

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
TRABAJO FIN DE GRADO

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, USUARIAS DEL SERVICIO DE PISOS ASISTIDOS DE LA FUNDACIÓN REY ARDID

Alumnas: Alicia Benito Gómez y Jara Fernández Fernández

Director: Juan David Gómez Quintero

Septiembre de 2013

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Introducción: introducción y justificación.....pág. 5.
- 1.2. Objeto del trabajo: delimitación del tema y planteamiento del problema.....pág. 7.
- 1.3. Objetivos: general y específico.....pág. 9.
- 1.4. Metodología empleada: descripción del método empleado, población y muestra, variables, descripción de las herramientas empleadas, sistema de citas y referencias bibliográficas empleadas.....pág 10.
- 1.5. Estructura del trabajo.....pág. 16.

2. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Red de Salud Mental en Aragón.....Pág.20
- 2.2. Rehabilitación psicosocial y calidad de vida.....pag. 26
- 2.3. Modelos teóricos.....pag. 29
- 2.4. Rey Ardid.....pag. 34
- 2.5. Pisos asistidos.....pag. 38

3. MARCO CONCEPTUAL.....pag. 42

4. MARCO LEGISLATIVO

- 4.1. Marco legal europeo.....pag. 46
- 4.2. Marco legal nacional..... pag. 47
- 4.3. Marco legal autonómico.....pag. 49

5.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	pag. 51
6.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
6.1.	Conclusiones.....	pag. 54
6.2.	Sugerencias.....	pag. 58
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	pag. 61
8.	ANEXOS.....	pag. 64

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción.

La realización del proyecto se basa en analizar la calidad de vida de las personas afectadas por algún tipo de trastorno mental usuarias del centro Rey Ardid. A través de la observación directa, búsquedas de bibliografía relacionada con el tema, entrevistas y cuestionarios, se desea recopilar la información necesaria para el correcto desarrollo del proyecto.

Se quiere conocer el modelo teórico de intervención empleado por los profesionales del centro, así como las líneas generales de actuación y fines de la fundación para comprender el funcionamiento del servicio. Se desea remarcar la relevancia de la intervención de tipo comunitario orientado hacia una integración total de la persona potenciando su autonomía y vida en la comunidad.

El instrumento central empleado para la obtención de la información relacionada con la calidad de vida percibida por los usuarios del servicio, es el cuestionario. Para analizar la calidad de vida de los usuarios es imprescindible conocer sus percepciones y opiniones.

A través de la información obtenida y el análisis de los resultados se quiere conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a diferentes ámbitos de su vida (vivienda, familia, relaciones sociales, vida actual), para poder plantear propuestas o sugerencias de mejora que se detecten durante la investigación.

Se ha prestado especial importancia durante la realización del proyecto en mantener una cuidadosa coherencia a lo largo de todo el desarrollo del contenido, y sobre todo en conseguir en la mayor medida posible los objetivos propuestos.

Por ello los datos aportados a continuación han sido contrastados con fuentes fiables de información ya sea basándose en bibliografía relacionada con el tema, como en los datos obtenidos de primera mano por medio de los profesionales y usuarios del centro.

Justificación del trabajo.

En primer lugar el motivo principal de elección del proyecto fin de grado está ligado estrechamente con el prácticum de intervención que se realizó durante los meses de septiembre a enero de 2012 en la Residencia Municipal Casa Amparo y la Cooperativa Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para personas con Enfermedad Mental.

Durante todo el proceso del prácticum ambas alumnas se han mantenido informadas sobre el tipo de servicio ofrecido, las diferentes intervenciones, el acceso, las características de los usuarios, el tipo de gestión de cada recurso, etc.

Gracias a los conocimientos adquiridos a través de la universidad así como los transmitidos por los profesionales con los que se ha mantenido contacto y las experiencias vividas en el campo de prácticas, surge la idea de desarrollar un proyecto conjunto que unificase ambos campos de investigación. Se observa que no es un tema del cual existan investigaciones destacadas, por ello se cree interesante desarrollar este tema.

Una vez delimitado el campo de investigación (personas con enfermedad mental que residan en pisos tutelados) se buscan posibles centros en los cuales desarrollar el proyecto, el centro escogido finalmente es Rey Ardid ya que reúne los requisitos necesarios para el correcto desarrollo del proyecto.

Uno de los requisitos principales para la elección del centro es garantizar el acceso a los usuarios y profesionales para la realización de entrevistas o cuestionarios ya que es una de las fuentes principales de información.

Para finalizar, se cree importante destacar la relevancia del análisis del enfoque comunitario, así como las teorías o modelos empleados por los profesionales del centro siendo el objetivo principal analizar el nivel de satisfacción de los usuarios en lo referente a su calidad de vida.

1.2 Objeto del trabajo.

Delimitación del tema.

Durante el transcurso de la realización del proyecto se analizará la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, usuarias del servicio de pisos asistidos de la Fundación Rey Ardid en la ciudad de Zaragoza.

Para conocer la calidad de vida de los usuarios se analizarán las diferentes áreas de la vida relacionadas con aspectos de su vivienda, familia, relaciones sociales e integración comunitaria.

Otro aspecto importante a desarrollar en el proyecto es conocer en profundidad el servicio de pisos asistidos y las teorías o modelos de trabajo empleados por los profesionales del Trabajo Social.

Planteamiento del problema.

A través de la realización del proyecto se quiere conocer en profundidad el servicio de pisos asistidos o también llamados tutelados, de la Fundación Rey Ardid en Zaragoza, planteados como una alternativa residencial con la finalidad de cubrir las necesidades residenciales de la persona como son la vivienda, los cuidados de mantenimiento del hogar, los cuidados de higiene personal, orientados a hacer posible el mantenimiento y participación de la persona en la vida comunitaria.

El tema central del proyecto es analizar la calidad de vida de los usuarios del servicio de pisos asistidos de Rey Ardid con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios respecto diferentes áreas de su vida y el nivel de integración comunitaria por medio de las actividades diarias y de ocio realizadas habitualmente.

En relación a la calidad del servicio también es importante conocer las teorías y/o modelos de trabajo empleados por los profesionales del trabajo social que sirven para guiar la forma de abordar las necesidades de las personas y en consecuencia las actividades que realizan.

1.3Objetivos.

Objetivo general:

A. Analizar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, usuarias del servicio de pisos asistidos de la Fundación Rey Ardid en Zaragoza.

Objetivos específicos:

A.1 Analizar en profundidad el servicio de pisos asistidos de Rey Ardid.

A.2 Realizar un estudio detallado de las teorías o modelos empleados en el servicio de pisos asistidos de Rey Ardid.

A.3 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a su vivienda.

A.4 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a su familia.

A.5 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a sus relaciones sociales.

A.6 Conocer el nivel de integración comunitaria de los usuarios a través de las actividades diarias y de ocio realizadas.

1.4 Metodología empleada.

Descripción del método empleado en el trabajo.

Para el desarrollo de este proyecto se ha determinado la metodología cualicuantitativa en la que se utilizarán técnicas cualitativas y técnicas cuantitativas para abordar el objeto de estudio.

Las técnicas cualitativas se han elegido para abordar los aspectos subjetivos a analizar del proyecto, como la satisfacción general percibida por los usuarios del servicio en relación a diferentes áreas de su vida y aspectos relacionados con la calidad del servicio.

En relación a las técnicas cuantitativas, se utilizarán para la obtención de datos cuantificables, como el número de usuarios atendidos por el servicio, sexo, tiempo de permanencia en el servicio.

En cuanto a la obtención de la información se recopilará a partir de fuentes primarias y secundarias.

Las fuentes primarias se obtendrán por medio de la realización de entrevistas a la coordinadora del servicio (trabajadora social) y por medio de la realización de un cuestionario para que sea rellenado por los usuarios del servicio (diseño del cuestionario en anexos).

Se realizan dos entrevistas a la coordinadora del servicio. La primera una entrevista informal de presentación y conocimiento del servicio e instalaciones del CRAP, Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de la Fundación en Zaragoza.

Y la segunda entrevista (diseño de entrevista en anexos), en profundidad para conocer aspectos determinados del servicio como el número de profesionales, el modelo de rehabilitación psicosocial empleado por los profesionales, valoración personal de la coordinadora sobre el servicio.

