

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL OCIO CON PERSONAS QUE PRESENTAN UNA PATOLOGÍA MENTAL GRAVE DE LARGA EVOLUCIÓN Y QUE VIVEN SOLOS.

**Una aproximación a la enfermedad
mental.**

Alumna: Lara Sasot Murillo

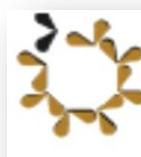
Director: Prof. Bárbara Oliván Blazquez

Grupo 3

Zaragoza, junio de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Objeto del trabajo. Tema del mismo	6
1.2 Objetivos generales y específicos	7
1.3. Metodología empleada	8
1.4. Estructura del trabajo.....	9
1.5 Dificultades encontradas.....	10
2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN	11
2.1 Contextualización.....	11
2.1.1 Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos.	12
2.2 Marco conceptual	14
2.2.1 Historia de la enfermedad mental	15
2.2.2 La esquizofrenia	21
2.3 Perfil Psicosocial.....	36
2.4 Trabajo Social y Salud Mental	38
2.5 Ocio y tiempo libre	39
2.6 Clasificación de recursos	43
2.7 Recursos existentes en Aragón	47
2.7.1 Forma de acceso a los recursos	48
2.7.2 Recursos de salud mental infanto-juvenil (hasta 18 años).....	48
2.8 Marco Normativo.....	49
2.8.1 Referencias internacionales	49
2.8.2 Marco normativo español	50
2.8.3 Marco normativo de la Comunidad Autónoma de Aragón.....	54
3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO.....	60

3.1 Destinatarios	60
3.2 Fases del Programa	61
3.3 Habilidades sociales.	64
3.4 Habilidades a trabajar en el Programa.	66
3.5 Metodología y técnicas de entrenamiento	69
3.6 Desarrollo del Programa de Ocio y Tiempo libre.	74
3.7 Recursos económicos y materiales.	81
3.8 Evaluación.	82
4. CONCLUSIONES	84
5. BIBLIOGRAFÍA	86
GLOSARIO	92
ANEXOS	95
Recursos socio-sanitarios	96
Cuestionario SF-12.....	104
Ficha de registro de la actividad realizada.....	110

1. INTRODUCCIÓN.

Presentación general y justificación del trabajo

El presente Trabajo de Fin de Grado que a continuación se presenta trata de abordar el tema de salud mental desde una perspectiva de Trabajo Social. Cómo a través de esta disciplina se puede contribuir a la mejora en la calidad de vida de las personas que sufren un Trastorno Mental Grave (TMG).

El interés por esta problemática se forja durante el periodo de realización del "Prácticum de Intervención". Desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos, desde donde tuve la oportunidad de explorar una especialidad novedosa a nivel personal dentro del Trabajo Social, el campo de la Enfermedad Mental. El resultado fue muy positivo y como consecuencia de ello decidí encaminar este proyecto hacia el conocimiento de una realidad que está muy presente en la sociedad y que poco o nada había tenido la oportunidad de conocer hasta el inicio de este curso.

Desde la privilegiada situación que nos ofrece esta sociedad del bienestar se pueden vislumbrar el entramado mundo de las enfermedades mentales desde una perspectiva de desconfianza, se puede percibir como una amenaza y en ocasiones incluso con miedo, pero esta reacción no es más que el fruto del temor a lo desconocido.

Según los estudios más recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud se estima que alrededor de un 1% de la población sufrirá a lo largo de su vida algún tipo de enfermedad mental grave como la esquizofrenia, esto supone que una persona de cada cien sufrirá esquizofrenia a lo largo de su vida. Pero lo realmente alarmante en este estudio es que solamente la mitad de las personas que sufren esta enfermedad recibirán tratamiento a lo largo de la misma pese a la gravedad de esta. (Beck, Aaron. T. 2010)

Para la realización de este proyecto se ha seleccionado la esquizofrenia como patología común de las personas con las que se va a llevar a cabo este Proyecto de Intervención.

Las personas que presentan esta característica tienen que recorrer, a lo largo de su enfermedad, un arduo camino no solo debido a la enfermedad en sí sino con el añadido de ser etiquetado por la sociedad como enfermo mental y las consecuencias negativas de discriminación social que ello supone, derivando en muchos casos en un proceso de estigmatización.

Como se menciona en el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2005): *"Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete".*

La esquizofrenia es la enfermedad mental por anonomasia. El término "esquizofrénico" se ha utilizado y aún se sigue utilizando con intención peyorativa y totalmente despectiva como sinónimo de loco. Tan desafortunado estereotipo está relacionado con la evolución de la enfermedad en los pacientes más graves y también en aquellos que no reciben tratamiento.

Características como la cronicidad, la dificultad de adaptación y los trastornos de conducta construyen el prejuicio social que presupone la incurabilidad, impredecibilidad y peligrosidad de las personas afectadas por esta enfermedad y que conduce a actitudes de exclusión y rechazo.

Este enfoque sobre la esquizofrenia, socialmente aceptado, es lo que condena al paciente y a sus familias al ostracismo social.

En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal. (Corrigan y Kleinlein, 2005)

Debido tanto al sufrimiento que genera la esquizofrenia en sí, en el paciente así como en su entorno social y familiar inmediato, y por la disminución en la

calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, he decidido orientar este Proyecto de Intervención hacia el incremento, en cierta medida, de la calidad de vida de las personas que sufren un Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia), con una evolución larga de la enfermedad (más de veinte años) y que viven solas.

Para ello pretendo mejorar las habilidades sociales y personales de estas personas a través de un Programa de Ocio que les permita obtener o recuperar las destrezas necesarias para tener una vida normalizada asumiendo las barreras, que derivadas de su enfermedad, se les puedan presentar. Así como todas las habilidades que han sido mermadas como consecuencia de la esquizofrenia o la medicación que reciben.

Al respecto de la evolución de la enfermedad me he referido a personas con una larga evolución de la misma (más de veinte años), pues aunque pueda resultar paradójico la cronicidad instaurada de esta enfermedad, a lo largo de tanto tiempo, me suscita el interés por la recuperación y la superación de los obstáculos que entorpecen el normal desarrollo de la vida de estas personas.

Así pues, la realización de este Trabajo de Fin de Grado, nace bajo la motivación personal de poder contribuir, en el proceso de rehabilitación de aquellas maravillosas personas con esquizofrenia que tuve la oportunidad de conocer en el CRPS San Carlos.

"Nosotros no estamos enfermos, tenemos una enfermedad". (Usuarios del CRPS San Carlos).

1.1. Objeto del trabajo. Tema del mismo

El objeto de este trabajo nace como consecuencia de una realidad que de modo incombustible sigue haciendo mella en la sociedad.

Es menester hacer referencia nuevamente a la problemática en Salud Mental, pues como se observará es la columna vertebral del proyecto y a lo largo del mismo se especifican las características de la esquizofrenia así como las necesidades que presentan las personas con TMG.

La enfermedad sigue estanca en la sociedad desde tiempos remotos, lo que fundamentalmente ha evolucionado desde entonces es la forma en el tratamiento y su fomento de la rehabilitación psicosocial así como la visión que la sociedad tiene al respecto.

A través de este Programa de Intervención se pretende colaborar en la Rehabilitación Psicosocial de las personas con TMG. Intentando fomentar el ocio y el tiempo libre para que con ello consigan una mayor autonomía.

En el apartado siguiente se hace referencia a los objetivos de este Proyecto.

1.2 Objetivos generales y específicos.

En este apartado se concretan tanto el objetivo general del Programa, así como los objetivos específicos del mismo.

Concretando el objetivo general, este es: Favorecer la integración social de los participantes a través de un Programa de Ocio y tiempo libre, que incluya el aprendizaje de habilidades sociales básicas, y contribuir así a mejorar su competencia individual.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Favorecer la adquisición o recuperación de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento de los usuarios en la comunidad, fomentando la calidad de vida.
- Fomentar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y promoviendo un funcionamiento autónomo, así como el desempeño de roles sociales normalizados.
- Conseguir la autogestión de los usuarios respecto a su tiempo de ocio mediante las diferentes actividades del Programa de Ocio.

La consecución de todos estos objetivos, tanto el general como los específicos, se pretende llevar a cabo a través de las diferentes actividades que se realizan en el Programa de Ocio.

1.3. Metodología empleada

La metodología llevada a cabo para la realización de este Proyecto ha sido la siguiente:

- Conocer la realidad de las personas que tienen un Trastorno Mental Grave.
- Detección de una necesidad real de las personas con Trastorno Mental Grave de larga evolución.
- Selección y concreción del tema a tratar para la elaboración de este Proyecto, así como los objetivos del mismo.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas (Pubmed, web of Knowledge, dialnet, etc..)
- Revisión de la bibliografía encontrada.
- Selección de los métodos que vamos a emplear para la evaluación del Programa de Ocio y Tiempo Libre.
- Redacción del Proyecto en los aspectos teóricos.
- Redacción del Programa de Ocio y Tiempo Libre.
- Exposición de las conclusiones finales del Proyecto.

El sistema de citas empleado en este Proyecto, así como las referencias bibliográficas empleadas se han llevado a cabo teniendo en cuenta la normativa propuesta en las bases de presentación de la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo de Zaragoza.

1.4. Estructura del trabajo.

Este proyecto se estructura en base a cuatro apartados principales.

En el primer apartado se hace una introducción sobre la justificación del tema elegido, se exponen el objetivo general y los objetivos específicos de este Proyecto y se hace mención de la metodología empleada así como de las dificultades encontradas para la realización de este.

El apartado segundo se centra en los capítulos de fundamentación. En él se trata de definir la esquizofrenia como psicopatología común de los destinatarios del Programa, así como el origen, los inicios, sintomatología, etc. de la enfermedad. Además se hace referencia al perfil psicosocial de estas personas, una relación entre Trabajo Social y Salud Mental, referencia al Ocio y el Tiempo libre, una clasificación de los recursos existentes y también se hace referencia al Marco Normativo referente a la enfermedad mental tanto a nivel autonómico como estatal.

El tercer apartado se centra en el desarrollo del Programa de Ocio. Hace una primera mención sobre los destinatarios del mismo. A continuación se desarrollan las fases del Programa, las habilidades sociales a trabajar, la metodología y las técnicas de entrenamiento de estas habilidades. Posteriormente se desarrollan cada una de las sesiones del Programa de Ocio, los recursos necesarios para su puesta en marcha y por último la evaluación del mismo.

El cuarto y último apartado se centra en concretar las conclusiones finales que, de modo personal, se han alcanzado al realizar este proyecto.

1.5 Dificultades encontradas.

Una de las principales dificultades de este Proyecto ha sido la disposición de tiempo para la realización del mismo. Debido a problemas personales, se ha visto reducido el periodo de tiempo disponible para realizarlo. A pesar de ello, el resultado del mismo ha sido muy positivo.

La realización de este Programa de Ocio ha entrañado una dificultad inicial que suponía la puesta en práctica del mismo debido a una cuestión fundamentalmente de temporalización.

El desarrollo del Programa está diseñado para ser llevado a cabo a lo largo de un curso escolar de duración.

Por ello y puesto que la realización de este Proyecto tenía unas fechas concretas de presentación en la universidad, ha sido imposible llevar a cabo este proyecto en la vida real.

Respecto al enfoque de este proyecto se ha podido comprobar la gran cantidad de información que hay en el campo de las enfermedades mentales graves. Son muchas y diversas las disciplinas científicas que abordan esta cuestión y por ello, a pesar de haber realizado una búsqueda bibliográfica amplia y exhaustiva, ha habido gran cantidad de información que ha sido necesaria rechazar por tener contenido de otras disciplinas, como por ejemplo la médica, que no tenían especial cabida en este proyecto por su carácter técnico.

Por ello en este Proyecto se ha intentado simplificar y adaptar muchos conocimientos de varias disciplinas y enfocarlas hacia el trabajo social.

Por último es necesario hacer una reflexión en cuanto al ámbito de la salud mental. Mucho se ha estudiado sobre ello y se sigue estudiando, aún así, parece que sigue siendo un campo desconocido para los profesionales.

En la medida en la que se profundizaba en este ámbito, las diferentes visiones de los profesionales en este campo se alejaban y era difícil consensuar unas directrices comunes a todos ellos.

2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN

2.1 Contextualización

El proyecto que se presenta está elaborado para ser puesto en marcha en un contexto geográfico específico, en la ciudad de Zaragoza y llevado a cabo desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos.

Este se ocupa de atender los casos de personas con TMG pertenecientes al Sector II dentro del Área Sanitaria de Zaragoza; adscritos a los Centros de Salud Mental Rebolería y Fuentes Norte.

En cuanto a la distribución de los Servicios Sociales estas personas son atendidas desde los Servicios Sociales del Matadero, Heroísmo, Armas y Delicias.

Es importante hablar del estado actual en el que se encuentran los servicios sociales y comunitarios en general, debido a los cambios políticos y sociales de los últimos años y concretamente a la situación de crisis en el estado de bienestar. El origen de esto es sin duda un cambio en el modelo económico y social en el mundo. Debido a ello existe una repercusión directa en la cantidad y calidad de los servicios y que se prestan a la sociedad y concretando en el tema que concierne, en todos los servicios relacionados con ocio y salud mental.

Esto puede suponer un retroceso en la rehabilitación y reinserción social de las personas que tienen un TMG. Porque no hay que olvidar que el ocio dirigido supone una parte de la rehabilitación psicosocial de estas personas y debido a la falta de presupuestos se puede entender el ocio de los usuarios como una cuestión ajena a la rehabilitación.

Por ello es necesario concebir la rehabilitación psicosocial como un proceso integral y debe contar con un programa de ocio de calidad para una completa reinserción social.

2.1.1 Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos.

El CRPS “San Carlos” es un recurso socio-sanitario específico, destinado a personas con enfermedades mentales crónicas. Su objetivo es ayudar a estas personas a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, promover su rehabilitación y su mantenimiento e integración en la comunidad, así como apoyar y asesorar a sus familias.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos depende institucionalmente de Cáritas Diocesana de Zaragoza, pues forma parte de la misma.

En términos económicos, el CRPS San Carlos obtiene el dinero necesario para su funcionamiento a través de tres fuentes de ingresos. Por un lado, Cáritas Diocesana de Zaragoza destina parte de su capital a este centro, por otro lado el CRPS San Carlos también recibe dinero público debido a las plazas que ocupan las personas que han accedido al servicio derivadas desde la Red de Recursos Asistenciales de Salud Mental. Y por último, los usuarios que acceden al recurso de modo particular sin ser derivadas, tienen que pagar el importe íntegro de su plaza, esto también produce ingresos en el Centro.

El CRPS San Carlos, trabaja en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental establecidos en el marco de la sectorización, concretamente en el Área Sanitaria II, así como con los diferentes recursos socio-comunitarios de Cáritas.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial San Carlos nace desde Faro en 1981. Surge en los albores de la Reforma Psiquiátrica y pasó a formar parte de Cáritas en 1991.

Cáritas Diocesana de Zaragoza ha sido pionera en España en crear un dispositivo de atención a enfermos mentales, cuando el CRPS San Carlos pasó a formar parte del amplio abanico de recursos de los que dispone Cáritas, no se había creado hasta el momento, ningún Centro de Día en nuestra Comunidad Autónoma que ofreciese algún tipo de rehabilitación psicosocial para las personas que padecen enfermedades mentales.

Ámbito de actuación del CRPS San Carlos:

La población a la que está dirigido el CRPS son personas afectadas de un Trastorno Mental Grave, persistente y crónico, que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y que necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

Existen tres dimensiones comunes a todos los pacientes:

- Un diagnóstico psiquiátrico referido a patologías graves.
- Una situación de discapacidad y dependencia.
- Déficits a nivel de funcionamiento psicosocial.
- Edad entre 18 y 65 años.
- Situación psicopatológica estabilizada
- Ausencias de patrones comportamentales agresivos o peligrosos tanto para sí mismos como para los demás y problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten la rehabilitación.

2.2 Marco conceptual

Es relevante mencionar la transformación que ha sufrido la sociedad en cuanto al abordaje de las Enfermedades Mентales Graves (EMG). Hace no demasiadas décadas desde que la reforma psiquiátrica transformó la vida de muchas personas enfermas mentales en España. Esto supuso un gran avance, pues muchos de estos individuos pasaron de un contexto de internamiento casi carcelario a una nueva vida en libertad.

Pero no solamente la desinstitucionalización de estos individuos ha hecho posible llegar a la situación actual, para ello ha sido importante trabajar desde muchos recursos sociales, médicos y comunitarios. Todo ello con el principal objetivo de reinsertar en la sociedad a personas con una patología diagnosticada como TMG, mediante la rehabilitación psicosocial. Ofreciendo un grado de autonomía en el paciente más o menos elevado dependiendo de las características de cada sujeto.

Actualmente este proceso de rehabilitación va más allá, ya no se piensa solo en la autonomía funcional del paciente, cuestiones tales como cocinar, tomarse la medicación o poder incluso llevar una vida independiente. Se tratan como importantes aspectos que antes se consideraban impensables, uno de ellos es el empleo efectivo del tiempo que disponen estas personas. La formación laboral para trabajar en puestos de trabajo específicos es una cuestión para la que se está destinando recursos y se apuesta por una reinserción social integral.

Todo ello obliga en cierto modo a seguir avanzando y a ofrecer un ocio específico destinado para estas personas. El amplio abanico de posibilidades que se les brinda actualmente a las personas con TMG hubiera sido impensable años atrás cuando la institucionalización de estos pacientes era casi el mejor de sus alternativas.

2.2.1 Historia de la enfermedad mental

A lo largo de la historia de la humanidad la actitud social hacia las personas que presentaban discapacidad no ha sido la misma. En las sociedades primitivas las personas con algún déficit físico solían ser apartadas del grupo, lo que conllevaba una muerte casi segura. Incluso aquellas que presentaban deformidades eran sacrificadas. (Penadés, R. 2009)

En la transformación de la sociedad nómada a la recolectora se produjo un aumento de la conciencia social de grupo debido a la relajación en la búsqueda de alimento, esto inició la inclusión de las personas que padecían discapacidades físicas. En cualquier caso, parece ser que en las sociedades primitivas las discapacidades mentales eran mejor toleradas que las físicas ya que se relacionaban con aspectos mágicos y religiosos. (Harris.M, 1985).

La trepanación fue practicada en las sociedades andinas precolombinas con regularidad, pero la cultura del antiguo Egipto la primera en dejar constancia por escritos mediante papiros (Finger. 1994). Esta práctica se realizaba como método para tratar el trauma cerebral, aunque quedaba únicamente reservado al faraón y a sus familiares (Filer. 1995).

La perspectiva desde la cual se vislumbraba la enfermedad mental en Mesopotamia era que los responsables de estas eran los demonios malignos y el origen de la curación pasaba por el dios benefactor adecuado. Los persas y los hindúes también tenían dioses malignos que eran los responsables de las conductas extravagantes y al igual que los mesopotámicos consideraban que el trabamiento de elección eran las plegarias a los adversarios de estos diablos divinos.

Grecia sucumbió a las teorías mágicas y religiosas. Y si la intervención divina era la causa, también tenía que ser el remedio. Posteriormente en Grecia se produjo la sustitución de las teorías sobrenaturales por la teoría médica. (Finger. 1994)

Hipócrates presentó el primero de sus interminables y vanos intentos de reducir la complejidad de las conductas humanas inusuales, angustiadas y

angustiantes a una serie de categorías de enfermedades, cada una de ellas con su propia causa. Hipócrates estaba convencido que realmente estaba descubriendo las causas físicas de las enfermedades. En esta época estaba de moda el dominio masculino extremo, que incluso preconizaba alimentar a los niños a expensas de las niñas. En este sentido, cuando Platón escribió "*entre las mujeres existe una criatura salvaje, bestial, bacante, desenfrenada, que debe ser gratificada, porque si no se vuelve loca*".

"El útero-una criatura interna deseosa de ser engendrada- cuando permanece sin fruto una vez transcurrido su período fértil, se irrita y enferma, se extiende por todo el cuerpo y obstruye los conductos del aire, de modo que dificulta la respiración y aboca al cuerpo a la angustia más profunda, además de causas todo tipo de enfermedades, hasta que el deseo y el amor de los dos sexos se une". (Platón).

El tratamiento para la "histeria" era el matrimonio y la fumigación de la vagina. La división de la Edad Media en dos períodos muestra claramente hasta qué punto los cambios culturales influyen en las teorías sobre quién y qué puede considerarse la causa de la locura. En la alta Edad media, las teorías causales recibían la influencia de los aspectos caritativos del cristianismo. El cuidado de los enfermos se consideraba relativamente humano. Así los pacientes del primer Hospital de Belén de Londres llevaban un brazalete cuando salían de permiso. La respuesta ante esta iniciativa fue tan positiva que la gente a menudo falsificaba los brazaletes para poder delinquir impunemente, ya que se considera que quienes estaban poseídos por el diablo no eran responsables de sus actos. Por este mismo motivo, el tratamiento que se aplicaba- el exorcismo -no se consideraba un proceso de castigo contra el individuo, sino un proceso benévolos dirigido hacia la verdadera causa del problema, el diablo.

En la Baja Edad Media con la crisis de las estructuras feudales, junto con las insurrecciones que a menudo se alzaban contra la Iglesia, exigían encontrar chivos expiatorios. El hecho de tener demasiada flema o bilis había sido sustituido por motivos políticos por el hecho de estar poseído por el diablo.

En el Renacimiento se reconoce la locura como un aspecto trágico y más o menos poético de la condición humana. El loco tiene presencia en el arte, como un personaje de teatro y o de novelas generalmente asociado al humor y aun descaro en el expresar verdades que los otros ocultan.

Será a partir del siglo XVI que en Europa comenzará a verse la locura asociada al encierro. Diversas circunstancias propiciarán lo que Foucault ha dado en llamar el “gran encierro”: la lepra y las enfermedades venéreas que generan una corriente social de temor y exclusión, la fuerte crisis económica que llevó a miles de personas a la calle en condiciones de miseria, la misión de asistencia a los pobres asumida por la Iglesia y el reforzamiento de la monarquía absoluta. Así se llega al Decreto del rey de Francia en 1656 por el que se crea “el hospital general” que poco después de su inauguración “trataba” a más de 6000 pacientes y en el que se va a encerrar a todas las personas que deambulen por las calles y se vean como “amenaza al orden social”, puesto que no tiene bienes ni trabajo, (vagabundos, prostitutas, homosexuales, pobres y locos). Las personas allí internadas pierden todos sus derechos ciudadanos.

“El Gran encierro o confinamiento” como lo define Foucault este período por una parte, obedecía a la función económica de obligar a los internos a trabajar por un porcentaje mínimo del suelo habitual en la época, bajo el pretexto de que seguían una “terapia ocupacional” y por otra, a la función política de reducir el número cada vez mayor de desempleados, bajo el pretexto de ayudar a los pobres y enfermos.

Además reafirmaba la creencia moral en el trabajo duro. El edicto establecía que las principales causas de todas las demencias eran la mendicidad y la ociosidad. Sin embargo, según Foucault, en toda Europa se encerraba a los locos junto con todos aquellos que eran considerados inoportunos o amenazadores por quienes estaban al poder precisamente porque ellos eran inoportunos y amenazadores. Los tratamientos que se utilizaban detrás de las puertas de los psiquiátricos “eran remedios físicos cuyo significado se había tomado desde una perspectiva moral”. Muchos de ellos se basaban en la

purificación del cuerpo, que simbolizaba la idea de que la causa de las enfermedades mentales era la contaminación moral. En 1785, Doublet sugirió que, si los tratamientos tradicionales con sangrías y purgantes no resultaban eficaces, se podía probar con abscesos y la inoculación de la sarna.

Durante la Ilustración, los distintos intentos que hubo por encontrar las verdaderas categorías de “enfermedades mentales” que se habían imaginado condujeron a avances inútiles en el campo de las explicaciones fisiológicas. Los clasificadores simplemente reelaboraron las antiguas teorías para encajarlas en las nuevas categorías. Los tratamientos violentos todavía pervivirían.

Pinel en Francia, Ruke en Inglaterra, Chiarugi en Italia Muler y Reil en Alemania son recordados por el trato humano que prestaron a los dementes. Sus distintas teorías e conocen de manera precisa, como tratamiento moral. Para Pinel, célebre por haber desencadenado a los dementes, resulta imposible diferenciar los efectos de la locura de los efectos de los tratamientos crueles que se administraban en los hospitales. A diferencia de muchos de los expertos que le precedieron Pinel y sus compañeros reformistas eran honestos y reconocían que su profesión consistía en imponer los códigos morales de la sociedad a los sujetos a normales. Pinel estaba particularmente preocupado por erradicar el celibato, la promiscuidad, la apatía y la pereza. Una moral de esta condición constituía un objetivo particular en el caso de las mujeres, puesto que “para las mujeres, el matrimonio es una especie de protección frente a los dos tipos de demencia más enraizados y, con frecuencia, más incurables”

Con la Revolución Francesa, se dicta la decisión de la primera Asamblea Revolucionaria, que por primera vez atribuirá al loco el estatuto de enfermo, por el que se regula su estancia en los asilos; ya que el loco, en tanto ser irracional, no es libre y la sociedad habrá de encargarse de su asistencia y cuidado; incluyendo el de sus bienes. En esta nueva situación llega Pinel al asilo para vigilar la internación de los verdaderamente locos y será el encargo de poner orden en la institución dando una justificación al encierro, puesto que desde la versión del tratamiento moral, el aislamiento es curativo, a que

aparta de la sociedad que enferma y permite al médico controlar todos los aspectos de la vida de su paciente. El alienismo habrá de definir al enfermo mental como "aquel que habitualmente no tiene en consideración ninguna ley o más bien que las ignora todas, cuyo discurso, compostura y acciones están continuamente en oposición con lo que es humano y razonable". (Cito a Fodéré, F. (1824), *Ensayo médico –legal sobre la locura*).

Así en el siglo XVIII los médicos cuando acuden a atender a los locos se los encuentran naturalmente encerrados, excluidos de la vida civil y convertidos en asociales, estando instalada la noción de "asistencia" en la conciencia social como relación necesario con el enfermo que une la obligatoriedad, es decir, la imposición del tratamiento a que se agrega el castigo y la segregación. En los albores de una sociedad capitalista, los locos, fuera del proceso productivo, sólo pueden ser un desecho a resocializar.

"Desde sus comienzos el manicomio es la figura central de la psiquiatría: la amenaza de encierro pende sobre todos los que, considerados enfermos por sí mismos o por otros, acudan al médico de lo mental. Por lo mismo, se funden las representaciones de la enfermedad con el encierro y el castigo."

Esquirol, discípulo de Pinel, será quien desarrolle los fundamentos médicos de la psiquiatría, legitimando el aislamiento como tratamiento médico. Así dirá: "*Una casa de alienados es un instrumento de curación; en las manos de un médico hábil es el agente terapéutico más potente contra las enfermedades mentales*".

Será la ley de 1838 la que organizará en Francia la psiquiatría como disciplina de lo mental y reglamentará su ejercicio durante más de un siglo. Locura e internamiento serán un mismo destino.

El loco perderá cualquier otro resto de humanidad y su representación social será de miedo y angustia, por lo que su falta de derechos y violencia en su tratamiento parecerán legitimadas por su irracionalidad y peligrosidad para la sociedad.

El modelo más reciente de deshospitalización basado en una estructura de dispositivos diversos que oscilan entre la unidad de psiquiatría de un hospital general en donde los pacientes son ingresados sólo por el tiempo de crisis y los talleres ocupacionales en dónde se desarrollan tareas varias de cara a su próxima y nunca llegada “reinscripción social”, pasando por los hospitales de día, los centros de día, los pisos y residencias asistidas, entre otros recursos asistenciales, no han podido resolver tampoco el control de la movilidad de los afectados.

Aunque ya desde los años cincuenta se observa una mayor sofisticación de los tratamientos, fundamentalmente con la entrada en el escenario de los neurolépticos, el problema del tránsito no ha sido solucionado, sino que incluso se ha acrecentado. La camisa de fuerza que impedía el movimiento de los brazos ha dejado paso a lo que ha sido llamado, creo que de forma acertada, “camisa de fuerza química”.

Tampoco, aparentemente, se necesitan ya los muros físicos del asilo, pues los nuevos fármacos generan “muros”, esta vez neuroquímicos, que supuestamente facilitan la contención inhibiendo algunos de los llamados síntomas positivos como el delirio y las alucinaciones. Sin embargo, este tipo de tratamiento somático, además de producir efectos secundarios adversos, no ha permitido un control ni siquiera básico de la locura. Los afectados continúan deambulando de uno a otro lugar sin rumbo fijo.

Por último, los expertos tratan de encontrar una solución a fenómenos como el llamado “puerta giratoria” que no es otra cosa que el proceso continuo de ingresos y alta, ingreso y alta al que se ven sometidos los afectados y que en ocasiones es difícil erradicar.

2.2.2 La esquizofrenia

Son muchas las definiciones que se han hecho a lo largo de la historia sobre esta enfermedad. Ni siquiera los profesionales y estudiosos en esta materia han conseguido llegar a una definición consensuada. Algunos la catalogan como varias enfermedades a la vez, otros por el contrario como un conjunto de síntomas que conforman una única enfermedad.

"Existen pocas enfermedades que presenten hoy en día tal grado de ambigüedad e indefinición. Y es que, ya sea porque aún no se han descubierto los procesos que la producen, ya sea porque su nombre está sobrecargado de historia, de estigmas y de metáforas, el hecho es que la esquizofrenia aparece hoy por hoy asociada a la incertidumbre". (Martínez. Hernández, A. 1998)

Si bien es cierto, que al observar a varias personas con esquizofrenia, se constata que son muy diferentes entre sí. Algunas personas pueden presentar muchos síntomas y otras pocos, a unos les aparece la enfermedad de modo precipitado y a otros de modo progresivo, ciertas personas se vuelven retraídas y otros en cambio desinhibidas, etc. De hecho, es de tal magnitud la diferencia de síntomas en personas con esquizofrenia, que podría llegar a parecer que se trata de diversas enfermedades.

Marisa García-Merita Psicóloga y miembro de la Real Academia de Doctores de España, hace una definición sobre el diagnóstico de la enfermedad que vendría a generar, incluso, más desconcierto:

"Esta persona padece un trastorno psíquico en el que puedo apreciar las siguientes sintomatologías (se enumeran los síntomas). Por la experiencia que tenemos hasta el momento, podría ocurrir que esto correspondiese a ese modelo de enfermedad que, de existir, se llamaría esquizofrenia. No puedo decirle sus causas, ni cuál va a ser su evolución, ni si se va a poder curar o no, lo único que sé es que los síntomas que padece son muy constriñentes y alejan al sujeto de la realidad consensuada, haciendo muy difícil la convivencia. También puedo decirle que, en algunas ocasiones, personas con síntomas y características parecidas no han podido curarse nunca, pero también es verdad que en otras ocasiones algunos sujetos han mejorado muchísimo con las

terapias adecuadas. Incluso, en otras ocasiones, algunos sujetos pueden considerarse curados ya que realizan una vida normal". (García-Merita, M. 2007)

Como se puede comprobar mucho se ha estudiado y escrito sobre la esquizofrenia y aún así, sigue siendo la gran desconocida. Pero de todos modos, es necesario hacer una explicación expresa de lo que acontece esta enfermedad.

La esquizofrenia se produce por una alteración en el cerebro, un exceso de dopamina. La dopamina es un "neurotransmisor", una sustancia química que se encuentra en el cerebro y que sirve para que las neuronas (células del cerebro) se comuniquen entre sí. Cuando se produce esta alteración, al haber un exceso de neurotransmisores, las neuronas no se comunican de modo adecuado, la información que llega al cerebro se interpreta de modo incorrecto y es cuando pueden aparecer ideas extrañas, asociaciones ilógicas y se pueden oír (alucinaciones auditivas), ver (alucinaciones visuales) y sentir (alucinaciones cenestésicas) cosas que el resto de personas no perciben. Maña Alvarenga, S (2008).

Las sensaciones que pueden llegar a experimentar son tan veraces que es realmente difícil diferenciar estas sensaciones con la realidad del resto de las personas. Por ello, se hace difícil convencerles de que lo que escuchan, piensan o sienten no es veraz.

Para poder entender mejor este concepto se puede, en cierto modo, asemejar la esquizofrenia a los sueños, pero estando despierto. Cuando se sueña ocurren muchas cosas incoherentes o disparatadas que en ese momento se viven y se sienten como reales y se sufren con absoluta certidumbre. Es en el momento en el que despierta cuando se observa lo absurdo de la situación.

Hablando de modo más científico, el DSM-IV Y el CIE 10 recogen una serie de sintomatología que permiten hacer una definición más exacta de lo que es la esquizofrenia.

El DSM ha sido una de las aportaciones que más impacto han tenido en el diagnóstico de la esquizofrenia.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia.

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A,

presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Por su parte, el CIE fue una clasificación realizada en 1959 por la OMS. En ella se detallan los síntomas relacionados con la salud. El objetivo principal era aportar las bases científicas precisas, fiables y que pudiesen ser aplicadas transculturalmente. (García-Merita, M. 2007)

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia

No existen síntomas patognomónicos de esquizofrenia pero sí una serie de fenómenos psicopatológicos que tienen una significación especial en el diagnóstico y son los siguientes:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo, que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disregulado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas «negativos», como: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estos últimos habitualmente conducen a retramiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que dichos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio importante y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

El requisito habitual para el diagnóstico es la presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o de dos o más si son menos evidentes, de cualquiera

de los grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.

Además de todo esto existen diferentes corrientes o enfoques a la hora de tratar la esquizofrenia. Pues bien, por su parte, la corriente antipsiquiátrica, encabezada por Laing, considera esta enfermedad como una forma de experiencia trascendental y lúcida, atribuyendo su causa a la sociedad.

"Un hombre puede atascarse bajo todas las circunstancias, descubrir que se ha perdido y dar la vuelta y regresar un largo trecho para encontrarse de nuevo. Sólo bajo ciertas circunstancias socioeconómicas sufrirá de esquizofrenia."
(Laing. R.D. 1972)

Además de lo anterior, este autor reflexionaba sobre la idea de que esa experiencia podía hacer salir renovado al ser humano.

Origen.

Aunque mucho se ha investigado acerca de la esquizofrenia, no se conoce el origen exacto de la enfermedad, y aunque ha habido ciertos avances ninguna de las causas estudiadas ha llegado a un resultado concluyente.

Lo que sí se ha comprobado es que en personas que sufren esquizofrenia se ha encontrado un factor genético (la esquizofrenia es más probable cuando hay antecedentes familiares, aunque también puede aparecer sin que los haya). Un factor ambiental en el embarazo y/o parto que produce un problema en el desarrollo del cerebro del embrión, una alteración bioquímica en el cerebro a nivel de los neurotransmisores, una alteración en la forma del cerebro y sus estructuras y por último una alteración en algunas funciones del cerebro. (Mañá Alvarenga, S. 2008).

Pese a que se han encontrado evidencias de que todas ellas podrían estar en el origen de la esquizofrenia, ninguna parece causarla aisladamente. Por ello aparecen casos en los que la posible causa está presente y la enfermedad no aparece (Aznar Avendaño, E. 2004).

Es decir, si el origen fuera exclusivamente genético, en caso de nacer dos gemelos genéticamente idénticos ambos deberían desarrollar la enfermedad y no sólo uno de ellos. También en el caso de existir antecedentes familiares de esquizofrenia, es cierto que la incidencia de sufrirla es mayor, pero también existen muchos casos de usuarios en los que no hay ningún antecedente en la familia.

Así mismo, el aumento de estrés y los cambios importantes en la vida de las personas puede preceder en muchos casos el inicio de la enfermedad, sin embargo, hay otros casos en los que no parece haber ninguna situación estresante y ningún cambio que propicie el inicio de la esquizofrenia.

Las teorías más actuales acerca de las causas de la esquizofrenia plantean que no existe una única causa que dé lugar a la aparición de la enfermedad, sino la confluencia de varias de ellas.

Básicamente lo que se plantea es que debe existir una predisposición a padecer la enfermedad (características personales y genéticas). Sin embargo, la enfermedad sólo se desarrollará cuando el estrés y las circunstancias de la vida faciliten su aparición. Por ello, las personas con mayor predisposición desarrollarán la enfermedad sometidas a un nivel de estrés muy bajo, mientras que las personas que tengan una predisposición menor necesitarán sufrir situaciones de estrés más intenso o cambios vitales importantes para desarrollarla (Aznar Avendaño, E. 2004).

Inicios de la enfermedad.

Se utiliza el término *brote psicótico* para designar la aparición brusca de síntomas de la enfermedad. Cuando se desencadena el primer brote de la enfermedad es más probable que vuelva a ocurrir, aunque también puede suceder que no se repita. Estos episodios posteriores pasan a denominarse *recaídas* y cuando esto ocurre el enfermo suele empeorar de los síntomas que ya tenía o incluso puede empezar a tener sintomatologías nuevas. García-Merita, M (2007)

Una vez que aparecen los síntomas característicos de la enfermedad, lo primordial es instaurar lo antes posible el tratamiento.

La enfermedad suele tener el comienzo en la adolescencia o en edades jóvenes, por lo tanto en ocasiones y cuando se inicia la enfermedad, de no ser de modo brusco, el entorno de la persona pueda achacar los síntomas a una situación personal concreta (ruptura con la pareja, fracaso escolar, etc.).

Por ello, a continuación se explican las formas de comienzo de la enfermedad.

Puede ser de modo brusco, en cuestión de horas. De pronto aparecen los síntomas de la enfermedad, sin advertencia previa. Mañá Alvarenga, S (2008)

La enfermedad también puede iniciarse de modo brusco pero con un patrón premórbido, es decir, la manifestación de la enfermedad suele reconocerse retrospectivamente. En este caso hay algunos indicadores que pueden observarse en la persona, pero de no ser por un profesional podrían asociarse a la personalidad del sujeto.

Por último también se puede encontrar el inicio de modo insidioso, lento y progresivo. Esta forma de comienzo puede resultar incluso imposible de fechar el primer brote. Puede observarse como una persona con una conducta y rendimiento normal se convierte lenta y progresivamente en un sujeto aislado e introvertido, con alteraciones conductuales y se van desarrollando poco a poco la enfermedad. No es inusual que durante este periodo prodrómico el sujeto adquiera intereses por temas como la religión o psicología y vayan ocupando estos intereses el lugar en el que se encontraban sus amistades.

Sintomatología.

El cerebro se podría asemejar a una “máquina inteligente” con capacidad para regular sus estímulos por sí sola. La actividad cerebral en personas que presentan esquizofrenia es mayor que la de las personas que no la tienen en algunas áreas del cerebro y otras áreas en cambio están menos estimuladas de lo normal.

Las áreas del cerebro que están sobre estimuladas son las que producen los *síntomas positivos* de la enfermedad, también podrían denominarse síntomas psicóticos típicos.

Por otro lado, las áreas que están menos estimuladas tienen un menor nivel de rendimiento y son las que producen los *síntomas negativos* de la enfermedad, se trata de una pérdida de capacidades. Desaparecen una serie de facultades que impiden o dificultan hacer cosas que al resto de personas no les resulta difícil. (Mañá, S. 2008)

Los síntomas positivos afectan de manera grave a la funcionalidad del paciente, pero esto suele ocurrir solo durante la fase aguda y suelen desaparecer con el tratamiento. En cambio, los síntomas negativos, inciden negativamente en la funcionalidad de las personas.

Los síntomas positivos se podrían clasificar fundamentalmente en cuatro apartados: alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones de la conducta y alteraciones del pensamiento y lenguaje.

Las alucinaciones son alteraciones perceptivas y pueden afectar a cualquiera de los cinco sentidos. Las alucinaciones auditivas son las más comunes. (García-Merita, M. 2007)

Las ideas delirantes son pensamientos anormales que no se explican en base a la realidad, pero que la persona que padece esquizofrenia los vive como reales y por lo tanto actúa en consecuencia.

Las alteraciones de la conducta. Las personas con esquizofrenia pueden presentar una apariencia totalmente normal durante la fase aguda de la enfermedad, aunque también pueden mostrar un aspecto descuidado, abandonando su higiene personal y utilizando vestimentas extravagantes y accesorios extraños. Por otra parte, el comportamiento de estas personas puede ser diferente, puede oscilar desde una actitud pasiva a una agresiva. También pueden adoptarse tics u otros comportamientos.

Por último, las alteraciones del pensamiento y lenguaje. Las alteraciones que se producen en el pensamiento de las personas son la característica definitoria primaria de la esquizofrenia, más incluso que los síntomas obvios como los delirios o las alucinaciones. Para poder comprenderlos mejor se suele hacer una división entre el trastorno en el contenido del pensamiento, el trastorno en la forma del pensamiento y al trastorno en el proceso en sí del pensamiento.

El trastorno del lenguaje no es más que el reflejo del trastorno del pensamiento subyacente.

Los síntomas negativos de la enfermedad sobre los que Bleuler puso énfasis y los considera como fundamentales. Señala principalmente el autismo, aplanamiento afectivo, asociación laxa de ideas, y además señala la existencia de alucinaciones y delirios a los que considera síntomas accesorios. (Bleuler. 1950) Estos últimos serían los que actualmente se consideran como síntomas positivos.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia están recogidos principalmente en la escala de síntomas negativos de Andreasen. Estos se dividen en cinco aparatos generales y en cada uno de ellos se explica la sintomatología concreta. (García-Merita, M. 2007)

Pobreza afectiva:

- Expresión facial inmutable
- Disminución de movimientos espontáneos
- Escasez de ademanes expresivos
- Escasez de contacto visual
- Ausencia de respuesta afectiva

- Ausencia de inflexiones vocales
- Quejas subjetivas de pobreza afectiva
- Valoración global de pobreza afectiva

Alogia:

- Pobreza de lenguaje
- Pobreza de contenido de lenguaje
- Bloqueo
- Latencia de respuesta incrementada
- Valoración subjetiva de alogia
- Valoración global de alogia

Abulia-apatía:

- Falta de aseo e higiene
- Falta de persistencia en el trabajo o escuela
- Anergia física
- Quejas subjetivas de abulia-apatía
- Valoración global de abulia-apatía

Anhedonía-insociabilidad:

- Disminución de interés en actividades
- Interés y actividad sexual
- Capacidad de sentir intimidad
- Relaciones con amigos y semejantes
- Conciencia subjetiva de anhedonía-insociabilidad
- Valoración global de anhedonía-insociabilidad

Déficit de atención:

- Distracción social
- Falta de atención durante el test de estado mental
- Queja subjetiva de falta de atención
- Valoración global de falta de atención

Evolución y pronóstico.

En general, los inicios de la enfermedad comienzan en la adolescencia o durante el inicio a la edad adulta. Con posterioridad aparece la fase activa de la enfermedad, con predominio de síntomas psicóticos o positivos. Son estos los que suelen motivar el primer contacto psiquiátrico.

A partir de entonces el paciente se va recuperando gradualmente, pudiendo funcionar con relativa normalidad. Además se puede observar un deterioro en la funcionalidad del paciente. Mañá Alvarenga, S (2008)

En el transcurso del tiempo pueden aparecer nuevas recaídas y nuevas remisiones de los síntomas, el deterioro que presenta el paciente después de cada recaída suele ser de mayor envergadura y suele acompañarse de un proceso depresivo.

La evolución de la enfermedad a lo largo de los primeros años va a marcar el desarrollo de la misma en el paciente. La remisión de la misma también está marcada por la introducción de los neurolépticos. Además, tienen influencia en la evolución y en el pronóstico una mejor conciencia de la enfermedad, ya que permite al paciente cooperar en el tratamiento disminuyendo, en consecuencia, el número de recaídas y el riesgo de deterioro en cada una de ellas. García-Merita, M (2007)

Conjuntamente con esto, otros factores que han contribuido a la mejora del pronóstico ha sido la introducción de las intervenciones psicosociales así como los programas de rehabilitación que permiten la reincorporación social de las personas con esquizofrenia.

Tratamiento y rehabilitación.

Cuando nos disponemos a hacer frente al tratamiento en la esquizofrenia es conveniente marcar unos objetivos iniciales sobre los que se actuará. Por un lado es necesario controlar los síntomas psicóticos y evitar que aparezcan síntomas negativos de la enfermedad, para ello se utiliza la farmacoterapia, es decir, la administración de medicamentos para esta sintomatología.

Por otro lado es necesario volver a recuperar las capacidades perdidas, mejorar las capacidades personales y habilidades sociales y conseguir el mantenimiento e integración en la comunidad, todo ello mediante tratamientos de rehabilitación psicosocial.

El tratamiento farmacológico que suele emplearse en el tratamiento de esta enfermedad es básicamente cuatro tipos de medicamentos, estos pueden ser en pastillas, gotas o tratamiento depot¹. Neurolépticos, antiparkinsonianos, antidepresivos y tranquilizantes son los cuatro grupos de medicamentos que se utilizan en la esquizofrenia.

Los primeros, también denominados antipsicóticos ya que actúan sobre los síntomas psicóticos, controlan estos y evitan y disminuyen el número de recaídas. Los segundos se utilizan para la rigidez corporal y los espasmos musculares.

La rehabilitación psicosocial abarca todos aquellos aspectos que la persona con esquizofrenia debe recuperar o desarrollar para adaptarse de nuevo a la vida en sociedad.

La rehabilitación psicosocial destinada a la esquizofrenia abarca las siguientes áreas: Cuidado del aspecto personal, de la salud física y de la salud mental, desarrollando la conciencia de enfermedad y responsabilidad sobre la medicación, desarrollo de habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, desarrollo de la autonomía personal y en ocasiones entrenamiento laboral, dependiendo esta última del grado de afectación.

Esta labor se lleva a cabo desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

¹ Glosario.

Desde una perspectiva de globalidad a la hora de poner en marcha el tratamiento es necesario combinar las diferentes estrategias de intervención para la remisión de la enfermedad, para lo cual se requiere un tratamiento farmacológico concreto que remita la sintomatología de la enfermedad, la reincorporación del usuario en su contexto familiar y social y contribuir a mejorar aquellas habilidades y capacidades que le permitan un mejor funcionamiento psicosocial.

2.3 Perfil Psicosocial

Como se ha mencionado con anterioridad existe una sintomatología concreta debido tanto a la esquizofrenia per sé como a los efectos de la medicación que hacen a las personas que la padecen unas características concretas.

Los síntomas negativos de la enfermedad contribuyen de un modo más negativo sobre estas personas y terminan por condicionar aspectos de su vida.

Para el desarrollo de este proyecto es necesario abordar una serie de cuestiones que permitan a los usuarios disfrutar de un ocio de calidad, para ello y mediante las habilidades sociales se va a proceder al reaprendizaje de ellas.

Como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas enfermas afrontan dificultades en su funcionamiento normal en la sociedad, en varias áreas.

Autocuidados: cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.

Autonomía personal: capacidad de gestionar adecuadamente el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.

Control de la conducta: en situaciones de estrés social o en relación con sus síntomas, pueden comportarse de manera socialmente inapropiada o extraña.

Capacidad de tener iniciativas y motivación: les es difícil construir y desarrollar un proyecto vital viable, encuentran dificultades para su implicación en los proyectos colectivos.

Además existen restricciones en la participación de las personas con TMG. Estas son la consecuencia de la interacción de la persona discapacitada con el entorno. Son susceptibles de modificación si se actúa sobre el entorno.

Las restricciones más habituales se encuentran en las siguientes áreas:

Relaciones interpersonales: sus relaciones sociales tienden a ser escasas, su red social pobre, y, especialmente en los momentos en que sus síntomas son

más activos, corren el riesgo de caer en situaciones de derivación social y aislamiento.

Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano: debido a razones varias (dificultad de relación social, tratamientos poco motivadores, falta de conciencia de enfermedad, desconocimiento...).

Dificultades para gestionar su tiempo libre, disfrutar.

Funcionamiento laboral: encuentran dificultades para acceder al trabajo y para mantenerlo.

Participación asociativa, política, actividades para la auto-representación y la defensa de sus derechos.

También existen una serie de factores ambientales que afectan a estas personas. La evolución de la vida de los pacientes con enfermedad mental está condicionada por:

- Las oportunidades a las que puede acceder.
- La idoneidad de las ayudas disponibles.
- Las actitudes sociales (estigma).
- La accesibilidad y calidad de tratamientos.
- La pertenencia a determinados grupos sociales.
- Las normas sociales.
- La cultura y el estilo de vida condicionado por el entorno.
- Factores políticos, factores demográficos, geográficos y naturales.

Y por último, los factores personales que condicionan a las personas con enfermedad mental y afectan a su evolución pueden ser:

- El género y edad.
- Las circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes.
- Estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad.
- Extracción social.
- Educación, profesión.
- Experiencias pasadas.

2.4 Trabajo Social y Salud Mental

El Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la práctica del trabajo social, especialmente en países anglosajones y, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda, M. y Garcés, E. 1998).

El Trabajo Social Clínico, supone la intervención en la contexto social así como en la situación de la persona (Ituarte, A. 1992).

Los tres elementos primordiales por los que el Trabajo Social Clínico produce efectos de cambio son, por medio de la relación interpersonal, mediante cambios en la situación social y por medio de los cambios en las relaciones con las personas significativas en el entorno de los individuos. (Garcés, E. 2010).

La metodología de trabajo en Salud Mental está estrechamente ligado a la interdisciplinariedad, pues son necesarios profesionales de diferentes disciplinas que puedan ofrecer, mediante un trabajo conjunto, actuaciones de calidad y eficacia para los usuarios.

Las funciones básicas del Trabajo Social en Salud Mental son principalmente tres. La atención directa tanto a individuos, familias y grupos con problemas de fondo social en relación a la salud, fomentando los propios recursos del paciente así como de su familia.

Una función preventiva de promoción e inserción social, consiguiendo el ajuste personal al medio social y familiar del enfermo mental. Esto se produce a través de la aceptación y la integración del usuario.

Por último, una función de coordinación que aporte una perspectiva de lo social dentro de esta problemática general. (Garcés, E. 2010).

2.5 Ocio y tiempo libre

Al hablar de ocio y tiempo libre se hace alusión a todas las actividades que se realizan en el tiempo desocupado de una persona. Son actividades que se ejecutan de modo voluntario y que resultan gratificantes para aquellas personas que las llevan a cabo.

El tiempo libre es aquel que le queda a una persona una vez que ha cumplido con sus obligaciones, ocupaciones de las cuales la persona no puede dejar de realizar: formación académica, tareas del hogar, etc.

El ocio requiere disponer de un tiempo no ocupado y está estrechamente ligado a la calidad de vida de la persona que lo realiza. Este favorece la integración en la comunidad, produce sentimientos de competencia y además permite el desempeño de una serie de roles. El objetivo de la realización de estas actividades es el placer que encierra en sí mismo, la satisfacción de hacerlo, con independencia del resultado.

El paciente con TMG necesita también divertirse, tener aficiones y relacionarse con otras personas, pero es una cuestión compleja ya que la persona afectada de esquizofrenia pierde la capacidad de disfrutar (al menos del mismo modo que lo hacía con anterioridad) y con frecuencia es necesario estimularlo.

El ocio es una fuente importante de bienestar, sin embargo, no todas las personas disponen de un ocio satisfactorio. Las personas que padecen un TMG pueden ser un claro ejemplo de ello. Pues disponen, debido a su condición de inactivos, un exceso de tiempo libre pero no lo ocupan de modo satisfactorio, más bien podría denominarse "ocio forzado". (Rodríguez, A. 1997)

El ocio y el tiempo libre están estrechamente ligados a las relaciones sociales de las personas, concretamente con el concepto de amistad. Si analizamos la vida de cualquier persona podemos encontrar un pilar fundamental para la estabilidad común a todos los individuos y este sería la amistad. En cierto modo es la familia que uno elige, es un valor universal, esencial para el desarrollo

emocional de las personas. La carencia de ello, ya sea en cantidad o en calidad provoca con frecuencia el aislamiento y la soledad.

Por un lado, la presencia de determinados factores como la tendencia al aislamiento, falta de motivación e interés en general, las dificultades para disfrutar, baja autoestima y percepción de déficit de habilidades sociales. Por otro lado, la existencia de un exceso de tiempo libre que lleva a una especie de ocio inevitable, obligatorio o «forzado» como señalan algunos autores (Rodríguez, A 1997).

Desde hace años diversos autores vienen insistiendo en los importantes beneficios que tienen las actividades estructuradas y satisfactorias de ocio para la evolución del trastorno reduciendo significativamente diversas conductas psicóticas, dotando de sentido otros programas de rehabilitación y mejorando la motivación y expectativas del paciente sobre su enfermedad.

Sin embargo, para que una persona pueda vivir el ocio de un modo positivo, la persona debe percibir que quiere hacer algo y que tiene habilidades para ello. Es por lo que estos programas buscan crear contextos adecuados para adquirir y poner en marcha las habilidades que permitan lograr una mayor calidad del ocio, proporcionando en la medida de lo posible el acceso a los recursos comunitarios y la utilización satisfactoria del tiempo libre.

Es fácil concebir la vida de un modo apasionante cuando recibimos de manera incondicional ayuda por parte de nuestros amigos cuando la necesitamos. Pero por desgracia, para las personas que padecen esquizofrenia no es tan sencillo. Algunas de las personas aquejadas de esta enfermedad tienen amigos anteriores a la aparición de la misma (aunque no con demasiada frecuencia) o los han conocido en centros o asociaciones especializadas para su misma problemática. Otros pierden a sus amigos durante la fase aguda de la enfermedad y no vuelven a recuperarlos. Por ello suelen salir solos o con su familia. Por último hay personas que viven muy aisladas sin salir prácticamente de la habitación y se relacionan exclusivamente con la familia (si la tienen).

Se sabe que la esquizofrenia provoca una disminución de la expresión de los afectos, la expresión facial muestra un aplanamiento afectivo, la sonrisa parece vacía y los ojos no son expresivos como antes. También pueden aparecer movimientos extraños y poco coordinados en el cuerpo, caminando como autómatas, demasiado rápido o demasiado lento. Además ciertos fármacos pueden acentuar todos estos síntomas. Si tenemos en cuenta que un 55% de la comunicación que percibe una persona es comunicación no verbal es fácil comprender por qué una persona con enfermedad mental altera la percepción que una persona puede formarse de él.

Pero a pesar de que pueda evidenciarse aplanamiento afectivo y poca expresividad, las personas que padecen esquizofrenia sienten igual que los demás.

Como se refiere Antonio Ramos Bernal, aquejado de esquizofrenia, en su libro, "Diario de una enfermedad mental (Esquizofrenia)", con el cual obtuvo el premio "Miradas" en su tercera edición:

"Ser un buen amigo implica ayudas desinteresadas en cualquier ámbito, implica la lealtad, la nobleza y el apoyo incondicional. El verdadero amigo, jamás espera nada a cambio de lo que da, sino que obtiene amistad y eso es lo que le motiva, es el pilar de su comportamiento hacia ti. Es fundamental saber distinguir a los buenos de los malos amigos, y esto es algo que afortunadamente se consigue con la aparición de la enfermedad mental." (Ramos, A. 2008)

Un libro autobiográfico en el que expresa en primera persona las dificultades y necesidades de las personas que como a él un día la enfermedad llamó a su puerta para revolucionar una vida estable. Desde este escrito manda un claro mensaje de lucha y superación que puede ayudar a otros, que como él, se volvieron a levantar de nuevo y volvieron a caminar al compás de un nuevo ritmo marcado, en cierto modo, por la convivencia con la enfermedad.

Las personas que padecen esquizofrenia disponen de mucho tiempo libre, el cual podrían emplear en la realización de actividades de ocio, pero es debido a

las características propias de la enfermedad las que le dificultan la realización de la mismas así como un mejor aprovechamiento del tiempo.

Algunos de los obstáculos que afectan al disfrute del tiempo de ocio son los siguientes:

- Dificultades para iniciar una actividad debido a la falta de motivación.
- Desconocimiento de la carta de ocio existente en su entorno.
- Conocimientos, habilidades o destrezas para el desarrollo de las actividades.
- Dificultad para continuar una actividad, debido tanto a la ausencia de motivación como a la falta de habilidades sociales y personales para realizar la actividad.
- Limitación de medios económicos o materiales de la persona.
- Expectativas inadecuadas así como una falta de interés por la actividad que va a realizar.
- Dificultades de comunicación y de relación con los demás.

Por lo tanto, cuando se decide poner en práctica este Proyecto de Ocio se parte de una situación en la que nos vamos a encontrar con las limitaciones anteriormente mencionadas. Cuestiones que van a interferir en la realización de un programa de ocio al uso. Es por ello por lo que las actividades a realizar están especificadas para estas características concretas de las personas que padecen esquizofrenia.

2.6 Clasificación de recursos

- Servicios de urgencias psiquiátricas (Agudos)
- Centros de Salud Mental (C.S.M.)
- Centros Residenciales:
 - Unidad de Larga Estancia (U.L.E)
 - Unidad de Media Estancia (U.M.E)
 - Unidad de Corta Estancia (Hospitales generales) (U.C.E)
- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
- Hospitales de Día y pisos asistidos.

SERVICIOS DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS (AGUDOS)

Se trata de un servicio de vigilancia extrema que se lleva a cabo en los hospitales generales de referencia. La mayoría de los pacientes que acuden presentan un grave estado de confusión, desorganización mental, ansiedad y, a veces, su estado actual puede hacerlos peligrosos para sí mismos y/o para otras personas por lo que no pueden permanecer en su medio habitual hasta la remisión del episodio.

La estructura y normas de la unidad están diseñadas para favorecer un distanciamiento inicial del paciente con los focos de tensión externos que pudiera tener, para facilitar un entorno claramente ordenado en el que el paciente pueda orientarse con facilidad y para evitar posibles riesgos.

Se trata de un servicio hospitalario de muy corta duración. Sería como el "equivalente psiquiátrico" de las Unidades de Medicina Intensiva (UMI, UCI, UVI...) Su objetivo, al igual que las unidades antes mencionadas, es "solucionar la crisis", es decir, estabilizar al paciente hasta el punto en el que pueda seguir tratamiento menos intensivo, generalmente los pacientes, una vez dados de alta, son derivados para tratamiento ambulatorio en su USM de referencia, o en algún otro dispositivo de atención. La media de ingreso oscila entre los 10 y 21 días en régimen cerrado, siendo habitual ingresos aún más cortos (evidentemente, aunque de forma ocasional, también se producen

ingresos más prolongados). Se caracteriza por unos cuidados de Enfermería continuados.

CENTROS DE SALUD MENTAL (C.S.M.)

Son centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relaciones y del comportamiento.

CENTROS RESIDENCIALES:

Existen tres tipos de centros residenciales dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Estas son: Unidad de Larga Estancia (U.L.E), Unidad de Media Estancia (U.M.E.) y Unidad de Corta Estancia (U.C.E.).

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA (U.L.E)

Son Unidades específicas de rehabilitación psicosocial. Su origen parte de la transformación de los antiguos psiquiátricos.

Atienden a los pacientes que están gravemente afectados tras largos años de evolución así como los casos con fuerte carga de desestructuración social y familiar. También a los enfermos judiciales y otros cuadros refractarios al tratamiento. Su fin: la reinserción y rehabilitación.

Sus servicios incluyen la asistencia médica integral, los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre, alta y reinserción.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (U.M.E)

Son Unidades rehabilitadoras donde los pacientes están en régimen de internado abierto cuya duración puede extenderse de 6 meses a un año.

Son para pacientes de larga evolución, con enfermedad grave que necesitan contención pero en los que debido a su edad, no es aconsejable su ingreso en larga estancia.

Sus servicios incluyen la asistencia médica integral, los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre, alta y reinserción.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (Hospitales generales) (U.C.E)

Se lleva a cabo en los hospitales generales de referencia. Para los casos que, por la gravedad de su sintomatología aguda, no pueden permanecer en su medio habitual hasta la remisión de su episodio.

Presta atención continuada durante períodos de tiempo cortos, entre 10 y 21 días en régimen cerrado y presenta, como característica fundamental, unos cuidados de enfermería continuados.

Como prestaciones: Evaluación, diagnóstico, tratamiento, derivación con informe de alta. Interconsulta hospitalaria. Formación e investigación. Prevención y promoción de la salud.

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

Los centros de rehabilitación psicosocial o centros de día, son dispositivos que permiten la permanencia de los enfermos graves con importante deterioro pero que están estabilizados sintomáticamente y gozan de alguna autonomía o tienen algún apoyo familiar dentro de su medio social y familiar.

Se encargan de la rehabilitación y reinserción con unos tiempos de permanencia amplios, que pueden ir de uno a varios años.

Prestan tratamiento psicoterápico, terapia ocupacional, psicoeducación, actividades de ocio y tiempo libre. Formación e investigación.

HOSPITALES DE DÍA Y PISOS ASISTIDOS

Se trata de una hospitalización parcial para pacientes graves, que aunque temporalmente han perdido la capacidad de autocuidados, no precisan de un medio totalmente cerrado para la contención de su sintomatología.

La duración de la medida puede alcanzar los 60 días y se desarrolla en los hospitales generales de referencia.

Sus prestaciones consisten en los tratamientos intensivos psicofarmacológicos, psicoterápicos individuales o grupales. Elaboración de informes de alta y derivación. Formación e investigación. Interconsultas con otras especialidades médicas.

Los pisos asistidos son la alternativa a la larga estancia.

2.7 Recursos existentes en Aragón

A continuación se expone una relación de los recursos públicos que podemos encontrar en Aragón para personas que padecen una enfermedad mental grave. (Anexo) Todos ellos, dependen del Servicio Aragonés de Salud.

En Aragón podemos encontrar seis Servicios de urgencias psiquiátricas (Agudos), estos están repartidos por el territorio del siguiente modo: uno en Huesca, otro en Teruel y cuatro en la capital Aragonesa.

Si nos referimos a Centros de Salud Mental están contabilizados un total de veintiún centros en toda la comunidad autónoma. Estos se disponen de la siguiente manera: cinco en Huesca, dos en Teruel y catorce la provincia de Zaragoza.

Los Centros Residenciales, como se ha podido observar en el apartado anterior, pueden encontrarse en tres modalidades diferentes. Las Unidades de Larga Estancia de las que podemos contabilizar un total de seis centros en Aragón, están repartidas de tal modo: Uno en Huesca, uno en Teruel y cuatro en Zaragoza. Unidades de Media Estancia hay tres en toda la comunidad autónoma, cabe destacar en referencia a estas que solo la provincia de Huesca que cuenta con una unidad y Zaragoza que cuenta con dos, prestan estos servicios. En la capital turolense no podemos encontrar ningún servicio de este tipo. Por último en referencia a este tipo de centros disponemos de las Unidades de Corta Estancia, que contabilizando un total de seis unidades en el territorio aragonés y se dividen de tal modo que cuatro se encuentran en Zaragoza, y uno en cada una de las otras dos capitales de provincia.

Al observar los Centros de Rehabilitación Psicosocial en el territorio de Aragón se contabilizan un total de ocho centros, repartidos de la siguiente manera: cinco en la provincia de Zaragoza y tres en la de Huesca. Este tipo de recurso no se puede encontrar en la capital turolense.

Por último, podemos encontrar Hospitales de Día y pisos asistidos, con un total de cuatro centros, de los cuales uno está en Huesca y tres en Zaragoza. Nuevamente encontramos una carencia de recurso en Teruel.

2.7.1 Forma de acceso a los recursos

La forma de acceso a estos servicios varía en función del tipo de recurso al que se desea optar.

Consulta del centro de salud mental:

- Provistos del volante que acredite el paso previo por su médico de Atención Primaria en caso de que éste considere justificada la demanda de recibir atención especializada.
- Sin volante y sin paso previo por Atención Primaria en situaciones de urgencia durante el horario de consultas de su psiquiatra de zona.
- Desde cualquier otro servicio médico, provistos del volante de petición de consulta.

Servicios de urgencia de los hospitales generales:

- En cualquier momento, si la situación es urgente y no permite demora, se puede acudir directamente.

Centros de rehabilitación de larga y media estancia:

- Precisa el paso previo y su aceptación por una Comisión Colegiada y la solicitud a la misma de su psiquiatra de zona, en la que explique los motivos por los que el recurso se considera necesario.

Otros dispositivos rehabilitadores:

- Derivados por su psiquiatra de zona.
- Los ingresos pueden realizarse también por orden judicial.

2.7.2 Recursos de salud mental infanto-juvenil (hasta 18 años).

Los centros de salud mental infanto-juvenil tienen asignada la atención de los pacientes de hasta 18 años.

Generalmente, la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se presta a nivel ambulatorio y extrahospitalario, siendo las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USMIJ) la pieza clave de la asistencia.

2.8 Marco Normativo

En este apartado se hace referencia a aquellas normas jurídicas que afectan de un modo directo o indirecto en la atención sanitaria referente al área de salud mental y a las personas que presentan una patología psiquiátrica.

2.8.1 Referencias internacionales

Es necesario hacer una referencia inicial a normativas internacionales.

Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental que, hace referencia a la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo; el interés central del mismo -y no de la familia, el profesional o la comunidad- en los tratamientos, y su orientación hacia la obtención del mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal.

La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, que reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Además de ello, hace referencia a la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, religiosos o ideológicos.

La Declaración de Madrid de 1996 llevada a cabo por la Asociación Psiquiátrica Mundial, marca las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, desertando la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o hacia los demás.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997 haciendo referencia a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Además, se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en referencia a los derechos de los pacientes, recalando como aspectos relevantes la intimidad a la información y el consentimiento informado.

El Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de febrero de 2000, en el que se hace referencia a las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

2.8.2 Marco normativo español

Constitución Española

En su Capítulo III del Título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. Éstos son:

- Art. 43. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

- Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que se prestarán la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

En el Título VIII, de la organización territorial del Estado, Capítulo Tercero, se explícita las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- Art. 148. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social (nº 20) y en sanidad e higiene (nº 21).

- Art. 149. El Estado se reserva la competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad (nº 16).

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

Por *Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo*. Se trataba de ofrecer de forma coherente y ordenada las líneas generales de un cambio en la salud mental. En este informe se delimita la responsabilidad de las Administraciones Públicas en la atención y protección de la salud mental, aporta los criterios para un modelo integrado de servicios de salud mental y los principios que deben regir un Plan de Salud Mental.

Termina con una serie de recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma de la salud mental en nuestro país, entre las que cabe destacar la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, la prioridad de la atención no hospitalaria, las responsabilidades respectivas de los equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental, las alternativas sociosanitarias a la externalización de los pacientes, el trabajo por programas, etc.

Este documento ha servido de base y guía para la reforma impulsada desde distintas Comunidades Autónomas.

Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, Título Preliminar, Capítulo I. Entre sus principios generales, Capítulo I del Título I, destacan la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población, el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva, la participación comunitaria, la atención integral a la salud y la integración de todos los recursos en un dispositivo único.

El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario, la hospitalización en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, la necesidad del desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social y la coordinación con los servicios sociales. Considera de modo especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

En la Ley, Título III Capítulo III, se establece que serán las Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Además, contempla la posibilidad de establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, Título IV Capítulo II.

Informe jurídico-asistencial sobre el enfermo mental del Ministerio de Sanidad y Consumo Elaborado en 1988 por un comité interdepartamental del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la intención de unificar criterios de regulación de los derechos de las personas internadas, de los tratamientos y de la situación de los enfermos judiciales.

Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

El *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, establece en su Anexo I las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiado con cargo a la Seguridad Social o a fondos estatales adscritos a la sanidad. Incluye, dentro del punto 3, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupo o familiar y, en su caso, la hospitalización.

Posteriormente se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, mediante el *Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre*,

sustituyendo al mencionado en el párrafo anterior. Donde se explica de forma más amplia las prestaciones, definiendo la cartera de servicios comunes en salud mental dentro de la Atención Especializada.

Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil

El Código Civil en su Título IX, de la incapacitación, establece que nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial (art. 199). Son causa de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse a sí mismo (art. 200) y, en el caso de los menores, cuando dicha causa se prevé que persistirá después de la mayoría de edad (art. 201).

En su Título X, de la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados, modificado por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil, establece la guarda y protección de los menores o de los incapacitados así como de sus bienes.

En cuanto al procedimiento, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil deroga el art. 211 del Código Civil relativo al internamiento del presunto incapaz. En su art. 763, relativo al internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, establece la previa autorización judicial para el internamiento de una persona que, por razón de trastorno psíquico, no esté en condiciones de decirlo por sí. La autorización será anterior a dicho internamiento salvo por razones de urgencia acreditables en el plazo de 24 horas para la ratificación de la medida. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

Código Penal

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal define en su articulado los delitos y faltas que constituyen los presupuestos de la aplicación del poder coactivo del Estado. Así destacan los siguientes artículos relacionados con la salud mental:

- Art. 20 1º y 3º. Están exentas de responsabilidad criminal las personas que a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud de los hechos o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de la pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiese previsto o debido prever su comisión. También está exento el que por sufrir alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.
- Art. 25. Se considera incapaz a toda persona que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bien para sí misma.

2.8.3 Marco normativo de la Comunidad Autónoma de Aragón

Estatuto de Autonomía de Aragón

La Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, sobre la reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado por la Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto, modificada por la Ley Orgánica 6/1994, de 24 de marzo, establece la organización institucional y las competencias que asume la Comunidad Autónoma de Aragón. En su Título II art. 35 pto. 1 establece las competencias que corresponden en exclusiva a la Comunidad Autónoma de Aragón, entre las que se encuentra la Sanidad e Higiene. En el art. 39 pto. 1 amplia las competencias sanitarias al atribuir la legislación general del Estado la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón

El acuerdo de 26 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, especifica que la salud mental es un componente

específico pero inseparable del concepto integral de salud y que los dispositivos de salud mental deberán integrarse en el Servicio Aragonés de Salud. Los recursos destinados a asistencia psiquiátrica y salud mental tendrán una distribución acorde con las Áreas de Salud y quedarán integrados en la Atención Primaria y especializada; la atención en Salud Mental se realizará preferentemente fuera del ámbito hospitalario a través de estructuras ambulatorias y se desarrollará una política de progresiva transformación de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas, fomentando sistemas alternativos comunitarios.

Ley del Servicio Aragonés de Salud

La ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999, de 9 de abril, crea el Servicio Aragonés de Salud como un instrumento que permite la unificación funcional de todos los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, así como el desarrollo de los principios inspiradores de la reforma sanitaria en el territorio aragonés. En su art. 2.3 se establece como objetivos básicos la atención integral de la salud, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la distribución equitativa de los servicios sanitarios y la coordinación funcional, garantizando al máximo la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria. El art. 6 pto. 1 incluye entre sus funciones la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de asistencia psiquiátrica. En su art. 10 pto. 1 se señala que le Servicio Aragonés de Salud ejecutará la política sanitaria cuya definición corresponde al Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, hoy Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

Reglamento del Servicio Aragonés de Salud

El Decreto 45/2000, de 29 de febrero, de modificación de Decreto 51/1990, de 3 de abril, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Servicio Aragonés de Salud, asigna a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias, en el art. 23, las siguientes funciones:

- Adopción de medidas necesarias para la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.
- Coordinación entre las diferentes unidades y niveles asistenciales en el ámbito de la salud mental y la elaboración de propuestas e informes sobre la necesidad de celebración de conciertos y convenios asistenciales con dispositivos y servicios ajenos al Organismo Autónomo, con la finalidad de adaptar los mismos a la demanda existente.
- Formación continuada en el ámbito de la salud mental.
- Elaboración, seguimiento y evaluación de los programas de prevención, asistencia y reinserción de drogodependencias y la coordinación entre las diferentes entidades públicas y privadas que desarrollan su actividad en el ámbito de las drogodependencias.

Ley del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, de acuerdo al art. 9 de la Ley 4/1996 de creación del Instituto, entre otras, las siguientes funciones:

- La gestión de prestaciones de la Ley de Integración Social del Minusválido
- La gestión del Ingreso Aragonés de Inserción
- La gestión de proyectos de inserción sociolaboral
- La gestión de prestaciones económicas en materia de acción social y las ayudas a discapacitados
- El programa de Servicios Sociales y el de mantenimiento de Centros de Disminuidos y Centros Ocupacionales.

Reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención

Primaria El Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón, establece en su art. 12 el fomento de la salud mental como una actividad propia de enfermería y en su art. 25 la colaboración en la aplicación y desarrollo de los programas de salud mental como una actividad específica del equipo de Atención Primaria.

Protocolo de traslado urgente de enfermos mentales Documento de consenso promovido por la Clínica Médico-Forense de Zaragoza en julio de 1997 con todas las estructuras sanitarias, policiales, judiciales y forenses. Se apoya en una serie de consideraciones básicas:

- Consideración del abordaje del enfermo mental en crisis como un problema fundamentalmente sanitario, y sujeto al art. 211 del Código Civil sobre la salvaguarda de derechos del enfermo.
- Promoción inicial del traslado desde la familia, e indicación por los servicios de Atención Primaria que sobre la base de su constitución en autoridad, pueden solicitar la ayuda que requieran para la misma.
- Decisión del ingreso exclusivamente por el personal del Servicio de Psiquiatría del hospital.

Estructura del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales

El Decreto 145/2002, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, especifica en su art. 9 las funciones que corresponden a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento entre las que destacan la evaluación y control de las prestaciones, el desarrollo de sistemas de información y la ordenación territorial de los recursos sanitarios y sociales.

Por otra parte, el Decreto 148/2002, de 30 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud y se modifica su Reglamento establece como funciones del mismo la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria.

Sistema de información asistencial

El Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón incluye en su art. 3 como uno de los subsistemas del sistema de información asistencial el sistema de información de salud mental.

Transferencias sanitarias

El Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, en el que se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias previsto en la disposición transitoria sexta del Estatuto de Autonomía de Aragón, establece las funciones que asume la Comunidad Autónoma de Aragón e identifica los servicios que se traspasan en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social desde el 1 de enero de 2002.

Ley de Salud de Aragón

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece en su art. 4 derechos específicos –además de los generales para las personas que padecen enfermedad mental. En su art. 30 contempla la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental como parte de la asistencia sanitaria. Por otro lado, en su art. 49, crea la Atención a la salud mental como una estructura operativa con la finalidad de garantizar una prestación sanitaria integral y coordinada. Finalmente, el art. 53 establece que la atención a los

problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales de carácter ambulatorio, los sistemas de hospitalización breve, la atención a domicilio y la coordinación con los servicios sociales.

Otra normativa de interés para el desarrollo del Plan de Salud Mental

- Ley 9/92, de 7 de octubre, del Voluntariado Social.
- Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de Inserción y Normalización Social.
- Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la Acción Social.
- Decreto 57/94, de 23 de marzo, del Ingreso Aragonés de Inserción.
- Orden de 29 de enero de 1997 de subvenciones a proyectos de inserción sociolaboral.
- Decreto Legislativo 2/2000, de 3 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma en el que se regula la actividad empresarial del sector público y el régimen jurídico general de las empresas públicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO

3.1 Destinatarios.

Los destinatarios de este proyecto son un grupo de catorce personas que presentan un trastorno mental grave de larga evolución (más de veinte años) y que viven solos. Sus edades están comprendidas entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años.

Los deterioros que se producen en estas personas como consecuencia de la esquizofrenia pueden producir desorden de pensamiento, delirios, alucinaciones, etc. La discapacidad se produce cuando las limitaciones derivadas de este deterioro dan como resultado la disminución de la habilidad para realizar ciertas actividades.

El paciente crónico experimenta una pérdida progresiva de roles, por un lado debido a sus deterioros y por otro debido a las minusvalías sociales a las que se ve sometido por sus discapacidades. (Rodríguez, A. 1997)

Según Liberman, la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, y estas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales. Además indica que para desempeñar un rol en una situación determinada son necesarias tres cosas: (Liberman, 1988).

- Tener la habilidad instrumental (saber hacerlo).
- Tener la habilidad cognitiva.
 - Motivación (querer hacerlo).
 - Autoestima (creer que puedes hacerlo).
- Tener la ocasión de hacerlo (Poder hacerlo).

Por ello será necesario hacer hincapié en varios factores que permitan la recuperación progresiva de los roles.

3.2 Fases del Programa.

La puesta en marcha de este proyecto está marcada por cuatro fases fundamentales en el proyecto:

1^a Fase: Evaluación inicial.

Se llevará a cabo por parte de la Trabajadora social. Esta evaluación consistirá en dos partes. Por un lado se realizará una entrevista personal con cada usuario, esta tendrá carácter abierto y será semi-estructurada. Por otro, la realización de un cuestionario inicial el cuál mediante determinados ITEMS nos permitirá medir el estado inicial de las habilidades así que vamos a entrenar a lo largo del Proyecto de Intervención de cada uno de los usuarios. (Anexo).

Esta evaluación no solo servirá para conocer el punto de partida desde el cuál de debe iniciar el proyecto, sino que nos permitirá al finalizar la intervención evaluar la evolución que han experimentado los destinatarios del mismo.

Así mismo, durante la fase inicial del proyecto es necesario explicar a los destinatarios cuales serán los objetivos de este programa, el método de trabajo que se va a emplear, cómo van a ser las dinámicas de las sesiones y como se desarrollará la puesta en práctica de los conocimientos, tanto en el aula como fuera de ella.

Además se dejará un espacio abierto para preguntas y dudas que puedan surgir a lo largo de las explicaciones.

2^a Fase: Entrenamiento de las habilidades en el aula. Y puesta en práctica en un entorno real de las habilidades adquiridas.

Esta fase está marcada por el aprendizaje, la puesta en práctica y la interiorización de los conocimientos que se van a desarrollar en el aula.

El tiempo necesario para llevar a cabo este proyecto es de un curso escolar y contará con treinta y cinco sesiones de tres horas de duración cada una.

Cuando se realicen las sesiones dentro del aula de trabajo se contará con dos breves pausas de cinco minutos cada una.

Cuando las sesiones se realicen en un entorno real los descansos se considerarán suprimidos o se podrán realizar dependiendo de las condiciones del momento.

Todas las sesiones seguirán una metodología única que a continuación se detalla en el apartado de *metodología y técnicas de entrenamiento*. Estas son las siguientes: Instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y tareas de inserción.

Durante el periodo que dura la fase de entrenamiento se realizarán diferentes salidas del centro así como visitas a lugares que sean necesarios para la puesta en práctica de los entrenamientos de habilidades aprendidos en el aula.

Después de cada sesión de entrenamiento el Trabajador Social rellenará un cuestionario en el que se detallarán las características de la sesión, así como el número de participantes e incidencias que se hayan podido producir en el desarrollo de la misma. (Anexo)

3^a Fase: Evaluación de los efectos del entrenamiento de las habilidades durante la intervención.

Al finalizar todo el programa se realizará una evaluación de todo el proceso para ver las mejoras y los cambios que se han producido. Para ello se requerirá volver a realizar el cuestionario inicial (SF-12). Todos los usuarios de este Programa de Ocio volverán a realizar el cuestionario que llenaron al inicio, con el objetivo de poder contrastar resultados, ver la evolución de cada uno de los usuarios.

Así mismo, será necesario la realización, nuevamente, de una entrevista personal con cada uno de los usuarios para poder evaluar cualitativamente los resultados obtenidos.

4º Fase: Excursión de final de curso.

Al finalizar el Programa se realizará una excursión con los usuarios para poder poner en práctica todos los conocimientos adquiridos a lo largo del mismo y además disfrutar de un día fuera de la ciudad en el que poder reforzar los vínculos que se hayan podido establecer a lo largo del Programa y que permitan una continuidad en el ocio de estas personas y les proporcione una red social de apoyo para obtener una mayor autonomía e independencia.

3.3 Habilidades sociales.

Para la realización de este Programa es importante hacer una breve mención a lo que son las habilidades sociales, pues van a ser el instrumento mediante el cual poder alcanzar los objetivos del mismo.

La rehabilitación de personas con un TMG en materia de habilidades sociales que les permita un buen funcionamiento posterior en su entorno no es una cuestión actual. Se remonta años atrás. Los métodos y técnicas para enseñar estrategias que mejoren las respuestas emocionales y sociales aparecen en 1949, en el libro *Conditioned Reflex Therapy*, de la mano de Salter. La población destinataria de estas estrategias eran “neuróticos crónicos”.

Con posterioridad otros profesionales siguieron por ese camino para alcanzar la reeducación en habilidades sociales de estos pacientes.

En los años ochenta varios autores hacen una revisión crítica del término “habilidad social” en la bibliografía de pacientes psiquiátricos crónicos. Analizan las diferentes definiciones y concluyen que en ellas existen cuatro elementos comunes e imprescindibles:

- Estados internos, son los sentimientos, actitudes y percepción del contexto interpersonal.
- Topografías y conducta, se refiere al contacto visual, gestos, postura, etc.
- Consecuencias de la interacción social para el entrenado, si logra o no sus objetivos y el coste del alcance de los mismos.
- Y por último las consecuencias de la interacción para la otra persona.

Con todo ello se llega a una única definición de habilidades sociales. Esta es, repertorio conductual que se une en encuentros sociales y que implica capacidad para percibir, seleccionar y emitir parámetros relevantes y, por lo tanto, responder adecuadamente en cada contexto particular. (Wallace, Nelson, Lieberman, Atchison y Wkroff. 1983).

La habilidad social no es meramente la conjunción sumativa de todos los “componentes ideales” en una persona, sino que sólo unas determinadas combinaciones, individuales y situacionales, de algunas de esas competencias en una persona concreta es lo que consigue que se le considere socialmente hábil y eficaz para alcanzar sus objetivos. Y esa particular combinación es diferente para cada persona y situación, en función de diferentes características individuales y culturales. (Rodríguez, A. 1997)

Algunos autores ya introducían estos conceptos en su definición de habilidad social. Enfatizando la consecución de unos objetivos e incluyendo aspectos cognitivos y topográficos necesarios para alcanzar esos objetivos. Así pues habilidad social sería, *capacidad del sujeto para conseguir sus objetivos instrumentales e interpersonales*. (Lieberman, De Risi y Mueser. 1989)

Por lo tanto distinguen dos componentes funcionales en el término:

- Habilidades Instrumentales. Útiles para que una persona obtenga independencia y beneficios materiales como vivienda, dinero, etc.
- Habilidades interpersonales que posibilitan que el individuo haga amigos, disfrute de relaciones íntimas, muestre afectos, etc.

Es importante no ceñirse exclusivamente a los aspectos topográficos del comportamiento social (aspectos verbales y paraverbales), sino que es necesario tener en cuenta las capacidades cognoscitivas y emocionales de las personas. Las capacidades topográficas por sí mismas no desempeñan una guía adecuada de lo que comprende un desempeño social efectivo (Monti, Corriveau y Curran, 1982). Esta aportación constituye un avance muy importante en el tratamiento de los déficits sociales y desplaza los enfoques de otros autores que centran el trabajo únicamente en los comportamientos motores (Bellak y Muser. 1993).

No obstante, es importante señalar que no toda la población puede ser entrenada de la misma forma ni con el mismo método, ni se pueden plantear metas universales para todos. Por ello, existen diferentes modelos de entrenamiento aplicables.

3.4 Habilidades a trabajar en el Programa.

Para poder hablar de estas áreas, es necesario hacer una enumeración así como una división de las habilidades que se requieren aprender a lo largo de todo Programa. Por ello se ha realizado una clasificación en función de las habilidades así como una catalogación en función de cuando se van a aprender.

Todas estas habilidades serán requeridas en la medida en que el Programa de Ocio vaya avanzando y por lo tanto deberán ser aprendidas en el orden grupal que a continuación se detalla.

En el primer grupo se encuentran las habilidades sociales básicas, que permiten el desarrollo del Programa durante la fase inicial del mismo.

GRUPO I. PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES.

1. Presentarse a otras personas.	5. Formular una pregunta.
2. Cómo debemos ir vestidos.	6. Escuchar.
3. Iniciar una conversación.	7. Dar las gracias.
4. Mantener una conversación.	8. Hacer un cumplido.

En el segundo grupo se catalogaría como habilidades sociales avanzadas, en ellas se pretende conseguir un aprendizaje más complejo de habilidades sociales. Todas ellas necesarias para el desarrollo de cualquier actividad de la vida cotidiana y especialmente importante a la hora de desarrollar el ocio.

GRUPO II. HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS.

9. Pedir ayuda.	12. Seguir instrucciones.
10. Participar.	13. Disculparse.
11. Dar instrucciones.	14. Convencer a los demás.

El tercer grupo se habla de la planificación, son todas aquellas habilidades a tener en cuenta la planificación, tanto de una actividad ordinaria como de una actividad dirigida al ocio. La mayoría de las personas planifica sus actividades de modo mecánico pero en las personas que presentan una patología mental grave esto no ocurre así, pues es necesario entrenarles en este tipo de habilidad.

GRUPO III. HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN.

15. Tomar iniciativas.	19. Resolver los problemas según su importancia.
16. Establecer un objetivo.	20. Tomar una decisión.
17. Determinar las propias habilidades.	21. Concentrarse en una tarea.
18. Recoger información.	

En cualquier situación de la vida cotidiana se ven involucrados los sentimientos de las personas, como se ha comentado con anterioridad, las personas que presentan esquizofrenia tienen sentimientos igual que las demás personas. Debido a los síntomas y a la medicación necesaria en esta enfermedad, estas personas pierden la capacidad entre otras de expresar afecto, reconocer los sentimientos, etc. Por lo tanto este apartado se considera de importancia a la hora de realizar un entrenamiento en habilidades sociales, pues estos sentimientos pueden interferir en la realización de actividades y es necesario saber expresar como se siente cada individuo.

GRUPO IV: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS.

22. Conocer los propios sentimientos.	25. Resolver el miedo.
23. Expresar los sentimientos.	26. Autorrecompensarse.
24. Comprender los sentimientos de los demás.	

En este grupo de habilidades se pretende obtener una respuesta alternativa a la agresión en la conducta de los usuarios. Para ello se refuerza la parte de la negociación, la empatía y aprenden a aceptar una respuesta negativa. Es importante saber y conocer los propios derechos de las personas pero no es menos importante recordar que no todo lo que a uno le apetece es alcanzable, por lo tanto es necesario el entrenamiento ante la frustración de no conseguir algo y saber canalizar el enfado producido por esto con alternativas a la agresión.

GRUPO V. HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN.

28. Pedir permiso.	32. Autocontrol.
29. Compartir algo.	33. Defender los propios derechos.
30. Ayudar a los demás.	34. Responder a las bromas.
31. Negociar.	.

3.5 Metodología y técnicas de entrenamiento

Una vez que se ha seleccionado la población diana o población objetivo es necesario decidir lo que se va a trabajar con ella. Puesto que el grupo con el que se va a trabajar tiene unas características determinadas será necesario adaptar las actividades a sus características concretas.

Los programas de entrenamiento en HS abarcan áreas o módulos donde se han detectado algún problema de integración (Lieberman at al. 1993). Estos módulos comprenden varias áreas y son compartidas con los usuarios en función de su problemática.

Los déficits cognitivos y problemas comportamentales en general, constituyen un obstáculo para la adquisición de conductas mediante entrenamientos estructurados (Hogarty. 1977). Para que pueda darse una adquisición o recuperación de las capacidades es necesario estructurar las estrategias.

Existen tres aspectos de gran relevancia para facilitar y mantener el aprendizaje. Estas son, la motivación, la generalización de los efectos del entrenamiento y las técnicas a utilizar. (Rodríguez, A. 1997).

Motivación

Desde el punto de vista de la rehabilitación se considera la motivación como *"una disposición específica a responder ante estímulos determinados, que puede ser modulada por la inclusión de facilitadores de acción y la eliminación de dificultades que impidan la misma"*. (Rodríguez, A. 1997).

Es necesario reflexionar de antemano sobre la motivación de las personas al inicio del Programa, pues puede ser que al introducir a una persona en el grupo puede no presentar motivación o presentarla pero no en el grado suficiente, por lo que será necesario que la motivación se inicie desde el Programa. Para ello se planificarán con anterioridad algunos aspectos que nos permitan despertar la motivación en los destinatarios del programa.

Se deberá explorar los intereses de los usuarios, dando mayor importancia a las capacidades de estos. Haciendo coincidir los objetivos y expectativas tanto de usuarios como del profesional que llevará a cabo el desarrollo del Programa.

Por otro lado, es necesario al inicio del mismo hacer conocedores a los usuarios de los beneficios que este Programa puede tener para ellos, además será necesario reforzar de modo continuado los progresos que se vayan generando en la medida en que estos se hacen patentes.

Y por último, no se debe olvidar que el grupo son el que se trabaja presenta unas características específicas, por lo que las sesiones no se plantean de un modo rígido, sino más bien todo lo contrario. Se deberá plantear desde un punto dinámico y participativo, que permita a los usuarios colaborar activamente en las sesiones.

Las actividades que se realizarán serán variadas y dinámicas, introduciendo en ellas elementos didácticos que permitan el entrenamiento de las habilidades sociales que posteriormente serán puestas en prácticas reales.

Se comenzará el entrenamiento por aquellas conductas que tienen una mayor posibilidad de éxito de la persona, esto facilita la motivación al ver resultados más o menos inmediatos, ya que al ser tareas sencillas los efectos se reflejan con más o menos prontitud.

Para conseguir todo ello, los entrenamientos se realizan inicialmente en un contexto artificial y posteriormente se trasladan a un ámbito real en el que se ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos.

Generalización de los efectos del entrenamiento

A pesar de que los entrenamientos de las habilidades sociales se realizan en un medio artificial el objetivo que se persigue es que con posterioridad se puedan aplicar a todas las áreas de la vida cotidiana y en las situaciones en las que se va a encontrar la persona a lo largo de su vida.

Se entiende por generalización de los efectos del entrenamiento a la presencia de la nueva respuesta o habilidad adquirida en contextos o situaciones diferentes a aquellas en las que se dio el aprendizaje (Kelly. 1982).

Los cambios relevantes son los que se generalizan y no los que se dan en la sesión. Por lo tanto al hablar de generalización es preciso considerar tres dimensiones (Rodríguez, A. 1997):

- Generalización en el tiempo: Esto es el mantenimiento de las habilidades adquiridas a través del tiempo.
- Generalización de un contexto físico a otro: Esto se refiere a mantener las habilidades fuera del contexto en el que se aprendieron, a repetir las habilidades en la vida cotidiana.
- Generalización de unas situaciones interpersonales a otras: Alude a la capacidad de la persona que está siendo sometido al entrenamiento para responder de un modo adecuado en situaciones interpersonales específicas distintas de las que se han aprendido durante el entrenamiento. Es decir, mediante las bases que se aprenden durante las actividades, poder extraer a otros campos y áreas los conocimientos aprendidos.

Técnicas a utilizar

La relevancia de los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales está ampliamente documentada en diversos grupos de población y por supuesto en pacientes con una patología mental grave. Estos programas son intervenciones estructuradas y ordenadas en las que se enseña a ejecutar comportamientos (Monti, Corriveau y Currant. 1982).

El mecanismo secuencial de entrenamiento para la incorporación de nuevas conductas en el comportamiento de las personas que se van a entrenar es la siguiente:

- 1) Instrucciones: Constituye el primer paso para iniciar cualquier sesión, al inicio es necesario dar las pautas comportamentales sobre las que se va a trabajar. Estas se deben indicar de modo sencillo y breve, haciendo un énfasis en el comportamiento positivo.
- 2) Modelado: Será necesario para una comprensión total por parte de los usuarios de este programa que después de exponer con claridad las pautas de comportamiento el profesional realice a modo de ejemplo la conducta que se desea implantar. Se debe realizar de modo breve y claro recalmando la conducta que se pretende conseguir para que los entrenados puedan entender el mensaje.
- 3) Ensayo conductual: No podría ser posible una teoría sin práctica, por lo tanto para llegar a interiorizar de modo más completo los conocimientos adquiridos en cada sesión será necesario realizar ensayos conductuales o role-plays que nos permitan hacerlo. Para ello se realizará la puesta en práctica de las técnicas aprendidas durante cada sesión en el aula para poder hacer un entrenamiento en un medio ficticio y posteriormente poder llevarlo a la práctica en un medio real. Por lo tanto, durante cada sesión se realizarán ensayos conductuales de lo aprendido en el aula.
- 4) Feedback: Es necesario reforzar a los usuarios después de cada ensayo. El feedback debe tener el objetivo de reforzar la conducta positiva de los usuarios y ofrecer a los mismos la posibilidad de poder evaluar a sus propios compañeros, esto permite que todos participen de modo activo en las actividades aunque por problemas de tiempo no todos puedan realizar el role-playing de todas las actividades.
- 5) Tareas de inserción: A pesar de que la ejecución de lo aprendido durante las sesiones en el aula sea de gran importancia para interiorizar los conocimientos, es necesario saber extraerlos a la vida

cotidiana. Para ello este programa cuenta además con sesiones de prácticas fuera del aula.

Es necesario llevarlas a cabo en un entorno real, pues la probabilidad de que se produzca la generalización es muy baja si no se practica lo entrenado y esto permite instaurar los conocimientos a lo largo del tiempo.

A través de estos cinco pasos es como se va entrenar a los usuarios en el aprendizaje de determinadas habilidades sociales que les puedan resultar de utilidad para posteriormente ponerlas en práctica. Y mediante todo este trabajo poder conseguir que los usuarios sean más autónomos e independientes y puedan desempeñar un ocio de calidad.

Debido al trabajo en grupo que se realiza también se persigue que exista una cohesión de grupo que les permita una continuidad fuera del programa cuando este termine. Fomentando las redes sociales de los usuarios y por consecuencia una mejora en la calidad de vida de estas personas.

3.6 Desarrollo del Programa de Ocio y Tiempo libre.

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del Programa a los usuarios del mismo. • Realización del cuestionario inicial. • Establecimiento de normas para la dinámica del grupo a lo largo del curso. • Resolución de dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del profesional. • Presentación del Programa mediante power point. • Explicación de la dinámica de trabajo. • Establecimiento de normas iniciales para el funcionamiento del grupo. • Periodo de resolución de dudas.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los miembros del grupo. • Crear sentimiento de pertenencia al grupo. • Desarrollar la conciencia de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de cada uno de los miembros del grupo a la clase. • Técnicas y juegos de presentación de los usuarios. • Exposición de las razones que les han impulsado a participar. • Técnicas de escucha activa hacia los compañeros.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo debemos asearnos y vestir. • Elección adecuada de la indumentaria. • Saber hacer cumplidos a los demás. • Aprender a dar las gracias a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de higiene e imagen personal. • Role-playing de cómo hacer cumplidos a los demás. • Role-playing de cómo dar las gracias.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la imagen exterior de los usuarios para crear sentimiento de seguridad y un mayor autoconcepto de sí mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salida a una academia de peluquería y estética para mejorar la imagen personal de cada usuario. • Poner en práctica el hacer cumplidos a los compañeros y dar las gracias por ello. • Dar las gracias a los alumnos en prácticas por hacerles el cambio de imagen.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Saber comenzar una conversación. • Saber mantener una conversación. • Aprender a hacer preguntas. • Aprender a hacer una escucha activa. • Reforzar la relación entre los compañeros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de habilidades para iniciar una conversación. • Explicación de cómo mantener una conversación, escuchar activamente. • Role-playing de cómo iniciar una conversación. • Ejercicio por parejas para conocerse mejor y reforzar vínculos entre los compañeros.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrir alternativas de ocio diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de cuentacuentos. • Taller de expresión corporal
7	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las alternativas de ocio que hay en el barrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al centro cultural del barrio. • Elaboración de una lista de actividades que hay en el mismo. • Puesta en común con los compañeros.

8	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a coger medios de transporte público. • Aumentar la autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar lugares que deseamos visitar y mediante transporte público (autobús y tranvía) nos desplazamos por la ciudad.
9	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la fiesta de Navidad. • Participar en la preparación de la fiesta. • Aprender a pedir ayuda. • Aprender a seguir instrucciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas. • Seleccionar las ideas que más han gustado. • Hacer división de tareas de lo que cada uno deberá hacer para la fiesta. • Dividir grupos para hacer bailes
10	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la fiesta de Navidad. • Aprender a trabajar en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego del amigo invisible. • Ensayo de los grupos de baile. • Confección de los disfraces para la fiesta de navidad.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la Fiesta de Navidad. • Aprender a dar instrucciones a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo de los grupos de bailes para la fiesta de Navidad. • Organizar el orden de actuación. • Indumentaria para la realización de los bailes según la temática de los mismos.
12	<ul style="list-style-type: none"> • Fiesta de Navidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones de los usuarios por grupos. • Almuerzo con la comida que ha preparado cada usuario. • Reparto de regalos del amigo invisible.

13	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a disculparse con los demás. • Aprender a convencer a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación teórica de cómo disculparse con los demás. • Role-playing para disculparse con los demás. • Explicación teórica de cómo dar argumentos para convencer a los demás. • Role-playing de cómo convencer a los demás con situaciones ficticias.
14	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar las actividades diarias. • Diferenciar entre ocio y tiempo libre. • Identificar y estructurar el tiempo libre. • Adquirir individualidad en el ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar las actividades que se realizan fuera del programa de ocio. • Diferenciar entre ocio y tiempo libre. • Identificar los gustos e intereses de cada usuario según sus características personales. • Planificar el tiempo libre del que dispone cada uno.
15	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender el concepto de ocio saludable. • Tomar conciencia de los beneficios de un ocio saludable. • Adquirir conciencia crítica a la hora de elegir el tipo de ocio que se va a elegir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación teórica sobre cómo realizar un ocio saludable así como su definición. • Redacción de una lista con los beneficios de la realización de un ocio saludable.

16	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer alternativas de ocio en la ciudad. • Aprender a planificar el ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar en periódicos y revistas especializadas las alternativas de ocio en la ciudad. • Elaboración de una lista con las actividades seleccionadas por parejas y compartirlas con el resto de la clase.
17	<ul style="list-style-type: none"> • Confeccionar una opinión propia. • Ampliar la capacidad de elegir a la hora de tomar una alternativa de ocio saludable. • Obtener autonomía a la hora de seleccionar actividades de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selección entre las actividades encontradas y trabajadas en la sesión anterior por los usuarios las que más les gustan y de entre ellas una para realizarla en la próxima sesión. • Debate.
18	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una actividad que han buscado y planificado los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salida cultural a una exposición de cuadros. • Apuntar en un folio las cosas que más les han gustado durante la visita así como las que menos y aquellas en las que hayan sentido dificultades así como las que les hayan parecido más sencillas.
19	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrir alternativas de ocio diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de bailes (diferentes tipos). • Taller de teatro.
20	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar las necesidades que surgen al planificar y ejecutar una actividad de ocio y tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en común las anotaciones realizadas durante la última sesión fuera del centro. • Realización de un debate para mejorar futuras salidas.

21	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer un club de ocio y tiempo libre. • Descubrir nuevas alternativas de ocio saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar un club de ocio y tiempo libre.
22	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la necesidad de planificar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una lista de la compra para la semana con un presupuesto determinado. • Debate en el aula.
23	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrir alternativas de ocio diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos vamos al cine.
24	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los propios sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de introspección. • Role-playing.
25	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar los sentimientos • Formas positivas de expresarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parte teórica. • Técnica de modelado. • Role-playing.
26	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrir alternativas de ocio diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de jardinería. • Taller de yoga.
27	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender los sentimientos de los demás. • Aprender a escuchar de modo activo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades para empatizar con los demás.
28	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver el miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad de reconocimiento de miedos, primero ante uno mismo y posteriormente ante los compañeros. • Feedback.
29	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a autorrecompensarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser consciente cada uno de los avances que han conseguido y aprender a autorrecompensarse por mejorar. • Parte teórica. • Role-playing.

30	<ul style="list-style-type: none"> Confección de la sucesión de pasos a seguir para planificar y desarrollar una actividad de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> A partir de un presupuesto determinado y de unas características concretas, laborar un plan para el viaje de fin de curso.
31	<ul style="list-style-type: none"> Preparación del viaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Clarificar preferencias. Definir tareas. Realización de las tareas por parejas.
32	<ul style="list-style-type: none"> Descubrir alternativas de ocio diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Visita a un huerto ecológico y preparación de mermeladas.
33	<ul style="list-style-type: none"> Afrontar la proximidad de la finalización del grupo. Trabajar habilidades sociales necesarias para la incorporación a futuros grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las cualidades y potencialidades de cada usuario. Realización de Role-playing de cómo iniciar las habilidades en la llegada a un nuevo grupo.
34	<ul style="list-style-type: none"> Contrastar la evolución que han sufrido los usuarios tras el Programa de Ocio. Cerrar el grupo eficazmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del cuestionario inicial. Debate sobre lo que les ha parecido el taller, que han echado de menos y que es lo que no les ha gustado. Actividades de cierre. Aperitivo de despedida.
35	<ul style="list-style-type: none"> Poner en práctica todas las habilidades aprendidas durante este programa y disfrutar de un ocio de calidad con los compañeros del Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Excursión final

3.7 Recursos económicos y materiales.

Para llevar a cabo este Programa de Ocio son necesarios una serie de recursos materiales y económicos.

La ejecución de este Programa se pretende desde un Centro de Rehabilitación Psicosocial, concretamente desde San Carlos. Esto supone que los recursos tanto materiales como económicos van a depender de los presupuestos así como de las instalaciones con los que cuenta este centro.

Puesto que es un Centro de carácter privado y concertado sus recursos económicos vienen dados por la institución de Cáritas de la cual forma parte, de las plazas del Centro de carácter privado que oferta a los usuarios, así como, de las plazas con carácter concertado que están subvencionadas por la DGA.

Para poder iniciar este Programa es necesario:

- Un aula con disposición para los catorce usuarios del mismo.
- Un ordenador y un proyector.
- Fotocopiadora, folios y bolígrafos.
- Pizarra y rotuladores.

Además se requiere como recursos personales un Trabajador Social que lleve a cabo la puesta en marcha de este Proyecto. El salario del mismo vendrá determinado por convenio. Además el Centro cuenta con dos Trabajadores Sociales para poder ejecutar el proyecto.

3.8 Evaluación.

Tan importante es la implantación del Programa de Ocio como la evaluación del mismo, pues sin unos pilares que fundamenten la utilidad de este con unos resultados positivos su puesta en marcha carece de sentido.

Para la evaluación final es necesario que los usuarios que han ido realizando todas las actividades del Programa de Ocio vuelvan a cumplimentar el cuestionario que llenaron al inicio de este (SF-12). (Anexo) Así como un cuestionario de adaptación social.

El nombre original de este cuestionario es "Social Adaptation Self-evaluation Scale" (Bosc. M, 1997) Con posterioridad fue adaptado al castellano bajo el nombre de "Escala Autoaplicada de Adaptación Social" (Bobes. J, 1999). Este cuestionario consta de 21 items, se utiliza para personas adultas que presentan un trastorno mental y/o del comportamiento y las dimensiones que valora son: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses.

El objetivo de la evaluación es poder verificar la evolución que han experimentado los usuarios y comprobar si los objetivos iniciales han sido logrados.

El cuestionario SF-12 y el de adaptación social se utilizan como evaluación cuantitativa del Programa.

En la medida en que la progresión de los objetivos hayan sido alcanzados, mayor efectividad tendrá el Programa de Ocio.

Por ello, cuando se inicia la evaluación del Programa no solamente se pretende obtener resultados de progresión en los usuarios, también es importante valorar en qué medida este ha tenido un efecto rehabilitador y ha actuado como medio de resocialización de los usuarios.

Además, la evaluación también sirve para poder discriminar aquellas actividades u objetivos que no hayan contribuido al fin de este programa y poder reformular los objetivos iniciales, así como, mejorar el Programa en toda

su extensión para futuras puestas en marcha con mayor efectividad si esta no hubiera sido suficiente.

Como medio de evaluación cualitativo se realizará, nuevamente, una entrevista personal semi-estructurada con cada uno de los usuarios tanto como paso previo al comienzo del Programa como al finalizar el mismo.

4. CONCLUSIONES

A continuación se van a enumerarán las principales conclusiones obtenidas tras la realización de este Proyecto.

"Nacemos débiles, necesitamos ser fuertes, y al nacer carecemos de todo y se nos debe proteger; nacemos torpes y nos es esencial conseguir inteligencia. Todo cuanto no tenemos en nuestro nacimiento y que necesitamos de mayores, nos es dado por medio de la educación". (Jean-Jacques Rousseau, Emilio o De la educación, 1762).

Del mismo modo que los niños, las personas que presentan un Trastorno Mental Grave necesitan volver a ser educadas en muchos aspectos de su vida. Esto es debido tanto a los síntomas de la enfermedad como a los de la farmacología de la cual depende la estabilidad de su enfermedad.

Como ha reflejado la evolución en los tratamientos para este tipo de patologías a lo largo del tiempo, recluir a las personas con esta enfermedad y aislarlas del mundo no parece, en la mayoría de los casos, la mejor alternativa posible para ellos.

De nada sirve apartar a estas personas ni esconderlas, esta es una problemática grave con consecuencias, no solamente económicas, sino también de desequilibrio, desestructuración y dolor tanto en los enfermos como en sus familiares.

El coste emocional al inicio de la enfermedad es devastador, por ello es necesario seguir rehabilitando a estas personas. Poder ofrecer una luz al final del camino, siempre teniendo presente la realidad y las características personales de cada uno, pero luchando por alcanzar pequeños logros que permitan la normalización, en la medida de lo posible, de estas personas.

Desde el Trabajo Social se debe aportar una perspectiva de lo social dentro de la visión integral de la rehabilitación psicosocial. Para ello es necesaria una especialización y una buena formación como pilares sólidos y fuertes de la intervención. Debido a que el ámbito de la Salud Mental es muy amplio, se

deben tener unos conocimientos teóricos acordes a las necesidades que en este se nos puedan presentar.

Desde el Trabajo Social se debe tener en cuenta la creación así como en mantenimiento de las redes tanto familiares como sociales de las personas con esquizofrenia. Tener vínculos afectivos, para estas personas, es fundamental sobre todo si se pretende desterrar el aislamiento como "filosofía de vida", la cual suele cumplirse con demasiada frecuencia.

El fomento del ocio entre las personas con TMG, por parte de Trabajadores Sociales, suele ser una alternativa y prevención para derrocar estas barreras.

Puesto que la mayoría de las personas con esta patología disponen de gran cantidad de tiempo libre es necesario favorecer, mediante la rehabilitación psicosocial, la promoción de un ocio de calidad que les permita alejarse del aislamiento y a la vez recuperar las habilidades sociales disipadas así como recuperar una red social, complementaria a la familiar, ya que en ocasiones el inicio de la enfermedad origina la evaporación de las redes sociales de la persona con patología mental grave.

Para finalizar es necesario hacer una reflexión sobre la esquizofrenia. La discriminación y la estigmatización de la Enfermedad Mental siguen estando presente en nuestra sociedad, esto es consecuencia del miedo. Como la mayoría de los miedos, surge frente a lo desconocido, y ¿Cómo no se va a tener miedo si esta enfermedad sigue siendo la gran desconocida incluso por expertos en la materia? Pues es bien sencillo, intentando conocer un poco sobre ella y procurando promocionar la tolerancia entre la sociedad como profesionales de lo social.

5. BIBLIOGRAFÍA

Aznar Avendaño, E. y Berlanga Adell. A. (2004) Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Psicología Pirámide.

Andreasen, N.C. y Olsen, S. (1982) Negative vs Positive schizophrenia: definition and validation. Arch Gen Psychiatry, 39.

Beck, A. T. y Rector, N. A. (2010) Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia. Madrid. Espasa Libros.

Bellack, A. y Mueser, K (1993) Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19.

Bleuler, E. (1950) Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Horme (1^a Edc. Nueva York)

Bobes, J. (1999) Escala Autoaplicada de Adaptación Social. Actas Esp Psiquiatr. 1999 Mar-Apr;27(2):71-80.

Bosc, M. (1997) Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol. 1997 Apr;7 Suppl 1:S57-70; discussion S71-3.

Corrigan, P.W. y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.). On the Stigma of Mental Illness (pp. 11-44). Washington D. C. American Psychological Association.

Finger, S. (1994) Origins of Neuroscience. A history of Explorations into Brain Function. Nueva York, Oxford University Press.

Garcés Trullenque, E. (2010) El trabajo Social en Salud Mental. Cuadernos de Trabajo Social, 23. 333-352.

García-Merita, M (2007) Tratando la esquizofrenia. Ese desconocido mal. Madrid. Editorial Pirámide.

Gonzalez-Duro, E. (1994) Historia de la Locura en España, Madrid, Temas de Hoy.

Harris.M. (1985) Introducción a la Antropología Genera, Madrid, Alianza universal.

Hogarty, G. E. (1977) The treatment and the course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 3.

Instituto de Formación e Innovación Social. *Rehabilitación Psicosocial de Personas con enfermedad mental crónica*. Madrid. Grupo 5.

Ituarte Tellaeché, A. (1982) *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Kelly J. A. (1982): *Social Skills Training. A Practical Guide for Interventions*, Nueva York, Springer Company.

Laing, R.D. (1972). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.

Liberman R, P.; De Risi, W. J, y Mueser, K. T. (1989) *Social Skills Traing for Psychiatric Patients*, Nueva York, Pergamon Press.

Liberman R, P.; Wallace, Ch. P.; Blackwell, G.; Eckman, T.A.; Baccaro, J. V, y Kuehnel, T. G. (1993) *Innovations in skills trining for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules*. *Innovations and Research*, 2.

Mañá Alvarenga, S (2008) *La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos*. Alicante. Editorial Club Universitario.

Martínez Hernaez, A (1998) *¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Universitat de Barcelona.

Miranda Aranda, M y Garcés Trullenque, E. (1998) *Trabajo Social en salud Mental*. Organizaciones de Bienestar. Zaragoza. Ediciones Mira.

Monti, P. M.; Corriveau, D. P. y Currant, J. P. (1982) *Social skills training for psychiatric patients: Treatment and outcome*, en Currant, J. P. y Monti, P. M. (eds.), *Social skills*. Nueva York, The Guilford Press.

Penades, R. y Gastó, C. (2010) *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*. Barcelona. Herder Editorial.

Ramos Bernal, A. (2009) *Diario de una enfermedad mental (Esquizofrenia)*. Alicante. Editorial Club Universitario.

Rodríguez, A. (1997) Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. Madrid. Psicología Pirámide.

Trevithick, P. (2002) Habilidades de comunicación en intervención social. Madrid. Ed. Narcea.

Vallejo Ruiloba, J. (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona, Masson.

Wallace, C.; Nelson, C.; Lieberman, R.; Atchison, R. y Wkoff, D. (1990) A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 61.

Manuales de referencia:

DSM-IV

CIE-10

Leyes:

Constitución Española.

Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

Declaración de Madrid de 1996 llevada a cabo por la Asociación Psiquiátrica Mundial, marca las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, desertando la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o hacia los demás.

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997 haciendo referencia a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina

Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de febrero de 2000, en el que se hace referencia a las condiciones y procedimientos

de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Código Civil en su Título IX, de la incapacitación. Título X, de la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados.

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil, establece la guarda y protección de los menores o de los incapacitados así como de sus bienes.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil deroga el art. 211 del Código Civil relativo al internamiento del presunto incapaz.

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Acuerdo de 26 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

La ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999, de 9 de abril, crea el Servicio Aragonés de Salud.

Decreto 45/2000, de 29 de febrero, de modificación de Decreto 51/1990, de 3 de abril, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Servicio Aragonés de Salud.

Ley 4/1996 de creación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Decreto 145/2002, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

Decreto 148/2002, de 30 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud y se modifica su Reglamento establece como funciones del mismo la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria.

Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ley 9/92, de 7 de octubre, del Voluntariado Social.

Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de Inserción y Normalización Social.

Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la Acción Social.

Decreto 57/94, de 23 de marzo, del Ingreso Aragonés de Inserción.

Orden de 29 de enero de 1997 de subvenciones a proyectos de inserción sociolaboral.

Decreto Legislativo 2/2000, de 3 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma en el que se regula la actividad empresarial del sector público y el régimen

jurídico general de las empresas públicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

WEBGRAFÍA

Servicio Aragonés de Salud. Salud Mental, disponible en:
www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ServicioAragonSalud

Consultado el 10 de Mayo del 2012.

Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Disponible en:

www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf.

Consultado el 12 de Julio del 2012.

GLOSARIO

Automatismo u obediencia automática: Síntoma observado algunas veces en los pacientes catatónicos, que como si fueran robots, pueden llevar a cabo las órdenes simples que se les dan.

Autonomía: Capacidad de una persona para tomar sus propias decisiones y controlar su vida.

C.C.A.A.: Comunidades Autónomas.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión

Comorbilidad: Solapamiento de diagnósticos clínicos.

Conducta desorganizada: Comportamientos extraños, impredecibles o sin finalidad concreta que pueden dificultar la realización de actividades de la vida cotidiana y el funcionamiento social del individuo.

Crisis psiquiátrica: Supone la aparición brusca de una sintomatología aguda, generalmente en respuesta a un estrés. En la esquizofrenia los 'síntomas que aparecen en las fases de crisis suelen ser ideas delirantes, alucinaciones, conductas extrañas o alteraciones en el lenguaje y en el pensamiento.

C.R.P.S.: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

C.S.M.: Centro de Salud Mental.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta Versión

DUE Diplomado Universitario en Enfermería.

E.M.G.D.: Enfermedad Mental Grave y duradera.

Entorno cultural: Se refiere a las creencias, valores, normas, costumbres, que se hayan compartidos con un grupo social o una sociedad.

Entorno físico: Son las condiciones físicas, objetos e ideas del mundo de la persona.

Entorno social: Hace referencia a las personas que sean significativas para el individuo tales como el cónyuge, padres, amigos, cuidadores, etc.

Equipo multidisciplinar: En rehabilitación psicosocial está compuesto por trabajador social, educador, terapeuta ocupacional y psicólogo.

Estado estuporoso: El paciente permanece aislado del mundo externo, paralizado.

HD Hospital de Día.

HS: Habilidades sociales.

Ideas delirantes: Creencia falsa, basada en una inferencia incorrecta de la realidad externa, mantenida firmemente a pesar de la evidencia clara en contra. Pueden ser de persecución, de celos, de culpa, de grandeza, de control de su pensamiento, etc.

L.A.A.D.: Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Medicación depot: Medicación que se administra de modo intramuscular que permite una liberación continuada del producto durante un tiempo relativamente largo, entre dos y cuatro semanas.

Mutismo: Inhibición funcional de habla y de la vocalización que puede durar horas. Con anterioridad a los métodos de tratamiento modernos esto podía durar años.

OMS: Organización Mundial de la Salud

Parkinsonismo: El tratamientos con antipsicóticos puede producir este tipo de efecto secundario. Se caracteriza por la aparición de los mismos síntomas motores que aparecen en la enfermedad de Parquinson como son el temblor, rigidez muscular, discinesia o acatisia.

Pensamiento desorganizado: El paciente no es capaz de ordenar y exponer su pensamiento de forma organizada, se manifiesta con un lenguaje inconexo y un mensaje errático. Los sujetos con esquizofrenia pueden presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede "perder el hilo" saltando de un tema a otro ("descarrilamiento") las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas ("tangencialidad"); y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan

gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística ("incoherencia" o "ensalada de palabras").

Personalidad premórbida: Existen sujetos en los que, antes de desarrollar los primeros síntomas de

PIA Programa Individualizado de Atención.

PIR Programa Individualizado de Rehabilitación

R.P.S.: Rehabilitación psicosocial.

S.A.A.D.: Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

SSM Servicios de Salud Mental.

SS.SS. Servicios Sociales.

U.L.E.: Unidad de Larga Estancia

U.M.E.: Unidad de Media Estancia

U.C.E.: Unidad de Corta Estancia

T.M.G.: Trastorno Mental Grave