

Programa de rehabilitación y apoyo comunitario

Instituto Psiquiátrico José Germain

1.- INTRODUCCIÓN

Los programas de rehabilitación y desinstitucionalización son condición de posibilidad de la reforma psiquiátrica, de los proyectos de transformación de la atención a la salud mental. La erradicación de la cronicidad asilar y la atención a los nuevos patrones de cronicidad psiquiátrica, es, en la actualidad, uno de los principales desafíos de la salud pública en todo el mundo. Cuestión que estuvo presente a la hora de diseñar el plan de reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés y fue una de las prioridades desde el primer día de su puesta en funcionamiento (1 de enero de 1986, coincidiendo con la transferencia de esta institución a la Comunidad de Madrid). Plan inscrito en los principios de desinstitucionalización y de psiquiatría comunitaria del Servicio de Salud Mental de la Consejería de Salud de la C.A.M., que en estos años ha creado una red pública única (integración de Insalud, Comunidad y ayuntamientos) para la atención a la salud mental en las áreas sanitarias del sur metropolitano. Esta red pretende dar una prestación fundamentalmente ambulatoria integrada en la salud general y en contacto con los servicios sociocomunitarios (servicios sociales, escolares, etcétera).

Desde el inicio del Plan de Reforma, se pusieron en funcionamiento, en buena parte con la reconversión de los recursos del Hospital, dos subprogramas complementarios: uno destinado a la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico, buscando su externalización y posterior reinserción social, y otro, de rehabilitación de pacientes crónicos que, aun viviendo en la comunidad, mantienen un bajo nivel de autonomía y dificultades de integración. El principio básico que ha informado sus acciones ha sido el de normalizar al máximo, procurando usar, en primer lugar, los recursos comunitarios propios de cada zona: evitando crear, en lo posible, dispositivos específicos y sobre todo estableciendo programas flexibles y evaluables.

La apertura en 1991 de una Unidad Residencial con 96 plazas, recurso extremo, destinado a la atención de los sujetos no válidos, el llamado "núcleo duro", irreductible resto del proceso de desinstitucionalización en todas las reformas psiquiátricas, completa la ordenación de una red de servicios y prestaciones, ambulatorios, hospitalarios e intermedios, una red que da cobertura universal a un 1 millón de habitantes del sur metropolitano de la comunidad de Madrid.

Con el cierre del manicomio de Santa Isabel y la nueva ordenación de servicios (fig. 1) termina el Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico. Un decreto de la CM, crea una nueva estructura que, por primera vez en España, recoge dispositivos de atención hospitalaria, ambulatoria y rehabilitadora: el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Los nuevos objetivos generales, son incrementar la calidad de los servicios, tanto asistencial como de servicios generales. En rehabilitación, surge la necesidad de un nuevo subprograma que denominamos "de apoyo comunitario", destinado a la creación de empleo protegido, ocio, vivienda... Un conjunto de actuaciones que, difícilmente realizables desde los procedimientos de la administración, exigen una gestión compartida con organismos ciudadanos, como la Asociación de familiares y usuarios, o de consumidores, y nos obliga a la creación de una Fundación como cobertura legal.

A los 11 años de iniciar el Plan de Reforma creemos haber cumplido los objetivos diseñados. En ocasiones yendo más allá del programa inicial pues el propio proceso nos mostraba necesidades nuevas - como la gestión compartida con usuarios o el trabajo protegido prometen nuevas acciones y técnicas.

Al margen de mejoras en edificios y equipamientos, el gran problema, la gran dificultad futura surge con la inserción laboral, esencialmente la creación de empresas protegidas.

2.- DECRETO DE CREACIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN.

ACUERDO de 17 de mayo de 1991, por el que se cambia la actual denominación del Hospital Psiquiátrico de Leganés por el de Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain (BOCM núm. 136 de Lunes 10 de Junio de 1991) y CORRECCIÓN de errores de 17 de junio de 1991 (BOCM núm. 146 de Viernes 21 de Junio de 1991).

La culminación de un proceso de creación de estructuras y programa de salud para el área 9 y el Sur Metropolitano de la Comunidad de Madrid iniciado hace cinco años, hace que los servicios prestados por el actual Hospital Psiquiátrico de Leganés se hayan convertido en una red de unidades ambulatorias, hospitalarias y de rehabilitación que dan cobertura al espacio territorial citado, por lo que la denominación actual no responde al desarrollo de los servicios llevados a cabo en su virtud, se ha creído oportuno atender a la solicitud formulada por el Director del propio centro hospitalario.

Por todo ello y como homenaje al que fuera uno de los principales protagonistas de las corrientes reformadoras de la psiquiatría y psicología españolas, estrechamente vinculado al desarrollo de la salud pública y a propuesta del excelentísimo señor Consejero de Salud, El Consejo de Gobierno, en su reunión celebrada el 17 de mayo de 1991.

Primero

El actual Hospital Psiquiátrico de Leganés se denominará en lo sucesivo Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain.

Segundo

El presente acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

El Presidente
Joaquín Leguina

3.- COBERTURA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Los Programas Específicos de Rehabilitación y el de Apoyo Comunitario dan cobertura a tres de las once áreas sanitarias en que está dividida la Comunidad Autónoma de Madrid: 8, 9 y 10; con una población aproximada de un millón de habitantes. Estas áreas están situadas en la zona sur de Madrid y comprenden los distritos sanitarios de: Leganés, Fuenlabrada, Getafe, Parla, Alcorcón, Móstoles y Navacarnero.

El Programa de Seguimiento de Crónicos centra sus acciones en los dos distritos del área 9: Leganés y Fuenlabrada (que incluye además los municipios de Humanes, Arroyomolinos y Mejorada de Enmedio).

4.- VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

A principios de 1986 y con el inicio del Plan de Reforma se pusieron en funcionamiento dos programas complementarios: uno destinado a la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico, buscando su externamiento y posterior reinserción social; y otro de rehabilitación de pacientes que, aun viviendo en la comunidad, mantienen bajo nivel de autonomía y dificultades de adaptación social.

Algunos pacientes pudieron incorporarse a una forma normalizada de vida.

El programa de desinstitucionalización se desarrolló en los primeros años de la Reforma. Otros pacientes fueron trasladados a centros más apropiados no psiquiátricos; pacientes no válidos sin

sintomatología psiquiátrica activa o se alojaron en pisos protegidos recibiendo supervisión del equipo de seguimiento; y el resto, pasan a vivir a una residencia asistida (Unidad Residencial) en unas condiciones fundamentalmente hoteleras, con cuidados de enfermería.

El programa de rehabilitación inicia su desarrollo desde dos líneas de actuación complementarias, canalizadas a través de los subprogramas de Seguimiento y los Específicos de rehabilitación. Posteriormente a estos dos se incorpora un tercero denominado Apoyo Comunitario, con el que se trata de hacer frente a las complejas necesidades de soporte social que se fueron observando en una población importante de los enfermos discapacitados.