El cuestionario consta de ocho preguntas, las dos primeras en relación a la edad y el sexo; las cuatro siguientes están relacionadas con aspectos del servicio y con la satisfacción general respecto a la vivienda, familia, relaciones sociales, vida actual; y las dos últimas orientadas a conocer las actividades diarias y de ocio realizadas por los usuarios con el fin de conocer si la persona participa de forma activa en la vida en comunidad.

También se utilizará la información relevante obtenida a través de fuentes secundarias, como estudios relacionados con el tema, ya sean realizados por autores relevantes o por profesionales relacionados con el tema.

Población y muestra.

La población a estudiar son los usuarios con enfermedad mental del servicio de pisos asistidos de Rey Ardid en la ciudad de Zaragoza. El número de usuarios que pertenecen al servicio es de 25.

La muestra se obtiene por saturación. Se realizan cuestionarios a tantos usuarios como sea necesario hasta conseguir la información pertinente. La muestra por saturación de realización de cuestionarios es de 17 usuarios seleccionados de forma aleatoria. De los usuarios que realizan el cuestionario 11 son hombres y 6 son mujeres, con edades comprendidas entre los 31 y 57 años.

Los usuarios a estudiar padecen diferentes tipos de enfermedad mental (porcentajes de discapacidad superiores a 33 por ciento) que afectan al desarrollo de su vida normal provocando déficits en diferentes áreas de su vida.

También se cree necesario colaborar con los profesionales relacionados con el servicio, en este caso la coordinadora (trabajadora social) del servicio de pisos asistidos, para abordar de forma más completa el objeto de estudio.

Variables:

Variables	Indicadores
Sexo	nº de hombres usuarios nº de mujeres usuarias
Permanencia en el servicio	nº de usuarios menos de un mes nº de usuarios entre 1 y 6 meses nº de usuarios entre 6 meses y 1 año nº de usuarios entre 1 y 3 años nº de usuarios más de 3 años
satisfacción general	puntuación marcada en la escala respecto a la vivienda puntuación marcada en la escala respecto a la familia puntuación marcada en la escala respecto a las relaciones sociales puntuación marcada en la escala respecto su vida actual puntuación marcada en la escala respecto al servicio
ocio y tiempo libre	análisis de las actividades diarias realizadas análisis de las actividades de ocio

Descripción de las herramientas empleadas.

La realización del proyecto consiste en la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

Para el desarrollo de las técnicas cualitativas se utilizarán instrumentos como la observación, la entrevista, el cuestionario y la recopilación de información relevante a través de bibliografía relacionada con el tema.

En cuanto a los instrumentos elegidos para el desarrollo de las técnicas cuantitativas se han determinado el cuestionario, así como el análisis cuantificable de información relevante obtenida mediante la recopilación de datos estadísticos.

La observación es un elemento fundamental en el proceso de la investigación que consiste en observar atentamente el fenómeno, tomar información y registrarla para su posterior análisis. Ruiz Olabuénaga (2003) completa esta definición añadiendo que se trata de un proceso por el cual se contempla detallada y sistemáticamente la vida social, sin interferir, observándola tal y como se desarrolla por si sola.

La entrevista cualitativa en profundidad es un encuentro cara a cara entre el investigador y el informante, dirigida a comprender las perspectivas que tiene el informante respecto las experiencias o situaciones, expresado con sus propias palabras (Taylor&Bodgan, 1992). La entrevista se realiza de forma flexible y adecuándose al ritmo del entrevistado, evitando que pueda parecer un interrogatorio.

El instrumento denominado cuestionario ha sido seleccionado para poder recabar la mayor información posible en relación a la calidad del servicio y de vida percibida por las personas usuarias del servicio.

El cuestionario es definido como un sistema de preguntas racionales, ordenadas en forma coherente, tanto desde un punto de vista psicológico como lógico, expresadas en un lenguaje sencillo y comprensible, que generalmente responde por escrito la persona interrogada sin que sea necesaria la intervención del encuestador.

El cuestionario diseñado consta de una combinación de preguntas abiertas y cerradas, ordenadas de forma coherente para conseguir los objetivos propuestos en el proyecto.

Las cuatro primeras preguntas se determinan como cerradas orientadas a conocer variables como el sexo, la edad, tiempo como usuario del servicio.

La quinta pregunta es una combinación de pregunta cerrada y abierta con el fin de conocer si la persona recibe apoyo doméstico, y en caso de ser afirmativo conocer por qué persona o profesional es proporcionado el apoyo.

La sexta pregunta (cerrada) contiene 5 preguntas desarrolladas en una escala puntuada del 0 al 4, con el fin de conocer la satisfacción general del usuario con la vivienda, familia, relaciones sociales, vida actual y servicio.

Las dos últimas preguntas abiertas están orientadas a conocer la vida e integración de la persona en la comunidad a través de las actividades diarias y de ocio y tiempo libre que realiza habitualmente.

Sistema de citas y referencias bibliográficas empleados.

El sistema elegido para citar las referencias bibliográficas es el sistema APA. En el texto principal se presentan las citas dentro del texto del trabajo, utilizando el apellido del autor, la fecha de publicación y la página citada entre paréntesis (este sistema no requiere utilizar las citas a pie de página).

Al final del trabajo el listado de referencias debe ordenarse alfabéticamente por el apellido del autor. El formato APA requiere que los títulos de libros, revistas, enciclopedias, diarios, etc. sean destacados utilizando tipografía itálica (conocida también como cursiva)

1.5 Estructura del trabajo.

A continuación se desarrolla la explicación de la estructura seguida para el desarrollo de la investigación. El cronograma viene adjuntado en anexos.

SEMANA 1:

La primera semana del trabajo resulta imprescindible ya que se realiza la actividad 1.1 elección del tema de trabajo, se realiza una lluvia de ideas para delimitar el tema y cada miembro del grupo aporta iniciativas o propuestas para desarrollarlas.

SEMANA 2:

Una vez delimitado el tema de trabajo, la siguiente actividad a realizar es la estructura del trabajo, se acuerdan los capítulos de los que va a constar el mismo y se definen las fuentes de información de las cuales se van a obtener los datos estimados.

En la segunda semana también se inicia la actividad 2.1, que consiste en buscar y seleccionar la bibliografía relacionada con el tema. Se inicia la búsqueda para confirmar que tenemos la información necesaria para el correcto desarrollo del trabajo.

SEMANA 3:

Iniciamos marzo en la semana 3 del cronograma, durante esta semana se van a llevar a cabo dos actividades, la 2.1 (búsqueda bibliográfica) ya explicada anteriormente, y la actividad 3.1 que consiste en realizar una visita y toma de contacto con la fundación.

Durante esta semana se quiere conocer el centro, así como a la directora del mismo y posibles profesionales que trabajen en él. Explicar en qué consiste nuestra propuesta de trabajo para confirmar que están conformes con los datos que van a aportarnos.

SEMANA 4:

Durante el transcurso de esta semana se va a desarrollar la introducción del trabajo, la cual consta de varios puntos a desarrollar, como la delimitación del tema, la justificación del tema, los objetivos, etc.

Estos apartados van a guiar las líneas generales del proyecto, por ello, se debe realizar de forma que podamos mantener una coherencia durante todo el transcurso del propio trabajo. Cabe destacar que es uno de nuestros objetivos personales para la correcta realización del mismo.

SEMANA 5:

Se va a llevar a cabo la actividad 4.1, diseño de la metodología, este apartado es fundamental para delimitar que tipo de investigación se va a llevar a cabo, con que métodos y herramientas de trabajo vamos a servirnos. Es un apartado fundamental en el trabajo, por ello se quiere realizar de forma muy clara.

En esta semana también se inicia el marco teórico que a continuación se explica en la semana 6, ya que esta semana está dedicada íntegramente al desarrollo del mismo.

SEMANA 6 y 7:

En esta semana se desarrolla como ya hemos dicho el marco teórico, se van a definir los términos que se quieren explicar en el trabajo así como conceptos básicos del marco conceptual. Se basan en las fuentes de información delimitadas en las primeras semanas del trabajo. Estas actividades corresponden a las actividades 5.1 y 6.1 del cronograma.

SEMANA 8:

Realización del marco legislativo, se basa en leyes, reglamentos, etc. Es la actividad 7.1 y aporta todo el marco en el que se asientan las actuaciones de los profesionales, los avances que han supuesto muchas leyes, etc.

SEMANAS 9 Y 10:

Se finaliza el marco legislativo, como es un capítulo un poco denso se deja un poco más de tiempo para definirlo, en la semana 10 se realiza la entrevista en profundidad con la coordinadora del servicio y Trabajadora Social.

Se corresponde con la actividad 8.1 del cronograma y como ya se ha explicado es una entrevista formal con la directora del centro para conocer varios aspectos desde el punto de vista de un profesional del centro, uno de estos aspectos es por ejemplo las teorías empleadas en el centro.

SEMANA 11:

Realización de los cuestionarios a los usuarios del centro, seleccionados previamente por la profesional siguiendo algunas indicaciones facilitadas por nuestro equipo, como por ejemplo que incluyesen usuarios de diversas edades y de ambos géneros.

SEMANAS 12, 13 Y 14:

Se han reservado tres semanas para el análisis de los resultados ya que es el capítulo con más relevancia. Se deben estudiar todos los cuestionarios, informatizar toda la información obtenida, desarrollar una tabla para facilitar el cruce de datos, etc. Esta actividad se corresponde con la 10.1 del cronograma.

SEMANAS 15 Y 16:

Durante estas dos semanas se va a desarrollar la actividad 10.2 del cronograma, que se corresponde con la realización de las conclusiones y las sugerencias de mejora.

Se desea respetar la coherencia en estos apartados, por ello se desea plasmar las conclusiones obtenidas de forma que los propios datos revelen la información que se ha obtenido a través de diversos métodos. Las sugerencias creemos que son todas viables, por ello, nos ha parecido interesante desarrollarlas.

SEMANAS 17 Y 18:

Se realiza la actividad 10.3 del cronograma, preparación de la presentación, se quiere realizar una presentación de tipo PowerPoint o de diapositivas para condensar en ella los aspectos más significativos del trabajo, que puntos nos han llamado la atención, las conclusiones obtenidas etc.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 RED SALUD MENTAL ARAGON

En el año 2006 se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, contemplando la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica de una forma más específica, detallando las prestaciones y definiendo la cartera de servicios comunes de salud mental:

— Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

— La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, donde se incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

- Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Los centros y servicios, tanto de titularidad pública como privada, que ofrecen prestaciones y recursos de atención a la salud mental, componen la red de salud mental de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Dependiendo de su actividad podemos clasificarlos en dispositivos sanitarios, intermedios (de apoyo y rehabilitación) y de inserción y gestión social.

Dispositivos sanitarios:

1. Centros de Salud Mental: Constituyen el eje asistencial de la atención a la salud mental de la población general y la articulación de todo el proceso terapéutico y de rehabilitación de los pacientes graves.

Los pacientes atendidos en estas unidades vendrán derivados fundamentalmente de la Atención Primaria de salud y, eventualmente, del nivel especializado, el sistema educativo, la Administración de Justicia o de los servicios sociales.

2. Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil: Se trata de un servicio diferenciado para la atención a la salud mental y la asistencia psicológica de la población menor de 18 años de edad.
3. Unidades de Hospitalización breve: Se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve. Se integrarán física y funcionalmente en los hospitales generales. Se atiende a todos los pacientes remitidos desde las unidades de salud mental o atendidos en las urgencias hospitalarias y desarrollara psiquiatría de enlace con el resto de servicios.

4. Unidad de hospitalización breve Infanto-juvenil: Estará destinada exclusivamente a pacientes menores de 18 años, evitando así el contacto con otros pacientes adultos, y será atendida por personal especializado al objeto de mejorar el resultado de las intervenciones. Se establecerá una única unidad de hospitalización breve infanto-juvenil para la Comunidad Autónoma de Aragón, ubicada en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.
5. Hospitales de Día: Se trata de unidades de hospitalización parcial y por tanto constituyen, en primer lugar, una alternativa al internamiento psiquiátrico; en ellos se llevan a cabo abordajes terapéuticos más intensos y continuados que los que realiza el equipo de salud mental ambulatorio y está destinado a pacientes graves. Se evita, con este dispositivo, la separación del paciente de su familia y de la sociedad.

Dispositivos intermedios (de apoyo y rehabilitación):

1. Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos: equipos sociosanitarios con el fin de garantizar un control continuado y a largo plazo de la evolución de los enfermos mentales graves que presentan graves dificultades para ser atendidos mediante el seguimiento convencional en los centros de salud mental.

Incluye aspectos como el apoyo domiciliario, el abordaje de los problemas sociales y familiares derivados de la enfermedad, seguimiento de tutelas e información sobre situaciones personales y tratamientos, automedicación y autocuidado, alimentación, habilidades domésticas, seguridad, manejo de dinero o utilización de servicios.

2. Centro de Rehabilitación Psicosocial: Los centros de rehabilitación psicosocial (llamados habitualmente centros de día) son dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación activa y reinserción social y que tienen orientación claramente comunitaria.

Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener al usuario en su medio sociofamiliar.

3. Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia: La unidad de media estancia, también denominada de rehabilitación hospitalaria, es un centro de internamiento dotado de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente.

Se trata, por lo tanto, de unidades de hospitalización activa con una estancia máxima de los pacientes de 6 a 12 meses. Esta actividad de rehabilitación debe realizarse, en la medida de lo posible, en el marco de la comunidad de referencia para evitar el alejamiento del paciente de su entorno sociofamiliar.

4. Unidades Residencias-Rehabilitadoras de Larga Estancia: unidades de rehabilitación activa de larga estancia para pacientes con edades inferiores a los 65 años y unidades residenciales asistidas para los de mayor edad no externalizables.

Podrán disponer complementariamente de programas o unidades de atención a colectivos específicos: gerontopsiquiatría, dementes con tras-

torno de conducta grave, psicosis refractarias, pacientes judiciales, etc., es decir, adaptados a las necesidades de la población ingresada.

5. Alternativas Residenciales: Se desarrollarán alternativas a la institucionalización psiquiátrica tradicional adecuadas al grado de autonomía de los usuarios y cuya función predominante será la prestación de un servicio social básico como es el residencial.

En la medida en que las características de los usuarios les permitan una convivencia normalizada, serán candidatos a las prestaciones y plazas residenciales de la red del Instituto Aragonés Servicios Sociales. Las alternativas residenciales son:

- Miniresidencias o “Casas Hogar”: servicio residencial abierto y flexible que recibe el apoyo y supervisión de la unidad de salud mental. Este recurso estará destinado fundamentalmente a nuevos enfermos mentales graves que presentan una autonomía reducida, que precisan atención prolongada y continuada y que tienen una edad inferior a 65 años.
- Viviendas o pisos tutelados: Está destinado a usuarios dotados de alguna autonomía personal y con ciertas habilidades sociales en régimen de convivencia grupal, reducida a 3 ó 4 personas y no más de 6, que requieren una supervisión externa por parte del equipo de salud mental.

Este dispositivo es uno de los mejores medios para integrar en la comunidad a pacientes sin familia o cuando ésta no resulta apta. Por otra parte, es un dispositivo muchas veces imprescindible tras el alta en las unidades rehabilitadoras de media estancia.

- Pisos sociales protegidos: Dispositivo puramente social, que facilita la incorporación a la sociedad de las personas con problemas de salud mental plenamente capacitadas para llevar una vida independiente, si se les proporcionan los recursos necesarios.
- Pisos propios: Pacientes que poseen vivienda propia, insertados en programas sociales de atención domiciliaria e integración comunitaria.

Dispositivos de inserción y gestión social:

1. Clubes sociales: dedicados a atender las necesidades de ocio y convivencia de los enfermos y las familias. Desarrollan programas que tienen como misión fomentar la integración social del enfermo mental, a través de la utilización del ocio y tiempo libre y establecer una serie de actividades de orden recreativo, cultural y deportivo. Se pretende recuperar hábitos sociales perdidos fomentando las relaciones personales y la autoestima a través del estímulo a la expresión y creatividad.
2. Centros Ocupacionales: espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o para-laborales. Los objetivos básicos son la recuperación o el mantenimiento de habilidades y normas de convivencia y comunicación en grupo.

El Taller-escuela o prelaboral es un espacio de formación que sirve de puente entre el Centro Ocupacional y el Centro Especial de Empleo. Su función es el aprendizaje o recuperación de una actividad laboral dirigida hacia la futura autonomía profesional.

3. Centros Especiales de Empleo: dirigido hacia aquellos pacientes que han conseguido una rehabilitación y un aprendizaje suficientes para facilitarles la integración laboral. Las empresas de trabajo protegido constituyen el último eslabón en la reinserción laboral y, en ellas, la supervisión del equipo terapéutico es mucho menos intensa y directa.

2.2. Rehabilitación psicosocial y calidad de vida.

La Rehabilitación Psicosocial tiene como objetivo conseguir una vida de calidad aceptable para las personas con enfermedad mental y sus familias.

Para lograr la rehabilitación de la persona, es importante contar con su opinión sobre la vida que quiere vivir y sobre lo que opina en general, teniéndola en cuenta a la hora de planificar los objetivos y las actividades.

La calidad de vida enlaza tres conceptos importantes en rehabilitación: la recuperación, la calidad asistencial y la ética.

La recuperación, orientada al desarrollo de un nuevo proyecto de vida, significa contar con la opinión, aspiraciones y motivación de la persona. Es la persona la que tiene que estar motivada y concienciada para darle significado y propósito a su vida.

Los modelos de calidad asistencial determinan el análisis de la calidad de vida como un eje central en la evaluación de los servicios de salud mental. Los programas asistenciales son efectivos cuando contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

La ética, tiene que ver con el respeto a la persona y con la elección sobre la vida que quiere vivir. El profesional debe ser capaz de ayudar a la persona a desarrollar sus capacidades personales para aumentar las posibilidades de elección.

Los resultados al evaluar la calidad de vida en Rehabilitación Psicosocial están determinados por el bienestar subjetivo de la persona en relación al apoyo social, la integración, el control interno, la autonomía, la confianza en sí mismo, las aspiraciones y expectativas, la familia, el trabajo y la vida en general (Miguel Ángel Verdugo, 2006).

El interés por la calidad de vida en Salud Mental, surge con la desinstitucionalización, proceso en el que las personas con enfermedad mental pasan de un sistema de atención de salud mental puramente residencial a dispositivos más comunitarios, que priman por la autonomía e integración de la persona.

Surge y se potencia la idea de que el mantenimiento de la persona con enfermedad mental en la comunidad es importante para su recuperación e integración. La atención a la persona se desarrolla desde dos perspectivas la sanitaria y la social; se ve necesario atender las necesidades clínicas y apoyar a la persona en la satisfacción de las necesidades económicas, de alojamiento, de integración familiar y comunitarias. Se reconocen las necesidades individuales de cada persona para lograr una recuperación e integración de la persona.

El análisis de la calidad de vida incluye el punto de vista y las percepciones

subjetivas de la persona con enfermedad mental sobre su bienestar físico, psicológico y social.

Al considerar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y su opinión, aumenta la sensación de control consiguiendo una mejor percepción sobre si mismo y su calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida se ha convertido en una medida habitual hoy en día. Ya en 1969, Fairweather, con el fin de evaluar un programa de tratamiento comunitario, desarrollo medidas sobre la percepción subjetiva de la calidad de vida de la persona con enfermedad mental.

Los aspectos subjetivos a evaluar por Fairweather son: la satisfacción con sus condiciones de vida, con las actividades de ocio, con la vida en la comunidad, con el trabajo.

Más tarde, en 1996, Oliver J., establece una serie de razones en las que determina la importancia de tener en cuenta la calidad de vida en los servicios para personas con enfermedad mental:

- Alivio frente a curación. Mantener la calidad de vida es un objetivo más realista que la recuperación total.
- Los programas complejos requieren medidas de resultados complejas. La calidad de vida es una medida amplia y multidimensional.
- Prestación de una atención individualizada, satisfactoria para el cliente.
- Perspectiva holística y comprehensiva de la salud.
- La calidad de vida es un buen objetivo desde el punto de vista político.
- La evaluación de la calidad de vida es aceptada y agradecida por los pacientes y familiares.

- Proporciona una base para el trabajo multidisciplinario.
- Su evaluación no supone un gasto importante.

A través del análisis de la calidad de vida en Rehabilitación Psicosocial podemos comprobar el impacto de los nuevos servicios comunitarios en personas con enfermedad mental que han pasado por instituciones psiquiátricas a servicios comunitarios, demostrando que con el apoyo comunitario necesario, se sienten más satisfechos con su vida y situación.

Lo que más valoran las personas con enfermedad mental es el cambio de entorno y la libertad de ser más autónomos e independientes. La persona logra una mayor autonomía y permanencia comunitaria relacionándolo con mejor percepción de la calidad de vida. Desde una perspectiva integral la calidad de vida debe considerarse como objetivo primordial en la atención a personas con enfermedad mental

2.3. Modelos Teóricos.

Para el análisis de la calidad de vida de los usuarios del servicio de pisos asistidos de Rey Ardid se cree necesario analizar el modelo teórico utilizado por los profesionales para abordar la intervención.

Los profesionales de Rey Ardid utilizan principalmente el modelo de intervención cognitivo conductual y la terapia familiar sistémica dependiendo de las necesidades individuales de la persona.

La intervención se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta las necesidades y características individuales de la persona que orienta al Trabajador Social a decidir la forma de intervención en salud mental (Eva Garcés Trullenque, 2010)

Modelo de atención cognitivo-conductual

La Sociedad Española de Psiquiatría define este modelo como una forma de entender como la persona piensa (cognitivo) sobre sí misma, otras personas y sobre el entorno y mundo que le rodea, y como lo que uno hace (conductual) afecta a sus pensamientos y sentimientos.

Por medio de la terapia cognitiva-conductual la persona puede cambiar la forma en cómo piensa y actúa, consiguiendo que se sienta mejor. La terapia se centra en el presente, en cómo piensa y que hace la persona, buscando formas de mejorar su situación.

El funcionamiento de la intervención cognitivo-conductual consiste en ayudar a que la persona entienda sus problemas desglosándolos en partes más pequeñas. La persona es capaz de ver cómo estas partes están conectadas entre sí y como le afectan.

El profesional para el desarrollo de la intervención utiliza técnicas conductuales, cognitivas y habilidades de afrontamiento:

Técnicas cognitivas: se intenta conocer los pensamientos positivos y negativos de la persona, para potenciar los primeros y reducir los segundos.

- Debate: construir una narración diferente de lo que le ha sucedido para desarrollar alternativas más racionales y aceptables.
- Identificación de pensamientos automáticos negativos, reestructuración cognitiva: se anima a la persona a llevar al plano consciente ciertos pensamientos automáticos negativos

que impiden que avance y se proponga ciertos objetivos para su recuperación.

- Asertividad: habilidades necesarias para resolver situaciones donde es necesario expresar con claridad y con firmeza el punto de vista de cada uno, negociar situaciones, etc.

Técnicas conductuales: tienen como fin crear y potenciar conductas y hábitos positivos y saludables; y a su vez detectar los comportamientos negativos o dañinos.

1. Técnicas para fortalecer un comportamiento o hábito.

- Refuerzo positivo: después de cada desempeño correcto se realiza una recompensa.

2. Técnicas para desarrollar una conducta nueva.

- Moldeamiento o aproximaciones sucesivas: el dividir el comportamiento deseado en pasos sucesivos y reforzar cada paso que se dé.
- Modelo y juego de roles: ensayamos la conducta problema las veces que haga falta en el domicilio a través del establecimiento de papeles. . Después de los ensayos se habla de lo bueno del desempeño, de lo que se puede mejorar y se corrige, mediante el refuerzo positivo.
- Economía de fichas: técnica en la que se emplean fichas como refuerzo para modificar o adquirir comportamientos.

Habilidades de afrontamiento: la persona aprende y pone en práctica habilidades necesarias para situaciones de la vida diaria.

- Estrategias conductuales de afrontamiento: la relación directa

entre aumento de actividad y mejoría de estado de ánimo. En otras ocasiones, para afrontar ciertas situaciones que generan mucha ansiedad, se propone reducir la actividad social, pero sin estimular la evitación que puede acabar en retraimiento y aislamiento.

- Manejo de la ansiedad y relajación: Definición de la ansiedad, explicación de la curva de la ansiedad, se evalúan las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad y se explican técnicas de relajación y de control de la respiración.
- Control del estímulo: Identificar cuáles son las condiciones ambientales, sociales y personales que anteceden a la aparición de una recaída o a la llegada de una crisis de ansiedad permite enfrentarse a ella de una manera más eficaz y se puede elaborar un plan con comportamientos alternativos mediante la manipulación de estos antecedentes.
- Estrategias cognitivas de afrontamiento:
 - Distracción
 - Desviación de la atención
 - Auto instrucciones

Modelo de Terapia familiar-sistémica:

El modelo de Terapia Familiar Sistémica contempla al individuo no solo de forma individual, sino también en función de su interacción y relación con los demás, es decir, principalmente con su familia y con su entorno; considera a la persona dentro de un contexto.

El concepto clave de la terapia familiar sistémica es el de la familia como sistema. La familia como sistema deriva de la Teoría General de los sistemas (Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947), que hace referencia a que el

comportamiento de una persona no se puede comprender o entender al margen del resto de miembros de la familia.

La intervención realizada con la familia tiene como fin potenciar los recursos de la familia para solucionar sus dificultades o el malestar general de alguno de sus miembros. Otro fin de la intervención es conseguir un cambio en el sistema familiar, estructural y/o interaccional.

Las técnicas más utilizadas por el profesional en la terapia familiar sistémica son clarificación, recapitulación, preguntas circulares, escultura familiar y narración de cuentos metafóricos

Clarificación: intervención verbal en la que se realiza una pregunta a la familia o a algún miembro, con el fin de corroborar que se ha entendido el mensaje o la información transmitida.

Recapitulación: consiste en elaborar un resumen de una parte o el total del contenido cognitivo o afectivo del mensaje emitido por uno de los miembros o la familia.

Preguntas circulares: cada miembro expresa sus sentimientos y su perspectiva sobre las relaciones y diferencias de la familia.

Escultura familiar: se recrean en el espacio físico las relaciones entre los miembros, haciendo visible y experimentando, espacial y concretamente, la estructura y configuraciones relacionales de la familia (Kantor y Duhl).

Narración de cuentos metafóricos: entre todos los miembros van construyendo un cuento en el que narran sus sentimientos, percepciones e incorporan visiones nuevas sobre la situación familiar. La narración también puede ser realizada por el profesional con fin terapéutico; cuando es realizada por la familia tiene fines de diagnóstico.

2.4. Fundación Rey Ardid.

El Grupo Ramón Rey Ardid está compuesto por una serie de organizaciones de carácter no lucrativo creadas bajo la tutela de Ramón Rey Ardid desde el año 1991 en Aragón. Las entidades por las que está compuesto Ramón Rey Ardid son fundaciones, Centros Especiales de Empleo y Empresas de Inserción Social, y Entidades Sociales participantes.

Las entidades que forman Rey Ardid desarrollan actividades dirigidas a la inclusión en la sociedad de todas las personas excluidas o en riesgo de exclusión social, situando a la persona en el centro de toda su actividad y trabajo, por medio de una gestión eficiente de los recursos disponibles.

Rey Ardid es pionera en la implantación de nuevos programas y servicios de inclusión, trabajando de forma coordinada con la administración y con el resto de organizaciones implicadas.

Es importante destacar la ética o valores de trabajo de la fundación reflejando así la responsabilidad social en todas las actuaciones. En la toma de decisiones se guía por la ética, la transparencia y la responsabilidad hacia las personas atendidas y hacia la sociedad.

El objetivo principal de las organizaciones que forman Rey Ardid es la realización, de forma directa o concertada, de actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de las personas excluidas o en peligro de exclusión de los siguientes grupos: infancia, juventud, mujeres, mayores, inmigrantes, minorías étnicas, drogodependientes, prioritariamente personas con enfermedad mental.

El órgano de gobierno de Rey Ardid es el Patronato, constituido por entidades públicas, organizaciones sociales y asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental.

Estructura organizativa del patronato:



Organigrama del Patronato de Rey Ardid. Fuente secundaria: memoria de actividades de Rey Ardid 2011.

Las entidades que forman Rey Ardid desarrollan su actividad en distintas áreas de intervención:

- Área de salud mental: la entidad nace ligada a esta área. Actualmente el área de salud mental desarrolla su actividad en dos ámbitos, social y sanitario, aunque la separación solo se produce a efectos organizativos, ya que la intervención se realiza de forma global y multidisciplinar (intervención coordinada de diferentes profesionales).

Los recursos que integran el ámbito sanitario tienen como objetivo ofrecer una atención directa a los problemas que presentan los usuarios en los ámbitos médico, psicológico, conductual y psicopatológico, pero

también en las áreas social, vida doméstica, ocupacional, ocio y laboral. Los recursos sociales tienen como objetivo integrar social y laboralmente a personas con discapacidad, fundamentalmente por enfermedad mental.

Las herramientas empleadas para lograr el objetivo son: la formación, la actividad ocupacional y el empleo protegido en Centros Especiales de Empleo o en empresas participadas. También se ofrece apoyo a los usuarios para que resuelvan sus necesidades de alojamiento, disfruten del tiempo libre y participen de forma activa en la comunidad.

- Área de mayores: Rey Ardid amplía su ámbito de actuación en el año 1996 por medio de la realización de estudios para el conocimiento de las necesidades de las personas mayores de 65 años en determinadas provincias de Zaragoza. La entidad sigue realizando estudios para diferentes Ayuntamientos con la finalidad de implantar nuevos recursos y servicios para personas mayores.

El objetivo principal de esta área es fomentar el desarrollo integral del mayor, mediante la atención sociosanitaria, potenciando el mantenimiento de la autonomía y la independencia del usuario, valorando en todo momento sus aspectos físicos, psíquicos, funcionales y sociales.

- Área de atención a la dependencia: surge en 2004 ante la necesidad de coordinar programas para personas con necesidades diferentes a las de los colectivos de salud mental y mayores. En esta área se desarrollan programas de apoyo con servicios de acompañamientos, traslados, sustitución del cuidador principal y ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Formación: tras un largo trabajo en esta área, Rey Ardid consigue formar parte del INAEM como Centro Homologado de colaboración que desarrolla su actividad proporcionando formación externa con

profesionales propios. Se imparten cursos de formación ocupacional, higiene alimentaria y formación demandada por el personal y la población en general.

- Voluntarios: la Sección Juvenil y de Voluntariado de Rey Ardid surge como un aspecto importante en el proceso de recuperación e integración efectiva de la persona con enfermedad mental.

Los voluntarios son formados por la entidad y participan de forma activa en la programación y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre. Rey Ardid cuenta con un centenar de voluntarios, caracterizados por un perfil joven de entre 18 y 25 años, y universitario.

2.5. Pisos asistidos.

El servicio de pisos asistidos o tutelados surge ante la necesidad existente de dar a las personas con enfermedad mental una asistencia integral y adecuada; considerando que cada persona necesita un grado distinto de atención. Los pisos asistidos son una alternativa residencial que tienen como fin mantener a la persona en el entorno potenciando su autonomía y la integración en la comunidad.

La fundación Rey Ardid cuenta con este servicio desde el año 1992, desarrollando una red de pisos destinada a atender a las personas con enfermedad mental que presentan distintos grados de discapacidad psiquiátrica. Es importante destacar que a través de este servicio se vincula a la persona con los recursos sociosanitarios para lograr que la integración sea efectiva y real.

El servicio de pisos asistidos viene regulado por el convenio de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Fundación Ramón Rey Ardid para la prestación de servicios de Salud Mental. El convenio regula las actividades, los profesionales y las directrices generales a seguir por el servicio.

A su vez el servicio de pisos asistidos pertenece al Programa de Alternativas residenciales, recogido en el Plan Estratégico de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Los pisos asistidos son denominados en el Plan como pisos tutelados y se definen como una alternativa residencial destinada a usuarios dotados de cierta autonomía personal y con ciertas habilidades sociales en régimen de convivencia grupal, reducida a 3 o 4 personas y no más de 6, que requieren una supervisión externa por parte del equipo de salud mental.

El Plan contempla este tipo de servicio como uno de los mejores medios para integrar en la comunidad a personas con enfermedad mental sin familia o cuando esta no resulta apta. También se considera adecuado e imprescindible para los usuarios que reciben el alta de las unidades rehabilitadoras de media estancia.

El acceso de los usuarios al servicio es determinado por la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los Centros de Rehabilitación y Sistema de Salud de Aragón del Sector 1 propuesto desde su Centro de Salud Mental de referencia.

Los objetivos propuestos por Rey Ardid para el servicio de pisos asistidos son:

1. Facilitar la residencia a los enfermos mentales crónicos que puedan ser mantenidos bajo control psiquiátrico en el medio comunitario.
2. Proporcionar alternativas residenciales adecuadas a las características del usuario y de su momento evolutivo.
3. Adecuar los apoyos residenciales a las características contextuales.
4. Estimular el mayor grado de autonomía posible en la gestión y mantenimiento de sus necesidades residenciales.

El equipo que atiende el servicio de pisos asistidos está formado por una coordinadora, que es trabajadora social y dos monitores. Este equipo trabaja de forma coordinada con el resto de profesionales del CRAP (Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial), ubicado en el barrio del Actur.

El equipo de trabajo del CRAP consta de psicóloga, enfermero, terapeuta ocupacional y monitores. El servicio consta de 7 pisos asistidos convenidos con la Sociedad Municipal de la Vivienda y atiende a 25 personas.

El perfil general de las personas que acceden al servicio comprende edades entre 20 y 50 años aproximadamente, afectadas por un trastorno mental severo, que poseen escasos recursos económicos, y que presentan graves dificultades de integración en el entorno familiar y comunitario de origen.

Existen dos perfiles diferenciados de usuarios atendidos: pacientes caracterizados por el efecto crónico de la enfermedad, procedentes del sistema de institucionalización, con graves déficits en el autocuidado personal, con habilidades sociales reducidas que son potenciadas con resultados de mejora, y que no presentan graves trastornos psicopatológicos; y por otro lado otro perfil diferenciado de usuarios jóvenes con psicopatología activa, que precisan apoyo para controlar la sintomatología de la enfermedad potenciando la inserción social y comunitaria para evitar la propensión a la cronicidad.

La atención a los usuarios se adecua a las necesidades individuales, siguiendo unas directrices generales:

1. Las actividades clínicas y asistenciales con su correspondiente seguimiento y apoyo:
 - Seguimiento clínico y psicofarmacológico de mantenimiento.
 - Psicoterapia individual.
 - Detección de necesidades y la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud individual y de grupo.
 - Seguimiento y apoyo social y familiar.
 - Seguimiento y evaluación continua de su PIR y apoyo en la derivación a otra alternativa residencial en su caso.
2. Reuniones de grupo de cada piso con la coordinadora y monitor para abordar cuestiones generales de convivencia.
3. La atención y visita diaria a cada uno de los pisos del monitor para dar apoyo a las actividades de la vida diaria y como nexo de información con

el resto del equipo.

4. Manutención, que comprende comida y cena en la Residencia. En los casos en los que existe autonomía suficiente se van realizando las cenas en el propio domicilio.

Francisco Galán (2004), responsable del área social de Salud Mental de la Fundación, afirma que “la clave de la integración social es potenciar las capacidades individuales”, teniendo como objetivo favorecer la mejora de las condiciones de vida de las personas atendidas.

También recalca la importancia de establecer una comunicación con el usuario, desarrollando el profesional sus capacidades de escucha activa, flexibilidad y reflexión para conocer lo que le pasa a la persona y sus necesidades individuales para ayudarla de la forma más adecuada.

Galán determina que el valor principal a transmitir a la persona atendida es el respeto. Es importante que la persona sienta que es escuchada, comprendida y valorada.

3. MARCO CONCEPTUAL.

A lo largo del desarrollo de este capítulo se describen los conceptos claves para la realización del proyecto y para una mejor comprensión de los términos utilizados.

– Trastornos mentales:

Según el DSM-IV trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor)., a una discapacidad (p ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Según el CIE-10 la definición de trastorno mental es: presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los dos signos más característicos de los trastornos psicológicos son: presencia de emociones dolorosas crónicas (ansiedad, depresión, ira...), presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.

– Salud Mental:

Para la organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Otra definición importante de salud mental es la realizada por Eva Garcés Trullenque, Trabajadora Social del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y profesora de la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo también en Zaragoza: La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

Por tanto, Garcés afirma que el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud.

– Bienestar social:

Para Moix (1986) el concepto de bienestar social determina la obligación por parte de las organizaciones políticas de satisfacer o mantener las necesidades de los ciudadanos, sobretodo de los más desfavorecidos, mediante los sistemas públicos necesarios de protección social.

Moix establece dos dimensiones dentro del término bienestar social: la individual y la social. La individual hace referencia a las necesidades básicas del ser humano en esta sociedad, relacionadas con la salud, la vivienda, la estabilidad económica. Y la dimensión social hace referencia a las necesidades

sociales de la persona, relacionadas con el establecimiento de un orden social común, compartido.

Se puede decir que el bienestar social como finalidad u objetivo tiene la consecución de satisfacer las necesidades de los ciudadanos mediante los servicios, programas, instituciones que sean necesarias.

Para Casas (1996) el concepto de bienestar social viene determinado como un requisito para una buena situación social, acompañado de otros tres requisitos, calidad de vida, nivel de vida y renta per cápita.

Otra de las definiciones de bienestar social puede ser el conjunto de factores que determinan la calidad de vida de una persona que le permitirán tener una satisfacción global con la vida y consigo misma.

- Rehabilitación Psicosocial:

La rehabilitación psicosocial es el conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.

La rehabilitación psicosocial no es un centro ni una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas de una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar una mayor calidad de vida en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

- La salud mental como calidad de vida:

La salud mental como calidad de vida es un concepto difuso pero se pueden determinar dos ejes claros para definirlo: el bienestar objetivo en relación a aspectos del nivel de vida, y el bienestar subjetivo relacionado con los aspectos sociales, físicos y psicológicos.

En relación al párrafo anterior se establecen cuatro dimensiones de la calidad de vida: la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general. Que operacionalmente lo podemos traducir en satisfacción global con: la vida, la vivienda, el ocio, el medioambiente, la educación, el trabajo y las relaciones interpersonales (Blanco y Chacón 1985).

La calidad de vida en salud mental no solo va a depender de la satisfacción de las necesidades clínicas también es igual de importante el apoyo social para la integración en la comunidad y la familia, y las necesidades como la vivienda y lo económico.

Cabe destacar la definición de calidad de vida de Becker (1993), sentimiento de bienestar que surge de la satisfacción con las áreas de la vida que el individuo considera para él relevantes.

También es importante hacer referencia a la definición de calidad de vida de la OMS (1993), la percepción que el propio individuo tiene de su propia situación vital, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el cual vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Es un concepto amplio, que incorpora de manera compleja el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales.

En promoción del bienestar social, mental y físico la OMS ha desarrollado el Proyecto WHOQOL, como medida para evaluar la calidad de vida percibida por una persona en torno a cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

4. MARCO LEGISLATIVO.

En este capítulo se desarrollan las principales leyes y políticas sociales de más relevancia orientadas al colectivo de personas con enfermedad mental tanto en el ámbito europeo, nacional como en el autonómico.

4.1 Marco europeo.

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

Esta resolución de las Naciones Unidas es un primer paso para alcanzar la igualdad social, laboral, institucional y sanitaria de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Hoy en día numerosas personas afectadas, siguen siendo discriminadas por la sociedad en algún aspecto, por ello, desarrollar y actualizar la normativa es crucial para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

La Declaración de Madrid de 1996 llevada a cabo por la Asociación Psiquiátrica Mundial, señala las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, huyendo de la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o violencia a terceros.

La Declaración de Madrid del 96 señala unas directrices éticas para regular el comportamiento entre el paciente y el psiquiatra ya que se tendía a la sobreprotección del paciente y a una actitud de compasión que no favorecía la autonomía del paciente.

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 abordan 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.

Este Libro Blanco sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental regula los protocolos de actuación en lo referente a los ingresos involuntarios de personas con enfermedad mental, es un avance ya que muchos afectados no desean su ingreso pero deben recibir la asistencia que necesitan.

4.2 Marco Nacional.

En el Capítulo III del Título I, (Constitución Española) 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.

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.

La ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Esta ley a nuestro parecer posee una importancia relevante en el panorama Nacional ya que favorece la autonomía de las personas dependientes, las personas enfermas mentales en muchas ocasiones tienen una fuerte dependencia, por ello resulta de vital trascendencia favorecer e impulsar su autonomía personal para que puedan valerse por sí mismos en todo lo que les sea posible.

El reto de la Ley no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

La responsabilidad de la administración autonómica, es la de reconocer la situación de dependencia de los ciudadanos y facilitar el acceso al catálogo de prestaciones y servicios que contempla la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Una vez reconocido el derecho y una vez asignado el grado correspondiente, conjuntamente con Servicios Sociales se elaborará el PIA (Programa Individual de Atención).

El catálogo de servicios (art.15) incluye:

- Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Centro de Día y noche.
- Servicio de Atención Residencial.

4.3 Marco Autonómico.

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 amplía 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.

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.

Finalmente, el Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Aragón, el cual reúne las principales líneas estratégicas, normativa, etc. Éste plan es de máxima relevancia a nivel autonómico, por ello, comentar que no se ha publicado ni siquiera el borrador del nuevo plan estratégico que abarque desde el 2010 en adelante.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de la evaluación de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental usuarios del servicio de pisos asistidos de Rey Ardid se realiza un análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios. (ver tabla de los resultados en los anexos)

La muestra final de los cuestionarios es de 17 personas (11 hombres y 6 mujeres). Los usuarios que han realizado el cuestionario tienen edades comprendidas entre 31 y 62 años. 5 usuarios de los encuestados tienen entre 30 y 40 años; 6 usuarios tienen entre 40 a 50; 5 usuarios entre 56 y 60 años; y por ultimo solo un usuario tiene más de 60 años.

En relación al tiempo de permanencia en el servicio, se puede observar que el grupo más numeroso con diferencia es el que lleva más de 3 años en el servicio con 11 usuarios, de ellos 8 son hombres y 3 son mujeres, todos con más de 45 años, menos un usuario que tiene 32 años.

El siguiente grupo de permanencia en el servicio más numeroso, aunque con clara diferencia con el grupo anterior, es en el que los usuarios llevan de 6 a 12 meses; 3 usuarios, de los cuales 2 son hombres y una mujer, con edades comprendidas entre los 36 y 42 años.

Por detrás le sigue el grupo de 1 a 6 meses, con 2 usuarios, una mujer y un hombre, de 31 y 36 años. Y por último el grupo de usuarios que llevan en el servicio de 1 a 3 años, el menos numeroso con un solo usuario, mujer de 37 años.

Otro aspecto analizado importante a comentar es que todos los usuarios, menos 3, reciben apoyo domestico para organizarse y realizar las tareas del hogar, lo que supone que el 81% de los usuarios encuestados reciben apoyo.

Cabe destacar que de los tres usuarios que no reciben apoyo doméstico, dos son mujeres y uno es un hombre, comprenden edades entre 30 y 45 años. El usuario masculino que no recibe apoyo, muestra insatisfacción con su vivienda.

Los usuarios que reciben apoyo doméstico, son apoyados por monitores, empleadas de limpieza, psicóloga y trabajadora social. El mayor apoyo percibido por los usuarios es el de los monitores (8 usuarios), seguido de la empleada de limpieza (5 usuarios), la psicóloga (2 usuarios) y la trabajadora social (1 usuario).

Tras analizar la satisfacción de los usuarios, se asignan valores del 0 al 4 (donde 0 es lo menor y 4 es lo máximo), se ha observado que las valoraciones más altas percibidas por los usuarios se dan en la satisfacción con el servicio. De los usuarios encuestados, el 53% valoran con la puntuación más alta; el 35% lo puntúan con un 3; y un 12% lo valoran con un 2. No encontramos ningún valor negativo (0 y 1), manifestando así los usuarios satisfacción alta con el servicio.

Otro aspecto a analizar dentro de la satisfacción es la vivienda. También se pueden observar valores altos de satisfacción, el 53% valoran con la puntuación más alta, es decir están muy satisfechos con su vivienda, por detrás un 23% puntúan con un 3, seguido de un 17% que la valoran con un 2, y por último, una sola persona, que representa el 6%, lo valora con un 1, es decir no está muy satisfecho. En la satisfacción con la vivienda tampoco se encuentra ningún valor de 0.

En relación a la satisfacción con la familia, se observan valores o puntuaciones más bajas comparadas con los dos anteriores análisis de satisfacción. El 35% de los encuestados puntúan con el valor más alto, es decir están muy satisfechos con su familia; el 18% puntúa con un 3; el 30% con un 2, es decir, están satisfechos con su familia; un 12% puntúa con un 1; y un 6% puntúa con un 0, no está nada satisfecho con su familia. Las valoraciones más altas se observan en la mayor satisfacción con la familia y en una satisfacción media con esta.

Las valoraciones obtenidas en la satisfacción con la red social (amigos) reflejan que el 48% están muy satisfechos con su círculo de amistades; un 18% tienen una satisfacción alta; un 12% está satisfecho; otro 12% no está satisfecho; y un 6% no está nada satisfecho con su red social. Las valoraciones son más di-

versas en este aspecto obteniendo un valor alto de personas muy satisfechas con su círculo de amistades, y valores más equiparados en el resto de puntuaciones.

En el análisis de la satisfacción con la vida actual, se observa que un 42% está muy satisfecho con su vida; un 30% manifiesta una satisfacción alta; un 12% está satisfecho; un 6% está poco satisfecho; y otro 6% no está nada satisfecho. En general se puede observar que la satisfacción con la vida actual es alta, aunque también se aprecia un porcentaje bajo que no está satisfecho.

A continuación se realiza el análisis de las preguntas abiertas del cuestionario para conocer el nivel de integración comunitaria de los usuarios: actividades diarias y actividades de ocio y tiempo libre.

En cuanto al análisis de las actividades diarias que realizan las personas usuarias del servicio, se observa que las actividades más realizadas por los usuarios son las relacionadas con la limpieza y el aseo, las compras, cocinar y las actividades que realizan en el Centro de DIA del CRAP (Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial). También se ha podido observar que un par de usuarios muestran dudas sobre la diferencia entre actividades diarias y de ocio, ya que han incluido dos actividades de ocio dentro de las actividades diarias, piscina y musicoterapia.

En relación a las actividades de ocio que realizan los usuarios habitualmente, las actividades más realizadas son la piscina, pasear, y visitas a amigos y familiares, tomar café, ver la televisión. Otras actividades de ocio interesantes o más originales, que corresponden a hobbies realizados por los usuarios son los sudokus, costura, bicicleta, taller o cursillo de internet en centro cívico, biblioteca.

6. CONCLUSIONES.

Para la realización de las conclusiones se quieren contrastar los objetivos iniciales con los resultados obtenidos a lo largo del desarrollo del trabajo. Las conclusiones se inician verificando en qué medida se han cumplido los objetivos expuestos al inicio del trabajo. Se irán verificando uno por uno comenzando por los específicos para finalizar con el objetivo general.

A.1 Analizar en profundidad el servicio de pisos asistidos de Rey Ardid.

Este objetivo se ha cumplido en su totalidad ya que se ha realizado un estudio en profundidad del funcionamiento del servicio de pisos asistidos de Rey Ardid. Se ha estudiado como surge el servicio para dar respuesta a la demanda social del momento así como la estructura y organización del mismo.

A.2 Realizar un estudio detallado de las teorías o modelos empleados en el servicio de pisos asistidos de Rey Ardid.

Se verifica el cumplimiento de este objetivo por medio de la entrevista realizada a la coordinadora del servicio para conocer las teorías y modelos empleados por los profesionales de Rey Ardid.

Esta entrevista ha permitido analizar los modelos teóricos utilizados para la metodología de intervención. Los dos modelos empleados por los profesionales son: la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar sistémica ambos modelos son adecuados a las necesidades de los usuarios.

A.3 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a su vivienda.

Este objetivo también se ha alcanzado ya que a través de la realización del cuestionario se ha podido acceder a la percepción del usuario en lo referente al nivel de satisfacción respecto a la vivienda.

Por medio del análisis de los resultados de los cuestionarios se ha comprobado que existe un porcentaje alto de satisfacción referente a la vivienda en los usuarios del servicio. Se considera que están satisfechos con su vivienda por lo general, sin embargo, se observa que sólo uno de los usuarios está poco satisfecho con su vivienda.

No se sabe si existe relación pero este usuario no recibe ningún tipo de apoyo doméstico y se cree que puede ser vinculante de su bajo grado de satisfacción. Se ha observado que existen porcentajes elevados de usuarios que reciben apoyo doméstico y se cree que puede tener relación con el grado de satisfacción personal referente a su vivienda. De estos datos extraemos la conclusión de que el servicio proporciona un apoyo insustituible y adecuado para los usuarios.

A.4 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a su familia.

En la escala realizada correspondiente a este apartado se observan resultados muy variados. Se han obtenido datos de todo tipo, hay usuarios que muestran un alto grado de satisfacción referente a su familia mientras que otros muestran niveles más bajos de satisfacción.

Por ello, por los datos obtenidos, este objetivo se ha cumplido en su totalidad y se cree importante potenciar la red familiar de las personas que presentan déficits o carencias en éste área. Por ello en el apartado de sugerencias de mejora que se encuentra a continuación de las conclusiones, se ha propuesto una actividad que potencie la red de apoyo de cada individuo.

A.5 Analizar el grado de satisfacción general de los usuarios respecto a sus relaciones sociales.

Tras el análisis de los datos se comprueban que existe un porcentaje elevado de usuarios que están muy satisfechos con su círculo de amistades. En contraste, también se observan porcentajes más bajos que reflejan una menor satisfacción referente a las amistades.

Continuando el análisis, se ha observado que un usuario no está nada satisfecho con sus relaciones, este dato destaca entre el resto ya que ha valorado con la nota más baja sus relaciones personales de amistad. Este objetivo ha sido alcanzado o verificado ya que conocemos el nivel de satisfacción de los usuarios referente a los amigos.

A.6 Conocer el nivel de integración comunitaria de los usuarios a través de las actividades diarias y de ocio realizadas.

Para conocer el nivel de integración comunitaria se han analizado las actividades diarias y de ocio/tiempo libre, realizadas por los usuarios de forma habitual. Por ello se cree que el objetivo ha sido alcanzado en su totalidad.

En lo referente a las actividades diarias se comprueba que los usuarios han incluido en su rutina las actividades básicas de la vida diaria. Varios ejemplos de las actividades más realizadas son: limpieza y aseo, compras, cocinar y asistir al centro de día.

En relación a las actividades de ocio las más populares entre los usuarios son: natación en la piscina, visitas a amigos y familiares, paseos, ver TV y finalmente, tomar café. Se cree importante destacar las actividades de ocio que realizan algunos usuarios relacionadas con sus aficiones personales como por ejemplo, costura, realización de sudokus, asistencia a cursillos de informática en centros cívicos o bicicleta.

A través de la consecución de los objetivos específicos se observa que se ha alcanzado el objetivo general el cual es:

A. Analizar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental usuarias del servicio de pisos asistidos de la fundación rey ardid en Zaragoza.

Por lo tanto al alcanzar todos los objetivos del trabajo se ha creído oportuno realizar unas sugerencias de mejora que a continuación se explican en el capítulo, tras la obtención de los resultados se desarrollan estas sugerencias cuyo objetivo principal es fomentar la integración comunitaria de los usuarios de Rey Ardid.

7. SUGERENCIAS DE MEJORA:

A través del análisis de los resultados se han observado varios aspectos en los que se puede profundizar para fomentar la integración comunitaria de forma muy positiva en los usuarios. A continuación se desarrollan varias sugerencias de mejora, llevando a cabo estas actividades, se cree que se lograría una mayor integración.

En primer lugar, se ha observado en el apartado de análisis de resultados, un nivel bajo de satisfacción referente a las amistades, se quiere mejorar el grado de satisfacción, por ello se va a llevar a cabo la siguiente actividad:

JORNADA LLEVA A UN AMIGO: consiste en fijar un día de convivencias en el centro o en un espacio público cercano al mismo, (ya sea un parque o zona verde) y que cada usuario acuda acompañado de un amigo de fuera del centro.

En primer lugar realizaremos un círculo de presentaciones, para darnos a conocer cada participante dirá su nombre y un dato relevante de su persona. Cada usuario del centro será el encargado de realizar presentaciones formales de su amigo al resto de asistentes a la jornada. Una vez se haya realizado la toma de contacto, se van a realizar juegos de mesa o actividades lúdicas durante toda la jornada.

Nuestro objetivo es aumentar la red de apoyo de los usuarios, que se desarrollen nuevos grupos de reunión y así se podrán impulsar la realización de nuevas actividades. Todo ello fomenta la integración comunitaria de los usuarios.

Otra sugerencia de mejora es la creación del **TALLER DE EXPRESIÓN**, ya que se ha observado en las respuestas del cuestionario que la mayoría de actividades que realizan ya sean de la vida diaria o de ocio se basan en actividades un poco rutinarias en algunos casos. Por ello en este taller de expresión queremos que los usuarios expongan sus gustos, aficiones y sus ilusiones.

Tras realizar esta lluvia de ideas entre los usuarios del centro, se escogerán dos actividades nuevas para realizar tanto de forma grupal como de forma individual. Esto impulsará a los usuarios a salir de la rutina, plantearse que nuevas experiencias le gustaría vivir y llevarlas a cabo con sus compañeros.

Este taller puede realizarse varias veces al año, favorece la autonomía de los usuarios y a la integración de los mismos además de potenciar la realización de actividades nuevas que desarrollen la creatividad de los usuarios.

Cambiamos de sugerencia, se ha realizado una propuesta de SALIDA CULTURAL O SALIDA DE OCIO: se quiere dar a conocer Zaragoza desde otro punto de vista por ello, se exponen dos opciones de salida en grupo para conocer puntos de interés de la ciudad.

En primer lugar, la SALIDA CULTURAL, que consta de varias opciones para realizar a lo largo del espacio programado, visita al teatro romano, termas, la lonja, la Aljafería o a algún museo. Se tiene constancia de que dependiendo del día en que se acuda a cualquiera de las propuestas sugeridas, la actividad será gratuita, un ejemplo, la Aljafería todos los domingos la entrada es gratuita.

En segundo lugar, SALIDA DE OCIO: proponemos varias actividades para que los miembros del grupo decidan cuales se van a llevar a cabo. Visita por el casco antiguo de la ciudad, ruta de tapas por el tubo, asistencia a conciertos gratuitos en espacios como puerto Venecia o en la expo. Finalmente proponemos un picnic en alguna zona verde cercana al centro de día (por ejemplo, el parque del agua de la expo).

Ahora se expone la propuesta más creativa, CREACIÓN DE UN COLLAGE, tras observar que el nivel de satisfacción respecto al servicio es el más elevado en casi la totalidad de los usuarios que rellenaron el cuestionario, se ha decidido realizar junto con la Terapeuta Ocupacional un collage representativo del centro.

Este collage se podrá realizar o bien de forma individual o bien en grupo y será una forma de expresar al centro su visión del mismo. Se cree que es una forma interesante de que los usuarios expresen lo que sienten por el centro y dejen volar su creatividad.

Finalmente, se quiere sugerir la realización de una CHARLA DE CONCIENCIACIÓN FAMILIAR, en esta charla se quieren afianzar datos e información que ya disponían las familias. Trataremos las enfermedades mentales más comunes, como tratar con las personas con enfermedad mental, como ayudar a sus familiares, etc.

Será una charla orientada a la sensibilización para que los familiares comprendan un poco mejor la situación de los usuarios del centro y ayuden de forma apropiada y dependiendo de las necesidades de cada individuo. Se cree que de este modo igual los usuarios se sienten mejor comprendidos por sus familiares y se sientan bien consigo mismos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Monillejo, E.; Pozo Muñoz, C.; Martos Méndez, M.J. 2008. Intervención Psicosocial y Evaluación de Programas en el ámbito de la Salud Mental. Ed. Formación Alcalá. Jaén.
- Alvaro, J.L.; Garrido, A.; Torregrosa, J.R. 1996. Psicología Social Aplicada. Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. Madrid.
- Bertalanffy, L. Teoría General de los Sistemas, 1986, México. Ed. Fondo de Cultura de México.
- Blanco, A.; Díaz, D. 2005. El bienestar social: su concepto y medición. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Cibanal Juan, L. (2006): Introducción a la sistémica y terapia familiar, ed. Club universitario, Alicante.
- Fernández, J., Touriño, R.; Benítez, N.; Abelleira, C. (2010). Evaluación en Rehabilitación psicosocial. Ed. FEARP, Valladolid.
- García Córdoba. (2008): El cuestionario, recomendaciones metodológicas para el diseño de un cuestionario. Ed. Limusa
- García Herrero, G. (2008): Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Zaragoza. Certeza.
- Memoria 2011 del Programa de Pisos asistidos de Rey Ardid. Zaragoza.
- Memoria de actividades 2011, Grupo Rey Ardid. Aragón.
- Moix, M. (1986) Bienestar Social, ed. Trivium. