a seguir a través de un ejemplo.</p> <p>Ensayo de conducta y feedback de los pasos desarrollados. Entrega de la hoja “Planificación”, elegir un problema que la familia intenta resolver pero que falla una planificación eficiente.</p> <p>Asignación de tareas. Solicitar a la familia que en la próxima reunión familiar semanal se centre en la planificación. Entrega de hojas de “planificación” y asegurar que el miembro que ejerce de moderador comprueba que se llevan a cabo todos los pasos para la planificación.</p> <p>Puesta al día de objetivos familiares.</p>
<p><b>16ª Sesión.</b></p> <p>Revisión.</p> <p>Módulo G</p>	<p>Aprender a revisar los pasos dados ante la puesta en marcha de una solución concreta.</p>	<p>Explicación de los pasos a seguir a través de un ejemplo, se desarrollará un plan de revisión empleando uno o más de los pasos del método de resolución de problemas.</p> <p>Ensayo de conducta y feedback de los pasos desarrollados.</p> <p>Asignación de tareas. Elegir un déficit importante para trabajar la familia en la reunión familiar semanal.</p> <p>Puesta al día de objetivos familiares.</p>
<p>MÓDULO IV REFUERZO Y SEGUIMIENTO</p>	<p>Sesiones quincenales durante tres meses centradas en la resolución de problemas.</p>	<p>A la finalización de las sesiones: Revisión de los objetivos familiares personales y de logro. Subrayar los cambios constructivos y enfatizar el trabajo que se ha realizado por su parte.</p>

- *Pautas y tareas del programa de intervención de familias*

A continuación se detallan algunas pautas prácticas, ejercicios terapéuticos y tareas que se realizan en las sesiones del programa familiar.

### **A) Aceptación del programa por la familia**

Al comienzo de la intervención se necesita lograr la implicación activa de los miembros de la familia en la intervención, pues un objetivo a largo plazo es que el terapeuta cada vez sea menos directivo y vaya quedando al margen, solo animando y supervisando las estrategias que la familia pone en marcha. Por eso al principio del programa se puede entregar a la familia la “Hoja de aceptación del programa familiar” en el que tanto terapeuta como familiares firman un compromiso de participación. Esta hoja se muestra en el cuadro 33.15.

Cuadro 33.15. Hoja de compromiso y aceptación del programa familiar.

Nosotros, como familia ..... Aceptamos participar en el programa de intervención familiar que incluye:

- Entrevistas de todos los miembros de la familia importantes para el paciente.
- Información sobre el trastorno mental y su tratamiento.
- Ayuda para manejar las situaciones de estrés y aprender a resolver problemas cotidianos.
- Todos los miembros de la familia que se determinen asistirán a las sesiones durante el tiempo fijado.
- En cualquier momento un miembro de la familia es libre para abandonar el programa.

Firmado:

Familia: \_\_\_\_\_ Terapeuta(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## B) Estructura de las sesiones

Las sesiones del programa incluyen información, entrenamiento o supervisión de habilidades. La estructura de cada sesión es similar y en apartados anteriores de este libro ya se ha explicado cómo es la estructura típica de una sesión de entrenamiento de habilidades. En concreto las sesiones de intervención familiar pueden tener la siguiente estructura:

1. Revisión de progresos (5 min.)
  - Pasos conseguidos hasta el momento.
  - Problemas detectados hasta el momento.
  - Esfuerzos.
2. Revisión de las reuniones familiares (10 min.)
  - Revisar el proceso de resolución de problemas y el proceso que siguen: ¿se reúnen regularmente para discutir los problemas?, ¿quién participa?, ¿la reunión se celebra de manera regular en el mismo sitio y hora?, ¿quién organiza las reuniones?
  - Reforzar los esfuerzos y dar feedback sobre la estructura de las reuniones familiares.
3. Revisión de asignación de tareas (10 min.).
  - Habilidades realizadas.
  - Comentarios de las habilidades utilizadas.
4. Trabajo de sesión (30 min.)
  - Explicación de la habilidades / contenidos.
  - Revisión del nivel del que parten.
  - Definición de los componentes de la habilidad.
  - Demostración de cómo se usa la habilidad.
  - Entrenamiento en la habilidad varias veces.
5. Asignación de tareas (10 min.)

- Explicación detallada.
  - Utilización de hojas, apuntes y registros de recordatorio.
  - Reunión familiar.
6. Repaso y puesta al día (5 min.)
- Logros alcanzados y repaso de objetivos familiares.
  - Problemas detectados.
  - Déficit que permanecen.
  - Revisar problemas y esfuerzos para manejar síntomas y conductas.

### **C) Las reuniones familiares como contexto de generalización**

Es importante que en el tiempo entre sesiones la familia realice al menos una reunión familiar sin la presencia del terapeuta en la que se aborden las tareas que se han programado en las sesiones en relación a la solución de problemas. Estas reuniones pueden incluir al paciente o no según los temas a abordar. Para la realización de estas reuniones se pueden seguir las siguientes indicaciones:

- Buscar día y hora para una reunión familiar de unos 30 minutos de duración.
- Elegir un secretario/a de la reunión para estructurar algunas tareas:
  - Buscar temas para discutir.
  - Solicitar a los miembros de la familia implicados en la discusión asistencia.
  - Tomar notas.
- Elegir un coordinador/a de las reuniones para estructurar la discusión durante la reunión:
  - Asegurar que la reunión empieza y termina a tiempo.
  - Solicitar que todos los presentes participen en la discusión.
  - Asegurar que todos han planteado su punto de vista.
  - Asegurar que todas las personas se comportan con respeto y utilizan las habilidades de comunicación que se están trabajando en las sesiones con el terapeuta.
- Hacer un resumen de cada reunión para presentar en la sesión con el terapeuta.

### **D) Como finalizar la intervención familiar**

El finalizar la intervención familiar puede vivirse como un evento estresante por la familia. Por tanto al igual que el comienzo de la intervención este momento se tiene que preparar de forma progresiva y planificada. Algunas ideas para ayudar en este momento son:

- Concretar desde el inicio de la intervención un número casi fijo de sesiones.
- Recordar a la familia en intervalos de dos meses el tiempo transcurrido, el nº de sesiones y el nº de sesiones que restan.
- Dejar la responsabilidad de la sesión a la familia en su participación activa para plantear problemas y soluciones.
- Intentar desde el principio no ser imprescindible.
- Con varias sesiones de antelación a la finalización de la intervención sugerir discusiones sobre el hecho de finalizar la intervención.

- Enfatizar sus propios esfuerzos en las metas conseguidas.

### **E) Problemas más frecuentes en el enterramiento familiar de habilidades**

A continuación se incluye una lista de los problemas más frecuentes que suelen aparecer en la intervención familiar durante la fase de aprendizaje de solución de problemas. Cada dificultad necesitará un análisis específico y una solución única por lo que no servirán las mismas recetas para todos. Únicamente se incluye la lista a modo de ejemplo para prevenir con tiempo algunos de ellos.

- La familia plantea discutir problemas muy complicados o cargados emocionalmente al principio.
- La familia no define los problemas con concreción.
- La familia no llega a resolver el problema, no encuentra la solución.
- La familia no se reúne sin el terapeuta.
- La familia plantea demandas nuevas y crisis continuas en cada sesión.
- Algún miembro rompe las reglas.
- Se plantean soluciones personales para cada uno sin pensar en la familia como un todo.
- La familia no deja participar al usuario o no le incluye en el proceso de discusión.

### **F) Pautas para una comunicación adecuada**

La familia puede tener gravemente alteradas las capacidades de comunicación. Se pueden explicitar algunas normas por escrito para conseguir una buena comunicación en las sesiones:

1. Expresar las ideas de manera simple y breve.
2. Mirar a los ojos pero no fijamente.
3. Deshacerse de distracciones.
4. Repetir o resumir de vez en cuando lo importante del mensaje.
5. Asegurarse de que la otra persona está comprendiendo.
6. Tratar a la persona con respeto: llamar por el nombre, ser delicados, no descalificar.

### **G) Sesiones de entrenamiento en expresar sentimientos positivos**

Como cualquier habilidad la comunicación es una habilidad que debe entrenarse. Antes de realizar el entrenamiento se debe realizar una valoración con la familia de la utilidad de estas habilidades y de cómo el clima de la familia se basa en parte a este tipo de intercambios comunicacionales.

Es importante evaluar si existen estas habilidades ya en la familia, si se utilizan y con qué frecuencia.

La familia debe aprender los pasos de la habilidad:



- Mirar a la otra persona.
- Decir a la persona los aspectos positivos en su conducta.
- Expresar sentimientos propios.

Se debe utilizar el modelado (el terapeuta puede servir del modelo) sobre situaciones de ejemplo y practicar varias veces en sesión. El terapeuta va identificando el déficit en cada uno y va corrigiendo a la familia.

Al tratarse de sesiones que implican intercambio emocional, en el caso de que el paciente esté presente se deben tener en cuenta algunas precauciones:

- Esforzarse por mantener el ambiente sin mucha intensidad emocional.
- Procurar no criticar a los miembros de la familia cuando tengan muchos déficit.
- Evitar un exceso de competencia que puede dar la impresión de “falsedad”.
- Dar feedback muy frecuente.
- Si se observa que alguien está muy tenso intentar lograr un ambiente más confortable.

El material básico para la generalización son los ejercicios conductuales del tipo “pílle a alguien diciendo o haciendo algo agradable”. Se basan en practicar ejercicios de expresión de sentimientos positivos sin la presencia del terapeuta utilizando un registro escrito. Cuando se indique este ejercicio se deben seguir algunos pasos:

- Explicar por qué deben practicar.
- Diariamente deben registrar al menos una conducta realizada por otro familiar que les resulte positiva y su respuesta a esa conducta.
- Explicar cómo rellenar el registro.
- Recordarle que el registro se revisará en la siguiente sesión.

*Figura 33.2. Registro de “Sorprende a alguien haciendo algo agradable para ti”.*

DÍA	PERSONA	CONDUCTA QUE HA HECHO	¿QUÉ DIJE YO?
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

## H) Sesiones de entrenamiento en expresar de sentimientos negativos

Un tema de los más importantes en las sesiones de entrenamiento es aprender a manejar la expresión de las críticas hacia el paciente. Esto entra dentro de la expresión de sentimientos negativos a los demás y fácilmente se puede convertir en intercambios de cólera, reproches, irritación, hostilidad, etc. Este tipo de intercambios está en la base de la EE y aprender a cambiar la comunicación debe ser un objetivo importante de la intervención.

Las sesiones de entrenamiento deben empezar pidiendo ejemplos de cómo expresan las críticas y los sentimientos negativos. Hay que dar a la familia nuestra visión sobre su desempeño en este aspecto, así como la importancia que tiene esta habilidad enmarcada en el modelo de vulnerabilidad al estrés.

Los pasos a aprender en esta habilidad son:

- Mirar a la persona.
- Especificar concretamente lo que ha dicho o hecho que produce los sentimientos negativos.
- Expresar cómo te hace sentir.
- Hacer una petición de cambio al otro:
  - Cambiar palabras o acciones.
  - Pedirle alternativas.

Es importante ceñirse siempre a conductas concretas evitando las generalizaciones y los ataques hostiles sobre la persona en general.

Cada miembro de la familia debe representar mediante role-playing la habilidad con ejemplos diarios reales. El terapeuta debe ir dando feedback continuo para cada componente.

Estas sesiones pueden tener una gran carga emocional y si participa el paciente en ellas se pueden tener algunas precauciones:

- Evitar temas muy cargados emocionalmente. Empezar por escoger role-playing sobre situaciones menores.
- Parar las discusiones excesivamente tensas y que deriven en hostilidad.
- En familias con intercambios muy candentes es necesario que la familia aprenda otras habilidades previamente antes de practicar ésta, en concreto: expresión de sentimientos positivos, y puede ser necesario el entrenamiento en asertividad.

Como en todas las habilidades la generalización mediante la práctica de la habilidad sin la presencia del terapeuta será necesaria. Un registro como el de la figura 33.3 puede ayudar en esto.

Figura 33.3. Expresar sentimientos negativos y críticas.

DÍA	PERSONA	CONDUCTA QUE LE MOLESTÓ	¿CÓMO ME SENTÍ?	¿QUÉ LE PEDÍ, COMO EXPRESÉ LA CRÍTICA?
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Ejemplos. "Preferiría que hablaras más bajo", "me gustaría que te dirigieras a mí más calmado", "Me siento mal cuando no me contestas a las preguntas, te pediría que hicieras un esfuerzo", "te agradecería que dejarás de dirigirte a mí con muecas".

No conviene que la familia discuta por su cuenta sobre temas muy complicados en los que tienen niveles grandes de crítica y hostilidad. Es preferible que hasta que tengan habilidades suficientes solo registren esas situaciones, sin tratar realizar expresión de emociones para evitar posibles frustraciones y fracasos. Se pueden seguir las siguientes indicaciones:

- Describir dónde, cuándo, quién y qué estaba ocurriendo.
- Describir cómo se ha comportado la persona y qué ha hecho él/ella.
- Qué le hubiera gustado que la persona hubiera dicho o hecho.

En la figura 33.4 hay un registro que se puede utilizar para la descripción de las situaciones especialmente sensibles. Estas situaciones luego se pasan a discutir en sesión con el terapeuta.

Figura 33.4. Guía para la registro de situaciones conflictivas.

SITUACIÓN	QUÉ HIZO LA OTRA PERSONA	QUÉ HICE YO	QUÉ ME HUBIERA GUSTADO QUE HICIERA ÉL /ELLA

### 1) Sesiones de entrenamiento en solución de problemas

El proceso que normalmente se sigue al comienzo es ensayar primero con el terapeuta en la sesión, y luego elegir varios temas de una lista para practicar en casa hasta la próxima sesión. El proceso de solución de un problema se divide en dos fases: una de definición y otra de solución del problema, ambas claramente diferenciadas.

- Fase 1: definición del problema

- Hay que hacer consciente a la familia de los beneficios que tiene una buena definición de los problemas: ayuda a centrar las soluciones, permite comprobar mejor si se consiguen los objetivos y ayuda a centrarse en cosas concretas más que vaguedades.
- Aunque existan buenas habilidades de comunicación conviene revisar el nivel de competencia. Se puede sugerir un problema de la lista recogida en la evaluación previa a la intervención con el objetivo de que lo definan y observar su grado de desempeño.
- Los pasos a seguir en esta fase son: plantear un problema de una lista ya elaborada, empezar por un problema fácil, todos ofrecen su descripción del problema, se invita a un persona que resuma el problema al final de la discusión o después de 10 minutos.
- Hay que practicar las habilidades aprendidas para expresar sentimientos positivos y negativos en la definición del problema.
- El terapeuta puede hacer de modelo para definir problemas fáciles.
- Asignar tareas para casa: definir dos problemas escogidos en la sesión con el terapeuta.
- En el cuadro 33.16 se dan algunas claves para ayudar en esta primera fase de definición del problema.

*Cuadro 33.16. Pautas para la primera fase de definición de un problema.*

- |  |  |
|--|--|
| • Comenzar siempre por expresar algo positivo.                   | • Discutir solo sobre un problema cada vez.                  |
| • Se específico.   | • No hacer interpretaciones sobre motivos de otras personas. |
| • Admitir el papel de cada uno en el mantenimiento del problema. | • Ser todo lo neutral posible.                               |
| • Ser breve al definir un problema.                              |  |

- Fase 2: solución del problema.

- Toda esta fase se centra en la búsqueda y selección de las soluciones.
- Los pasos a seguir son: generar posibles soluciones, evaluar las consecuencias de cada posible solución, elegir la mejor solución para todos, planificar cómo ponerla en práctica y revisar los resultados obtenidos.
- Hay que apoyar a que todos participen en esta fase.
- Cada paso de esta segunda fase se puede entrenar en una sesión específica.
- Cada miembro de la familia debe aportar al menos una solución.
- Cada alternativa se discute en ventajas e inconvenientes. Es mejor empezar por las ventajas.
- Las alternativas escogidas finalmente debe ser aceptables para todos o una mezcla de varias de las propuestas de cada miembro de la familia.
- Para poner en marcha la solución conviene hacer una planificación centrándose en quién, cuándo y cómo se hace.
- En el cuadro 33.17 hay una guía de pautas para la segunda fase de solución de problemas.

*Cuadro 33.17. Pautas para la fase de solución de problemas.*

- Hay que centrarse en las soluciones y no retroceder hacia la definición del problema.
- Se puede seguir la siguiente secuencia para determinar el contenido de las sesiones: temas neutrales, temas positivos, temas negativos.
- Comprobar que se dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo las soluciones.
- Todos conocen con claridad qué tienen que hacer para llegar a la solución.
- En ocasiones se puede utilizar un contrato familiar en el que se especifique el cómo, cuándo y dónde de cada solución.

#### **J) El uso de contratos familiares en la solución de problemas**

En ocasiones conviene usar contratos formales escritos donde se especifiquen las responsabilidades y consecuencias contingentes a los cumplimientos e incumplimientos. Algunas pautas básicas para asegurar la efectividad del uso de un contrato son:

- El contrato debe ser voluntario.
- Debe ser claro.
- Debe incluir ventajas para cada miembro de la familia.
- Las conductas que se especifican deben estar en el repertorio comportamental de la persona.
- En el contrato debe especificarse explícitamente las responsabilidades de cada uno.
- Se deben explicar los contenidos del contrato y los objetivos.
- El contrato es más eficaz para utilizarlo como compromiso de cada miembro en la fase de puesta en marcha de las soluciones.
- En el cuadro 33.18 hay una guía de cómo hacer un contrato familiar.

*Cuadro 33.18. Guía para hacer un contrato familiar.*

- Elegir las conductas a que se compromete cada miembro de la familia.
- Elegir premios que se gana cada uno por cumplirlo.
- Elegir castigos para cada uno por no cumplirlo.
- Poner una fecha para revisar el contrato.
- El contrato debe admitir renegociaciones y cambios.

#### **K) Pauta para evitar conflictos**

Si no se desea tener un conflicto se puede evitar. Ante un comportamiento inadecuado del usuario sobre el que la discusión está asegurada y el desgaste emocional de la familia es intenso, se pueden seguir alguna de las dos pautas siguientes:

Primera:

- Contestar hasta 10 antes de hablar y pensar en lo que se va a decir.
- Expresar las emociones y sugerir comportamientos alternativos.

Segunda:

- Contestar hasta 10 antes de hablar y pensar en lo que se va a decir.

- Utilización del tiempo fuera.
- Parada de pensamiento
- Cambio de pensamiento o de actividad.

### **L) Poner reglas y normas de convivencia familiar**

En todas las familias existen unas reglas o normas que hacen la vida más fácil al establecer qué se espera de las personas que componen la familia y evita que se produzcan comportamientos que alteren la convivencia. Para poner normas adecuadamente se necesita saber las características que tiene que tener una norma y cómo implantarlas.

- Características de una regla o norma
  - Debe ser definida y anunciada explícitamente su existencia.
  - Tiene que ser razonable en tiempo y esfuerzo.
  - La norma debe exigir comportamientos que la persona sepa hacer.
  - La norma se debe mantener en cualquier circunstancia y sin excepciones.
- Cómo poner la norma o regla
  - Hay que negociar la norma entre las partes y llegar a una definición conjunta.
  - Se debe especificar cuándo se hace.
  - Hay que establecer momentos de verificación del cumplimiento.
  - Ignorar conductas de rechazo a la norma, mientras que ésta se cumpla.
  - Si se incumple pedir que repita la norma para comprobar si la ha comprendido.
  - Si la incumple reiteradamente incluir algún tipo de control de contingencias.

### **M) Pautas para afrontar la carga.**

No solo es importante aprender a manejar los problemas, sino también abordar las alteraciones emocionales en la familia como la ansiedad, depresión y agotamiento. Es necesario abordar este tipo de problemas y para ello se pueden seguir algunas pautas como las siguientes:

- Hablar con otras personas sobre los problemas y pedir ayuda.
- Buscar alguna actividad placentera para uno mismo.
- Participar en actividades de asociaciones de familias.
- Buscar apoyo espiritual.
- Asumir lo objetivo de la enfermedad mental, reconocer sus límites.

### **N) Afrontar comportamientos agresivos en la familia**

Ante conductas agresivas del paciente con la familia es necesario actuar rápido y no dejarlas pasar o ignorarlas como si no hubieran pasado. Algunas pautas para afrontarlas en el seno familiar son las siguientes:

- Adoptar una actitud preventiva. Estar pendiente de las señales disparadoras de

- la agresividad. Normalmente se pueden identificar los antecedentes.
- Hablar a la persona sobre la conducta en concreto.
  - No amenazar ni elevar el tono de voz.
  - Pedir ayuda de otros familiares para negociar normas o reglas ante estas conductas.
  - Establecer normas consistentes (ver punto anterior).
  - Explicitar las consecuencias, la más adecuada es la salida del domicilio.
  - Ante graves problemas de agresividad se debe buscar el respaldo de otros miembros de la familia y de la policía.

## 34. Pautas de intervención con redes sociales

Desde una atención comunitaria a las personas con un TMG se considera que el apoyo proveniente del entorno social promueve el bienestar psicológico y ayuda en el tratamiento de los problemas de salud mental. Existen evidencias en la investigación que revelan que los lazos sociales actúan como soportes de apoyo para la salud mental y suponen un factor de protección en momentos de dificultad y estrés. De ahí la importancia del trabajo con redes sociales en personas con TMG. Esta forma de intervención puede resultar fundamental para las personas que viven en entornos aislados, en los que los profesionales y los recursos tienen limitadas las posibilidades terapéuticas por los problemas de accesibilidad.

La red social está formada por las personas que se relacionan con el usuario o pacientes y que tienen lazos de unión que hacen que no se sienta solo o sola y tenga un grupo de apoyo social.

La red social genera dos tipos de apoyo: emocional e instrumental. Se considera relevante la cantidad o frecuencia de la relación pero también la calidad. Incluso la posibilidad de tener apoyo emocional se ha considerado por encima del apoyo instrumental aunque éste sea continuado y estable.

El número de miembros de la red social de una persona sin trastorno mental está entre 18 y 22, repartida entre familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Este número se reduce a la mitad en personas con problemas de salud mental y a más de la mitad en personas y familias con un TMG, puesto que la única red de estas personas suelen ser sus propios familiares. De manera aún más reducida están las redes de personas con un problema grave de salud mental como es la esquizofrenia y otros TMG que viven en contextos rurales y alejados en los que los miembros de la red se marchan a ciudades mayores, las distancias impiden la conexión con los demás miembros y el medio social suele estar más disminuido.

### **A) Características de la red social en personas con TMG**

Se pueden enumerar algunas diferencias entre la red social de personas con TMG y



personas sin TMG. La red social de personas con TMG es más pequeña menos estable y presenta mayor carga emocional. En algunos casos la red social es un sistema cerrado que influye a la persona negativamente.

La red social puede influir en el proceso de rehabilitación de la persona. Así, los efectos de la red pueden ser positivos (evitar recaídas, aumentar la autoestima, dar apoyo afectivo o potenciar la integración social) y negativos (estrés, culpabilización, intercambios aversivos, obstaculizar la integración social o laboral).

La red social de la persona con TMG suele estar muy reducida, limitándose a 2 ó 4 miembros pertenecientes en su mayoría a la familia núcleo de convivencia.

Respecto a la red de convivencia familiar y sus características hay que enumerar algunas características:

- Presenta aislamiento y poco apoyo limitado a otros parientes cercanos.
- El aislamiento social unido al aislamiento geográfico produce ausencia de demandas de atención a los servicios específicos.
- En más de un 50% las familias están compuestas únicamente por dos padres.
- El 40% de los cuidadores tiene más de 65 años.
- Existe una gran tolerancia de los padres hacia las conductas desadaptativas.
- Tienen poca información y habilidades para resolver los problemas cotidianos.
- El cuidado recae en las mujeres en la mayoría de los casos.
- Con los años pierden el contacto con otros familiares y amigos.

Hay otros factores que pueden contribuir a la escasa red de apoyo social en personas con TMG. Una es la vergüenza, algunas familias y pacientes no hablan del trastorno mental o solo lo hacen con los profesionales de salud mental. No quieren que se entere nadie de que reciben tratamiento, que tiene un diagnóstico de salud mental o que han sido hospitalizados. Estas personas se aíslan por vergüenza y miedo al rechazo. Algunos miembros de la familia se pueden distanciar también por vergüenza y algunas familias se pueden llegar a mudar de casa, barrio o pueblo. Este tipo de comportamientos estigmatizantes hace que familias y pacientes se aíslen de las redes sociales de las que tendrían que recibir apoyos.

Otro factor es la falta de habilidades sociales. Los pacientes pueden estar aislados como consecuencia de su déficit en habilidades sociales. Pueden tener miedos o fobias sociales relacionadas con el miedo al rechazo o como consecuencia de haber experimentado situaciones sociales embarazosas en momentos agudos de la enfermedad.

La falta de motivación también influye. En estos casos se debe ir gradualmente ya que una exposición a los contactos sociales sin ganas o motivación puede tener el efecto contrario y frustrante para el paciente.

Como se ha dicho la familia ejerce también una poderosa influencia. Los cuidadores del paciente pueden ayudar a establecer relaciones o impedir las. Las familias que impiden incrementar la red social de sus hijos están afectadas de sentimientos de estigmatización y sobreprotección. Habrá que intervenir entonces en la familia reforzando vínculos perdidos, reduciendo su involucración y reduciendo sus sentimientos de es-



tigma. Al igual que con los pacientes hay que planificar en la familia el incremento de conductas y actividades y persuadir de que el contacto social supone ayuda y alivio en mayor medida de lo que ellos piensan.

## **B) Características y dimensiones de la red social**

La red social tiene características estructurales y funcionales, cuantitativas y cualitativas. Se pueden denominar “objetivas” a las primeras y “subjetivas” a las segundas según la influencia y dirección que toman sobre el usuario.

Las fuentes de la red social pueden ser informales (familia y amigos) o formales (profesionales). A continuación analizamos estas características y la forma que toman en las relaciones interpersonales.

- Dimensiones y funciones de la red social

Es importante valorar de manera integrada las dimensiones estructurales y funcionales de la red de una persona, así como su valor positivo o negativo.

La mayoría de las veces se atribuyen afectos positivos a la red social, equiparando los vínculos sociales con aspectos positivos. Pero las redes también son fuente de tensiones y conflictos. Las dimensiones de las redes sociales se han clasificado en estructurales e interaccionales (cuadro 34.1 y 34.2).

*Cuadro 34.1. Características estructurales de la red.*

• Tamaño	Nº de personas que componen la red social.
• Composición	Nº de diferentes tipos de personas en la red (nº de familiares, amigos y vecinos). Una red variada en su composición presenta flexibilidad de roles.
• Densidad	Grado de interconexión de los miembros, independientemente de la persona.
• Dispersión	Se refiere al tiempo y espacio de interconexión. Refleja la facilidad de contacto con los miembros de la red y por tanto su disponibilidad.

*Cuadro 34.2. Características interaccionales de la red.*

• Multiplicidad	Relaciones que sirven para más de una función.
• Contenido	Tipo de intercambio de ayuda material, emocional o instrumental.
• Direccionalidad	Grado de reciprocidad entre la ayuda dada y recibida.
• Duración	Estabilidad el tiempo de las relaciones.
• Intensidad	Fuerza del vínculo.
• Frecuencia	Frecuencia con la que la persona mantiene contacto con los miembros de la red social.

También se han hecho otras clasificaciones útiles para analizar la red social como por ejemplo la de Salcedo et al. (1987):

- Características de la red social
  - Tamaño
  - Relación de parentesco: familiares o no familiares
  - Edad
  - Frecuencia de contacto: diariamente, 2 veces en semana, semanalmente, mensualmente, etc.
  - Cercanía geográfica: misma casa, mismo barrio, misma ciudad, misma provincia, etc.
  - Naturaleza de la relación: positiva, negativa, neutra.
  - Utilidad de la persona hacia la red y viceversa.
  - Densidad de la red
  
- Contenidos transaccionales: ayudas materiales y afectivas
  - Cuidados para guardar cama
  - Pedir dinero
  - Lugar para dormir
  - Estar nervioso/a
  - Trabajos domésticos
  - Salir a divertirse
  - Decidir algo
  - Buscar o acompañar la médico
  - Mudarse de casa
  - Confiar intimidades
  
- *Formas de las relaciones en la red social*

La función y utilidad de la red social depende de las relaciones que se tienen en ella. Personas que mantienen relaciones en cantidad y calidad tienen más probabilidad de asegurarse un sistema positivo de apoyos. Para entender como las relaciones afectan al apoyo de la red social hay que examinar las características de las relaciones.

- **Afectivas o no afectivas.** Son las relaciones que suscitan emociones. Las relaciones afectivas suelen estar en la familia y amigos cercanos. La enfermedad mental grave suele estar ligada a un déficit de relaciones afectivas.
- **Funcionales o no.** Una relación funcional es útil para conseguir algo: comer, tener dinero o repartir cargas de trabajo. Las relaciones del paciente con TMG con la familia suelen ser funcionales y poco afectivas, provocando sensaciones de carga y falta de reciprocidad.
- **Cooperación y competencia.** En las relaciones de cooperación el esfuerzo compartido beneficia a todos. En las de competencia el beneficio de uno implica una pérdida en el otro. Las redes que se ayudan para conseguir un mismo fin aproxi-

man a los miembros, las que buscan competir por el cariño, la economía, etc., los distancian.

- **Especializadas o generales.** Las relaciones especializadas tienen un solo objetivo (p.ej. proveer medicamentos). Las relaciones generales sin embargo sirven para muchas cosas. Cuando los profesionales aprenden a dar ayuda especializada a la vez que a escuchar y acompañar. Se convierten en una parte de la red de apoyo integral de la familia o el usuario.
- **Unidireccionales o bidireccionales.** En una relación unidireccional hay un desequilibrio: uno da y otro no. Tienden a ser inestables y poco duraderas. Cuando se enseña a tener una relación bidireccional las relaciones se hacen más estables y satisfactorias.
- **Superficiales o profundas.** Se refiere al contenido de la comunicación (hablar de cosas importantes: preocupaciones) o superficiales (del tiempo). Una comunicación profunda conlleva mayor intensidad afectiva. Esto, en personas con TMG no implica siempre efectos positivos si no se tienen las habilidades necesarias para establecer este tipo de comunicación.
- **Próximas o distantes.** Las relaciones dependen de su posición geográfica. La posibilidad de ayudarse si se vive en polos opuestos de una provincia es pequeña. Esto resulta importante para las personas alejadas de los apoyos formales e informales ya que las relaciones distantes en el espacio se debilitan por sí mismas y conlleva un gran esfuerzo el mantenerlas activas.
- **Conflictivas o armónicas.** Las relaciones más próximas y frecuentes tienen mayor probabilidad de generar conflictos. Las relaciones armónicas son más estables, lo que puede responder a que las personas tienen habilidades para resolver conflictos o a que no implican carga afectiva.
- **Abiertas o cerradas.** Las relaciones son abiertas cuando permiten otras relaciones. Son cerradas cuando excluyen a otras relaciones. Las relaciones cerradas son aburridas.
- **Positivas o negativas.** Las relaciones pueden gustar o disgustar. La satisfacción puede ser por muchos motivos: prácticos, afectivos, recreativos, etc.

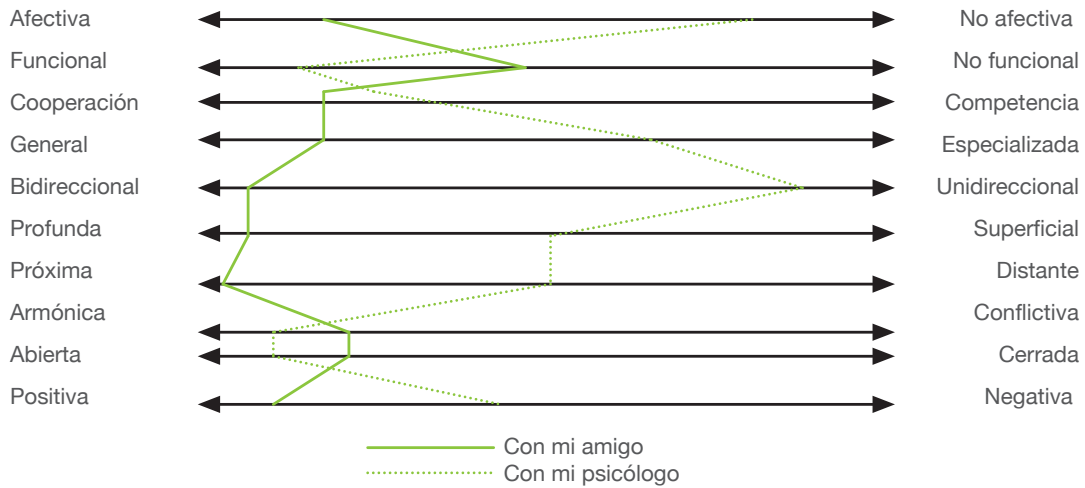
Cada relación tendrá una o varias características que favorecerán la construcción de una red de apoyo o no. Las negativas y superficiales tienden a evitarse o a extinguirse. Una relación estrictamente funcional y especializada es práctica y útil pero puede generar soledad emocional.

Las buenas redes sociales de apoyo tienen relaciones afectivas, bidireccionales y positivas. Si además son funcionales se fortalecen. Las relaciones familiares tienden a ser más conflictivas que las relaciones con vecinos.

Las relaciones de mero entretenimiento/ocio suelen ser positivas, cooperativas, poco

conflictivas y superficiales. Pero permiten dar paso a relaciones más sólidas porque no tienen valor negativo ni competitividad.

Figura 34.1. Perfil de las relaciones (adaptado de Medina y Cembranos, 1996).

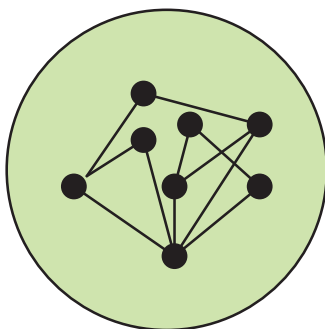


- Los sistemas de relación

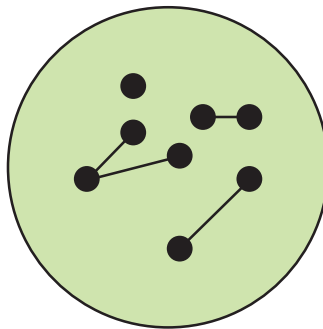
El conjunto de relaciones que las personas tienen forman el sistema de relaciones. Los sistemas de relación integrados tienen vínculos entre sí, forman una amplia gama de interacciones. Los sistemas integrados cuentan con diferentes tipos de relaciones para resolver las necesidades (compras, educación, ocio, alimentación, etc.). Los sistemas desintegrados cuentan con pequeños núcleos aislados, gente dispersa con la que realizan algunos intercambios especializados y una baja gama de comunicaciones. Si falla una conexión no hay personas que la puedan sustituir (ver figura 34.2).

Figura 34.2. Representación gráfica de sistemas de relación.

Sistema integrado de relaciones



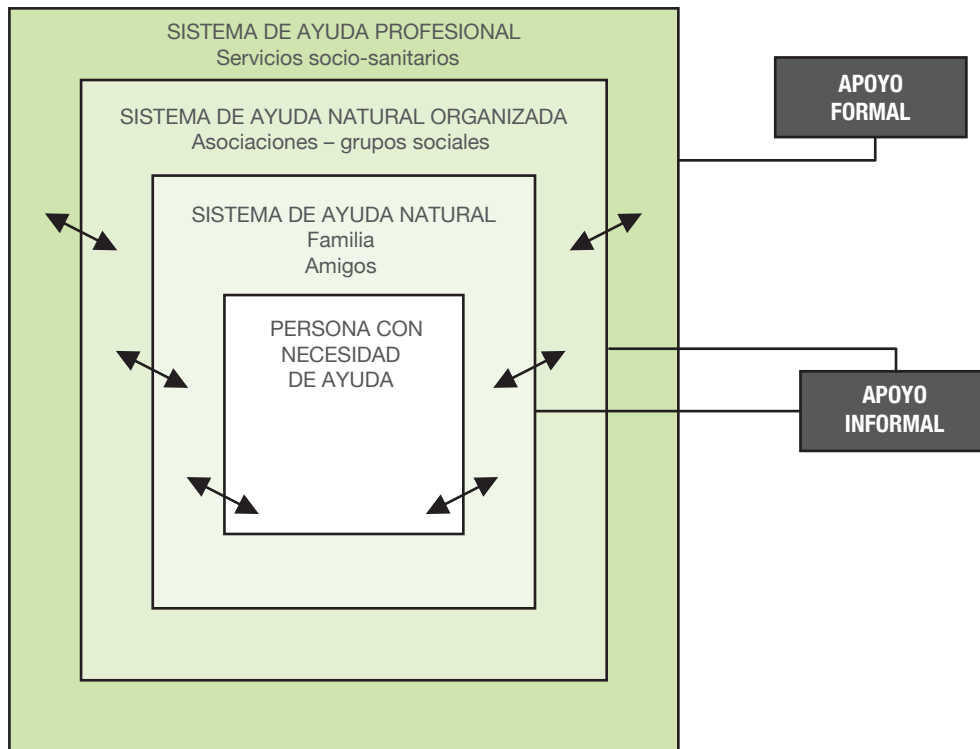
Sistema poco integrado de relaciones



### C) Sistemas de ayuda de las redes sociales

Las redes sociales se constituyen en una ayuda para los usuarios con enfermedad mental. La manera en que conforman esta ayuda se muestra en la figura 34.3

Figura 34.3. Representación de los sistemas de ayuda (adaptado de Powell, publicado en Quesada, 1993).



El recuadro del centro muestra a la persona con TMG. En el recuadro más alejado están las ayudas de los profesionales. El recuadro más próximo al usuario es la familia en la mayoría de casos. Las flechas indican que trabajando desde los apoyos formales con los apoyos informales se puede incidir en los procesos de rehabilitación de la persona.

#### 34.1. OBJETIVOS

Los objetivos que se deben marcar en un programa de redes sociales deben ir dirigidos a la red social directamente, aunque se esperan conseguir beneficios indirectos en la persona como consecuencia del trabajar en la red. Algunos objetivos pueden ser:

- Conocer las características de la red del usuario, su estructura, tipo de relaciones y funciones.

- Potenciar o crear oportunidades que aumenten la probabilidad de incrementar la red social del usuario.
- Facilitar las habilidades necesarias en el usuario y la familia para utilizar las redes de apoyo social.
- Reanudar las redes sociales abandonadas siempre que sean beneficiosas.
- Mejorar las redes existentes.
- Consolidar las relaciones de apoyo como factor de protección.

## 34.2. PERFIL DE BENEFICIARIOS

El trabajo con redes sociales debe dirigirse a un tipo de usuario que cumpla las siguientes características:

- Medio deficitario en cuanto a las relaciones interpersonales ya sea por ausencia o escasez.
- Personas con escasas relaciones sociales a parte de las relaciones formales con los profesionales.
- Personas con una red social poco o nada gratificante, con poca frecuencia de contacto y utilidad.
- Personas que tienen una red social aceptable pero con necesidades de aprender habilidades para dar el apoyo adecuado.

## 34.3. FASES DE LA INTERVENCIÓN CON REDES

Para establecer estrategias de intervención basadas en redes sociales, se pueden seguir tres fases: evaluación, trabajo previo e intervención. A continuación se describe cada fase y sus contenidos.

### A) FASE I. Evaluación de la red social.

- a) Evaluar las características estructurales de la red
  - Tamaño. Nº de personas que componen la red
  - Composición. Nº de diferentes tipos de personas en la red (familiares, amigos, vecinos,...)
  - Densidad. Grado de intensidad en la conexión que tienen los miembros de la red entre sí
  - Dispersión. Facilidad de contacto en términos de tiempo y espacio
  
- b) Evaluar las características interaccionales
  - Multiplicidad. Relaciones que incluyen más de una actividad
  - Intercambio. Función de intercambio material o instrumental entre la persona y los miembros de la red
  - Direccionalidad. Reciprocidad o flujo unidireccional
  - Duración/estabilidad. Extensión en el tiempo de las relaciones

- Intensidad. Fuerza con la que se percibe el vínculo
- Frecuencia. Frecuencia de contactos con los miembros de la red

c) Evaluar las características funcionales

- Apoyo emocional. Expresiones de afecto, cariño, amor.
- Apoyo instrumental. Información y orientación en la solución de problemas cotidianos
- Apoyo material. Dar o recibir bienes materiales.

El análisis de las relaciones de la red debe valorar la cantidad, el tipo y las funciones de las relaciones de apoyo. Este análisis supone el primer paso para plantear la intervención desde un modelo rehabilitador. Del análisis se pueden extraer objetivos para potenciar los apoyos existentes, desarrollar nuevos o sustituir los actuales.

La evaluación de la red también nos permite comprobar cómo actuar según el tipo de relación. Ya se han descrito algunas características de las relaciones: afectividad, funcionalidad, especialización, signo, conflictividad, etc.

El análisis del perfil de las relaciones (ver figura 34.1) nos permitirá identificar qué características de las relaciones habrá que modificar. Una estrategia puede ser definir una relación o un conjunto de relaciones y después formular objetivos para la intervención. Por ejemplo, se puede hacer más cercana la relación con un tío, cambiar el signo negativo de la relación con una persona o hacer más útil la relación con un vecino.

Existen características más difíciles de cambiar que otras. La frecuencia es la más fácil. Pero la funcionalidad, la cooperación o el signo negativo, son más difíciles al exigir acciones comunes de las personas implicadas y habilidades complejas de comunicación.

## **B) FASE II. Trabajo previo**

Estas son consideraciones previas a la intervención con las redes.

- a) Anticipar beneficios del apoyo social en las personas sobre las que se va a intervenir
- b) Conocer los posibles efectos negativos
- c) Conocer las características sociales y culturales de los contextos donde se va a intervenir, y realizar un estudio previo de la comunidad contando con grupos y organizaciones del sistema de ayuda natural.
- d) Haber establecido desde el equipo objetivos basados en redes, por ejemplo:
  - Incrementar la frecuencia y la estabilidad de determinados puntos de la red
  - Crear puntos de conexión nuevos en la red
  - Reducir la dispersión...
- e) Tener en cuenta los factores que influyen en la consecución de los objetivos.
  - Deseos y preferencias del usuario y de la familia

- Valoración previa subjetiva de las funciones de las redes sociales (control social, gratificación o inhibición emocional, apoyo instrumental, disponibilidad,..)
- Valoración de las habilidades cognitivas, conductuales y emocionales de las personas sobre las que se va a intervenir
- Intervenciones anteriores de apoyo social, éxitos y fracasos

f) Previsión y superación de obstáculos.

- Disponibilidad de profesionales
- Posibilidades de coordinación con otros servicios y recursos disponibles
- Disponibilidad de los puntos de la red sobre los que se va a intervenir
- Decidir quién será el profesional de referencia que trabaje con las redes sociales.

### **C) FASE III. Intervención**

a) Estrategias para crear redes sociales

1. Aumentar la red incorporando al usuario en actividades de la comunidad.
  - Recursos comunitarios formales: actividades ocupacionales, centro cultural, asociaciones,...
  - Actividades recreativas y de socialización: vacaciones, excursiones, festividades, deportes...
  - Trabajar como voluntario en una organización o grupo
2. Aumentar la red añadiendo personas a la misma.
  - Vinculación de voluntarios
  - Reconexión con miembros de la red del pasado.

b) Estrategias para potenciar redes actuales

1. Modificar formas inadecuadas de relación con los otros
  - Programar reuniones con miembros de la red
  - Cambio en los perfiles y maneras de relación actual con miembros de la red
  - Orientación profesional a miembros de la red sobre maneras de relacionarse con una persona con enfermedad mental
2. Entrenamiento en habilidades sociales
  - Habilidades de conversación
  - Habilidades de refuerzo social
  - Habilidades de expresión emocional
3. Conectar subgrupos de la red
  - Conectar personas que comparten roles similares
  - Coordinar dispositivos distintos que atienden al usuario



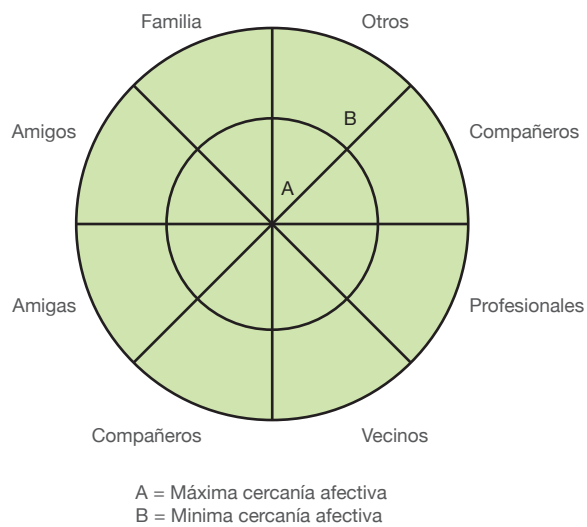
## 34.4 PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS REDES SOCIALES

A continuación se enumeran algunos instrumentos para evaluar la red social.

### A) Mapas de red social.

Es útil para visualizar la red de relaciones de una persona o familia. En las figuras siguientes se muestran ejemplos de mapas de red social.

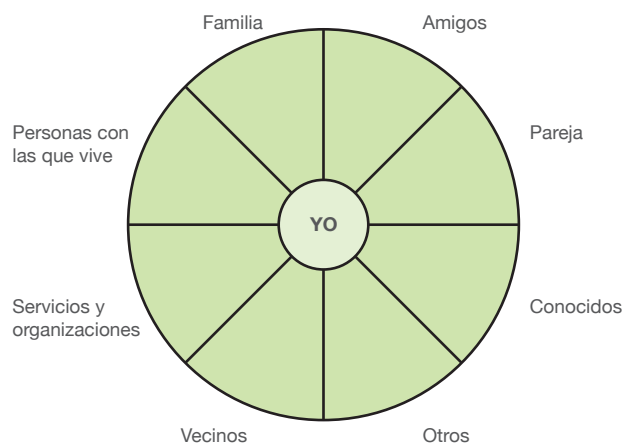
Figura 34.4. Gráfico de la red social.



\* Representar las relaciones a través de la intensidad del trazo en función del número de interacciones tenidas en el último mes.



Figura 34.5. Mapa de la red social.



Se pueden construir diferentes tipos de red social cambiando los contenidos y segmentos del mapa. El mapa de red social describe las características estructurales de la red tal y como las percibe la persona.

### B) Otros instrumentos para evaluar la red social

Para conocer las características funcionales y relacionales se tendrá que pasar un cuestionario, escala o entrevista complementaria. A continuación se describen algunos instrumentos de evaluación de la red social.

- Cuestionario de red social "CURES" (García-Cubillana et al., 2006). Consta de 18 preguntas y evalúa las características de la red social de la persona agrupándolas en cuatro factores: 1) calidad y frecuencia de los contactos sociales, b) apoyo social práctico, c) apoyo afectivo y 4) compañero de apoyo. Este instrumento de ha validado para personas con TMG y también ha sido utilizado para evaluar la red social de la familia del paciente.
- Cuestionario de Apoyo social DUKE-UMC (Bellón et al., 1.996). Evalúa la percepción subjetiva del apoyo percibido por el paciente en áreas como el afecto, la compañía o el apoyo práctico. Consta de 11 ítems y es muy fácil de aplicar (ver cuadro 34.3).

Cuadro 34.3. Cuestionario de apoyo social DUKE-UNC.

	PUNTUACIÓN*
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	
3.- Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien las cosas	
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	
5.- Recibo amor y afecto	
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	

\*1: mucho menos de lo que deseo, 2: menos de lo que deseo, 3: ni mucho ni poco, 4: casi como deseo, 5: tanto como deseo.

- Registros de apoyo social. Se pueden utilizar diferentes formatos para evaluar las características de las relaciones sociales. Se trata de recoger por un lado la red

social que tiene el sujeto (amigos, familia, etc.) y las distintas características de ésta (apoyo, utilidad, etc.). En la figura 34.6 se muestra un ejemplo de un registro que se puede aplicar en formato de entrevista. Se puntúa de 0 a 10 el tipo de característica a evaluar.

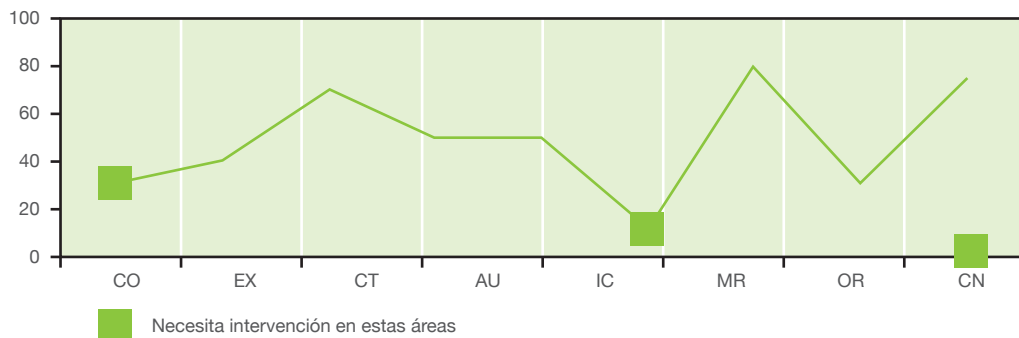
Figura 34.6. Registro de apoyo social\*.

	CON FAMILIARES	CON AMIGOS	CON PAREJA	CON VECINOS	CON PROFESIONALES
Existencia (si/no)					
Grado de preferencia (0 – 10)					
Grado de utilidad (0 – 10)					
Grado de satisfacción (0 – 10)					
Grado de afecto y cariño (0 – 10)					
Ayuda económica (0 – 10)					
Grado de disponibilidad (0 – 10)					

\*Se pueden añadir categorías al registro

- Escala de clima social FES (Moos et al., 1984). Evalúa las relaciones entre los miembros de la familia, el tipo de apoyos y sus pautas de interacción. Proporciona un perfil de las relaciones que da una visión de los puntos en los que el terapeuta ha de trabajar para incrementar algunos aspectos y reducir otros. La escala está formada por 90 ítems tipo verdadero y falso, asignados en 10 subescalas que se agrupan en tres dimensiones: 1) relaciones (incluye: cohesión, expresividad y conflicto); 2) Desarrollo (incluye: autonomía, actuación, intelectual-cultural y moralidad-religiosidad); 3) estabilidad (incluye: organización y control). En la figura 34.7 se muestra un ejemplo del perfil resultado para una familia.

Figura 34.7. Perfil de la escala FES para una familia.



El mapa de red social junto a un cuestionario o escala se pueden pasar en el contexto de una entrevista. Con esta información se puede conocer quién son las personas incorporadas a la red social, qué tipo de apoyos ofrecen, la frecuencia de contacto, la disponibilidad, el tipo de apoyo, etc. Se pueden identificar conflictos en la red y dificultades para implicar a algunos miembros.

### 34.5. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE RED SOCIAL

En este apartado y los siguientes se definen una serie de factores o variables que de manera más o menos directa están relacionados con la falta de red social y que por tanto serán susceptibles de intervención.

- a) Habilidades sociales. Es común que un déficit en habilidades sociales sea una causa de la ausencia de redes sociales. También es común que las personas con TMG no posean habilidades suficientes. En estos casos es importante entrenar en habilidades sociales ya que aunque exista red social disponible se necesitan habilidades sociales para poder manejarse en ella.
- b) Delirios paranoides. Son creencias irracionales que generan miedos sociales y que a su vez activan conductas de seguridad relacionadas con la evitación de los demás. Al tratarse de un síntoma psicótico, el nivel de credibilidad que se confiere a estas ideas puede ser elevado.
- c) Distorsiones cognitivas. Muy relacionadas con el punto anterior, aunque de menor intensidad. Se producen anticipaciones de que los contactos sociales generarán malestar y ansiedad, atribuciones negativas de los demás y pensamientos negativos de uno mismo. Como resultado la persona anticipa efectos negativos de entrar en contacto con la red social.
- d) Fobia social. La fobia social es un miedo irracional y desproporcionado a las interacciones sociales. La persona se convence de que actuará de manera inadecuada, embarazosa o humillante. Esta creencia va acompañada de un número variable de sensaciones físicas como taquicardia, sudor, náuseas o temblores musculares. La persona evita afrontar las situaciones en las que se siente mal o una vez dentro de ellas realiza maniobras de escape. En el cuadro 34.4 se describe operativamente la fobia social.

*Cuadro 34.4. Descripción de la Fobia Social.*

- Temor intenso a una o más situaciones sociales que no son familiares.
- El temor implica temor a ser evaluado negativamente por los demás.
- Los contactos sociales provocan una respuesta inmediata de ansiedad.
- La persona reconoce el temor como exagerado.
- Las situaciones sociales se evitan o se experimentan con mucha ansiedad.
- La evitación interfiere con su vida personal y social.
- Los elementos de la fobia social son: cognitivos (miedo a lo que piensen otros de uno mismo, miedo al rechazo, pensamientos negativos sobre uno mismo); fisiológicos (ritmo cardíaco elevado, tensión en extremidades, sudoración, etc.); conductuales (escapes y evitaciones).

La fobia social es un desorden muy importante para poder mantenerse activo en la red social ya que impide que la persona se conecte con nuevas relaciones sociales. Puede tratarse de un miedo condicionado, persistente y consolidado tras muchos años de evitar los contactos sociales.

## 34.6. PAUTAS PARA MEJORAR LA RED SOCIAL

A continuación se dan pautas prácticas para mejorar la red social de las persona con TMG.

### 34.6.1. PAUTAS PARA VENCER LOS MIEDOS SOCIALES

Para afrontar los miedos sociales es necesario llevar a cabo un programa específico de intervención con los siguientes contenidos:

- Evaluar los miedos sociales
- Formular un modelo explicativo de los miedos sociales
- Hacer un listado de situaciones temidas
- Aprender a manejar la ansiedad anticipatoria a las situaciones temidas
- Exponerse a diferentes situaciones sociales
- Manejar pensamientos negativos
- Desarrollar habilidades sociales
- Planificar exposiciones y actividades sociales repetidas en la comunidad.

Veamos algunos los contenidos anteriores uno por uno.

- a) *Evaluar los miedos sociales.* En el cuadro 34.5. se listan los miedos sociales más comunes.

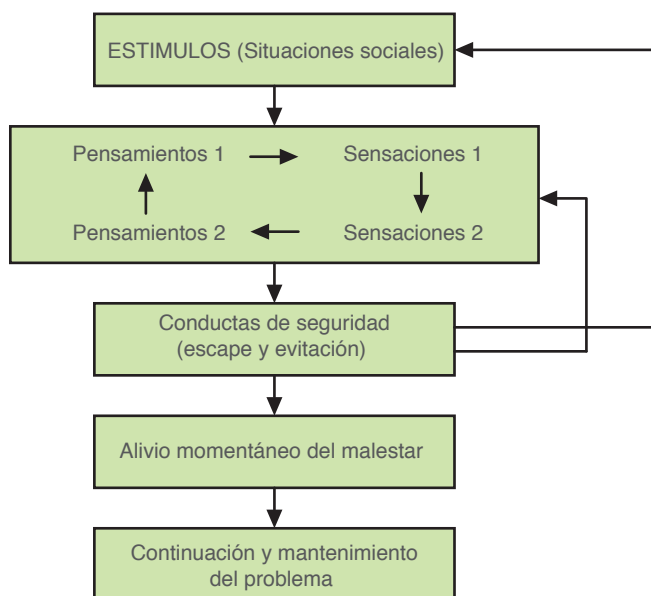
*Cuadro 34.5. Miedos sociales frecuentes.*

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Miedo a ser observado</li><li>• Miedo a que la gente descubra que está nervioso/a</li><li>• Miedo a que descubran algo raro en mí</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Miedo a llevarse mal con los demás</li><li>• Miedo a no saber qué hacer y hacer el ridículo</li><li>• Miedo al rechazo</li></ul> |
|---|--|

Una guía en tres pasos para descubrir los miedos sociales de la persona consiste en:

- Paso 1: hacer una lista de áreas de dificultad social.
  - Paso 2: Identificar pensamientos negativos y conductas de evitación para cada situación temida.
  - Paso 3: Graduar los miedos de más a menos importantes.
- b) *Formular una explicación del miedo social.* Los miedos se mantienen mediante secuencias de funcionamiento que implican antecedentes, conductas y consecuencias. En la figura 34.8 hay una representación esquemática del mantenimiento de la ansiedad social. Habrá que indicar los estímulos y conductas que son específicos para cada persona.

Figura 34.8. Modelo explicativo de la ansiedad social (Pastor y Sevilla, 2000).



Aunque las conductas de escape y evitación sirven para aliviar o escapar del malestar en realidad:

- Aumentan el miedo social pues fortalecen los pensamientos negativos.
- Se convierten en fuente de frustración y baja autoestima.
- Reducen las habilidades sociales.

c) *Hacer un listado de situaciones temidas.* La manera de superar los miedos es exponerse a ellos, en especial a las situaciones que se están evitando. Para hacer el listado de situaciones sociales temidas se puede seguir el siguiente proceso:

- Paso 1: hacer un listado de situaciones temidas y evitadas.
- Paso 2: Clasificar la lista en una jerarquía de miedo puntuando cada una en una escala de ansiedad de 0 a 100.

El listado debe ser realista ya que el objetivo final sería exponerse a la situación. En el cuadro 34.6 hay una guía para realizar jerarquías de situaciones temidas. En el cuadro 34.7 hay un ejemplo de jerarquía de situaciones temidas.

Cuadro 34.6. Guía para construir una jerarquía de situaciones temidas.

- Utilizar una escala de ansiedad de 0 a 100.
- La lista debe contener entre 12 y 20 situaciones.
- Clasificar las situaciones de menor a mayor miedo.
- Entre cada situación no debe haber separaciones mayores de 5 puntos.
- Las situaciones deben incluir las consecuencias temidas.
- La lista debe tener situaciones que la persona pueda cumplir.
- Algunas ayudas para graduar las situaciones puede ser utilizando las siguientes variables: solo o acompañado, duración de la situación, nº de personas presentes, familiaridad de las personas presentes.

Cuadro 34.7. Ejemplo de jerarquía de miedo social.

- Decir “buenos días” y “buenas tardes” a un vecino.
- Hacer un comentario simple a alguien conocido sin esperar respuesta (en el supermercado: “hoy hay mucha gente”).
- Hablar 5 minutos con una persona conocida y poco relevante (un vecino, un tendero, etc.).
- Llamar a alguien conocido por teléfono y conversar 5 minutos.
- Invitar a un amigo a salir un día.

#### d) Manejar la ansiedad anticipatoria

La mayoría de los miedos sociales se anticipan. La persona se imagina estando en la situación y experimentando consecuencias negativas. Si los pensamientos anticipatorios llevan a la evitación, hay que aprender a controlar los pensamientos mediante 3 formas: parar el pensamiento, cambiar el pensamiento o ensayar cognitivamente la situación antes de exponerse a ella.

- *Para el pensamiento.* Se enseñan a la persona los siguientes pasos:
  - Identificar los pensamientos negativos.
  - Dejar aflorar el pensamiento negativo.
  - Decir mentalmente una palabra que pare el pensamiento negativo.
  - Relajar los músculos y respirar lentamente.

Por tanto, cada vez que aparezca el pensamiento negativo el procedimiento es: pensamiento – “¡para!” – relajación. Hay que utilizar varias veces el procedimiento en cuanto a aparece un pensamiento anticipatorio.

- *Cambiar el pensamiento.* Se trata de cambiar los pensamientos negativos que aumentan el miedo mediante la generación de autoinstrucciones y autoverbalizaciones diferentes y más positivas. Se instruye al paciente para que elabore una lista de autoinstrucciones que contrarresten los pensamientos negativos y que se las repita a sí mismo cuando empiece tener los pensamientos. Puede llevar a lista escrita y leerla cada vez que tenga ansiedad anticipatoria. Al igual que la otra técnica su eficacia aumenta mientras más se repita el procedimiento.
- *Ensayar cognitivamente la situación.* Como preparación a la exposición en vivo, se ayuda a la persona a pensar en la situación en la que se va a exponer y se identifican los pensamientos negativos que le vienen a la cabeza. Se le ayuda a sustituirlos por otros más adaptativos.

#### e) Exponerse a diferentes situaciones sociales

La parte más importante del procedimiento para superar los miedos sociales es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con un grado de dificultad creciente.

Para planificar la exposición se deben seguir los pasos del cuadro 34.8

*Cuadro 34.8. Pasos para realizar la exposición.*

- Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Las situaciones deben ser concretas.
- Ordenarlas según el grado de dificultad que le supone enfrentarse a ellas.
- Repetir la práctica de cada situación en vivo varias veces hasta reducir al ansiedad.
- Pasar a la siguiente situación de la jerarquía.

La exposición de puede facilitar con el entrenamiento en respiración antes, durante y después de cada tarea, así como con el control de pensamientos negativos anticipatorios descrito antes. En los cuadros siguientes se muestran ejemplos de listados graduados de exposición a situaciones sociales temidas.

*Cuadro 34.9. Listado de exposición al temor a ser agredido, insultado o humillado por la gente.*

- |   |  |
|---|--|
| 1. Un hombre camina por la acera opuesta.             | 7. Dos adolescentes hablan en alto y se empujan.                             |
| 2. Un hombre camina varios pasos por delante.         | 8. Un grupo de más de jóvenes sentados en un banco insultan a otro que pasa. |
| 3. Un hombre camina hacia mí.                         | 9. Un joven inculca a otro y le humilla.                                     |
| 4. Un hombre joven viene hacia mí.                    | 10. Un grupo de adolescentes golpea a otro que está en el suelo.             |
| 5. Un grupo de adolescentes en la otra acera me mira. |  |
| 6. Dos adolescentes están delante de mí.              |  |

*Cuadro 34.10. Listado de exposición al temor a ser observado.*

- |  |  |
|--|--|
| 1. Una persona a 10 m mira en mi dirección.                  | 7. En una habitación cerrada 2 personas me miran durante unos minutos. |
| 2. Una persona a 5 m me mira durante 10 segundos.            | 8. En un establecimiento 2 personas me miran fijamente varias veces.   |
| 3. Una persona a 2 m me mira durante 30 segundos.            | 9. Todo un grupo me mira fijamente durante varios minutos.             |
| 4. Una persona en la calle a varios pasos me mira fijamente. | 10. Una persona me ira desde la otra acera y me sigue con la mirada.   |
| 5. Dos personas me observan mientras estoy sentado.          |  |
| 6. Un grupo me mira fijamente durante 10 segundos.           |  |

#### *f) Manejo de pensamientos negativos*

Se trata de aprender a identificar los pensamientos negativos y a cuestionarlos. Los pensamientos surgen antes, durante y después del contacto social. Se pueden clasificar el tipo de pensamientos que tiene la persona usando una lista de pensamientos frecuentes. Al detectar los pensamientos se cuestionan y se valoran otras alternativas. En el cuadro 34.11 hay una lista de los pensamientos negativos sociales más frecuentes.

*Cuadro 34.11. Listado de pensamientos negativos sociales frecuentes.*

- Sacar conclusiones de la situación social sin evidencias para ello.
- Seleccionar solo detalles negativos de la situación.
- Extraer conclusiones muy negativas sobre la capacidad de uno.
- Utilizar el malestar como prueba de que se es un incompetente social.
- Expectativas muy elevadas de competencia social.
- Imperativos muy exigentes sobre su comportamiento y el de los demás.
- Descalificar los comportamientos negativos.
- Interpretar que los demás le valoran negativamente.



En la búsqueda de alternativas se deben buscar otros pensamientos que reduzcan algo el nivel de impacto emocional de los pensamientos negativos. Para generar pensamientos alternativos se suelen hacer preguntas como:

- ¿Qué pruebas tienes para pensar eso?
- ¿Cuántas veces te ha pasado?
- ¿Qué porcentaje de certeza hay?
- ¿Qué pensarías tú de otra persona en una situación así?
- ¿Qué otras interpretaciones podría haber?
- ¿Es un pensamiento realista?
- ¿Para qué me sirve pensar así?

El manejo de pensamientos se puede hacer antes, durante y después de la exposición:

- Antes:
  - Identificar pensamientos negativos anticipatorios
  - Señalar posibles distorsiones cognitivas y escribir alternativas.
- Durante:
  - Anotar los pensamientos negativos y las alternativas.
  - Repetirlas varias veces.
- Después:
  - Se describe lo sucedido, quién estaba y lo que hizo.
  - Identificar pensamientos negativos surgidos.
  - Sugerir pensamientos alternativos.

g) *Desarrollar habilidades sociales.* Puede ser necesario entrenar en habilidades sociales antes de la exposición. Las habilidades sociales que pueden ser objeto de entrenamiento pueden ser las indicadas en el cuadro 34.12.

*Cuadro 34.12. Componentes de las habilidades sociales objeto de entrenamiento.*

<ul style="list-style-type: none"><li>• No verbales:<ul style="list-style-type: none"><li>- Contacto visual</li><li>- Postura corporal</li><li>- Gestos y sonrisas</li><li>- Volumen de la voz</li><li>- Latencia de respuesta</li><li>- Duración de la intervención</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verbales:<ul style="list-style-type: none"><li>- Frases informativas</li><li>- Preguntas</li><li>- Frases de comprensión del otro</li><li>- Comentarios positivos de los demás</li><li>- Saludar</li><li>- Presentarse</li><li>- Expresar opinión de acuerdo o desacuerdo</li><li>- Solicitar ayuda</li><li>- Pedir algo</li><li>- Despedirse</li><li>- Expresar una emoción</li></ul></li></ul>
--	--

*h) Planificar exposiciones repetidas.*

Hay que repetir muchas veces las exposiciones a cada situación. En el caso de que no se puedan planificar con frecuencia diaria, se pueden hacer cognitivamente, mediante análisis y predicciones de situaciones anticipadas.

- *Viñeta clínica.*

José es un paciente de 50 años que tiene una gran ansiedad a retomar contactos con amistades del pasado. Cuando ve a alguien conocido lo evita cruzando de acera o bajando la mirada (evitación y escape). Si la otra persona le saluda José le mira pero no le contesta y acelera el paso (evitación y déficit en habilidad social). El programa consistió en una exposición a 15 situaciones temidas. A continuación se ejemplifica el desarrollo de una sesión de exposición:

- Escoger una situación de la lista. Se escogió la situación: “saludar en el bar a Antonio mientras está tomando un café”, valorada con una ansiedad de 60 sobre 100.
- Detectar pensamientos negativos. Los pensamientos anticipatorios eran: “*me preguntará cómo estoy y me quedará en blanco*”, “*no le intereso*”.
- Ensayo cognitivo de la situación. Se discutió con José antes sus pensamientos negativos generando otras alternativas: “*me contestará o al menos me mirará*”, “*si me pregunta puedo decirle: bien ¿y tú?*”, “*puede que me salude él antes que yo*”. También se reprodujo la escena mediante role-playing, dando feedback correctivo sobre las habilidades sociales de mirar y presentarse.
- Exposición. Se planificó el día, la hora y la duración. El terapeuta acompañó a José, quedándose fuera a cierta distancia.
- Análisis posterior. Tras la exposición se repasaron los pensamientos negativos, se propusieron alternativas y se reforzó el éxito de haberlo hecho.

### 34.6.2. PAUTAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES SOCIALES

Un escaso desarrollo de las habilidades sociales dificulta el acceso a las relaciones. Las habilidades sociales pueden estar poco desarrolladas por:

- Haber evitado las situaciones que generan tensión.
- Haber obtenido mayor reforzamiento con actividades que no requieren relacionarse.

Debido a problemas relacionados con la ansiedad social y la anhedonia, las personas con un TMG pueden desarrollar una preferencia por actividades solitarias, lo que mantiene la escasez o ausencia de la red social.

Los objetivos del entrenamiento deben ir encaminados a mejorar las habilidades que permitan aumentar la red social, y no trabajar sobre todas las habilidades deficitarias.

Los objetivos son:

- Mejorar las habilidades de relación que mejoren su competencia personal en ambientes sociales.
- Mejorar las habilidades que permitan crear una red de apoyo.

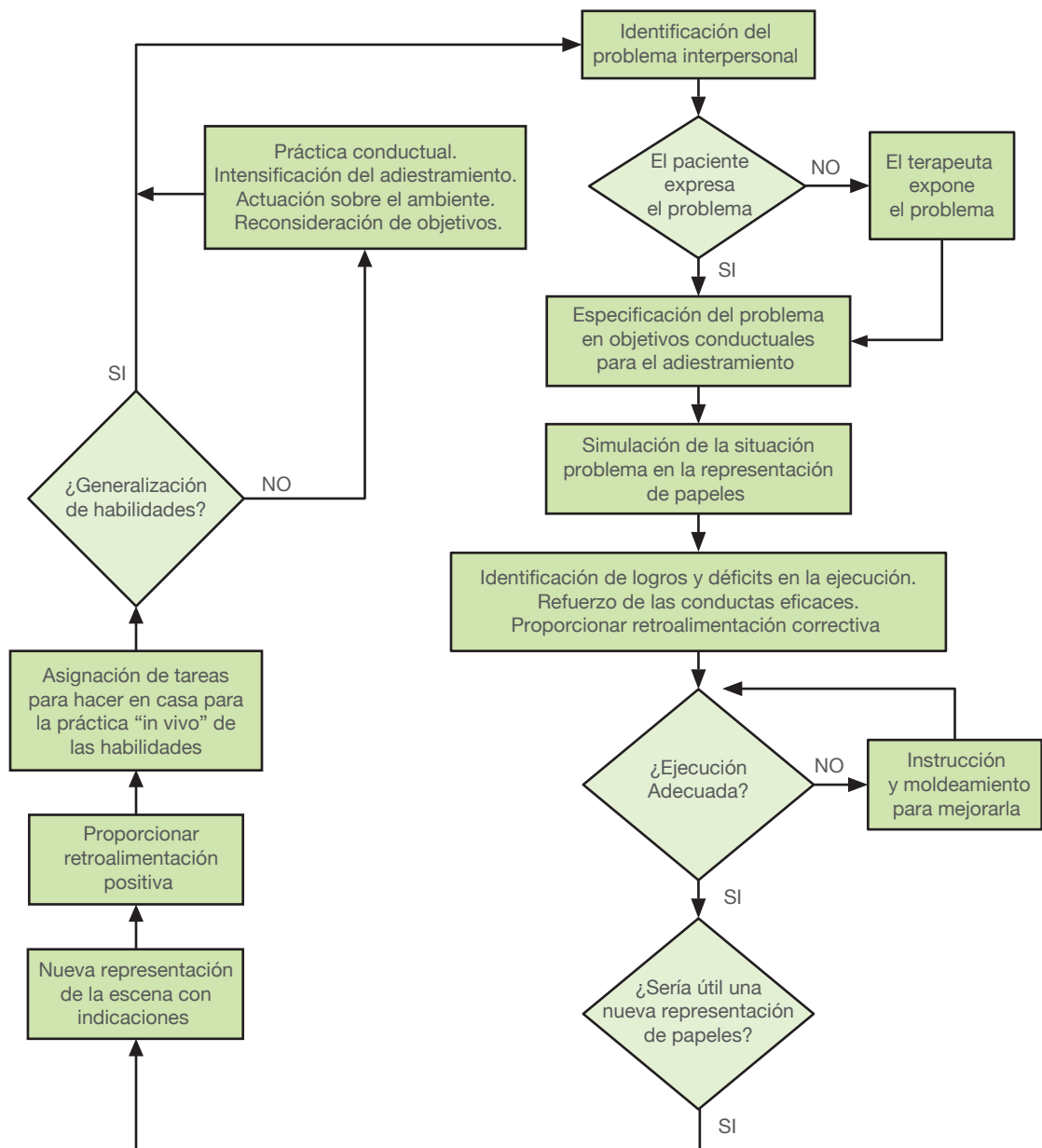
Por tanto, de todas las habilidades sociales posibles solo se entrenan las directamente relacionados con su uso en la red social del sujeto. En el cuadro 34.13 se muestran posibles habilidades a entrenar.

Cuadro 34.13. Posibles habilidades sociales para el entrenamiento.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar conversaciones.</li> <li>• Quedar con alguien</li> <li>• Telefonar a un vecino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir ayuda</li> <li>• Presentarse</li> <li>• Dar las gracias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir no</li> <li>• Dar la opinión sobre algo</li> </ul>
--	---	---

En la figura 34.9 se muestra el procedimiento de entrenamiento de una habilidad social por pasos.

Figura 34.9. Pasos a seguir en el entrenamiento en habilidades sociales.



Un ejemplo de programa de habilidades sociales para aumentar la interacción con la red social existente puede consistir en trabajar en las siguientes áreas:

1. Aumentar la frecuencia de los contactos sociales
  - a. Planificar con quién, cuándo y cómo.
  - b. Graduar. Empezar por contactos fáciles y cercanos. Se puede graduar la dificultad atendiendo a variables como: tiempo, tipo de personas, lugar, momento, tipo de habilidades.
2. Crear oportunidades para practicar lo aprendido
  - c. Practicar en entornos seguros: domicilio, ambientes conocidos.
  - d. Hacer varias simulaciones previas.
3. Apoyo para realizar las habilidades en situaciones difíciles
  - e. Acudir a un club social.
  - f. Acompañar a una visita complicada.
  - g. Hacer de mediador en una situación nueva.
4. Afrontar la ansiedad social y eliminar escapes y evitaciones
  - h. Graduar las habilidades sociales y los contactos por nivel de dificultad.
  - i. Ensayar antes: análisis y modificación de pensamientos negativos anticipatorios.
  - j. Hacer exposición en vivo.

En el cuadro 34.14 se muestra un resumen de los elementos a tener en cuenta para el entrenamiento en habilidades sociales.

*Cuadro 34.14. Elementos a tener en cuenta para el entrenamiento en habilidades sociales.*

- Es normal sentir niveles de ansiedad en los contactos sociales.
- Las habilidades sociales son necesarias para relacionarse con los demás.
- La mejor manera de mantener la red social es mejorar las habilidades de comunicación.
- Los pensamientos influyen en cómo se actúa.
- Hay que practicar las habilidades varias veces, cuantas más mejor.

### 34.6.3. PAUTAS PARA INTEGRARSE EN UN COLECTIVO

Una posibilidad ante la falta de red social es integrarse en un grupo. Los pasos se describen a continuación.

- Analizar las características del colectivo. Hay que hacer una selección del grupo de interés. Es bueno revisar: el tema del colectivo, quiénes lo forman y cuántos y las posibilidades de integración.
- Integración en el colectivo por aproximaciones sucesivas. Hay que entrar poco a poco, conociendo a los miembros uno por uno y presentándose a cada persona. El proceso de adaptación debe ser lento y monitorizando las emociones y pensamientos negativos del usuario.
- Habilidades para integrarse. Habrá que analizar y conocer el lenguaje que se usa y practicar algunas habilidades necesarias como: preguntar, iniciar conversaciones y presentarse.

En el cuadro 34.15 se listan otras estrategias para incrementar la red social que pueden ser útiles.

*Cuadro 34.15. Otras estrategias para incrementar la red social.*

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Apuntarse a viajes organizados.</li><li>• Asistir a tertulias.</li><li>• Asistir a centros culturales.</li><li>• Visitar a familiares.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Celebrar fiestas y cumpleaños.</li><li>• Ir a reuniones de vecinos.</li><li>• Comprar en supermercados.</li></ul> |
|--|---|

#### **34.6.4. PAUTAS PARA INCREMENTAR LA CALIDAD DE LAS RELACIONES**

Se pueden utilizar algunos recursos para aumentar la calidad de las relaciones:

- Conversar sobre temas personales: sentimientos, gustos.
- Contar cosas propias.
- Intercambiar cosas: películas, música, libros.
- Buscar acuerdos en pensamientos: morales, políticos, religiosos, deportivos.
- Proponer trabajos conjuntos: montar un mueble, hacer la compra, lotería colectiva.

En definitiva se trata de mejorar el carácter cualitativo de una relación dándole un mayor signo afectivo.

#### **34.6.5. PAUTAS PARA POTENCIAR LAS REDES SOCIALES EXISTENTES**

En los casos en los que exista red social y el trabajo consista en potenciarla, se pueden seguir las siguientes pautas:

- a) Mejorar las habilidades para conversar con miembros de la red social
  - Practicar en casa.
  - Leer revistas y ver la televisión para saber de qué hablar.
  - Preparar algunas frases hechas
- b) Esforzarse por incrementar el contacto con las personas de la red social
  - Ir a los lugares a los que van esas personas
  - Hacer visitas
  - Llamar por teléfono
  - Escribir e-mails
- c) Acudir a fiestas y celebraciones
  - Ser puntual
  - Ir arreglado/a
  - Participar en la conversación
- d) Invitar
  - Invitar a salir
  - Invitar a venir a casa

#### **34.6.6. PAUTAS ESPECÍFICAS DIRIGIDAS A LA FAMILIA PARA REFORZAR SU POSICIÓN EN LA RED SOCIAL DEL USUARIO**

Además de hacer una intervención familiar como la que se ha descrito en el apartado anterior se pueden realizar las siguientes actividades:

- Trabajar con las familias los efectos de la carga, identificar consecuencias emocionales y conductuales y permitir su ventilación.
- Mejorar los roles de cada miembro de la familia en relación al paciente.
- Trabajar con miembros de la familia muy afectados emocionalmente.
- Identificar a figuras de sobrecarga y establecer cambios de roles en la red familiar.
- Planificar estrategias de descanso y tiempo libre para algunos miembros de la familia.
- Potenciar los apoyos de la red social del cuidador/a





PARTE  
Anexos



## Anexos

### **ANEXO 1:**

Ejemplo de entrevista inicial.....416

### **ANEXO 2:**

Información a recabar antes del primer contacto. Factores de riesgo para rechazar la intervención .....417

### **ANEXO 3:**

Protocolo de incorporación y primeros contactos con un nuevo caso .....418

### **ANEXO 4A:**

Elementos facilitadores e inhibidores de la intervención .....421

### **ANEXO 4B:**

Análisis y abordaje de las resistencias a la intervención.....422

### **ANEXO 5:**

Instrumento de evaluación de casos con dificultades de vinculación a programas de rehabilitación psicosocial .....423

### **ANEXO 6:**

Valoración de la motivación y las expectativas hacia la intervención..... 435

### **ANEXO 7:**

Contrato de compromiso con el programa de rehabilitación.....436

### **ANEXO 8:**

Guía de observación del domicilio del usuario .....437

**ANEXO 9:**

Plan de intervención activa en rehabilitación .....441

**ANEXO 10:**

Cuestionario de calidad de vida y percepción de mejoría .....448

**ANEXO 11:**

Apoyo social percibido o funcional. Cuestionarios DUKE-UNC .....449

**ANEXO 12:**

Registro de evaluación de áreas de autonomía del paciente. REA-P .....450

**ANEXO 13:**

Registro de autocuidado-autonomía para la familia. REA-F .....471

**ANEXO 14:**

Escala de restricción de estilo de vida en la familia (ERVI) .....476

**ANEXO 15:**

Material para el trabajo con familias. Reacciones de la familia cuando hay una enfermedad mental en casa .....478

**ANEXO 16:**

Emoción expresada .....480

**ANEXO 17:**

Pautas prácticas para la intervención individual con familias .....482

**ANEXO 18:**

Glosario de siglas referenciadas .....490

# Anexo 1

## EJEMPLO DE ENTREVISTA INICIAL

### DEMANDAS Y EXPECTATIVAS

- ¿Qué información tienes de nosotros, de la rehabilitación, los programas, etc.?
- ¿Quién te ha proporcionado esa información? ¿Qué información tiene tu familia?
- ¿Qué dificultades o problemas tienes? ¿En que piensas que te podríamos ayudar?
- ¿Has recibido algún tipo de atención de otros recursos? ¿Cómo valoras la experiencia?

### FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

- ¿Qué haces un día normal?
- ¿Qué actividades realizas fuera de casa? ¿Solo o acompañado? (ocio, manejo social)
- ¿Tiene amigos? ¿Actividades que realizas con ellos? ¿Ultima vez que compartiste una actividad con tus amigos? (red de apoyo social)
- Situación formativa y laboral. (Explorar motivación)

### SITUACIÓN FAMILIAR

- ¿Con quien vive?
- Clima familiar (criticismo, sobreprotección, hostilidad, apoyo)
- Demandas de la familia al usuario

### SITUACIÓN PSICOPATOLOGICA

- ¿Estas siendo tratado en la Unidad de Salud Mental? (inicio y ultima revisión)
- ¿Acudes a las citas con regularidad? (psiquiatra de referencia) ¿Ultima revisión y próxima revisión? ¿Vas solo o acompañado?
- ¿Conoces tu diagnostico? ¿Estas de acuerdo con el? (conciencia de enfermedad)
- ¿Síntomas de la enfermedad?
- ¿Has tenido ingresos? ¿Cuántos? ¿Cuándo fue el ultimo? (Motivos)
- ¿Que tipo de tratamiento farmacológico tienes? ¿Abandonos de la medicación y motivos? (adherencia al tratamiento)

## Anexo 2

### INFORMACIÓN A RECABAR ANTES DEL PRIMER CONTACTO. FACTORES DE RIESGO PARA RECHAZAR LA INTERVENCIÓN

Los profesionales derivantes, concededores del caso o la familia pueden transmitir información que facilite a priori el conocimiento de la existencia de algunos factores de predisposición al rechazo de la intervención, previo al primer contacto con el profesional de rehabilitación.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES DE RIESGO			
	Alto	Medio	Bajo
Experiencias negativas con otros servicios			
Aislamiento social			
Nula conciencia de enfermedad			
Ansiedad ante el primer contacto con otros profesionales			
Dificultades de accesibilidad			
Expectativas desajustadas sobre la intervención			
Falta de apoyo familiar para la rehabilitación			
Negativa de que acudan al domicilio los profesionales			
Fracasos anteriores de enganche y causas			
Errores de acercamiento de otros profesionales			
Falta de adherencia al tratamiento			
Otras variables:			

## Anexo 3

### **PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN Y PRIMEROS CONTACTOS CON UN NUEVO CASO**

La primera fase de incorporación al programa de rehabilitación psicosocial debe ayudar al usuario a lograr una vinculación a las actividades y a los profesionales.

Dada la heterogeneidad de los casos, se deben establecer varios niveles y tipos de atención con el objetivo de atender a cada usuario con un plan de actividades ceñido a sus necesidades de forma que todos experimenten un adecuado ajuste y progreso desde el nivel inicial de acogida a otros posteriores de evaluación e intervención.

Aunque en el centro se establezca una única fase temporal de entrada e incorporación de casos, se pueden establecer varias formas de incorporación previas a la evaluación y el diseño del PIR, que sitúan a esta fase del proceso asistencial en varios niveles. Los parámetros que definen los niveles son:

- a) El grado de predisposición y motivación al tratamiento en el CRPSL.
- b) El contexto donde se diseña el trabajo de incorporación y el primer contacto.

#### **A) *Primer/os contacto/s***

Los primeros contactos con los usuarios son momentos importantes. Es común que las personas con un trastorno mental grave y de larga evolución tengan dificultades para incorporarse y mantenerse en las intervenciones psicosociales. Además de los síntomas, la desmotivación suele ser un problema que dificulta el enganche terapéutico.

Para ello se plantea un acercamiento paulatino a los profesionales y a las actividades. Así, se definirá un protocolo de incorporación flexible, paulatino y utilizando varios contextos que faciliten la primera etapa.

No es un trámite administrativo, sino un momento de encuentro con los profesionales que le apoyarán en su proceso de rehabilitación y con los que es necesario establecer una relación de confianza y cercanía, facilitando la observación de la conducta del usuario durante la primera fase del proceso rehabilitador.

Hay que señalar la importancia de los familiares en la fase de incorporación. Serán una pieza clave del enganche del usuario y a su vez será necesario explicarles la importancia de su papel en el proceso.

Los objetivos planteados en la incorporación de usuarios al programa de rehabilitación son:

- Integrar a los usuarios facilitando la motivación y su adaptación, reduciendo el impacto estresante de la intervención desde la seguridad y la acogida.
- Facilitar un enganche con los profesionales y las actividades, fomentando la participación activa en su rehabilitación y en las actividades de acogida, apoyo y soporte, previniendo abandonos.
- Informar de los servicios a ofrecer ajustando expectativas erróneas.
- Recoger información por medio de observación sobre el comportamiento del usuario en las primeras etapas de la intervención.
- Motivar al usuario en las primeras semanas de incorporación al proceso de rehabilitación.

## **B) Estructura**

Habitualmente el procedimiento de incorporación suele denominarse como protocolo de “acogida”. En función de la predisposición al tratamiento este momento se denominará acogida (para casos con buena predisposición hacia el tratamiento) o de trabajo previo motivacional (para casos con mala predisposición).

## **C) Procedimiento de primer contacto**

A continuación se describen algunas actividades de primer contacto.

- Primer contacto: contacto telefónico / citación telefónica

Este primer contacto se realizará siguiendo las directrices consensuadas con la Unidad de Salud Mental y otros profesionales implicados en el caso (Servicios Sociales, Atención Primaria, etc.). Se realizará un primer contacto telefónico teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Si el usuario está motivado o no rechaza la intervención y el psiquiatra ha informado del recurso, el contacto será realizado por el técnico responsable del primer contacto en el domicilio.
- Si el usuario no está motivado para iniciar la intervención, o presenta grave deterioro o psicopatología activa, la gestión telefónica la realiza el/la psicólogo/a o el profesional que se designe para la intervención con el caso.

- Primer contacto en el domicilio

El primer contacto en el domicilio lo realiza uno o varios técnicos. Este encuentro requiere una observación exhaustiva del funcionamiento del usuario en el domicilio, del clima familiar y del domicilio, mediante entrevista semiestructurada.

El primer contacto en el domicilio será especial en aquellos casos que por razones psicopatológicas o psicosociales no quieren acceder al programas de rehabilitación,

requiriendo un trabajo motivacional individualizado en el medio.

El primer contacto en el domicilio tiene los siguientes objetivos:

- Obtener información del funcionamiento psicosocial.
- Recoger demandas del usuario y de la familia.
- Conocer el entorno donde vive.
- Valorar la motivación.
- Potenciar la relación con los profesionales.
- Potenciar la motivación hacia el proceso de rehabilitación.

Los instrumentos que se pueden utilizar son:

- Entrevista de evaluación inicial en el domicilio que recoja información sobre:
  - Demandas y expectativas del usuario.
  - Funcionamiento psicosocial.
  - Situación familiar.
  - Adherencia al tratamiento farmacológico y conciencia de enfermedad.
  - Factores de riesgo.
  - Resistencias.
- Guía de observación en el domicilio:
  - Características de la vivienda.
  - Características de la habitación del usuario.
  - Resto de habitaciones.
  - Participación en tareas domésticas.

Es conveniente y de gran ayuda que los técnicos elaboren un informe de atención domiciliaria que recoja y/o confirme información clínica y social del caso, así como un “plan inicial de intervención en domicilio”, pudiéndose contemplar tres situaciones distintas:

1. Tras ese primer contacto en domicilio, se considera oportuno iniciar la intervención. Esta situación se dará en casos donde no existan dudas en los criterios diagnósticos del usuario, tenga motivación y expectativas ajustadas.
2. Tras la primera visita en el domicilio, se valora que existe alguna circunstancia que impide la intervención de forma inmediata. Estas situaciones pueden ser las siguientes:
  - El usuario no tiene motivación.
  - La familia no tiene motivación.
  - Situación psicopatológica inestable.
  - No ajuste de expectativas.

En estos casos se establece un plan de intervención individualizado de trabajo previo, planteando objetivos operativos previos al inicio de los programas de rehabilitación.

## Anexo 4a

### **ELEMENTOS FACILITADORES E INHIBIDORES DE LA INTERVENCIÓN**

Es importante señalar que una estrategia facilitadora para la intervención puede ser efectiva para una persona y resultar inadecuada para otra. El diseño de las intervenciones debe partir de la evaluación individual de las variables de cada caso concreto.

Condiciones que pueden facilitar la eficacia de los programas de rehabilitación son:

- Prevención de ingresos psiquiátricos y situaciones de crisis.
- Contacto del usuario y familia con recursos comunitarios normalizados.
- Existencia de red de apoyo.
- Satisfacción con los servicios sociosanitarios.
- Aceptación de las dificultades.
- Participación del usuario en la negociación o pactar los objetivos de los programas.
- Transmitir esperanza y expectativas de resultados positivos concretos.

Condiciones que pueden inhibir la eficacia de los programas de rehabilitación

- Escasa frecuencia de sesiones.
- Poca accesibilidad de los profesionales.
- No hay colaboración de la familia.
- No hay red de profesionales coordinada sobre el caso.
- Mantenimiento en el tiempo de variables de riesgo que favorecen la desvinculación con los tratamientos (ver anexo 2).



## Anexo 4b

### ANÁLISIS Y ABORDAJE DE LAS RESISTENCIAS A LA INTERVENCIÓN

- Resistencia debida a variables del paciente

CAUSA DE LA RESISTENCIA	ABORDAJE DE LA RESISTENCIA
El paciente carece de información o de las habilidades necesarias.	Proporcionar información / instrucciones detalladas. Proporcionar entrenamiento directo en habilidades.
El paciente tiene expectativas pesimistas.	Empatía con el pesimismo
El paciente tiene pensamientos negativos.	Examinar los temores y verbalizarlos. Corregir errores interpretativos. Proporcionar apoyo para las preocupaciones. Establecer cambios pequeños y evitar cambios en grandes rutinas. Hacer un análisis de fuerzas.

- Resistencia debida a variables ambientales

CAUSA DE LA RESISTENCIA	ABORDAJE DE LA RESISTENCIA
Las variables ambientales son incompatibles con el cambio.	Organizar señales y estímulos ambientales para que el cambio sea más visible. Eliminar o reducir los estímulos ambientales competitivos. Cambiar rutinas ambientales.
La conducta problema se mantiene debido a variables ambientales.	Encontrar refuerzos ambientales alternativos.

- Resistencia debida a variables del terapeuta

CAUSA DE LA RESISTENCIA	ABORDAJE DE LA RESISTENCIA
Personalización.	Aceptación del paciente y de sus resistencias.
Temporalización.	Graduar lo avances y duración de las intervenciones.
Fatiga del terapeuta.	Cuidar de sí mismo.

## Anexo 5

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CASOS CON DIFICULTADES DE VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**

La determinación de las variables causales de la resistencia a la intervención resulta de particular interés para el establecimiento de una adecuada respuesta asistencial.

El instrumento que se presenta aquí tiene un formato que permite incluir cuestiones referidas al análisis de determinados factores contextuales, psicológicos, sociales, familiares y clínicos que pueden explicar las características asociadas a la resistencia a programas de rehabilitación psicosocial. La escala facilita la evaluación, la generación de hipótesis y diseño de la intervención con cada caso.

Es un formato de entrevista que se aplica a los usuarios y familiares del paciente. En concreto se recogen medidas en torno a seis categorías: datos sociodemográficos, factores relativos al sistema de salud, aspectos clínicos, deterioro psicosocial, aspectos familiares y motivo principal de no acudir. Para cada categoría se consideran varias variables candidatas que han mostrado correlaciones significativas con distintos aspectos relativos al TMG.

La entrevista se puede aplicar de forma individual en una sola sesión.

- Diseño de la intervención

Para establecer los objetivos de la intervención se realizará un análisis de los principales factores encontrados como mantenedores de la situación actual.

Con el fin de establecer las técnicas de la intervención adecuadas para cada caso se estima la fuerza o grado de relación de las variables con la dificultad de vinculación a los programas de rehabilitación. Aunque puedan estar presentes más de una variable, es recomendable empezar a trabajar con una o dos, las que más relacionadas estén con la no asistencia (pueden ser motivación, resistencia familiar, alto nivel de deterioro, ausencia de medio de transporte, información incompatible por parte de otros centros como USM o SS.SS, etc.). El peso estimado de cada variable se obtiene del paciente, la familia y otros informantes (psiquiatras, trabajadores sociales, etc.).

Para seleccionar la técnica hay que tener en cuenta que cada técnica suele incidir sobre una única variable. Una vez conocida las variables importantes se aplica la técnica más adecuada (por ejemplo si fuera ansiedad: aproximaciones sucesivas, relajación, respiración, ; si fueran pensamientos negativos: autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, ..; si fuera desinformación: psicoeducación; si fuera falta de transporte: solución de problemas y valorar distintas alternativas; si fuera desmotivación o desinterés: balance decisional, solución de problemas; contrato de prueba, etc.

A continuación se muestra: una tabla descriptiva de las variables de la entrevista y la entrevista completa.

1.- DATOS DEMOGRÁFICOS	
01. Edad	05. Tipo de convivencia
02. Sexo	06. Edad del cuidador
03. Estado civil	07. Nivel educativo
04. Municipio de residencia	08. Situación laboral actual
2.- DATOS RELATIVOS AL SISTEMA DE SALUD	
<p>COBERTURA ASISTENCIAL</p> <p>09. Cobertura de centros de atención para enfermedades mentales</p> <p>10. Existencia de USM en el Municipio</p> <p>11. Acudir a la primera cita en USM</p> <p>12. Motivos de no acudir a primera cita en USM</p> <p>13. Frecuencia de seguimiento desde USM</p> <p>DERIVACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>14. Derivación por Centro de Salud a USM</p> <p>15. Derivación a un recurso rehabilitador</p> <p>16. Motivos de no derivación a un CRPSL</p> <p>ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO</p> <p>17. Accesibilidad para el usuario de la USM</p> <p>18. Accesibilidad para el usuario del CRPSL</p> <p>19. Distancia desde la casa del usuario a la USM</p> <p>20. Distancia desde la casa del usuario al CRPSL</p>	
3.- ASPECTOS CLÍNICOS	
21. Diagnóstico	25. Número de ingresos psiquiátricos
22. Antecedentes psiquiátricos	26. Número de urgencias psiquiátricas
23. Años de evolución	27. Tratamiento actual
24. Evolución deteriorante	
4.- DETERIORO PSICOSOCIAL	
28- Autocuidados	34- Manejo de recursos sociales
29- Hábitos de vida saludables	35- Capacidad laboral
30- Relaciones interpersonales	36- Respuesta al tratamiento farmacológico
31- Apoyo social	37- Responsabilidad con el tratamiento
32- Ocupación, manejo de ocio y tiempo libre	38- Autonomía económica
33- Autonomía básica	39- Valoración global del deterioro
5.- FACTORES FAMILIARES	
<p>CONOCIMIENTOS</p> <p>40.- Conciencia de enfermedad mental</p> <p>41.- Conocimiento del diagnóstico</p> <p>42.- Información que tienen la familia sobre rehabilitación psicosocial</p> <p>43.- Accesibilidad de la información</p> <p>44.- Conocimientos sobre la forma de acudir al Centro</p> <p>45.- Antecedentes familiares de enfermedad mental</p> <p>46.- Existencia en el entorno de enfermedad mental</p> <p>47.- Conocimiento de los CRPSL</p> <p>49.- Conocimiento de síntomas negativos</p> <p>50.- Conocimientos de efectos secundarios</p> <p>51.- Relación entre medicación y recaídas</p> <p>52.- Relación entre medicación y síntomas positivos</p>	

## ACTITUDES

- 53.- Actitudes hacia la eficacia de los profesionales
- 54.- Grado de recuperación
- 55.- Nivel de cooperación percibido por la familia del usuario
- 56.- Grado de utilidad percibido por la familia del usuario
- 57.- Calificación/descalificación del usuario por la familia
- 58.- Grado de recuperación percibido por la familia de la enfermedad mental
- 59.- Nivel de carga percibida por la familia de la enfermedad mental
- 60.- Nivel de información que tiene la familia sobre la enfermedad mental
- 61.- Cohesión de los miembros de la familia ante la enfermedad mental
- 62.- Nivel de comprensión de la familia hacia la enfermedad mental
- 63.- Nivel de crítica de la familia hacia la enfermedad mental
- 64.- Grado de estrés de la familia ante la enfermedad mental
- 65.- Esperanza/desesperanza de la familia hacia la enfermedad mental

## EXPECTATIVAS

- 66.- Violencia
- 67.- Sociabilidad
- 68.- Cooperación
- 69.- Consumo de alcohol y/o drogas
- 70.- Red social y amistades
- 71.- Independencia funcional
- 72.- Hábitos de autocuidado
- 73.- Información sobre la enfermedad mental y tratamiento
- 74.- Curación total
- 75.- Información para manejar síntomas
- 76.- Conseguir trabajar o estudiar
- 77.- Relación de pareja y familia
- 78.- Casa propia
- 79.- Ingreso en un hospital por tiempo indefinido
- 80.- Conciencia de enfermedad en el usuario

**6.- MOTIVOS DE LAS RESISTENCIAS**

## MIEDO-ANSIEDAD

- 81.- Ansiedad por hablar delante de más personas
- 82.- Miedo a que las cosas empeoren
- 83.- Negación a hablar o pensar sobre la enfermedad

## DESINTERÉS EN EL PROGRAMA

- 84.- Tolerancia
- 85.- Expectativas negativas de resultado
- 86.- Falta de confianza en los profesionales

## ACCESIBILIDAD

- 87.- Lejanía del recurso
- 88.- Ausencia de medio de transporte

## AUSENCIA DE INFORMACION

- 89.- Límites en el progreso de la enfermedad mental
- 90.- Desconocimiento de los objetivos programa
- 91.- Desconocimiento de la sede del programa

## RAZONES PRÁCTICAS

- 92.- Edad avanzada
- 93.- Incompatibilidad con ocupaciones
- 94.- Cargas familiares

ENTREVISTA

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

## 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. NOMBRE:

2. EDAD:

3. SEXO:

(0) Mujer (1) Hombre

4. ESTADO CIVIL:

(1) Casado/a (2) Soltero/a (3) Viudo/a  
(4) Separado/a (5) Divirciado/a

5. MUNICIPIO

6. CONVIVENCIA:

(1) Cónyuge (2) Pareja (3) Hijos (7) Amigos  
(4) Padre solo (5) Madre solo (6) Solo/a (8) Con otros familiares

7. EDAD DE LA PERSONA AL CUIDADO DEL PACIENTE:

8. NIVEL EDUCATIVO:

(0) Analfabeto (1) Sin estudios (2) Primarios  
(3) EGB (4) FP primer ciclo (5) FP segundo ciclo  
(6) BUP/COU (7) Estudios superiores

9. SITUACIÓN LABORAL

(1) trabajando (2) buscando su primer empleo (3) parado con subsidio  
(4) parado sin subsidio (5) jubilado, pensionista (6) labores del hogar  
(7) I.L.

## 2. DATOS RELATIVOS AL SISTEMA DE SALUD

10. ¿Cuál es su cobertura de asistencia para la enfermedad mental?

(1) Servicios sociales (2) Centro de salud (3) USM  
(4) CRPSL (5) Hospital (6) Asociaciones  
(7) Sin cobertura pública (8) La desconoce

11. ¿Existe una USM de referencia en su municipio?

(1) Si (2) No (3) No sabe

12. ¿Ha sido derivado a una USM por el Centro de salud?

(1) Si (2) No

13. ¿Ha acudido a la primera cita con la USM?

- (1) Si                      (2) No

MOTIVOS:

- (1) No tener medio de transporte
- (2) No saber cómo ir
- (3) Se niega
- (4) Alguien se lo desaconsejó
- (5) El paciente cree que la enfermedad no tiene cura
- (6) La familia cree que la enfermedad no tiene cura
- (7) No tiene quien le acompañe

14. ¿Con qué frecuencia ha acudido a cita en los últimos tres meses?

- (0) Nada                      (1) Una vez por semana
- (2) Una vez cada quince días      (3) Una vez cada 30 días
- (4) Una vez cada 60 días              (5) Una vez cada 90 días

¿Lo considera suficiente?

- (1) Si                      (2) No

15. ¿Ha sido derivado a algún recurso rehabilitador?

- (1) No                      (2) Unidad de Media Estancia      (3) Hospital de día
- (4) CRPSL              (5) Asociación

MOTIVOS:

- (1) No tener medio de transporte
- (2) No saber cómo ir
- (3) El enfermo se niega
- (4) Alguien se lo desaconsejó
- (5) El usuario cree que la enfermedad no tiene cura
- (6) La familia cree que la enfermedad no tiene cura
- (7) El usuario no tiene quien le acompañe

16. ¿Es accesible para usted acudir a su USM?

- (1) Si      (2) No

17. ¿Es accesible para usted acudir al CRPSL?

- (1) Si      (2) No

18. ¿Qué distancia hay desde casa a la USM?

- (1) Menos de 20 minutos      (2) De 20 a 60 minutos      (3) Más de 60 minutos

19. ¿Qué distancia hay desde casa al CRPSL?

- (1) Menos de 20 minutos      (2) De 20 a 60 minutos      (3) Más de 60 minutos

### 3. ASPECTOS CLÍNICOS

20. Diagnóstico
  - (0) Sin diagnosticar
  - (1) Retraso mental
  - (2) Trastorno esquizofrénico
  - (3) Trastorno del estado de ánimo
  - (4) Trastorno de ansiedad
  - (5) Trastorno de personalidad
  
21. Antecedentes psiquiátricos
  - (0) Sin tratamiento psiquiátrico desde el comienzo de la 1ª crisis
  - (1) Ambulatorios
  - (2) Hospitalarios
  
22. ¿Ha tenido ingresos psiquiátricos?
  - (1) No existencia de ingresos
  - (2) 1 ó 2 ingresos breves (15 días)
  - (3) 3 ingresos breves o 1 de más de 30 días
  - (4) 4 ó 5 ingresos breves o 2 de más de 30 días
  - (5) Más de 6 ingresos breves o 1 de más de 2 meses
  
23. Número de intervenciones de urgencia en los 2 últimos años, sin necesidad de hospitalizaciones
  - (1) Ausencia de crisis en los 2 últimos años
  - (2) entre 1 y 2 crisis en los 2 últimos años
  - (3) entre 3 y 4 crisis en los 2 últimos años
  - (4) entre 5 y 6 crisis en los 2 últimos años
  - (5) más de 6 crisis en los 2 últimos años
  
24. Evolución en los 2 últimos años
  - (1) Recuperación en los 2 últimos años
  - (2) Progreso leve o moderado en los 2 últimos años
  - (3) estabilización en los 2 últimos años
  - (4) Progresivo deterioro en los 2 últimos años
  - (5) Rápido deterioro en los 2 últimos años
  
25. Años de evolución desde la primera crisis
  - (1) Hasta 2 años
  - (2) Entre 2 y 4 años
  - (3) Entre 5 y 7 años
  - (4) Entre 8 y 10 años
  - (5) Más de 10 años
  
26. Tratamiento actual que recibe el paciente
  - (1) Farmacológico
  - (2) Psicoterapéutico
  - (3) No recibe tratamiento actualmente

#### 4.- DETERIORO PSICOSOCIAL

27. Autocuidados. Manejo de la higiene personal: ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal, limpieza del vestido y cambio de ropa).
- (0) Aseo bueno. Viste de forma adecuada.
  - (1) Requiere supervisión ocasional aunque es adecuado.
  - (2) Su higiene es irregular, necesita supervisión frecuente, frecuentemente parece desaseado.
  - (3) Evidentemente desaseado y descuidado, precisa supervisión para casi todo.
  - (4) Aspecto desaseado siempre, precisa supervisión para todo, despierta rechazo.
28. Hábitos saludables. Cuidado de su salud física. Consumo de cigarros, café, refrescos, chucherías, etc. Estructuración de sueño y de las comidas.
- (0) Hábitos de vida saludables. Sueño y comidas estructuradas, respeta horarios normalizados, se alimenta adecuadamente.
  - (1) Leve descuido, consumo de sustancias ligeramente por encima de lo normal, cambios esporádicos en el ritmo de sueño, desestructuración de hábitos alimenticios.
  - (2) Deterioro importante, oscilaciones frecuentes en el sueño, necesita supervisión frecuente para la alimentación, puede consumir drogas y alcohol frecuentemente.
  - (3) Grave deterioro de hábitos, consumo excesivo de tabaco o café, no responde a ritmos habituales de sueño, se alimenta regularmente de alimentos poco sanos.
  - (4) Desestructuración muy grave, permanece costado en horas no habituales, consume sustancias de forma lesiva (café, tabaco, refrescos,...), puede consumir drogas y alcohol de forma habitual.
29. Capacidad de manejo de relaciones.
- (0) Habilidades de comunicación verbal y no verbal adecuadas.
  - (1) Habilidades sociales oscilantes según la situación, personas o momento.
  - (2) Importantes dificultades para establecer comunicación y trato social.
  - (3) Inadecuado manejo social o ausente, solo se comunica esporádicamente.
  - (4) Repertorio de comunicación totalmente deficitario, manejo de relaciones inexistente o totalmente inadecuado.
30. Disponibilidad de red de apoyo social excluyendo relaciones familiares.
- (0) Tiene algún amigo o grupo de amigos con el que sale regularmente, con bastante frecuencia.
  - (1) Disponibilidad de algunos círculos pero pobres. Puede salir de forma esporádica con amigos.
  - (2) Puede salir con algunos conocidos ocasionalmente.
  - (3) Círculos de relación muy empobrecidos. No posee un entorno relacional estable. Cuando sale lo hace solo o con su familia.
  - (4) Relaciones interpersonales totalmente ausentes, no existe ningún amigo, solo se puede relacionar con su familia.
31. Grado de realización de actividades en su tiempo libre que le interesan o motivan
- (0) Tiene ocupaciones habituales y hobbies.
  - (1) Ocupaciones esporádicas y con apoyo externo.



- (2) Si realiza alguna actividad suele ser pasiva y sin salir de casa.
  - (3) Utilización del tiempo libre muy deficiente. Interés muy pobre por participar en actividades de ocio.
  - (4) No existencia de ocupación en el tiempo libre, no tiene ningún interés por participar en actividades de ocio. Se queda en casa la mayor parte del tiempo sin ninguna actividad concreta.
32. Autonomía básica: manejo del dinero, transporte y entorno donde vive.
- (0) Se organiza y maneja su dinero, sabe usar transporte público, hace las tareas domésticas que se esperan de él/ella.
  - (1) Necesita ayuda con cantidades grandes de dinero, necesita indicaciones para el uso de transporte, participa ligeramente en tareas domésticas básicas.
  - (2) Precisa supervisión en el manejo del dinero, precisa supervisión importante para el uso de transporte y tiene un deficiente manejo de las tareas del hogar necesitando supervisión frecuente.
  - (3) Solo puede manejar su dinero si lo recibe de forma racionada, tiene dificultades para el manejo del dinero diario, no realiza las tareas de casa.
  - (4) No maneja su propio dinero, necesita un supervisión continua, no usa el transporte público por sí solo, desatiende completamente el lugar donde vive.
33. Manejo de recursos sociales. Integración con soportes de tipo social.
- (0) Manejo adecuado a su contexto.
  - (1) Necesita ayuda para el manejo de recursos.
  - (2) Solo utiliza recursos si lo hace acompañado.
  - (3) No existe manejo de recursos, depende de las instituciones sanitarias o sociales.
  - (4) Sin manejo de recursos de ningún tipo.
34. Capacidad laboral. Grado de capacidad para desarrollar un trabajo con independencia de la situación laboral en la que se encuentra.
- (0) Está capacitado para desarrollar un trabajo normalizado.
  - (1) Puede realizar un trabajo normalizado con apoyo.
  - (2) Puede realizar un trabajo protegido.
  - (3) Puede realizar una actividad ocupacional con supervisión, pero no puede realizar un trabajo productivo aunque sea protegido.
  - (4) Su situación de Psicopatología le impide realizar una actividad laboralizada.
35. Respuesta al tratamiento farmacológico.
- (0) Se observa relación entre tratamiento y mejoría de síntomas.
  - (1) Crisis periódicas poco relacionadas con el tratamiento.
  - (2) Resistencia importante al tratamiento. Persisten alucinaciones, delirios, depresión, etc.
  - (3) Resistencia grave, existen abundantes crisis aun no abandonando el tratamiento.
  - (4) Resistencia muy grave con nula respuesta a pesar de recibir tratamiento.
36. Responsabilidad con el tratamiento.
- (0) Toma los fármacos de forma autónoma y cumple con las citas.
  - (1) Necesita apoyo para mantener su tratamiento, se lo administra correctamente aunque puede haber periodos de desatención.

- (2) Precisa apoyo importante para la toma del fármaco.
  - (3) Solo va las citas acompañado, si no tiene supervisión no se administra la medicación.
  - (4) No quiere ir a las citas, si va es obligado, solo se toma la medicación si se le obliga o se le da sin que se de cuenta.
37. Autonomía económica. Obtención de su propio dinero.
- (0) Tiene remuneración económica que le permite satisfacer sus necesidades.
  - (1) Tienen ingresos propios pero son bajos, en ciertos aspectos puede necesitar ayuda.
  - (2) Necesita ayudas para cubrir sus necesidades frecuentemente.
  - (3) No puede satisfacer sus necesidades básicas sin ayudas de la familia u otras instituciones.
  - (4) No tiene remuneración económica, se puede ver obligado a pedir por la calle.
38. Valoración global del deterioro por parte del evaluador que hace la entrevista. Valora el último mes del funcionamiento del paciente.
- (0) Sin deterioro observable, funcionamiento autónomo en la mayoría de las áreas, no necesita supervisión.
  - (1) Deterioro leve o moderado, funcionamiento aceptable, supervisión ocasional.
  - (2) Deterioro importante, funcionamiento social disminuido, necesita supervisión frecuente.
  - (3) Deterioro grave, funcionamiento social muy disminuido, necesita supervisión para casi toso.
  - (4) Deterioro muy grave, funcionamiento social muy deficiente en todas las áreas, necesita supervisión de forma continuada, casi imposible su adaptación social.

## 5. FACTORES FAMILIARES

39. ¿Cree que su familiar tiene una enfermedad mental?  
(1) Sí (2) No
40. ¿Sabe como se llama?  
(1) Sí (2) No
41. ¿Ha recibido información sobre programas de rehabilitación?  
(1) Sí (2) No
42. ¿Cómo recibió esa información?
- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| (1) Medios de comunicación | (2) Centro de salud    |
| (3) USM                    | (4) Servicios sociales |
| (5) Entorno social         |                        |
43. ¿Entendió la forma de acudir al servicio y las actividades desarrolladas en el mismo?  
(1) Sí (2) No
44. ¿Ha existido en su familia algún caso de enfermedad mental?  
(1) Sí (2) No

45. ¿Y en su entorno social?

(1) Sí (2) No

46. ¿Ha oído hablar de los CRPSL?

(1) Sí (2) No

47. ¿Cree que si su familiar estuviera atendido por profesionales adecuados mejoraría?

(1) Si (2) No

¿POR QUÉ?

(1) Cree que es muy tarde para que su familiar mejore

(2) Cree que los profesionales no saben acerca de la enfermedad de su familiar

(3) Cree que el enfermo no querrá ser tratado

48. ¿Cree que el aislamiento, la pérdida de interés por hacer cosas y el no hacer nada se deben a la enfermedad?

(1) Si (2) No

49. ¿Cree que el temblor, la rigidez y la sequedad de boca se deben a la enfermedad mental?

(1) Si (2) No

50. ¿Cree que tomar la medicación ayuda a prevenir recaídas?

(1) Si (2) No

51. ¿Cree que Los neurolépticos aunque no curan la enfermedad disminuyen las alucinaciones y los delirios?

(1) Si (2) No

52. Elija la respuesta más adecuada poniendo una X. Usted cree que su familiar es ...

Recuperable	Algo recuperable	Irrecuperable
Cooperador	Algo cooperador	No coopera en nada
Útil	Algo Útil	Inútil
Bueno	Algo bueno	Malo
Valioso	Algo valioso	Poco valioso

53. Para usted la enfermedad mental es:

Recuperable	Se puede mejorar	Irrecuperable
Soportable	A veces insoportable	Insoportable
Conocida	Algo conocida	Desconocida

54. Su familia ante la enfermedad mental de su familiar está:

Unida	Algo desunida	Desunida
Comprensiva	Algo comprensiva	Incomprensiva
Aceptadora	Algo crítica	Crítica
Relajada	Algo tensa	Tensa
Esperanzada	Algo esperanzada	Desesperanzada

55. Dar una valoración de 0 a 10 el grado de importancia de las siguientes expectativas:

Me gustaría que mi familiar ...

1. No sea violento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Que se controle y sea sociable	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Que esté tranquilo, sea dócil y obediente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Que no tome alcohol y/o drogas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Que salga con amigos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Que sea independiente, valerse por sí mismo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Que mejore sus hábitos normales (alimentación, limpieza, aseo personal, etc.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Que se nos de información sobre su enfermedad, sus causas y su tratamiento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Que se cure totalmente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Que se nos de información sobre como tratarlo y como evitar crisis y recaídas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Que pueda volver a trabajar o estudiar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Que pueda casarse y tener familia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Que viva fuera de casa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Que se le ingrese en un hospital indefinidamente porque no puede vivir en casa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Que se de cuenta de que está enfermo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## 6. MOTIVOS DE LA RESISTENCIA PARA PACIENTE Y FAMILIA

### 56. MIEDO-ANSIEDAD

- Miedo a que el familiar empeore (1)
- Ansiedad a estar en un grupo (2)
- No querer hablar o pensar sobre enfermedades mentales (3)

### 57. DESINTERES

- Pensar que no servirá para nada (4)
- Preferir dejar las cosas como están (5)
- No confiar en los profesionales de salud mental (6)
- Haber participado en un programa antes (7)

58.- AUSENCIA DE INFORMACIÓN

- Pensar que está curado o mejorado (8)
- No entender los objetivos del programa (9)
- No saber dónde se hace el programa (10)

59.- RAZONES PRÁCTICAS

- Edad avanzada (>65) (11)
- Responsabilidades familiares (12)
- Problemas de salud (13)
- Ocupaciones domésticas o laborales (14)

60.- ACCESIBILIDAD

- Ausencia de transporte (15)
- Lejanía del domicilio (16)

Última pregunta: ¿Aceptaría ahora recibir el programa?

(1) SI (2) NO

## Anexo 6

### VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN Y LAS EXPECTATIVAS HACIA LA INTERVENCIÓN

	SI	NO
• Mi único interés es hacer amigos para salir mas		
• Quiero obtener información sobre mi enfermedad mental		
• Deseo sentirme útil		
• Busco una pareja		
• Que me enseñen habilidades para relacionarme con los demás con mayor facilidad		
• Hacer cursos de formación		
• Estar preparado para mantenerme en un trabajo		
• Llevarme mejor con mi familia		
• Sentirme protegido por los profesionales		
• Ser lo mas autónomo posible		
• Independizarme de mi familia		
• Abandonar la medicación		
• No tengo ningún interés en las actividades		
• Tengo experiencias negativas de otros centros o profesionales		
• No quiero que me vean en mi localidad o conocidos con un profesional.		
• Tengo interés porque considero que necesito ayuda para sentirme mejor		
• No deseo esforzarme mucho porque no tengo problemas que afecten a mi vida diaria		
• Mi familia también necesita apoyo de los profesionales del centro.		
• Vivir solo		
• Ganar dinero		
• Manejar la ansiedad e inseguridad		

## Anexo 7

### **CONTRATO DE COMPROMISO CON EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

D./Dña. .... a fecha de .....acepta colaborar en su proceso de rehabilitación a través del Programa de Apoyo en el domicilio incluido en el Centro de Rehabilitación de\_\_\_\_\_, comprometiéndose a:

- Aceptar voluntariamente el servicio.
- Colaborar en su proyecto de rehabilitación.
- Realizar las actividades propuestas, con la finalidad de mejorar la autonomía personal y social, así como la calidad de vida.
- Permanecer en el Domicilio en los horarios establecidos para la atención.

Por su parte el equipo se compromete a:

- Respetar a dicha persona.
- Ofrecer el Apoyo necesario para ayudarle en la mejora de la autonomía personal y social, y su calidad de vida.
- Respetar su derecho a la intimidad y guardar absoluta confidencialidad sobre toda la información existente sobre dicha persona.
- Informarle de todos los aspectos relevantes, en lo referente a su Plan de Atención.
- Acudir al domicilio cuando le sea requerido y sea necesario.
- Respetar la decisión del usuario si decide abandonar voluntariamente el Servicio.

Fecha:

Fdo.....

Fdo. ....

Fdo.....

Como Usuario del Servicio

Como familiar

Como profesional

## Anexo 8

### GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL DOMICILIO DEL USUARIO

#### 1. PLANO DE DOMICILIO. (N ° HABITACIONES, ESPACIO QUE FACILITE LA INDEPENDENCIA).

--

#### 2. CARACTERÍSTICAS.

TIPO DE VIVIENDA:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin vivienda</li> <li>• Chabola / Caravana</li> <li>• Caserío Casa rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa Baja</li> <li>• Piso</li> <li>• Vivienda Unifamiliar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chalet</li> <li>• Pensión</li> <li>• Institución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros</li> </ul>
REGIMEN DE TENENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cedida</li> <li>• Alquilada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propia</li> <li>• Realquilada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> <li>• Residencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros</li> </ul>
-Vivienda Permanente: -Número de habitaciones:		- Número de personas: - Metros cuadrados:	
NIVEL DE EQUIPAMIENTO:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua Corriente</li> <li>• W.C.</li> <li>• Lavabo</li> <li>• Ducha</li> <li>• Baño Completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua Caliente</li> <li>• Electricidad</li> <li>• Gas Butano</li> <li>• Calefacción</li> <li>• Cocina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frigorífico</li> <li>• Lavadora</li> <li>• Lavavajillas</li> <li>• T.V. Color</li> <li>• Vídeo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Música</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Vehículo Propio</li> <li>• Turismo</li> <li>• Motocicleta</li> </ul>



CONDICIONES DE VIVIENDA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pésimas</li> <li>• Malas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficientes</li> <li>• Aceptables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenas</li> </ul>	
<p><b>Pésimas:</b> Ruinas, grandes humedades, grietas.  <b>Malas:</b> Hacinamiento, sin agua, sin W.C., con goteras graves, sin luz.  <b>Deficientes:</b> Vivienda en condiciones de habitabilidad deficientes.  <b>Aceptables:</b> Servicios mínimos y habitabilidad aceptable.  <b>Buenas:</b> Dispone de todos los servicios que garanticen buenas condiciones de habitabilidad.</p>			
UBICACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casco Urbano</li> <li>• Fuera del Casco Urbano</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona Rural</li> <li>• Zona Rural aislada</li> </ul>	
¿QUIÉN VIVE EN EL DOMICILIO CON EL USUARIO?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadie</li> <li>• Esposo /a</li> <li>• Hijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hija</li> <li>• Nietos /as</li> <li>• Padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hermano</li> <li>• Hermana</li> <li>• Otros familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigos /os</li> <li>• Amiga /as</li> <li>• Otros</li> </ul>

3. HABITACIÓN DEL USUARIO.			
3.1 EQUIPAMIENTO (Cama, armario, mesa, lámpara, ceniceros, zapatero, iluminación, ventilación estanterías, etc.).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bueno</li> </ul>
3.2 LIMPIEZA (Ropa de cama, colillas, paredes pintadas, polvo, papeles, mobiliario rayado)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> </ul>
3.3 ORDEN DE LA HABITACIÓN:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desordenada</li> </ul>		
3.4. ORDEN DE LA ROPA:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desordenada</li> </ul>		
3.5 ORGANIZACIÓN DEL ARMARIO:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenado</li> <li>• Desordenado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ropa corresponde con la estación del año. SI NO</li> <li>• Hace la cama SI NO</li> </ul>		
3.6 DECORACIÓN (Paredes, cuadros, posters, figuras, calendarios, relojes, etc.).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirante</li> </ul>	
3,7 TIPO DE ILUMINACIÓN (Natural o Artificial).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> </ul>
<p><b>Malo:</b> Sin luz, sin ventilación, sin mobiliario, solo la cama.  <b>Deficiente:</b> Escasa iluminación, escaso mobiliario, escasa ventilación.  <b>Aceptable:</b> Habitación Aceptable.  <b>Bueno:</b> Dispone de iluminación, ventilación y adecuado mobiliario.  <b>Normal:</b> Lo que está dentro de la norma o regla.  <b>Extraña:</b> Poco común, extraordinario, infrecuente.  <b>Delirante:</b> Ideas extrañas, disparatadas que resultan inverosímiles, creencias erróneas...</p>			

4. BAÑO.			
4.1. EQUIPAMIENTO:			
• Anómalo	• Deficiente	• Aceptable	• Bueno
4.2. LIMPIEZA:			
• Mala	• Deficiente	• Aceptable	• Buena
4.3. ORDEN DEL BAÑO:			
• Ordenado	• Desordenado		
4.4. UTENSILIOS DEL BAÑO:			
• Cepillo de dientes	• Toallas	• Papel higiénico	• Otros
• Dentífrico	• Colonia	• Albornoz	
• Gel	• Cepillos	• Cosméticos	
• Esponja	• Champú	• Utensilios de afeitado	

5. COCINA (DONDE COMEN, CENAN, DONDE SE SIENTAN, ...)			
5.1. LIMPIEZA			
• Mala	• Aceptable	• Otros	
• Deficiente	• Buena		
5.2. ELECTRODOMESTICOS (SABE UTILIZARLOS Y FRECUENCIA).			
• Frigorífico	• Horno	• Sandwichera	• Otros
• Lavadora	• Microondas	• Freidora	
• Lavavajillas	• Tostadora	• Batidora	
5.3. ORDEN DE LA COCINA:			
• Ordenada	• Desordenada		
5.4. RIESGOS DOMÉSTICOS:			
• Enchufes	• Gas	• Ventilación	
• Instalación Eléctrica	• Cables	• Extractor	

6. RESTO DE HABITACIONES.			
6.1. LIMPIEZA:			
• Mala	• Deficiente	• Aceptable	• Buena
6.2. EQUIPAMIENTO:			
• Malo	• Deficiente	• Aceptable	• Bueno
6.3. ORDEN DE LAS HABITACIONES:			
• Ordenado	• Desordenado		

## 7. MEDICAMENTOS.

7.1. EN QUÉ HABITACIÓN LOS GUARDA:

7.2. EN QUÉ LUGAR DE LA HABITACIÓN:

## 8. RELACIONES INTERPERSONALES.

8.1. COMUNICACIÓN:

Padre:	Pasiva	Asertiva	Agresiva	Cónyuge:	Pasiva	Asertiva	Agresiva
Madre:	Pasiva	Asertiva	Agresiva	Amigos/as:	Pasiva	Asertiva	Agresiva
Hermanos:	Pasiva	Asertiva	Agresiva	Vecinos/as:	Pasiva	Asertiva	Agresiva

8.2 DÓNDE VIVEN LOS VECINOS, CON LOS QUE SE RELACIONAN.

## 9. PARTICIPACIÓN EN TAREAS DOMESTICAS.

- Limpieza
- Recoge la mesa
- Hace la cama
- Fregar platos
- Barrer
- Fregar pisos
- Cocinar
- Compras
- Ordenar la habitación
- Ordenar la ropa
- Otros

## 10. AMIGOS/AS.

10.1. CUÁNTAS PERSONAS LES VISITAN:

- Ninguna
- Una o Dos
- De Tres a Cuatro
- Más de Cinc

10.2. CUÁNTO TIEMPO PASAN CON LOS AMIGOS:

- Todos los días
- Dos o Tres veces semana
- Una vez a la semana

## 11. OBSERVACIONES:

## Anexo 9

**PLAN DE INTERVENCIÓN ACTIVA EN REHABILITACIÓN**

N° HISTORIA:

FECHA:

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos			Edad:
Fecha de nacimiento		Lugar	
Dirección			Teléfono 1
			Teléfono 2
Localidad		Persona de contacto	

## DATOS ASISTENCIALES

Psiquiatra USM		Profesional de referencia en USM		Teléfono
Psiquiatra UHB		Tutor CRPSL		Teléfono
Servicios sociales		Trabajador social		Teléfono
Centro de Salud		Médico primaria		Teléfono
Otros				Teléfono

## DATOS SOCIOECONÓMICOS

Estado civil		Estudios		Experiencia Laboral	SI	NO	
Tipo de convivencia.	Solo	Tipo de vivienda.	Propia	Fuente de ingresos.			Trabajo
	Familia propia		Alquilada				P. Contributiva
	Familia origen		Cedida				P. no contributiva
	Amigos		Padres				Hijo a cargo
	Vivienda supervisada		Otros				Otros
	Residencia						
	Otros						

Incapacidad Laboral	No	SI
Tipo		Total
		Absoluta
		Provisional

Motivación laboral	SI NO
Intentos de búsqueda de empleo últimos 6 meses	SI NO

Ingreso mensual neto	
----------------------	--

Minusvalía	SI	Grado
	NO	

Incapacidad civil	SI
	NO
	En trámite

Tipo de incapacidad: Tutela Curatela	Nombre tutor legal: Teléfono
--	---------------------------------

OTRAS PERSONAS DE CONTACTO			
NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO

## DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO ACTUAL	
<b>Inicio de la enfermedad</b>	
Fecha comienzo de la enfermedad.	Edad en el inicio:
Fecha de primera consulta USM:	
Breve descripción sintomática en el origen:	
<b>Historia clínica Breve</b>	
Evolución de síntomas (precipitantes, circunstancias asociadas, tratamientos recibidos, etc)	
Síntomas actuales (positivos, negativos y deterioros cognitivos)	

## INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

HOSPITALIZACIONES	FECHA 1º INGRESO	FECHA ÚLTIMO INGRESO	Nº TOTAL INGRESOS 2 ÚLTIMOS AÑOS	DURACIÓN MEDIA	UTILIZACIÓN DE URGENCIAS		
SI NO					SI NO	USM	Hospital

Intentos autolíticos
----------------------

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

FÁRMACO	PAUTA	EFFECTOS SECUNDARIOS	Buena adherencia al tratamiento
			Acude regularmente
			Irregular
			No acude
			Mala adherencia al tratamiento
			Necesita supervisión en la toma

## TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA	OBJETIVOS	RESULTADOS
Evaluaciones y pruebas aplicadas:		

## EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS

<b>PROBLEMAS FÍSICOS</b>	
<b>CONSUMO DE TÓXICOS (TIPO)</b>	
<b>CONDUCTAS DISRUPTIVAS</b>	

COLABORACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO	PACIENTE	FAMILIA
Conoce la enfermedad	SI NO	SI NO
Conoce su tratamiento	SI NO	SI NO
Grado de autonomía en la toma de medicamentos	SI NO	SI NO
Conoce efectos secundarios	SI NO	SI NO
Actitud frente a la indicación de programas de rehabilitación psicosocial		

## UTILIZACIÓN DE RECURSOS ESPECIFICOS PREVIO Y ACTUAL

RECURSO	P	A	PERSONA DE REFERENCIA	TELEFONO
CRPSL				
Asociación familias				
Hospital de Día				
UME				
Vivienda supervisada				
Otros				

## A) Necesidades

Consignar todas las necesidades detectadas en la exploración independientemente de que se piense o no actuar sobre ellas. Debe emplearse la escala de valoración de necesidades. Deben formularse en términos concretos que hagan fácil el entendimiento del problema actual.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA COBERTURA ASISTENCIAL
ASPECTOS CLINICOS (Sintomatología afectiva, ansiedad, resistencia al tratamiento, tóxicos, uso de urgencias, etc)
AUTOCUIDADOS Y SALUD (higiene, vestido y hábitos)
RELACIONES SOCIALES (asertividad, agresividad, aislamiento, comunicación, red social)
OCIO Y TIEMPO LIBRE (intereses, ocupación)
AUTONOMIA BASICA Y MANEJO DEL ENTORNO (vivienda, autonomía en gestiones)
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
MANEJO DE RECURSO SOCIALES COMUNITARIOS
MOTIVACIÓN Y CAPACIDAD LABORAL (conocimiento del mundo laboral, orientación, habilidades de búsqueda, cualificación)
AUTONOMIA ECONOMICA
FAMILIA (Conocimientos de la enf. y el tratam., actitudes hacia el paciente, expectativas, carga)
MOTIVO PARA NO ACUDIR AL CRPSL (ansiedad, desinterés, accesibilidad, desinformación, razones prácticas)

## B) Areas de intervención

Se recogen las correspondientes a aquellas de las necesidades anteriormente recogidas que se pretenda atender a través del plan. Describir por orden de importancia especificando objetivo, intervención y seguimiento.



<b>AREA 1:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:
<b>AREA 2:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:
<b>AREA 3:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:
<b>AREA 4:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:
<b>AREA 5:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:
<b>AREA 6:</b>  Objetivo: Intervención: Seguimiento:

- **CRITERIOS PARA LA ESCALA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES**

Recoge 6 áreas que componen las necesidades básicas que pueden ser cubiertas a través de la intervención activa en rehabilitación psicosocial.

Para la valoración del paciente se tendrán en cuenta como criterio temporal la situación del paciente actual o durante el último mes.

Son claves las capacidades que se han deteriorado respecto al nivel premórbido debido al curso de la enfermedad o factores de privación y carencia social asociadas al contexto o hábitos familiares.

- **PLAN DE ATENCIÓN ACTIVA EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

En esta ficha se materializa el plan de intervención diseñado. Se plantean los objetivos y acciones concretas en valoraciones semanales o quincenales.

Está dividido en 5 columnas:

Problema: Definidos de modo concreto. Se definen los problemas más prioritarios para conseguir mejora en el área de funcionamiento.



## Anexo 10

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA Y PERCEPCIÓN DE MEJORÍA



Nos gustaría conocer su satisfacción con diferentes áreas de su vida ¿Podría indicar qué cara expresa mejor sus sentimientos con respecto a los siguientes aspectos en el momento actual? Marque con un círculo el número que corresponde a la cara que eligió. Marque SI, en el caso de que la intervención del programa haya contribuido a alguna mejora en ese tema y marque NO en el caso de que no haya contribuido a mejorar nada en ese tema.

1. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
2. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su hogar / piso / lugar de residencia?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
3. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su barrio como un sitio para vivir?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
4. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la comida que come?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
5. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la ropa que lleva?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
6. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su salud general?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
7. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a las personas con que vive?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
8. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus amigos?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
9. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con su familia?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
10. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con otras personas? (ni amigos, ni familia, ni personas con las que vive)	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
11. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su trabajo o actividad laboral?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
12. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus actividades de ocio?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
13. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los servicios e instalaciones y las posibilidades de diversión en su zona de residencia?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
14. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los servicios y equipamientos (hospitales, tiendas, polideportivos, etc) en su zona	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
15. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su situación económica?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO

MUCHAS GRACIAS

## Anexo 11

### APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL. CUESTIONARIOS DUKE-UNC

FECHA:  
USUARIO:  
PROFESIONAL:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

1: mucho menos de lo que deseo      3: ni mucho ni poco      5: tanto como deseo  
2: menos de lo que deseo      4: casi como deseo

1.- Recibo visitas y compañía	
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	
3.- Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien las cosas	
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	
5.- Recibo afecto	
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	
9.- Recibo ánimo y apoyo para distraerme y salir con otras personas	
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo	
PUNTUACIÓN TOTAL	

## Anexo 12

### REGISTRO DE EVALUACIÓN DE AREAS DE AUTONOMIA DEL PACIENTE. REA-P

NOMBRE:

PROFESIONAL VALORADOR:

#### AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Acepta la medicación

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sabe distinguir cuando empeora y lo comunica a los profesionales

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce la medicación que se le ha prescrito

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sabe la dosis y la pauta

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce y sabe distinguir los efectos secundarios

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se autoadministra la medicación sin ayuda

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Está pendiente de las citas con el psiquiatra

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Anticipa cuando se le acaba la medicación y solicita las recetas oportunas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Valora de 0 a 9 el nivel de ayuda profesional que precisa el paciente en este área:

FEB. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 JUN. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 OCT. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Esta valoración se repite en todas las áreas excepto en la última.

## HIGIENE PERSONAL

Se ducha diariamente o con criterio aceptable (2-3 veces por semana)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se peina adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Cuida su higiene bucal

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se lava las manos antes de las comidas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se afeita (varones). Se depila (mujeres)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se corta y arregla el pelo (varones). Se maquilla y se arregla (mujeres)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## **CUIDADOS Y COMPETENCIA EN EL VESTIR, ROPA, CALZADO**

Se cambia regularmente de ropa interior

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Cuida y mantiene limpia la ropa que utiliza

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Limpia su calzado y lo lleva adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Lleva la vestimenta conjuntada

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se viste adecuadamente según las situaciones (fiesta, clima, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza complementos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Compra su ropa y se interesa en elegirla

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## ALIMENTACIÓN

Respetar las horas de las comidas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					



Mantiene los modales en la comida (es limpio y come adecuadamente)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza adecuadamente la vajilla (sin ayuda)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conversa con los compañeros de mesa

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Ingiere los alimentos adecuados a un ritmo adecuado

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Friega cuando le toca

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se preocupa en servir la comida o bebida a los demás

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## SUEÑO Y REPOSO

Duerme las horas adecuadas a sus necesidades

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se levanta y acuesta a las horas establecidas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza prendas adecuadas para dormir

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Duerme en los lugares establecidos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Duerme en las horas establecidas (noche y siesta)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Duerme sin ayuda de hipnóticos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## MANEJO DEL DINERO

Sabe distinguir las necesidades reales de los gastos superfluos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Organiza el dinero en unci3n del presupuesto que tiene y del nivel de vida

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Ahorra algo de dinero de forma particular (sin ayuda)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se maneja en bancos y cajas de ahorros

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Es capaz de autoadministrarse durante una semana

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Compra las cosas que necesita sin ayuda (ropa, aseo, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## DESPLAZAMIENTOS

Sigue direcciones o pregunta para orientarse

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza transporte para los desplazamientos (visitas a familiares y amigos)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza transporte en desplazamientos largos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Con el plano sabe utilizar un ruta

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se comporta de forma adecuada en autobús, tren, etc.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce y adquiere los billetes para el transporte

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## OCIO Y TIEMPO LIBRE

Participa en las actividades organizadas dentro del Centro

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Participa en el club social de la asociación de familiares

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Participa en las actividades de la comunidad (fiestas, cines, centros culturales, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Lee, oye música, ve T.V., desarrolla otras actividades ocupacionales

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sale a pasear fuera de la casa

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Practica deporte

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## LIMPIEZA Y CUIDADOS DEL PISO

Hace la cama diariamente y ventila las habitaciones

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Mantienen limpia y ordenada su habitación

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Mantiene ordenado su armario, mesilla, etc.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza ceniceros, papeleras, bolsas de ropa sucia, etc.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Friega el suelo y los sanitarios adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## RELACIONES INTERPERSONALES Y HABILIDADES DE CONVIVENCIA

Saluda a vecinos y personas conocidas.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Inicia y mantiene conversaciones con los compañeros de piso

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se comunica con los profesionales

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza recursos sociales donde se relaciona con otras personas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Ayuda a los compañeros de piso que lo necesitan

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Tiene amigos y se relaciona con ellos fuera del piso

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## RELACIONES FAMILIARES

Existe expresión afectiva en la familia

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sale los fines de semana con la familia

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Recibe visitas de la familia con asiduidad

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Se comunica por teléfono con la familia

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Cuando está en con la familia coopera en las tareas del hogar

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

La familia se interesa por el paciente (pregunta o llama a los profesionales)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					



## COMPRAS

Prevé con anticipación lo que va a comprar o prepara una lista

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Hace la compra en tiendas, grandes almacenes, etc.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Compara precios entre artículos similares

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sabe aprovechar las ofertas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Elige las compras adaptándose al presupuesto

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## ACTIVIDADES DE GESTIÓN

Utiliza el teléfono adecuadamente.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza las instituciones burocráticas cuando lo necesita (Centro de salud, Centro social, Policía, correos, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce el Telef. y nombre del responsable de los pisos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Tiene ordenados los papeles personales (informes psiquiátricos, minusvalía, contrato del piso, planes de gasto, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce y hace uso de las oficinas, organismos y personas que ofrecen información (ayuntamiento, centro social, SEPECAM, etc.)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## LAVADO DE LA ROPA

Clasifica la ropa según lavado.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza jabon y suavizante adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Programa adecuadamente la lavadora

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Identifica las manchas y las limpia adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Tiende la ropa adecuadamente

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## PLANCHADO

Prepara la plancha.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Recoge la plancha de forma adecuada

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Plancha cada tipo de prendas según temperatura

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Dobla la ropa después de ser planchada

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Coloca la ropa de forma adecuada en el armario

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## UTILIZACIÓN DEL FRIGORÍFICO

Organiza el frigorífico.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Conoce como se congelan y descongelan los alimentos

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Limpia adecuadamente la nevera y el congelador

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Regula adecuadamente la intensidad del frío

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Diferencia los alimentos que se guardan en el frigo y cuales en la despensa

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## OTROS ELECTRODOMÉSTICOS

Utiliza adecuadamente la batidora.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza adecuadamente los mandos de la cocina

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza adecuadamente el horno

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza adecuadamente el t.v.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Utiliza adecuadamente la calefacción

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## AFRONTAMIENTO DE EMERGENCIAS

Sabe los pasos que deben hacerse si arde el colchón.

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sabe los pasos si se inunda el cuarto de baño

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Actúa correctamente si hay un apagón en casa

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Actúa correctamente si se quema

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Sabe como apagar un incendio en la cocina

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Actúa correctamente si se rompe un cristal

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

## CONDUCTAS PROBLEMA

Inquietud psicomotriz

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Agresividad verbal

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Agresividad física

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Autoagresividad

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Ofensa sexual (conducta no consentida en un medio normalizado)

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					

Fugas

	Nunca 0	Ocasionalmente 1	A menudo 2	Casi siempre 3	Siempre 4
FEB.					
JUN.					
OCT.					



Puntuación:

- 0.- Presenta estas conductas casi diario
- 1.- Presenta estas conductas al menos una vez por semana
- 2.- Al menos una vez por mes
- 3.- al menos una vez durante el periodo de evaluación
- 4.- No presentó ninguna conducta durante el periodo de evaluación

## Anexo 13

### REGISTRO DE AUTOCUIDADO-AUTONOMIA PARA LA FAMILIA. REA-F

Nombre .....

Fecha .....

El presente Registro se ha elaborado teniendo en cuenta las distintas áreas de habilidades y comportamientos que se requieren para desenvolverse adecuadamente en la vida comunitaria.

Se han tenido en cuenta varias áreas de comportamiento (comportamiento en la mesa, competencia en el vestir, aseo persona, etc.), cada una de las cuales está constituida por 6 ó más habilidades específicas.

El Registro consta de dos escalas:

Escala 1: (columna de la izquierda), valora la frecuencia con que el usuario realiza esa conducta antes de la enfermedad mental.

Escala 2: (columna de la derecha), valora la frecuencia con que el usuario realiza esta conducta en el momento actual.

Cada uno de los ítems del cuestionario presenta cuatro niveles, de acuerdo con la frecuencia de ejecución de dichos comportamientos. Por favor, marcar con una "X" en el cuadro que mejor describa su competencia en las diferentes habilidades.

1. En el cuadro primero, cuando NUNCA lo hace
2. En el cuadro segundo, cuando ALGUNAS VECES lo hace.
3. En el cuadro tercero, cuando NORMALMENTE lo hace.
4. En el cuadro cuarto, cuando SIEMPRE lo hace.

Antes (1-4)	COMPORTAMIENTO EN LA COMIDA	Actualmente (1-4)
	Colabora en poner la mesa y/o recoger la mesa.	
	Utiliza adecuadamente la cubertería	
	Es limpio y come adecuadamente (se lava las manos y utiliza servilleta)	
	Participa en la conversación de los comensales.	
	Se preocupa de servir la comida o bebida a los demás.	
	Friega o ayuda a fregar los platos.	
Antes (1-4)	ASEO PERSONAL	Actualmente (1-4)
	Se peina diariamente.	
	Se lava diariamente.	
	Se ducha con frecuencia (2 veces/sem.).	

	Se cepilla los dientes diariamente.	
	Va afeitado (varones).	
	Se corta y arregla pelo y uñas (varones).	
	Se depila (mujeres).	
	Se maquilla y arregla (mujeres).	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>CUIDADO EN EL VESTIR</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Utiliza ropa limpia.	
	Se cambia regularmente de ropa interior.	
	Limpia su calzado.	
	Ordena y cuida ropa.	
	Mantiene la ropa limpia.	
	Cose o solicita que le cosan la ropa cuando se ha roto.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>COMPETENCIA EN EL VESTIR</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	La vestimenta la lleva adecuadamente conjuntada.	
	Va adecuadamente arreglado.	
	Se interesa por elegir él/ella la ropa.	
	Se le aprecia gusto en el vestir.	
	Conoce su n° de calzado y/o talla.	
	Compra su ropa en las tiendas.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>CUIDADO DE SUS PERTENENCIAS</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Mantiene limpia y ordena su habitación.	
	Hace la cama diariamente.	
	Es ordenado y cuidadoso con sus cosas.	
	Se preocupa de pedir o compra lo que necesita para su vida cotidiana.	
	Se preocupa personalmente de coser o reparar sus cosas.	
	Cuando utiliza cosas de otros o prestadas es con su permiso, las cuida y devuelve.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>COMPRAS</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Prevé con anticipación lo que va a comprar, o prepara una lista.	
	Hace compra en autoservicios, grandes almacenes, etc.	
	Compra precios entre artículos similares.	
	Sabe aprovechar las ofertas.	
	Elige lo que desea comprar, adaptándose al presupuesto.	
	Compra solo artículos necesarios (no superfluos, de capricho o innecesarios)	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>SALUD</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Tiene una alimentación equilibrada.	
	Mantiene hábitos de sueño adecuados.	
	Es cuidadoso con las herramientas, útiles etc., previniendo accidentes.	
	Sabe curarse heridas leves, como cortes, pequeñas quemaduras, etc.	
	Sabe como obtener asistencia en un centro sanitario en caso de urgencia.	
	Conoce la vías adecuadas para obtener la medicación (recetas, farmacia, etc.).	

Antes (1-4)	MANEJO DEL DINERO	Actualmente (1-4)
	Sabe distinguir las “necesidades reales” de los “gastos necesarios”.	
	Organiza su presupuesto en función del dinero que tiene y de su ritmo de vida.	
	Organiza su presupuesto y se ajusta a el.	
	Ahorra algo de dinero de forma regular.	
	Ahorra dinero y tiene proyectos de futuro.	
	Se maneja en bancos y cajas de ahorro.	
Antes (1-4)	DESPLAZAMIENTOS	Actualmente (1-4)
	Pregunta y/o sigue direcciones para orientarse.	
	Sabe y utiliza transportes públicos en desplazamientos cortos.	
	Utiliza transportes públicos en viajes que requieren cambio de transporte.	
	Con el plano sabe localizar una ruta.	
	Pregunta cuando desconoce donde se encuentra un lugar donde desea ir.	
	Se comporta de manera adecuada en el autobús, metro, tren,...	
Antes (1-4)	OCIO Y TIEMPO LIBRE	Actualmente (1-4)
	Va al cine, teatro, espectáculo, discoteca....(1 vez cada 15 días).	
	Asiste como espectador a alguna actividad deportiva.	
	Practica alguna actividad deportiva.	
	Le gusta la TV, radio, juegos de mesa.	
	Lee libros, periódico, revista a diario.	
	Tiene hobbies, aficiones.	
Antes (1-4)	RELACIONES SOCIALES	Actualmente (1-4)
	Inicia y mantiene conversaciones con los familiares.	
	Saluda a vecinos y personas conocidas.	
	Tiene algún amigo con quien se relacione.	
	Se relaciona con amigos/as de diferente sexo.	
	Utiliza recursos cívicos, parroquia, etc. donde se relaciona con otras personas.	
	Otras relaciones sociales (especificar cuales)	
Antes (1-4)	ACTIVIDADES DE GESTION	Actualmente (1-4)
	Ordena adecuadamente los recibos de luz, gas,....	
	Sabe dar de alta el teléfono, luz, gas	
	Utiliza las instituciones cuando lo necesita (Centro Salud, Centro Social,...)	
	Utiliza el teléfono adecuadamente.	
	Conoce el nombre y vivienda del presidente de la comunidad.	
	Conoce y hace uso de las oficinas, organismos y personas que ofrecen información.	
Antes (1-4)	BUSQUEDA DE TRABAJO	Actualmente (1-4)
	Contacta con amigos, agencia de empleo, etc. para buscar empleo.	
	Maneja el periódico o revistas para buscar empleo.	
	Realiza contactos y entrevistas con potenciales empleadores.	
	Llega a tiempo a los compromisos laborales.	

	Se mantiene mas de tres meses en el puesto de trabajo que consigue.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>LIMPIEZA Y CUIDADO DEL PISO</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Limpia el polvo adecuadamente.	
	Hace las camas diariamente y ventila las habitaciones.	
	Friega el suelo y sanitarios adecuadamente.	
	Mantiene ordenados los armarios y otros espacios.	
	Barre su habitación (adecuadamente)	
	La apariencia del piso es de limpio y cuidado.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>LAVADO</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Clasifica la ropa según lavado.	
	Utiliza jabón y suavizante adecuadamente.	
	Programa adecuadamente la lavadora.	
	Identifica las manchas y las limpia previamente.	
	Lava a mano adecuadamente.	
	Tiende la ropa adecuadamente.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>PLANCHADO</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Prepara la plancha.	
	Recoge la plancha de forma adecuada.	
	Clasifica la ropa según temperatura.	
	Plancha adecuadamente todo tipo de prendas.	
	Dobla la ropa después de ser planchada.	
	Coloca la ropa de forma adecuada en el armario.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>UTILIZACION FRIGORIFICO</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Organiza el frigorífico.	
	Conoce como se congelan los alimentos y como se descongelan.	
	Conoce el mantenimiento del aparato.	
	Lo limpia adecuadamente.	
	Regula adecuad. la intensidad del frío.	
	Diferencia los alimentos que se guardan en frigorífico y cuales en despensa.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>OTROS ELECTRODOMESTICOS</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Utiliza adecuadamente la batidora.	
	Utiliza adec. los mandos de la cocina.	
	Utiliza adecuadamente el horno.	
	Utiliza adecuadamente el televisor.	
	Utiliza adecuadamente la calefacción.	
	Utiliza adecuadamente la aspiradora.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>HABILIDADES DE CONVIVENCIA</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Saluda, da las gracias, cede el paso a los vecinos.	
	Es respetuoso con compañeros y vecinos (responde cuando le hablan, no da voces, volumen adecuado en radio y TV...)	

	Mantiene conversación con compañeros.	
	Comparte tareas con los demás.	
	Toma iniciativa en la realización de las tareas de la casa.	
<b>Antes (1-4)</b>	<b>AFRONTAMIENTO DE EMERGENCIAS</b>	<b>Actualmente (1-4)</b>
	Sabe los pasos que debe dar si ve arder un colchón.	
	Sabe los pasos que debe dar si ve inundado el cuarto de baño.	
	Actúa correctamente si con un cortocircuito se produce un apagón.	
	Actúa correctamente si huele a gas.	
	Actúa correctamente si se quema.	
	Actúa correctamente si se rompe un cristal.	

## Anexo 14

### ESCALA DE RESTRICCIÓN DE ESTILO DE VIDA EN LA FAMILIA (ERVI)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

#### Trabajo y/o estudios:

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### Vida social:

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### Tiempo libre:

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Relaciones de pareja:**

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Vida familiar:**

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Escala global:**

A causa de la enfermedad mental de mi familiar, mi vida normal en general se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo



## Anexo 15

### **MATERIAL PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS. REACCIONES DE LA FAMILIA CUANDO HAY UNA ENFERMEDAD MENTAL EN CASA**

SON NORMALES SENTIMIENTOS COMO:

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incontrolabilidad | <input type="checkbox"/> Confusión      | <input type="checkbox"/> Vergüenza |
| <input type="checkbox"/> Impotencia        | <input type="checkbox"/> Desinformación |                                    |

Una parte importante de la recuperación del paciente es aclarar los sentimientos de usted hacia la enfermedad que les ha tocado vivir.

LA ACTITUD MÁS ADECUADA PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD MENTAL ES LA SIGUIENTE:

- 1) Es importante tener información sobre la enfermedad. La familia que sabe cuales son los factores de riesgo, los síntomas prodrómicos, conoce la medicación y está en contacto con los profesionales que atienden a su familiar, saben establecer el equilibrio adecuado para el cuidado de la enfermedad.

ESCRIBA AQUÍ LO QUE YA HA APRENDIDO DE LA ENFERMEDAD MENTAL:

Las causas de la enfermedad mental son:

---

---

Los síntomas prodrómicos son:

---

---

La medicación sirve para:

---

---

Como influye el estrés en la enfermedad

---

---

Qué es la vulnerabilidad

---

---

- 2) Seguir el camino para aumentar su autonomía personal y fomentar la responsabilidad en su propia vida. Desde lo más elemental hasta lo más complejo: higiene, manejo de su dinero, salir sólo, cuidar de su ropa, que tome sus propias decisiones, recuperar contactos sociales, ocupar su tiempo libre en lo que le apetezca, colaboración en tareas de la casa.

ESCRIBA AQUÍ LOS ASPECTOS EN LOS QUE VA A DEJAR MÁS AUTONOMÍA APARTIR DE HOY A SU FAMILIAR:

En la toma de decisiones

---

En qué áreas de su vida (amistades, ejercicio, salidas, horarios, dinero, etc)

---

- 3) La familia debe desarrollar su vida individual: salidas, amistades, vacaciones, actividades de ocio y tiempo libre, relación con el resto de la familia.

ESCRIBA AQUÍ LOS PROYECTOS PERSONALES QUE USTED VA A DECIDIR RETOMAR O EMPEZAR

Actividades agradables

---

Actividades con su pareja

---

Contactos sociales o círculo de ocio

---

Realizar actividades y reuniones por su cuenta con grupos de apoyo o consejo a través de la Asociación de Familiares

---

## Anexo 16

### EMOCIÓN EXPRESADA

A) *La emoción expresada como forma de reaccionar a la enfermedad mental consiste en:*

HOSTILIDAD	CRITICA	SOBREIMPLICACIÓN
<p><b>Rechazo. Desprecio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Generalización de aspectos negativos a toda su persona: “siempre lo estropeas”, “todo lo haces mal”, “nunca llegarás a nada”</li></ul>	<p><b>Criticar sus cualidades. Infravalorar sus actividades cotidianas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tono humillante</li><li>- Tratar de cambiar los síntomas de la enfermedad a través de críticas: “eres un vago”, “sólo te pasas el día viendo la t.v”, “eres un vegetal”, “da pena ver una persona así”, ...</li></ul>	<p><b>Exceso de angustia y preocupación. Renuncia a la vida personal.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sacrificios exagerados por el paciente.</li><li>- Olvidar el resto de vida familiar.</li><li>- Entrometerse en sus actividades sin respetar la intimidad.</li><li>- Culpar al paciente de la situación que están viviendo: “nos estás matando, lo que nos haces sufrir, tu padres está así por tu culpa, ...)</li></ul>

#### CONSECUENCIAS

<ul style="list-style-type: none"><li>- Aislamiento de tareas y responsabilidades familiares.</li><li>- Cada vez menos tolerantes con la situación.</li><li>- No confiar en sus posibilidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfrentamientos continuos.</li><li>- Sólo comunicamos los aspectos negativos de la persona.</li><li>- Menos capacidad para afrontar crisis.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Culpar al paciente de su situación personal y familiar.</li><li>- Vida en familia llena de preocupación y angustia.</li><li>- Recelo ante el desarrollo autónomo del usuario.</li><li>- Vulnerabilidad de la familia a tener alteraciones emocionales.</li></ul>
--	---	--

**EFFECTOS:** situación de estrés mantenida dentro de la familia = Riesgo de retroceso y recaídas.

**B) Antídotos para esta forma de funcionar en familia**

COMUNICARSE	SOLUCIONAR PROBLEMAS	AUTONOMÍA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar</li> <li>- Crear tiempos para estar juntos</li> <li>- Expresar sentimientos positivos</li> <li>- Aprender a hacer críticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptar que hay problemas</li> <li>- Alianza entre los padres</li> <li>- Negociar soluciones en lugar de imponerlas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar su opinión y tenerla en cuenta.</li> <li>- Poner pocas normas de colaboración doméstica pero claras</li> <li>- Respetar conductas de aislamiento.</li> <li>- Dejarle más autonomía, confiar más en él/ella</li> <li>- Mantener como padres actividades de tiempo libre independientes.</li> <li>- Participar en grupos familiares para aprender a solucionar problemas entre todos</li> </ul>

**CONSECUENCIAS**

**EFFECTOS:** Clima familiar de aceptación y apoyo = Reducción de riesgo de recaídas y desarrollo de una mayor autonomía de cada uno de los miembros de la familia

## Anexo 17

### **PAUTAS PRÁCTICAS PARA LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON FAMILIAS.**

#### ***A) Solución de problemas con la familia***

##### TAREAS A REALIZAR:

1. Elaborar lista de problemas paciente y familia por separado
2. Elaborar lista de problemas común
3. Graduar en dificultad
4. Formular el objetivo con claridad
5. Proceso de solución de problemas

¿Cuándo hay que sentarse a solucionar un problema?:

- Cuando sea muy frecuente
- Cuando las normas habladas no funcionan
- Cuando se repite con frecuencia

En el proceso hay que enseñar a la familia a ser el mejor negociador posible:

1 PASO: Hay que saber preparar el estado de ánimo, el lugar y el momento.

2 PASO: Hay que saber definir bien el problema.

3 PASO: Hay que saber generar alternativas. Se anotan, se preguntan, se exponen con claridad, se encuentran combinaciones de las comunes.

4 PASO EVALUAR LAS ALTERNATIVAS: Teniendo en cuenta las ventajas y desventajas para mí y para el otro.

5 HACER UN PLAN CONJUNTO: Asegurar que todo el mundo sabe como y cuando poner en marcha las soluciones planteadas.

Es conveniente hacer sesiones de entrenamiento con la familia antes de que esté el paciente delante. Al menos 2 días. Primero escoger un problema de ejemplo para practicar, luego coger el problema común que queremos que se aborde (consultando antes a todas las partes implicadas).

#### ***B) Comunicación en familia***

- COMUNICACIÓN DE ASPECTOS POSITIVOS

Tareas a realizar:

1. Identificar refuerzo
2. Identificar comportamientos a recompensar
3. Forma de comunicar aspectos positivos
4. No invalidar con otros comentarios

Hay que hacer un listado de los comportamientos positivos del paciente. Se puede utilizar el ejercicio de “Pille a su hijo/a haciendo algo agradable...” o elaborar una lista previa con la familia. Algunas cosas que pueden ser objeto de comentarios reforzantes son:

- Frases sobre intentos de solución de problemas: “creo que lo puedo conseguir, voy a intentar mejorar en..., quizá estoy fumando demasiado, etc.
- Conductas dirigidas a solucionar problemas: “intentos de relación con gente, hacer un registro escrito que se le ha mandado de tarea, responsabilizarse de su medicación, acordarse de cuando le toca la próxima cita psiquiátrica, etc.
- Conductas de autocuidado: hacer ejercicio físico, ducharse, cortarse el pelo, levantarse temprano, cuidar la ropa, etc.
- Conductas de ayuda en casa: hacer la cama, ordenar algo de su habitación, sacar la basura, fregar platos, hacer comida, ayudar en las compras, etc.
- Conductas en el área social: actividades de ocio, salir a dar un paseo con alguien, hacer nuevas amistades, llamar por teléfono a un compañero, etc.
- Relaciones con los demás miembros de la familia: muestras de cariño (regalos, comentarios positivos), pedir consejo, compartir actividades (comer juntos, salir a hacer compras)

Hay que enseñar a la familia a que formulen conductas observables de los hijos.

Se entrena en comunicar cosas positivas:

- Se debe comunicar la conducta positiva
- Debe ser inmediato en el tiempo
- Reconocer los esfuerzos de la persona, no ser muy exigentes

Hay que hacer role-playing con la familia antes en sesión. Primero sin el paciente y si es necesario se incorpora en una sesión más tarde el paciente.

No invalidar el comentario positivo con comentarios negativos. “Esto que has hecho está muy bien si no fuera por ..., Está muy bien pero ....., por fin has ordenado la estantería pero anda que llevo un mes detrás de ti ...”

Se da un registro a los padres para ir supervisando sus avances durante las semanas posteriores:

DIA	CONDUCTA	COMO REFORCÉ	OBSERVACIONES

- COMUNICACIÓN DE ASPECTOS NEGATIVOS: SABER HACER CRÍTICAS

TAREAS A REALIZAR:

1. Anotar los cambios a pedir
2. Graduar
3. Pedir el cambio
4. Entrenamiento previo en sesión

Se puede empezar a pedir ejemplos de situaciones en que la familia necesita hacer peticiones de cambio: colaborar en tareas domésticas, vaciar ceniceros, poner la mesa, echar agua cuando falta, arreglarse la camisa, limpiar su cuarto, consumo de tabaco, olor corporal, etc.

Se les enseña la forma adecuada de hacer la crítica:

- Evitar un momento cercano a la situación problemática es una buena clave.
- Escoger solo una crítica cada vez. Ir una a una

Se hacen role-playing sobre la forma de hacer la crítica. Se escoge una petición que desean hacer y se entrena entre ellos en una sesión. El entrenamiento debe seguir estos pasos:

- a) Describir la situación: “Cuando haces ...”
- b) Expresar los sentimientos propios o ajenos: “Me molesta, tu hermana se siente mal, ...”
- c) Sugerir el cambio: “Me gustaría que ...”

Recordar que lo importante es centrarse en la solución, no en la crítica en sí misma, ya que el objetivo no es hacer daño, sino tratar de conseguir un cambio.

**COSAS QUE EVITAR:**

Hay que enseñar a la familia las cosas que deben evitar, y esto se hará durante los role-playing, dos reglas importantes son:

- Insultar
- Generalizar “tú siempre...”

Importante será hacer role-playing en sesión sobre la forma de hacer críticas, escogiendo varios ejemplos. Si es necesario las primeras críticas se hacen con el usuario delante, con el profesional en la sesión que elogia los esfuerzos realizados por toda la familia.

Se da este registro para que anoten las dificultades que les surjan en la vida real:

SITUACIÓN	COMO LA HICE	COMO ME SENTI	QUE PASO DESPUÉS
Estamos hablando durante la comida	Esta mañana dejaste la ropa tirada por el suelo de la habitación. Eso me pone nerviosa. Me gustaría que dejaras el pijama encima de la cama	Alterada, con miedo de que no me hiciera caso	El me escucho y se comprometió a hacerlo. Le dije que eso me ayudaría mucho

Hay que preparar a la familia para cuando no le haga caso el usuario:

- Escuchar.
  - Aceptar lo que esté justificado.
  - Repetir de nuevo si no está justificado.
  - Preguntar por soluciones alternativas.
  - Respirar hondo.
  - Contar hasta 10.
  - Dejarlo para hacerlo en con el profesional delante.
- MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL FAMILIAR CON ENFERMEDAD MENTAL

Se recomiendan los siguientes consejos para la comunicación de cualquier persona con los pacientes.

1. SI TIENE PROBLEMAS EN HACERSE ENTENDER
  - Si tiene dificultades en encontrar la palabra, proporcionársela
  - Que nos lo describa
  - Repitámosle las últimas palabras que dijo
  - Hacer resúmenes
2. SI TIENE PROBLEMAS PARA COMPRENDER
  - Asegúrese que le escucha
  - Eliminar ruidos o distracciones
  - Usar frases cortas
  - Hacer comentarios o preguntas de una en una
  - Hablar despacio
  - Esperar con paciencia unos segundos a que responda
3. FOMENTAR LA COMUNICACIÓN NO VERBAL
  - Acercarse para hablar con él (no gritar desde lejos)
  - Mirar a los ojos
  - Acompañe los comentarios con gestos

- COMO CREAR CONVERSACIONES CON EL USUARIO

Comunicarse en familia es una necesidad importante para asentar las relaciones con el paciente. La mayoría de las familias tienen problemas con las habilidades conversacionales. Se trata de enseñar a la familia a conversar con su familiar tratando de evitar la incomunicación que surge de planteamientos como “¿qué digo?, ¿de qué hablamos?, no me va hacer caso”, etc.

#### 7 MANERAS DE INICIAR UNA CONVERSACIÓN:

1. Hacer una pregunta sobre una situación concreta (una película, una noticia, etc.).
2. Hacer algún cumplido.
3. Hacer una observación o pregunta sobre alguna actividad que esté haciendo “¿hoy qué ha hecho?, está lloviendo a cántaros ¿vas a salir?”.
4. Pedir información o una opinión “¿Has visto mi reloj?, ¿te parece que mañana comamos pollo?”.
5. Ofrecer algo. “¿Quieres un caramelo?, te acompaño a comprar el pan, te ayudo a hacer el registro”.
6. Expresar opiniones personales “La película que he visto es muy buena, el verano me afecta más que el invierno.”
7. Saludar “Hola Luis, ¿cómo estás?”



Se hacen role-playing con la familia planteando situaciones y formas de iniciar conversaciones. Se plantean situaciones ficticias o se añaden situaciones reales que se dan en su ambiente.

SITUACIÓN	FORMA DE INICIAR
Viajando en el coche	
Haciendo la comida	
Comiendo juntos	
En la consulta del psiquiatra	
Está sentado en el sofá y fumando	
Viendo la t.v.	

Es conveniente captar el momento, para saber si está dispuesto a entablar conversación con nosotros antes de intentarlo.

También es importante que sepa mantener la conversación durante un periodo de tiempo limitado. Se pueden tener en cuenta los siguientes pasos para conseguirlo:

- Diga cosas positivas sobre sus conductas.
- Ceñirse a un tema.
- Asegurarse de que ha oído.
- Repetir la información.
- Hacerle preguntas de una en una.
- Mostrar satisfacción por mantener la conversación.
- Cambiar de tema si se cree oportuno.
- Pedir su opinión sobre un tema.
- Repetir lo que ha dicho.

#### POSIBLES PROBLEMAS:

- No le apetece hablar: acordar otro momento para hablar

Hay que hacer role-playing con la familia acerca de mantener conversaciones de 5 minutos, informales y practicando la forma de iniciar y mantenerla.

### **C) Consejos para la familia durante el proceso de rehabilitación**

En general las personas que conviven con una persona con enfermedad mental grave tienden a pasar por diferentes etapas en su forma de comportarse: amabilidad, apoyo, cansancio, crispación, rechazo, enfado, impotencia, sobreprotección. Esto es variable con el tiempo y pasan de un estado a otro con facilidad, o se quedan estancados en actitudes negativas: sobreprotección, abandono de vida privada, impotencia, etc.

Las siguientes directrices pueden facilitar que la familia aprenda a valorar su situación de forma adecuada y actuar de forma más constructiva.

- ENTENDER EL PROBLEMA

Es fundamental que entiendan que el TMG es un grave trastorno psiquiátrico que cambia a la persona que lo sufre y le impone limitaciones importantes. Su apatía, o incomunicación no está bajo su control voluntario, son parte de la enfermedad.

Habrán que explicar qué es la enfermedad y el modelo de vulnerabilidad. También habrá que ayudar a comprender las consecuencias que tiene esta enfermedad en las áreas de funcionamiento social. Es conveniente que el profesional se pare a hacer un repaso individualizado de las áreas más afectadas de la persona concreta.

- ELIMINAR ACTITUDES PARALIZANTES

Hay un listado de pensamientos a continuación que frecuentemente asaltan a la familia. Si se quedan en ellos permanentemente, no podrán ejercer de cuidadores eficaces.

El profesional comenta esas actitudes como algo normal, una respuesta lógica a una situación difícil. Hace que valoren las consecuencias negativas de cada uno de ellos, y luego busca alternativas que sean más útiles para todos.

ACTITUDES NEGATIVAS	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS
“No se esfuerza lo suficiente”	Le enfermedad mental implica una alteración de la voluntad. La inercia del trastorno.
“Realmente no quiere mejorar”	Quizá el problema es que no sea tan fácil. Quizá lo pase mal cuando se le fuerza demasiado. Podría concentrarme en lo que si ha mejorado y hablar con el profesional para diseñar otros cambios.
“Lo hace para fastidiar”	¿Realmente le compensa el fastidiar?. No es él quien intenta fastidiarme sino pensar que él podría ser un persona sin transtornos.
“No nos quiere, pasa de nosotros”	La apatía o la Anhedonia no tienen nada que ver con querer o no querer. Quizá dentro de sus posibilidades, haya un techo. Quizá no sabe como mejorar y yo tampoco se la forma de explicárselo. ¿Le he tenido en cuenta para las decisiones realmente importantes?, ojo si no se le tiene en cuenta puede que entienda que sus opiniones no cuentan.
“Lo que debería hacer es...”	Probablemente, solo que esa iniciativa deberá de tomarla él mismo/a. Imponer desde fuera suele tener un efecto contrario: frustración mía y culpa al ver que no es capaz.
“Ayer parecía mejor y hoy está otra vez igual, no hay quien lo entienda”	A medida que la rehabilitación vaya funcionando iremos viendo progresivamente el ascenso. Pero no creas que la mejoría es en línea recta, siempre hay pasos atrás, no hay que disgustarse, lo importante es continuar. También se pueden listar los logros durante los últimos 2 años, aunque sean pequeños: conciencia de enfermedad, mejora de su aspecto físico, iniciativa para trabajar, etc.
“Nunca lo superará”	Esto es una enfermedad crónica, no hay un tiempo para superar esto. Cada persona tiene sus propios límites. Debes cambiar de perspectiva. Compara como está tu familiar ahora con como estaba antes, no caer en el error de comparar su situación con personas sin enfermedad mental.

- ALENTAR HASTA LAS MÁS PEQUEÑAS MEJORIAS

Imaginar que el familiar ha tenido un accidente de tráfico y ha perdido la capacidad para moverse. Cada vez que hace el más mínimo movimiento tú deberías estar ahí para ofrecer tu apoyo.

Una Enfermedad mental es lo mismo. Una forma de ayudarlo es premiar hasta los comportamientos más insignificantes. Cada vez que sonría, tenga iniciativa en hacer algo, colabore en una tarea doméstica, participe o escuche conversaciones familiares, etc., hazle saber que lo valoras.

- RETIRAR LA ATENCIÓN

Sería buena idea no prestar mucha atención a los comportamientos enfermos. Cuando haga quejas en voz alta o justifique sus comportamientos en base a su enfermedad, no preguntarle o intentar convencerle para que cambie su comportamiento. Simplemente manténgase neutral, si reproches ni sermones. Desviar la conversación hacia otro tema o elogiarle cuando deje de quejarse.

Con los sermones no se produce una especie de “iluminación” en la mente que le haga cambiar su actitud. Más bien lo que hacemos es desgastarle a él y a nosotros mismos, lo que facilita posteriormente la incomunicación sobre ese tema.

- PROPONER ACTIVIDADES

La idea es clara: cuantas más actividades haga, mejor será su estado de ánimo. Sin embargo si se le plantean actividades demasiado complejas existe peligro de provocar desmotivación o sensación de incompetencia. Para planificar actividades hay que estar en contacto con el profesional. El comunicará si el nivel de actividades que tú propones es adecuado para ese momento.

Pero hay algunos consejos que sirven de guía:

- Si la actividad en el pasado le hacía disfrutar, puede ser buena.
- La actividad no tiene que implicar algo aversivo para él (relacionarse con gente que le de ansiedad).
- Cuando propongas actividades no lo hagas como si estuviera enfermo, proponerlo de idéntica manera a como lo hace otro, pero ajustada a sus posibilidades.
- Durante el desarrollo de la actividad no estés demasiado pendiente de él/ella, ni le agobies con preguntas.

- TENER PACIENCIA

La rehabilitación es un proceso largo, Sabemos que la media está entre 2 y 6 años, a veces es más largo.

- LIMITAR EL TIEMPO DEDICADO A CUIDAR Y ESTAR PENDIENTE DE ÉL/ELLA

Lo único que se consigue es que todo el mundo está más pendiente de lo mal que está el paciente incluido él mismo. Lo que conseguimos es hacernos unos expertos en

el malestar y unos inexpertos en el placer. Hacer actividades para uno mismo (pasear, salir a un restaurante, visitar a otros familiares, quedar con amigos, etc.) es algo fundamental para la salud mental de todos.

Si la familia ha dejado de hacer actividades agradables está en riesgo de padecer una depresión, ahí ya tenemos dos problemas al precio de uno: el usuario y el familiar. El profesional debe planificar con las familias más sobreimplicadas actividades a retomar o a iniciar en las que no quepa la persona con enfermedad mental.

- NO EXIGIRSE IMPOSIBLES

A veces la familia se impone unas reglas muy rígidas de funcionamiento, que la mayoría de las veces no se cumplen y llevan a la sensación de culpa y fracaso personal. El problema está en que la norma o el objetivo está mal planteado.

DEBERES	DERECHOS
Debería anteponer las necesidades del familiar enfermo a las mías propias	Tengo derecho a tener en cuenta mis necesidades
No debería cometer errores	Tengo derecho a equivocarme
Debería ser siempre bueno y no sentirme mal	Tengo derecho a sentirme mal de vez en cuando
Debería de callarme lo que me sienta mal de lo demás, porque podrían molestar	Tengo derecho a criticar lo que me disgusta
No hay que hacer perder a los profesionales el tiempo con tonterías	Tengo derecho a pedir ayuda y apoyo
Cuando me encuentre mal es mejor callármelo o él/ella se sentirá mal por mi culpa	Tengo derecho a sentir y expresar dolor
Debería seguir todos los consejos que los demás familiares me dan	Tengo derecho a guiarme por mi propio criterio
Debería adaptarme al enfermo	Tengo derecho a poner límites
Debería estar siempre pendiente de sus deseos y necesidades	Tengo derecho no anticiparme a los deseos o intereses de él/ella

## Anexo 18

### **GLOSARIO DE SIGLAS REFERENCIADAS**

- ACP: A corto plazo
- ALP: A largo plazo.
- APA: Asociación de Psiquiatría Americana.
- AVD: Actividades de la Vida Diaria.
- CD. Centro de Día.
- C-LM: Castilla-La Mancha.
- CRPSL: Centro de Rehabilitación PSicosocial y Laboral.
- EE: Emoción expresada.
- PAD: Programa de atención en el domicilio.
- PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación.
- PRPA. Programas de Rehabilitación Psicosocial Activa.
- REA: Registro de áreas de autonomía.
- TCA: Tratamiento Asertivo Comunitario.
- TCC: Tratamiento Cognitivo Conductual.
- TMG: Trastorno Mental grave.
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- UME: Unidad de Media Estancia
- USM: Unidad de Salud Mental.







# Bibliografía



## Bibliografía

AEN. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, 6.. Madrid: AEN.

Alvárez M.P., Hermida J.R., Rodríguez C.F. y Vázquez I.A. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid, Pirámide, 2003.

Amador X.F., Strauss. D.H., Yale S.A., Falum M.M. et al. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of psychiatry*, 150, 873-879.

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia*.

Atreja A., Bellam N. y Levy S.R. (2005). Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *Med General Medicine*, 7, 4.

Barbato, A. (2005) Abordaje de los trastornos mentales graves desde el marco de la salud pública. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(2), 41-43.

Barrowclough J y Tarrier N. (2003). The family questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108, 290-296.

Barton R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534.

Beck, A. T. (1.978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw B.F. y Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford (edición en castellano 1986, DDB).

Bellón J.A., Delgado A., Luna J. y Lardelli P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC. *Aten Primaria*, 18, 153-163. Extraído de Servicio Andaluz de Salud "Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente en salud mental" (2004), Consejería de Salud.

Bromet E, Naz B, Laura J, Carlson A y Karant M (2005). Long Term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol 31 (3), 639-649.

Buceta J.M.. y Bueno A.M. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Editorial Pirámide, Madrid.

Burns D. (1990). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós.

Cañamares J.M., Castejón, M.A., Florit A., González J. y Rodríguez A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.

Castejón M.A, López R.C., Aguirre V. (1997). Motivar en rehabilitación. En Rodríguez A: *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos (Ed)*. Madrid: Pirámide.

Castejón M.A., Cendoya, M., Cristina R., Del Campo, S. y Ruiz Ortega M. (1994). La comunidad como recurso de rehabilitación. *Documentos de Psiquiatría comunitaria*, 2(1), 117-134.

Catellar J.V. y Fernández-Santaella M.C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid, Pirámide, 2004.

Colegio Oficial de Psicólogos. (2004). *Ética y Deontología para psicólogos*. Madrid.

Colegio Oficial de Psicólogos. *Papeles de Psicólogo. A fondo: La eficacia de los tratamientos psicológicos*, (25), 87. Madrid.

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Orden 09/10/2006 de los requisitos técnicos sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental. *D.O.C.M. N° 223*, 22144-22152.

Cormier W. H. y Cormier L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas (2ª Ed)*. Bilbao:DDB.

Costa M y López E. (1991). *Manual del educador Social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Costa M. y López E. (2006). *Manual para la autoayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.

Edwards J. y McGorry P.D. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Edita: Fundación para la investigación y tratamiento de esquizofrenia y otras psicosis.

Ellis A., McInerney J.F., DiGiuseppe R. y Yeager R.J. (1992). *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: DDB.

Emeterio et al. (2004). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona: aatrm.

Fallon RH; Montero I; Sungur M; et al. (2004). Tratamientos basados en la evidencia en la esquizofrenia: resultados de dos años de seguimiento en un ensayo clínico internacional de campo sobre el tratamiento óptimo. *World Psychiatry*, 2 (2).

Faulkner, G. y Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Mental Health* 8 (5), 441-457.

Fernández J. (2002). Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En Cases J. y Rodríguez A.: *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.

FISLEM (2006). *Evaluación de un programa de integración social y apoyo comunitario para personas con enfermedad mental*. [www.fislem.eu](http://www.fislem.eu)

Freeman A., Malone, J. y Hunt G. E. (2004). A statewide survey of high-support services for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (10), 811-818.

García Cubillana P., et al. (2006). Adaptación y fiabilidad del cuestionario de red social, versión española SNQ, aplicado a personas con trastorno mental severo. *Revista de la AEN*, 97, 135-150.

Graña J.L. (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.

Gray G. (2004). *Psiquiatría basada en la evidencia*. Barcelona: Ars Médica.

Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N., Moring J., O'Brien R., et al. (2003). Cognitive behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.

Hayward P y Wykes T. (2003). Promoting adherence to treatment in schizophrenia . En Castle D., Copolov D. y Wykes T (Eds): *Pharmacological and Psychosocial treatments in schizophrenia*. London: Martin Dunitz.

Hernández-Monsalve, M. (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa la hospitalización ¿y algo más?. En F.Rivas Guerrero (coord.): *La Psicosis en la comunidad*, Madrid. AEN.

Hogan T.P., Awad A. G. y M.R. A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13, 177-183.

Hollon S.D. y Kendall (1980). Cognitive self statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4, 383-395.

Instituto Nacional de Salud (2006). *Encuesta Nacional de salud 2006*.

Issakidis, C., Sanderson, K., Teeson, M., et al. (1999). Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 360-367.

Keller P.A. y Murria J.D. (1982). *Handbook of rural community mental health*. New York: Human Sciences Press.

Keller, P. y Murray, D. (1982) *Handbook of rural community mental health*. New York: Human Science Press.

LEY 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. *B.O.E. N° 50*, 7296-7315.

Liberman R.P. (1986). *Habilidades Sociales para vivir de forma independiente: módulo de prevención de recaídas*. Barcelona: Fundación SENY. Janssen-Cilag.

Liberman R.P., Kopelwicz A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 12-29.

Martín, C., Pedrosa R., Herrero M., Luna J.D., Ramírez, P y García J.M. (2002). Atención a la patología mental en un centro de salud rural. *Medicina de familia* (3), 3, 165-171.

Mayoral F. (2000). Rehabilitación psicosocial: hacia una práctica basada en la evidencia. En: Fabio Guerrero R. *La Psicosis en la Comunidad*. Madrid: AEN.

McCrary B, Villarino R.F. y Otero-López J.M. (1998). *Los problemas de la bebida un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.

McDevitt J., Wilbur J., Kogan J. y Briller J. (2005). A Walking program for outpatients in psychiatric rehabilitation: pilot study. *Biol Res Nur*; 7, 87-97.

McDonel, E.C., Bond, G.R., Salyers, M. et al. (1997). Implementing assertive community treatment programs in rural areas, *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 153-173.

McGrath J.J. (2005). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 195-197.

Medina J.A. y Címbraños F. (1996). *La soledad*. Madrid: Aguilar.

Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *Rehabilitación e integración social de las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: IMSERSO.

Moro J., Camps, C y Gisbert C. (2003). Metodología de las intervenciones en el contexto individual, familiar y social. En C Gisbert (Ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: AEN.

Mueser K., Bond G. y Drake R. (2003). El tratamiento comunitario de la esquizofrenia y otros trastornos mentales severos: resultados. En Lara L y López M: *Integración laboral de personas con trastorno mental severo*, FAISEM, Andalucía, 26-64.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. et al. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

Murray G., Judd F., Jackson H., Fraser C., Komiti A., Hodgins G, et al. (2004). Rurality and mental health: the role of accessibility. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 38 (8), 629-634.

Navarro y Díaz Conde (2007). Opinión de los profesionales y los familiares sobre las causas de reingresos psiquiátricos en pacientes con trastorno mental severo. *Psiquiatría.com*, 11(3).

Navarro, D. (2003). Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales. *Revista de la AEN*, 86, 105-122.

Navarro, D. y Carrasco O. (2006). Rehabilitación Psicosocial en salud mental en contextos alejados. Estudio de prevalencia y pautas de intervención. *XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*. Bilbao.

Pastor C y Sevillá. J. (200). *Tratamiento psicológico de la fobia social*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Perris C. (2004). Definición del concepto de vulnerabilidad individual como base para las intervenciones psicoterapéuticas. En Perris C. y McGorry P.D.: *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao:DDB.

Planas M.G. y Bennasar M.R. (2007). Adherencia en medicina. En Paz F y Bennasar M.R. (Eds): *Adherencia terapéutica*, Barcelon:Grupo ArsXXI.

Prochaska J.O. y Prochaska J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En Casas y Gossop: *Recaída y Prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Citrán.

Prochaska, J.O. y DiClemente. C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Illinois, Dorsey Press.

Psicothema (2001). *Vol 13 (3)*, 337-529. Oviedo.

Quesada C.V. (1993). Redes sociales un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención psicosocial*, 2,4, 69-85.

Richarson M.D., Faulkner D., et al. (2005). Integrating physical into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 56 (3), 324-331.

Rosenberg (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

Rosenstock I.M. (1988). Enhancing patient compliance with health recommendations. *Journal Pediat Health Care*, 2, 67-72.

Salcedo M., Pinilla B. y Guimon J. (1987). La red social en personas psicológicamente afectadas. *Psiquis*, 8, 53- 60.

Santos, A.B., Deci, P.A., Lachance, M.A. et al. (1993). Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural area, *Hospital and Community Psychiatry*, 44(1), 34-39.

Sevillano, C. P., Hernando N.F., Andreu, J. y Bernal, S. (2007). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2), 127-135.

Shepherd G. Planificación de servicios y cambio organizacional. (1996). En: Aldaz J.A. y Vázquez C.: *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. 1ª ed. Madrid: siglo XXI.

Simón, M. (2002). Accesibilidad y Rehabilitación: la accesibilidad en contextos rurales. *Jornadas sobre salud mental: problemas de adaptación e integración social de la persona con enfermedad mental crónica*. Madrid. IMSERSO-Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.

Teague, G. Bond, G. y Drake, R. (1998). Programme fidelity in assertive community treatment:: development and use of a measure, *American Journal Orthopsychiatry*, 68, 216-232.

The Cochrane Library, 3. (2003) Oxford: Update software. <http://www.cochrane.org>.

Torrey E.F. (2006). *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: Planeta.

UK 700 Group. (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis", *British Journal of Psychiatry*, 174, 74-78.

Valiente C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.

Vallina O. y Lemos G. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia . *Psicothema*, 12,4, 671-681.

Vallina O. y Lemos S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Álvarez M., Hermida J.R., Rodríguez C. y Vázquez I. (coords.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.

Verdugo, M.A. (2000) *Programa de habilidades diaria*. Programas Conductuales alternativos. Salamanca. Amarú Ediciones

Weich S., Twigg L. y Lewis G. (2006). Rural non rural differences in rates of common mental disorders in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 51-57.

Zubin J. y Spring B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86, 103-126.





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.