Acciones desarrolladas hasta el momento por el Programa de Rehabilitación:

1. Estudio individualizado de toda la población ingresada en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (245 pacientes), considerando sus posibilidades de alta, traslado a otra institución más adecuada (residencia de ancianos, instituciones específicas para débiles mentales, unidad residencial) o posibilidades de vida en otros alojamientos más o menos protegidos (pisos, hogares, familias sustitutas...)
2. Externalización o transinstitucionalización individualizada de internos ingresados sin patología psiquiátrica que justifique su estancia hospitalaria.
3. Apertura de dos pisos protegidos para pacientes desinstitucionalizados.
4. Creación y desarrollo de los programas específicos de rehabilitación contando con la disponibilidad de varios dispositivos: Centro de Día, Unidad de Rehabilitación, Talleres de Rehabilitación, Centro Agrícola y Piso Escuela; dando cobertura a las áreas 8, 9 y 10 de la C.M.
5. Creación y desarrollo del programa de seguimiento de atención a la cronicidad en cada uno de los distritos del Instituto Psiquiátrico.
6. Creación y desarrollo de la Comisión de Rehabilitación del Instituto, con la integración de representantes de los servicios sociales de los ayuntamientos de Leganés y Fuenlabrada, así como de representantes de las asociaciones de familiares y usuarios y de la de consumidores.
7. Creación y desarrollo de la Comisión de Rehabilitación de la zona sur que agrupa a las áreas 8,9 y 10.
8. Integración en la Comisión de Enlace del Programa de Rehabilitación del Servicio de Salud Mental de la C.M. que agrupa a todas las comisiones de rehabilitación de área de la C.M.
9. Actividades de apoyo a los profesionales de servicios sociales de los distritos de Leganés y Fuenlabrada, y coordinación con el INEM, IMAF, INSERSO y otras instituciones de la comunidad.
10. Elaboración de los criterios de cronicidad en el área 9.
11. Apoyo a la creación de la Asociación de Familiares " Salud y Alternativas de Vida", incorporándose su presidenta como miembro de la Comisión de Rehabilitación.
12. Apoyo a la creación del Club Social "LOS AMIGOS", patrocinado por la Asociación de Familiares. Los socios son enfermos mentales del área 9 y aquellos que siguen un programa de rehabilitación en los Dispositivos Específicos de Rehabilitación. La Asociación ha puesto a disposición del Programa de Rehabilitación un microbús para el transporte de enfermos.
13. Apertura de la Unidad Residencial con capacidad para 96 plazas, y traslado de los 88 enfermos que quedaban en el Hospital Psiquiátrico de "Santa Isabel".
14. Creación del Programa de Apoyo Comunitario que inicia su desarrollo durante el último trimestre de 1.992
15. Concierto entre el Instituto Psiquiátrico y la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia del Ministerio de Justicia, por el que se crean 20 plazas de colaboradores sociales en el Programa de Rehabilitación.
16. Desarrollo de dos proyectos europeos HORIZON sobre formación laboral con dos actividades laborales diferentes: vivero y plantas ornamentales, y fotocopiadora.
17. Convenio con el Master de Modificación de Conducta de la Universidad Complutense de Madrid para la realización de prácticas en rehabilitación.

18. Elaboración y aprobación de la carta de derechos y deberes de los usuarios y sus familiares.
19. Apoyo a la creación de la "Fundación para la Promoción de la Salud Mental".
20. Creación desde la Fundación para la Promoción de la Salud Mental a partir del proyecto HORIZON de la empresa "SALEM", con objetivos de inserción laboral de enfermos mentales crónicos.
21. Elaboración de un censo de enfermos mentales crónicos del Area 9.
22. Realización de cursos de formación laboral en colaboración con el I.N.E.M y el I.M.A.F.
23. Planificación y puesta en funcionamiento de dos piso supervisado para tres pacientes.
24. Planificación de nuevas alternativas residenciales.
25. Se ha participado, tanto en el grupo de trabajo como en las visitas de estudio, en el Grupo N1 4 del Proyecto Helios II, dentro del sector "Rehabilitación Funcional", de la Comunidad Europea, junto a representantes de Alemania, Escocia, Irlanda, Austria, Islandia, Suecia, Portugal y Grecia. Se ha participado en la elaboración del documento final del grupo: "Model for actions to promote independence"

Podemos afirmar que, en la actualidad, el proceso de desinstitucionalización ha concluido con éxitos evidentes. El plan de reforma del Hospital Psiquiátrico ha posibilitado la creación de recursos intermedios y programas estructurados de rehabilitación y reinserción, con técnicas validadas por la experiencia, gracias a las cuales es posible desarrollar en los pacientes repertorios específicos que les permiten funcionar más eficazmente en el medio comunitario y mejorar su calidad de vida, disminuyendo significativamente los casos de institucionalización.

5.- LA COMISION DE REHABILITACION

La Comisión de Rehabilitación del "Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain", se constituye como un órgano de dirección del programa de rehabilitación, con carácter ejecutivo. Tiene como objetivo el diseño de los programas (que deberá presentar en la Comisión de Asistencia para su aprobación), dirección, supervisión y evaluación de todas las acciones de rehabilitación y apoyo comunitario en el ámbito del área 9 de salud. Participan como miembros de la comisión, los diferentes responsables del Programa; las asociaciones de usuarios de los ayuntamientos de Leganés, Fuenlabrada, Humanes, Moraleja de Enmedio y Arroyomolinos; la Asociación de Enfermos y Familiares del Area; así como los representantes de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos del Area.

La Comisión contará con un secretario elegido por sus miembros que representará a ésta por delegación del director de los servicios en la Comisión de Enlace de Rehabilitación del Servicio Regional de Salud.

Funciones

1. Evaluar las necesidades de los diferentes grupos de alto riesgo a fin de facilitar la provisión de los recursos y acciones que sean necesarias.
2. Elaborar y desarrollar las acciones de los subprogramas de Seguimiento, Dispositivos Específicos y Apoyo Comunitario, y asegurar que sus prestaciones corresponden a las necesidades de los usuarios con discapacidades psiquiátricas del Instituto.
3. Desarrollar acciones de detección de enfermos mentales crónicos discapacitados no tratados en la población, para su inclusión en el subprograma de seguimiento y atención a la cronicidad.
4. Asegurar la calidad de las prestaciones del programa en coordinación con la Comisión de Control de Calidad del Instituto Psiquiátrico S.S.M. José Germain.
5. Mantener actualizado el censo de crónicos de los Servicios de Salud Mental del Instituto.
6. Hacer una evaluación básica de funcionamiento psicosocial anual de toda la población de enfermos mentales que figuran en el programa de seguimiento, utilizando el protocolo de criterios de cronicidad aprobado por esta Comisión.

7. Canalizar las prestaciones económicas que se proporcionan a cargo del programa de rehabilitación del Servicio de Salud Mental de la Consejería de Salud.
8. Fijar objetivos para el desarrollo del programa de rehabilitación y reinserción social.
9. Supervisar y evaluar el cumplimiento de las acciones del programa de rehabilitación y apoyo comunitario.

6.- COMISION TECNICA

La Comisión Técnica del Programa de Rehabilitación esta formada por cuatro miembros de la Comisión de Rehabilitación: el Responsable de los Programas Específicos de Rehabilitación, el Responsable del Programa de Apoyo Comunitario y dos personas encargadas de la gestión y armonización de los subprogramas de seguimiento de Leganés y Fuenlabrada.

Esta Comisión tendrá como objetivo armonizar, enlazar y dinamizar las acciones de los tres subprogramas del Programa de Rehabilitación, así como la elaboración de propuestas a la Comisión de Rehabilitación.

7.- PROGRAMA DE REHABILITACION Y APOYO COMUNITARIO

La rehabilitación constituye un proceso que se inicia con acciones y recursos lo más normalizados posibles y continúa con intervenciones específicas para aquellos pacientes más discapacitados, finalizando con la facilitación de soportes que posibiliten la reinserción.

Para garantizar estas acciones, la red de servicios de salud mental que constituye el Instituto Psiquiátrico José Germain ha complementado las dos vías de intervención con que contaba el Programa de Rehabilitación incorporando en 1992 un nuevo subprograma: el de Apoyo Comunitario.

Objetivos Generales

1. Prevenir el riesgo de la institucionalización psiquiátrica y atender a los enfermos mentales crónicos con discapacidades psicosociales, ayudándoles a desarrollar sus recursos personales y facilitando la provisión de soportes sociales básicos (laborales, residenciales y comunitarios)
2. Contribuir a la prevención de la enfermedad a través de actividades informativas y de sensibilización a otros profesionales, colegios, o instituciones; eliminando los prejuicios sociales existentes e invitándoles a participar en los procesos de rehabilitación y reinserción.
3. Colaborar en las actividades docentes programadas por la Comisión de Docencia del Instituto Psiquiátrico.
4. Desarrollar y participar en proyectos de investigación entorno a las diferentes áreas de la rehabilitación en colaboración con otras entidades o instituciones.

8.- SUBPROGRAMAS

El Programa de Rehabilitación está constituido por tres subprogramas: Rehabilitación y Seguimiento de Crónicos, Programas Específicos de Rehabilitación y Apoyo Comunitario.

Vía de acceso:

Los pacientes acceden al Programa de Rehabilitación a través del Programa de Seguimiento de cada Centro de Salud Mental. El equipo que integra este programa emprende las acciones que considera apropiadas para la rehabilitación y reinserción del paciente. Siempre que lo considere necesario deriva al paciente a los dispositivos específicos donde se inicia un proceso de abordaje

integral de rehabilitación. Cuando finaliza el plan de rehabilitación, es dado de alta y derivado de nuevo al Programa de Seguimiento, recibiendo soporte, en los casos que se precise, desde el Programa de Apoyo Comunitario

8.1. REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CRONICOS

Este programa, en funcionamiento en los dos distritos, está formado por personal de enfermería y trabajo social, con supervisión de un psiquiatra o psicólogo.

Constituye la puerta de entrada al programa de rehabilitación y es el lugar donde se toma la decisión de utilizar recursos del propio programa de seguimiento y/o normalizados y/o de los dispositivos específicos de rehabilitación.

(Un sistema de tutoría garantizará el seguimiento individualizado de los pacientes con atención continuada mientras precisen de prestaciones rehabilitadoras o de reinserción.)

El tutor prestará apoyo al paciente, a la familia y al entorno, a lo largo del proceso terapéutico y rehabilitador, garantizando la continuidad de cuidados y coordinando los recursos sanitarios, sociales y comunitarios para dar respuesta a las necesidades materiales, instrumentales y emocionales del paciente.

Objetivos

- Desarrollar un sistema de cuidados, control y asesoramiento de usuarios y familiares de alto contacto con los Servicios de Salud Mental.
- Garantizar el sistema de coordinación y elaboración de las actuaciones conjuntas sobre poblaciones de riesgo con los servicios sociales municipales, sanitarios, culturales, y otras asociaciones e instituciones públicas o privadas de forma reglada y actividades desarrolladas.
- Promover recursos comunitarios que sirven de soporte social a usuarios de alto contacto con los Servicios de Salud Mental en C.S.M. o en programas de rehabilitación: empleo, vivienda, ocio, apoyo familiar, voluntariado.
- Proporcionar al resto de los programas del Instituto y a sus usuarios, asesoramiento e información sobre los recursos sociales y comunitarios.
- Detectar población de pacientes mentales crónicos que no frecuentan los servicios sanitarios y establecer acciones para intervenir sobre esta población crónica no detectada.
- Elaborar y actualizar el censo de la población de pacientes crónicos.
- Hacer evaluaciones y valoración periódicas protocolizadas de la población atendida por el programa.

Actividades:

- a) Evaluación y programación de actuaciones:
Estudio del caso y elaboración de un plan individualizado de cuidados que realiza un D.U.E. (o auxiliar de enfermería), un trabajador social y el terapeuta del caso.
La demanda para la realización de esta actividad es a instancia del psicoterapeuta o por la actualización periódica que se realiza del censo de pacientes.
- b) Actividades de cuidados centrados en el caso:
 - Control de adherencia al tratamiento.
 - Educación para la salud.
 - Grupos de apoyo.
 - Grupos de medicación.
 - Alojamiento.
 - Grupos multifamiliares.
- c) Actividades centradas en el entorno:
 - Censo de recursos comunitarios.
 - Conexión con servicios sociales y recursos comunitarios.
 - Actividades de consulta con familia y otro personal cuidador.
 - Mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados.

- Asesoría y defensa del paciente.
- Promoción del asociacionismo.
- Contacto con el sistema judicial y seguimiento de incapacidades y tutelas.
- d) Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno.
 - Intervención en crisis.
 - Evaluación y control de resultados.
 - Actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.
- e) Gestión de las ayudas económicas para los pacientes.

Pisos protegidos

Son recursos que proporcionan alojamiento a pacientes que han alcanzado un grado de autonomía satisfactorio pero que requieren supervisión.

En 1987, como medida de soporte al proceso de desinstitucionalización de pacientes del Hospital Psiquiátrico se abren dos pisos protegidos, uno para mujeres y otro para hombres.

La externalización de pacientes se ha podido considerar como un éxito ante la realidad de haber logrado su plena adaptación al medio comunitario.

En la actualidad, una vez cubierto el objetivo de demostrar la posibilidad de crear plazas de alojamiento alternativos a la hospitalización para pacientes con largos años de internamiento, se pretende normalizar al máximo estos recursos. La gestión de la red de pisos se realiza desde el programa de apoyo comunitario. Desde este programa se prestará siempre la supervisión que en cada momento se considere necesaria.

8.2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN

Dan cobertura a tres de las once áreas en que está dividida la Comunidad de Madrid: 8, 9 y 10; atendiendo a una población aproximada de un millón de habitantes.

Los Programas Específicos de Rehabilitación cuentan con unos dispositivos (Centro de Rehabilitación, Unidad de Rehabilitación, Talleres y Piso Escuela) y un equipo multidisciplinario de profesionales para el desarrollo de sus fines. El objetivo principal es ayudar a los enfermos mentales crónicos con graves discapacidades psicosociales a mejorar sus habilidades y recursos personales para que puedan funcionar con mayor éxito en el medio comunitario donde vayan a vivir, con más autonomía y con más calidad de vida. Facilitándoles en todo momento el acceso a los apoyos comunitarios que precisen.

La vía de acceso a los programas específicos es a través del subprograma de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental.

Una vez el equipo de seguimiento observa la necesidad de utilizar los recursos específicos de rehabilitación, se deriva a estos dispositivos, enviando un informe protocolizado de derivación. Los profesionales de los dispositivos específicos evaluarán y estudiarán el tipo de prestaciones que el caso requiere, diseñando un plan individualizado de rehabilitación.

La permanencia del paciente en estos dispositivos es, necesariamente, temporal, estimándose como tiempo medio entre dos y tres años en el Centro de Rehabilitación y seis a nueve meses en la Unidad de Rehabilitación. Mientras el paciente es atendido en estos dispositivos tendrá asignado un psicoterapeuta y un tutor en los Servicios de Salud Mental de procedencia. El psicoterapeuta continuará el tratamiento teniendo en cuenta el plan individualizado de rehabilitación que se le haya establecido.

Principios básicos:

La rehabilitación psicosocial se asienta en unos principios básicos y orientadores:

- Prevención terciaria: donde las estrategias de intervención se dirigen a aminorar las discapacidades y las minusvalías
- Normalización: Se procurará siempre potenciar la inclusión progresiva en los circuitos sociales normalizados.
- Enfoque comunitario: Se fomentará el uso del entorno y los recursos comunitarios como agentes estimuladores fundamentales en la rehabilitación.

- Intervención mínima: Se realizará la intervención mínima necesaria pero suficiente para dotar al paciente de posibilidades de satisfacer sus necesidades con éxito dentro de la comunidad.
- Modelo de vulnerabilidad: el abordaje del tratamiento de rehabilitación se basa en el manejo lo más autónomamente posible de los factores de riesgo y protección por parte del paciente.
- Modelo de competencia: Se utilizará un modelo metodológico que permita el establecimiento de un equilibrio progresivo entre las necesidades del paciente y sus recursos personales.

Objetivos:

- Desempeño del mayor número posible de roles socialmente valiosos
- Desarrollo de habilidades instrumentales y capacidades 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 y afectivos.
- Equipo multidisciplinario:

El conjunto de dispositivos de rehabilitación cuentan con un equipo multidisciplinario de personal asistencial: psicólogos, psiquiatra, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, jefes de taller y monitores.

Dispositivos:

Centro de rehabilitación (Centro de Día)

El Centro de Rehabilitación es el lugar donde se reciben los pacientes derivados de los Servicios de Salud Mental para su rehabilitación, se realiza su evaluación, se elabora y se aplica el plan individualizado, y se canaliza la coordinación y seguimiento de casos con los Servicios de Salud Mental de Distrito.

Hace de eje coordinador de los dispositivos de rehabilitación.

La organización de la atención se estructura en base a un proceso de intervención que comprende las prestaciones siguientes:

Prestaciones

1. Evaluación

Una vez los pacientes acceden al Centro, se inicia con ellos un proceso de evaluación. Se trata de una evaluación funcional global y multifactorial sobre los déficits, necesidades y competencias que presenta cada uno de ellos, contemplando el mayor número de aspectos de su expresión conductual y emocional así como de los apoyos comunitarios con que cuenta y sus características. Este estudio multidimensional nos servirá de base para formular metas de reinserción y la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación que posibilite establecer objetivos concretos en cada área de funcionamiento personal, afectivo, social y/o laboral.

La evaluación comprende las siguientes actuaciones asistenciales: entrevista de primer contacto, grupo de acogida, entrevistas de evaluación y observación directa.

2. Diseño del plan individualizado de rehabilitación

La evaluación inicial nos permite diseñar con el paciente un plan individualizado de rehabilitación, plasmado por escrito, donde se reflejan las necesidades que tiene, los recursos con los que cuenta, se articulan los objetivos y se planifica las acciones y tratamiento a seguir. (ver anexo I)

3. Aplicación del plan individualizado de rehabilitación

En la fase de ejecución que sigue a continuación, se implantará un plan de intervenciones individualizadas y/o grupales, que posibiliten el desarrollo de las habilidades y cubra el cuadro de necesidades personales y de apoyos señalados en el plan individualizado de rehabilitación.

3.1. Valoración continua

El proceso de rehabilitación supone en el paciente cambios continuos que deben ser observados a través de evaluaciones periódicas que son plasmados en un informe semestral. La pre-

sencia de nuevos datos aporta información sobre los efectos que está teniendo la intervención en el paciente y permite a los tutores y facultativos planear nuevas estrategias con aproximaciones al plan que tiene programado. En realidad tratamiento y evaluación son fenómenos que están íntimamente entrelazados durante todo el desarrollo del programa de rehabilitación de cada paciente.

3.2. Tutoría

Como se indicó anteriormente, cada paciente tiene un tutor en el programa de seguimiento del Centro de Salud Mental. En el Centro de Rehabilitación tendrá otro tutor que se le asignará una vez se diseñe su plan individualizado de rehabilitación elaborado por el psicólogo. Este tutor es la persona que, mediante un seguimiento individualizado se encarga de canalizar la ejecución del plan. Deberá coordinarse con toda la red asistencial que presta atención al paciente y ejercerá un papel fundamental en la articulación del proceso de su recuperación. Proporcionará a la familia información continuada sobre la evolución del enfermo orientándola y estimulándola para que ella misma participe como agente activo en la rehabilitación de su familiar. Los tutores son supervisados directamente por los psicólogos del Centro, responsables últimos del paciente y de su tratamiento.

Son actividades de tutorías: La coordinación con diferentes recursos sociocomunitarios, las entrevistas con pacientes y familiares, y las reuniones de supervisión periódicas.

3.3. Programas de entrenamiento

3.3.1. Rehabilitación cognitiva

Tiene como objetivo la estimulación de las funciones psicobiológicas y cognitivas básicas: atención, orientación, memoria y formación de conceptos. Los pacientes son entrenados también en la adecuación de la percepción social y el procesamiento de la información, repertorios necesarios para el aprendizaje y adquisición de nuevas y mayores competencias.

3.3.2. Habilidades sociales

Se trata de incrementar la capacidad de los pacientes en el manejo de la comunicación interpersonal. Se les entrena a desarrollar comportamientos eficaces en situaciones de interacción social instaurando y/o potenciando habilidades sociales básicas, conversacionales, asertivas y a desenvolverse en diferentes contextos sociales, mejorando sus competencias para el trato en general. El objetivo último es la mejora del funcionamiento social potenciando la creación de un núcleo de amistades estable y duradero.

3.3.3. Autocontrol

Se trata de dotar al paciente de un repertorio de habilidades que le permita hacer frente con éxito a situaciones de tensión y estrés; enseñarle a utilizar estrategias de afrontamiento alternativas a las respuestas agresivas o ineficaces; e incrementar su autoestima con técnicas terapéuticas apropiadas.

3.3.4. Educación para la salud

La educación para la salud es una estrategia que busca, a través del conocimiento de los factores de protección y de riesgo, en el curso de la enfermedad mental, educar en el paciente y su medio familiar un estilo de vida que potencie los primeros y atenúe los segundos. En definitiva, tiene como finalidad principal la prevención. A través del mayor conocimiento de la enfermedad y la dotación de mayores recursos de protección en el paciente y la familia puede ejercerse una labor de control sobre la vulnerabilidad disminuyendo las probabilidades de aparecer episodios de crisis y recaídas.

El programa de educación para la salud se estructura en dos subprogramas, uno dirigido a los pacientes y otro a las familias:

- a) Educación para la salud de pacientes: Se imparte información comprensible acerca de la enfermedad mental, el reconocimiento de los síntomas y de los pródromos, la medicación y sus efectos principales y secundarios, los efectos perturbadores de la tensión emocional, el estrés y otros factores de riesgo.
- b) Psicoeducación de familias: Se trata de aumentar el conocimiento que tiene la familia sobre la esquizofrenia y el manejo de la sintomatología desde el modelo de vulnerabilidad; reducir los niveles de expresión de emoción negativa; entrenar a los familiares en habilidades de comunicación, autocontrol, solución de problemas y afrontamiento de crisis.

3.3.5. *Habilidades instrumentales básicas*

Para que una persona pueda vivir con suficiente autonomía en el medio comunitario necesita desarrollar una serie de hábitos básicos de utilidad en la práctica de la vida cotidiana: cuidado de sí mismo, de su presencia física y su salud; autoadministración de la medicación; utilización del transporte público; organización de su dinero; y otras gestiones instrumentales elementales. En la medida que los pacientes tengan déficits en alguna de estas áreas, se les entrena en la adquisición y mantenimiento de los hábitos necesarios. También se les enseña a recuperar actividades ocupacionales de su interés, de ocio y tiempo libre, y la práctica del deporte como hábitos saludables. Las excursiones, visitas socioculturales y otras actividades deportivas realizadas en el Centro y fuera de él sirven para estos fines. .

3.3.6. *Actividades de orientación cultural y educación de adultos*

Comprende desde la enseñanza de aspectos básicos de aprendizaje (lectura-escritura-comprensión); hasta actividades pedagógicas más avanzadas que motiven a los pacientes el acceso a circuitos normalizados de educación de adultos.

El tratamiento en rehabilitación se organiza desde intervenciones individuales (generalmente a través de tutorías) y grupales. Los programas de entrenamiento se estructuran en forma de módulos y se desarrolla en grupos, utilizando en su aplicación la tecnología de la rehabilitación psiquiátrica. Cada módulo tiene una duración aproximada de tres a seis meses con un mínimo de dos sesiones a la semana.

Se realizan dos reuniones mensuales para el seguimiento de las intervenciones grupales.

4. Coordinación

La rehabilitación es un proceso que se complementa generalmente con otras terapias (farmacológica y psicoterapia). Con esta finalidad entre los profesionales del Centro de Rehabilitación y los de los diferentes Servicios de Salud Mental de Distrito se ha articulado un sistema de coordinación que garantiza en todo momento una intervención global e integral para cada paciente desde cualquier punto de la red asistencial.

Se realiza una reunión de coordinación mensual con cada uno de los Distritos de Salud Mental que dan cobertura al Centro.

Talleres de rehabilitación y centro agrícola

En la actualidad el programa cuenta con seis talleres y un centro agrícola. Cuatro de ellos (carpintería, cerrajería y forja, encuadernación e imprenta) poseen su propia nave, con una capacidad para atender simultáneamente a 10 pacientes. Los otros dos (audiovisual, y corte y confección), con capacidad para atender a 5 pacientes cada uno. El centro agrícola con invernadero dispone de un plan de aprendizaje en labores de horticultura y jardinería. Tanto los talleres como el centro agrícola están dotados con maquinaria y herramientas semi-industriales.

Actividades que se realizan en estos dispositivos:

- Taller de carpintería: entrenamiento en carpintería básica.
- Taller de cerrajería y forja: cerrajería artística y lineal.
- Taller de encuadernación: encuadernación artística y funcional.
- Taller de imprenta: impresor minervista y nuevas tecnologías (fotocomposición, procesador de planchas y OFSSET).
- Taller audiovisual: fotografía, laboratorio fotográfico, grabación y edición de video y audio artístico y funcional.
- Taller de corte y confección: costura, corte y confección.
- Centro agrícola: jardinería y horticultura.

Acciones

La rehabilitación laboral está estructurada dentro de un programa de rehabilitación multidimensional e individualizado. Cada taller desarrolla un programa de rehabilitación laboral sistematizado en acciones secuenciales, formando parte de un circuito amplio de formación y aprendizaje. Se diferencian tres niveles de actuación a través de los cuales el paciente puede progresar de acuerdo con su capacitación personal y sus posibilidades.

- a) *Rehabilitación prelaboral con apoyo a la rehabilitación psicosocial.* Se dirige a paciente con discapacidades psicosociales severas. Como objetivos se persigue: favorecer el desarrollo de recursos personales sociales y comportamentales desde la realización de una actividad laboralizada; mejorar su autoestima y motivación a través del reforzamiento de los logros en la medida que va consiguiendo metas concretas ; iniciarles en el aprendizaje de habilidades básicas laborales.
- b) *Rehabilitación laboral.* Se dirige a pacientes con posibilidades de reinserción profesional. El objetivo es facilitar a estos usuarios los conocimientos y habilidades necesarias que les permitan acceder con garantías de éxito al circuito de formación laboral normalizado al desempeño de un trabajo productivo protegido o competitivo. Se les inicia en las tareas específicas del oficio que representa cada taller.
Recibirán una orientación vocacional básica, formación teórica y práctica, entrenamiento en habilidades de ajuste laboral y búsqueda de empleo.
- c) *Cursos de formación laboral en convenio con el I.M.A.F. u otras entidades con fines similares.* Son cursos de formación laboral en condiciones más normalizadas que se realizan en los talleres. En cada uno de ellos se atiende a un número de alumnos donde la mitad son usuarios de los Servicios de Salud Mental y la otra mitad del INEM.

Piso Escuela

Se trata de un piso normalizado especializado en el entrenamiento de actividades de la vida comunitaria. Los pacientes aprenden todo lo necesario para manejarse en contextos comunitarios y, fundamentalmente, se les prepara para poder vivir en diferentes alternativas residenciales (vivienda propia, alquilada, pisos, etc.), desde donde se demanda altos niveles de autonomía.

Acciones

Se entrena a los pacientes en actividades de la vida diaria, destacando tres tipos de habilidades: autocuidado, de gestión y domésticas. Se ha desarrollado varios programas de aprendizaje estructurado:

- Autocuidado, higiene y presencia personal.
- Lavado, planchado y cuidado de la ropa.
- Compras, organización y manejo del dinero.
- Utilización de la cocina
- Reparaciones y emergencias domésticas.
- Limpieza y cuidado de la casa.
- Manejo, cuidado y limpieza de electrodomésticos.
- Convivencia entre los compañeros del piso, y relaciones con los vecinos.

Unidad de rehabilitación

Es una unidad hospitalaria de 40 camas.

Definida como una unidad de cuidados mínimos de enfermería , está destinada a un grupo de pacientes que precisan un alojamiento con supervisión de 24 horas siete días a la semana, mientras siguen un proceso de rehabilitación desde diferentes dispositivos de rehabilitación o de apoyo comunitario.

Da cobertura a tres tipos de población con características diferentes: 1) pacientes refractarios, que sufren deterioro importante, con graves discapacidades, pueden presentar conductas disruptivas, con necesidad de supervisión muy alta y que no dispone de apoyo familiar o este es muy insuficiente; 2) pacientes con refractariedad leve o moderada, graves discapacidades, pueden presentar conductas disruptivas, precisan de supervisión mientras siguen un proceso de rehabilitación psicosocial, y que no disponen de apoyo familiar o este es deficitario; 3) pacientes crónicos que siguen un proceso de rehabilitación psicosocial, que por motivos psicopatológicos o de falta de soporte sociofamiliar necesitan en un momento determinado y durante un tiempo muy limitado de un alojamiento supervisado mientras continúan con la rehabilitación.

Los pacientes son derivados desde los Servicios de Salud Mental de las áreas 8, 9 y 10, con la cumplimentación previa de un informe de derivación.

Actividad asistencial

Cada paciente es evaluado al ingreso y se diseña un plan individualizado de rehabilitación.

El grupo de pacientes más refractarios al tratamiento sigue dentro de la propia Unidad un programa de rehabilitación altamente estructurado. Tiene como finalidad mejorar en ellos aspectos básicos de funcionamiento psicosocial como: los procesos cognitivos elementales, percepción social, la comunicación, habilidades de autocontrol y afrontamiento, habilidades de autocuidado y autonomía básicas, ejercicio físico y psicomotricidad.

El resto de los pacientes siguen un programa integral de rehabilitación desde los diferentes dispositivos específicos ambulatorios, acorde con el plan individualizado de rehabilitación que tienen diseñado. Se concede una importancia especial a la mejora de los niveles básicos de autonomía que les permita, cuando sean dados de alta, vivir con aceptable adaptación social en el medio familiar, en un piso protegido, piso supervisado u otra alternativa residencial comunitaria.

Semanalmente se celebran reuniones de coordinación con los centros de salud mental que hacen las derivaciones y se valora individualizadamente la evolución de los pacientes.

Cada paciente, de igual manera que en el subprograma de seguimiento y en el Centro de Rehabilitación, tiene asignado un tutor que se encarga de atenderle y seguir la aplicación del plan de rehabilitación que tiene programado. En este caso la figura del tutor la ejerce personal de enfermería con supervisión de un psicólogo.

El tratamiento farmacológico está supervisado por el psiquiatra de la Unidad. Realiza también las intervenciones psicoterapéuticas que se estime necesarias tanto con las familias como con los pacientes.

La trabajadora social de la Unidad realiza todas aquellas tareas relacionadas, tanto con tramitaciones administrativo-legales, de acompañamiento y apoyo de la gestión de pacientes incapacitados así como el trabajo social con las familias de los ingresados.

De forma permanente se imparte por los facultativos de los Dispositivos de Rehabilitación un curso de formación continuada en técnicas específicas de rehabilitación a todo el personal de enfermería de la Unidad.

8.3. PROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO

El programa de apoyo comunitario cierra el circuito de la rehabilitación de pacientes más discapacitados, complementando con recursos de integración en la comunidad los logros alcanzados en la rehabilitación. Oferta una continuidad de cuidados sociales y de soportes que garantiza una mayor calidad de vida y que coinciden con las necesidades básicas del resto de ciudadanos: conseguir trabajo, contar con unas relaciones afectivas satisfactorias y con una vivienda digna.

Este programa trabaja con todos los recursos que cuenta nuestra sociedad y es una respuesta asistencial ante los problemas de los enfermos mentales más discapacitados y su núcleo familiar.

La gestión del programa es compartida con asociaciones ciudadanas (de consumidores, pacientes y familias) y la Fundación para la Promoción de la Salud Mental.

Objetivos:

Tiene como objetivos importantes:

- Promover las alternativas de empleo
- Facilitar alojamiento o vivienda alternativa a la familiar a aquellos pacientes que lo necesiten.
- Promover acciones de ocio y tiempo libre.
- Potenciar el asociacionismo y la participación de voluntariado y colaboradores sociales.

8.3.1. Alternativas de empleo

Uno de los aspectos más significativos de la reinserción social es la incorporación al mundo laboral y productivo. El desempeño del rol laboral tiene un significado altamente normalizador ya que

proporciona , además del incremento de la autonomía económica. un alto grado de identidad personal, con mejora de la autoestima así como un aumento de la valoración por parte de los demás.

3.1.1. Objetivos específicos de empleo

Hablamos de inserción laboral tanto en el nivel de empleo protegido como en el de empleo normalizado aunque con acciones diferenciadas.

A) Empleo protegido.

Se trata de facilitar el acceso al mundo laboral en ambientes protegidos en diferentes grados para aquellos pacientes que no pueden, de forma permanente o circunstancial, acceder a un puesto de trabajo normalizado.

Empleo con apoyo en el mercado laboral ordinario.

Dentro de las modernas experiencias de inserción laboral se contempla la experiencia de monitorización individualizada del enfermo insertado en una empresa normalizada. Se trata de ofrecer al empresario y al trabajador la seguridad de un apoyo constante y continuo por parte de los servicios públicos.

Centros Especiales de Empleo

Son aquellos (centros) cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado. La plantilla está compuesta en su totalidad por minusválidos y recibe una fuerte subvención por parte de la administración.

Proyectos de creación de empresas subvencionadas

Estos proyectos optimizan la utilización de los recursos de forma que pueden dar lugar a la creación de puestos de trabajo en régimen de cooperativas o sociedades anónimas más adelante. Puede considerarse un paso intermedio hasta el asentamiento y consolidación de las iniciativas en empresas firmes. Son empresas con vocación de participación en la economía libre pero que reciben apoyo en su inicio de la administración.

Hablamos de creación de empleo social para discapacitados cuando utilizamos recursos y promotores que no están directa ni habitualmente implicados en la red del tejido empresarial, sino recursos cuyo objetivo principal no es el beneficio económico sino la propia creación de los puestos de trabajo.

B) Empleo normalizado

Las acciones encaminadas a colocar a pacientes con discapacidades en el trabajo normalizado se canalizan a través de dos vías.

Seguimiento de un curriculum de formación laboral

Se articula un itinerario estructurado de adquisición de hábitos laborales y formativo, capaz de adaptarse a las necesidades del paciente y que favorece la mejora de su cualificación y las posibilidades de inserción laboral. Se inicia con la rehabilitación de habilidades de ajuste laboral, y continúa con la realización de módulos y cursos de formación técnico profesional que ofrece el IMAF en sus diferentes niveles: iniciación, capacitación y cualificación.

Sensibilización de entidades que apoyen la reinserción laboral

Se colabora con diferentes organismos para impulsar alternativas y cambios que faciliten medidas integradoras en el mercado de trabajo:

- Promoción y establecimiento de leyes de integración.
- Promoción de incentivos empresariales para la contratación.
- Apoyo a los contratos en práctica y de formación.
- Estudios de mercado y contrato con el tejido empresarial de la zona.
- Habilitación de cursos de formación específicos.
- Establecimiento de Servicios de Intermediación.

3.1.2. Prestaciones actuales

En estos momentos se desarrollan un grupo de prestaciones que tienden a facilitar el acceso al mercado laboral tanto desde la perspectiva de protección como de la inserción normalizada.

- Curso de hábitos prelaborales.

Se trata de un paso más allá del entrenamiento en rehabilitación que se realiza de forma sistemática en los Talleres de Rehabilitación. Va encaminado a la estructuración específica de hábitos

prelaborales, que van desde los hábitos básicos (como son la asistencia, puntualidad, etc.) hasta hábitos cognitivos complejos (comprensión de instrucciones, encadenamiento de tareas, etc), pasando por la mejora de las relaciones interpersonales o el cuidado de la herramienta o la estimulación de la responsabilidad en el trabajo. Se realiza en un taller determinado previamente para cada curso donde se lleva a cabo el entrenamiento. Se realizan dos cursos al año con una duración de 6 meses y con una capacidad de 9 pacientes en cada curso. Desde el curso se facilita el acceso a cursos de formación especializada del IMAF o la incentivación de la búsqueda de empleo.

- Acuerdos específicos con el Instituto Madrileño para la Formación (IMAF)

Existe una Mesa de trabajo conjunta entre profesionales del Instituto Madrileño para la Formación y profesionales de Salud Mental. En ella se trabaja sobre el desarrollo de acuerdos anuales y proyectos globales de formación y reinserción laboral de pacientes.

Anualmente se ponen en marcha, de forma conjunta, Cursos de Formación Específica llevados a cabo por el IMAF y desarrollados tanto en locales del Instituto de Formación como de Salud Mental. A estos cursos tienen acceso directo los usuarios de Salud Mental.

Igualmente a través de esa Mesa se han llegado a acuerdos que facilitan la inclusión de usuarios de Salud Mental en los Cursos de Formación normalizados ofertados periódicamente por el IMAF.

- Creación de empresas de empleo protegido

Se han desarrollado acciones tendientes a la creación de empleo. Esta iniciativa fue designada con el N1 86 y tuvo dos acciones diferentes: Una trataba de crear un empresa de viverismo y horticultura, en la que estaban incluidos 9 pacientes además de un monitor, mientras que la otra acción trataba de crear una empresa social de fotocopias y encuadernación, con cuatro pacientes y un monitor, que además permitiera abrir una vía de inserción en el mercado ordinario. Estos proyectos desarrollados en el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental "José Germain" fueron cofinanciados por la Dirección General de Empleo de la Consejería de Economía de la Comunidad de Madrid y gestionado por la Fundación para la Promoción de la Salud Mental (PROSAM).

El resultado fue dispar, mientras que los objetivos eran cumplidos plenamente tanto en lo relativo a los pacientes, que adquirieron todos los hábitos y la formación suficiente, como

en el desarrollo de la relación transnacional preceptiva en HORIZON, que determino la inclusión de la Fundación y el Instituto en las redes Europeas de Empleo Social, estos no lo fueron tanto en lo relacionado a la inserción en el mercado laboral. En el primer caso (Viverismo y Horticultura) hubo dificultades insuperables de tipo administrativo para la articulación en empresa, debido a la imposibilidad de tener relación comercial alguna desde locales y terrenos propiedad de la administración. En el segundo caso (Fotocopias y Encuadernación) la empresa se creó (Salud y Empleo S.L.) abriendo una tienda el 10 de octubre de 1994 que tuvo una continuidad con independencia de los fondos HORIZON durante más de un año. Razones económicas obligaron a cerrar la tienda en la que se desarrollaban las actividades aunque la empresa como tal se mantiene con existencia jurídica y aspira a ser el canal que permita encauzar toda la estructura de empleo protegido que tiene entre sus objetivos el Instituto.

3.1.3. Objetivos a desarrollar

Los objetivos de empleo a corto plazo son por un lado mantener las prestaciones formativas que se vienen realizando hasta la fecha y profundizar en los acuerdos establecidos con el IMAF de forma que , por un lado los cursos mixtos se amplíen de forma adecuada tratando de que las materias impartidas correspondan no tanto a los talleres existentes en los servicios de Salud Mental sino a las necesidades del mercado en cuanto empleo, y por otro se realice un Programa de Itinerario Formativo que, llevado a cabo por profesionales de formación y de Salud Mental, contemple los mecanismos y situaciones necesarias para los enfermos mentales crónicos de forma que se facilite su inserción profesional.

Es objetivo mantener en funcionamiento los Cursos de Formación Prelaboral que se llevan a cabo actualmente en un número de dos por año.

Por último no se desatiende la necesidad de crear un núcleo básico de empleo protegido para pacientes discapacitados tratando de utilizar de la forma más racional posible los Talleres existen-

tes facilitando el acceso al mercado de estos venciendo las dificultades administrativo-legales que en este momento lo impiden.

8.3.2. Alternativas residenciales

Los planes de desinstitucionalización, el cuidado prolongado de enfermos mentales graves o ancianos y el mantenimiento de pacientes en la comunidad exige habilitar una amplia gama de alojamientos que den respuesta a la variedad de necesidades presentadas.

La reforma de los antiguos hospitales han determinado una serie de necesidades de estructuras de alojamiento a las que se unen las carencias observadas para el grupo de pacientes jóvenes gravemente discapacitados.

La supervisión y el apoyo a los pacientes de los diferentes alternativas comunitarias se coordina y establece desde el Programa de Apoyo Comunitario a través de un equipo de coordinación flexible y suficiente en función de los pisos a apoyar. Este equipo lo conforman profesionales de enfermería (D.U.Es y auxiliares), trabajadores sociales, colaboradores sociales y un coordinador (psicólogo) con independencia de esta supervisión los pacientes mantienen la relación asistencial correspondiente con su terapeuta que se encarga de todo lo relacionado con el tratamiento. Es importante una coordinación estrecha entre los terapeutas y el equipo de supervisión de forma que se activen de forma inmediata los recursos necesarios para cada situación.

Los pisos se consideran integrados en la red de prestaciones asistenciales del Instituto y se consideran como camas extrahospitalarias. Como tales son receptores de todos los servicios que presta el Instituto para sus Unidades, desde servicios generales hasta sistemas de guardias.

3.2.1. Objetivos específicos residenciales

Es necesario promover una escala de posibilidades residenciales que permitan satisfacer todas las necesidades asistenciales de los diferentes tipos de pacientes.

A) Pisos protegidos

Se trata de pisos integrados en el casco urbano de los municipios donde se alojan pacientes con importante nivel de autonomía para realizar todas las actividades domésticas, con un trabajo de supervisión periódico pero continuado. Los pacientes presentan un nivel de autocuidados y autonomía personal aceptable; se autoadministra la medicación y mantiene adecuada adherencia al tratamiento; están compensados psicopatológicamente.

B) Pisos supervisados

Son pisos con las mismas características que los protegidos pero que requieren una supervisión diaria. El perfil de los pacientes es el de una persona con un nivel de autocuidados y autonomía personal deficitaria, se autoadministra la medicación y mantiene la adherencia al tratamiento aunque precisa de algún apoyo; está compensado psicopatológicamente.

C) Pensiones concertadas

Son plazas residenciales en régimen de pensión completa. El perfil de los pacientes es similar al de los pisos protegidos pero no necesitan de un repertorio de habilidades domésticas.

D) Miniresidencias

Se trata de una alternativa con un altísimo nivel de supervisión de turno de veinticuatro horas. Los pacientes presentan niveles de autocuidados y autonomía personal muy deficitarios; sin adherencia al tratamiento y que precisan de apoyo continuo para la administración de la medicación; generalmente son altamente refractarios a la medicación, no compensados psicopatológicamente y pueden presentar comportamientos disruptivos.

3.2.2. Prestaciones actuales

Pisos protegidos

Existen 2 pisos protegidos (uno de hombres y otro de mujeres) con una capacidad de 4 pacientes cada uno.

Pisos supervisados

Están un funcionamiento un piso supervisado de mujeres con una capacidad de tres plazas, y un segundo de hombres con capacidad de otras tres plazas. El primero se abrió en el último trimes-



Se utilizan para el tipo de pacientes que sufren mayor deterioro, imposibilidades de una inserción en actividades normalizadas. Son cursos o actividades que les ayudan a estructurar su ocio, les formaliza las actividades diarias y les ayuda a mantener unos niveles mínimos de compensación así como los niveles de desempeño de roles alcanzado en el proceso de rehabilitación.

C) Alternativas ocupacionales de tipo laboral

Son recursos de soporte social y ocupacional de tipo semilaboral para aquellos pacientes que no están preparados o capacitados en un momento determinado para el acceso al mundo laboral e incluso a los recursos comunitarios normalizados

3.2.2. Prestaciones actuales

Facilitación de la inserción en Cursos Normalizados de Ocio y Tiempo libre a través de la coordinación con los Servicios Sociales Municipales.

Esta en funcionamiento un Club Social gestionado de forma independiente por una Junta de pacientes y patrocinado por la Asociación de Familiares que esta abierto todos los días de la semana.

El Club Social organiza cursos de ocio a los que pueden acceder todos los usuarios de salud mental de las áreas de cobertura del Instituto. Estos cursos pueden cambiar anualmente en función de la disponibilidad del club o de los intereses de los usuarios. Igualmente en el Club Social funcionan actividades de animación (fiestas, bar, deportes) como de excursiones y vacaciones.

3.2.3. Objetivos a desarrollar

Es objetivo prioritario y fundamental, a parte del mantenimiento de lo actual la puesta en funcionamiento de un Centro Ocupacional con capacidad para 20 pacientes y con alguna de las características antes expuesta de tipo laboralizado. Se utilizaran las instalaciones del Centro Agrícola de este Instituto.

8.3.4. Asociacionismo, voluntariado y apoyo social

El desarrollo del asociacionismo de familiares y usuarios y la participación del voluntariado son vías importantes de canalizar la participación de la comunidad. Actualmente se trabaja en colaboración con los siguientes recursos:

- **La Asociación de Salud y Alternativas de Vida.**

Creada en 1989, desarrolla diversas actividades en favor de los pacientes y las familias, y participa con la prestación de recursos propios en los programas de rehabilitación. Algunas de estas actividades y aportaciones son: grupos de autoayuda; patrocinio del Club Social; prestación de un vehículo al servicio del Programa de Rehabilitación; actividades de animación y recreo con pacientes de la Unidad Residencial; jornadas anuales de sensibilización de la comunidad ante los problemas del enfermo mental y su familia.

- **La Asociación de Consumidores La Defensa de Leganés.**

La Asociación de Consumidores La Defensa de Leganés colabora con el Instituto Psiquiátrico en un programa de voluntariado que persiguen los siguientes objetivos: actividades de ocio y tiempo libre; apoyo en las relaciones personales dentro y fuera de la Institución; participación en las actividades culturales; así como, complementar la labor del Servicio Social Municipal de Ayuda a Domicilio con acciones de apoyo a los pisos protegidos en aquellas tareas que no son propias de los profesionales.

- **Asociación de Usuarios.**

De muy reciente creación, surge a partir de la iniciativa de los participantes del Club Social, tratan de apoyar sus necesidades y defender sus propios derechos desde el punto de vista de los propios afectados.

Estas asociaciones están representadas por sus presidentes respectivos en la Comisión de Rehabilitación y participan como miembros de hecho de dicha Comisión.

- **Colaboradores sociales.**

Se ha firmado un convenio con el Ministerio de Justicia para incorporar objetores de conciencia en calidad de colaboradores sociales. Participarán en actividades de carácter no profesional desarrolladas en los tres subprogramas del Programa de Rehabilitación. En la actualidad existen 20 destinos en el Instituto tanto de mañana como de tarde en los diferentes dispositivos.

- **Fundación para la Promoción de la Salud Mental.**

Se crea en Septiembre de 1992 con los siguientes fines fundacionales:

1. La promoción de la formación en el Area de la Salud Mental a través de la organización de cursos de especialización, seminarios, ayudas a la permanencia para la mejora de conocimientos en centros nacionales o extranjeros.
2. La realización de estudios, investigaciones y asesoramientos en las materias señaladas, bien por propia iniciativa o de otras entidades públicas o privadas.
3. La participación de la comunidad, asociaciones sociales y de familiares en la rehabilitación e inserción de enfermos psiquiátricos.
4. La integración del paciente psiquiátrico en la comunidad mediante la promoción de actividades encaminadas a este objetivo.
5. El estudio e investigación de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para llevar a cabo estos fines se han constituido los siguientes grupos de trabajo:

- Rehabilitación y Apoyo Comunitario.
- Escuela de Salud Mental.
- Relaciones Internacionales.
- Mujer.
- Ensayos clínicos.

La Fundación actúa de intermediario en las operaciones de contratación y comercialización de las empresas de trabajo protegido así como en la compra y/o alquiler de alternativas residenciales.

OBJETIVOS GENERALES (1997 - 2003)

- Construcción de nuevos edificios donde se ubicarán el Centro de Rehabilitación, talleres club social y otras dependencias del programa de apoyo comunitario. Remodelación arquitectónica de la Unidad de Rehabilitación.
- Finalizar los trámites necesarios para obtener la autorización por parte de la CM que permita la comercialización de los productos obtenidos en los talleres de rehabilitación.
- Estudio de la población de pacientes refractarios al tratamiento ingresados en la Unidad de Rehabilitación, elaboración y aplicación de un programa específicos de rehabilitación diseñado para ellos.
- Potenciación del subprograma de seguimiento a la cronicidad.
- Ampliación de la red de alternativas residenciales de forma que se cubran las necesidades de la población atendida. Creación de un recurso altamente supervisado con capacidad para 10-12 pacientes con asistencia 24 horas para los pacientes más refractarios y con un mayor deterioro de la Unidad de Rehabilitación.
- Puesta en funcionamiento de un Centro Ocupacional Agrícola con capacidad para 20 pacientes.
- Creación de un núcleo básico de empleo protegido para la integración laboral de enfermos mentales crónicos.
- Evaluación del desempeño psicosocial y de las necesidades básicas de la población adscrita al programa de seguimiento.

ANEXO I PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION

1.- Apellidos: 2.- Nombre:
 3.- N° Historia: 4.- C.S.M.:
 5.- Edad: 6.- F. Nacimiento: 7.- Diagnóstico:
 8.- Domicilio: 9.- C. Postal:
 Psicólogo: Fecha:

I.- ASPECTOS RELEVANTES:

(Clínicos)

Psicopatología, inicio y curso, ingresos, medicación, etc.

(Biográficos)

Desarrollo de la vida, acontecimientos vitales.

(Sociales)

Situación social, laboral, judicial, económica.

(Familiares)

Situación y relaciones familiares

(Personales)

Características personales, ej. Religiosidad, Política, etc.

(Nivel Premórbido)

Estudios alcanzados, desarrollo laboral, relaciones sociales e interpersonales, manejo del tiempo libre.

II.- AREAS DE EVALUACION:

A.- Actividades de la vida diaria

- 1.- Autocuidado: Higiene personal, vestido, hábitos de vida y hábitos de medicación.
- 2.- Hs. Gestión Instrumental: Manejo de transporte, manejo de dinero, gestión.
- 3.- Hs. Domésticas: Organización del entorno, limpieza, compra y manejo de electrodomésticos.
- 4.- Hs. Educativas: Habilidades numéricas, de lecto-escritura, cultura general.

B.- Funcionamiento cognitivo

Atención, concentración y memoria.
 Procesamiento de información.

C.- Afrontamiento personal y social

- 1.- Autocontrol: Ansiedad, depresión, agresividad y manejo de estrés
- 2.- Autoestima: Autoconcepto y autoestima
- 3.- Habilidades Sociales: Habilidades sociales básicas, conversacionales y asertivas.
- 4.- Desempeño Laboral: Ajuste, motivación, experiencia, formación.

D.- Tratamiento: Responsabilidad, conciencia de enfermedad, respuesta al tratamiento.

E.- Autonomía: Laboral, económica, gestión y ocio.

F.- Familia: Conciencia, carga, emoción expresada, aislamiento.

III.- NECESIDADES Y RECURSOS:

A.- Necesidades del usuario:

... Se trata de las demandas que el entorno o el mismo paciente hace para desarrollar una vida aceptable para él mismo o los que le rodean.

B.- Recursos del usuario:

... Son los recursos personales, sociales y económicos de los que dispone el paciente y que contribuyen a satisfacer sus propias necesidades.

IV.- OBJETIVOS DE REHABILITACION:

Objetivo final de la rehabilitación:

Objetivo último que se pretende a través del Proyecto de Rehabilitación, cuales son los objetivos a cumplir fundamentalmente en los tres ejes, residencial, laboral y de ocio y tiempo libre. Se incluye la inserción social.

Objetivos principales de rehabilitación:

... Objetivos que hay que ir cumpliendo para llegar al objetivo final, son los objetivos de cada una de las líneas maestras de trabajo, juntos posibilitan la consecución del objetivo final y la inserción comunitaria. Cada línea de trabajo se articula en objetivos más pequeños que se estructuran en plazos de tiempo.

Objetivo urgente de rehabilitación:

Objetivo a cumplir para poder empezar a trabajar la rehabilitación.

V.- DESARROLLO DEL PLAN:

Desarrollo de objetivos:

Desarrollo del proyecto de rehabilitación, tiempos, secuenciación y aspectos fundamentales a tener en cuenta para el cumplimiento de objetivos.

Actividades a realizar:

Actividades concretas que va ha desarrollar previsiblemente.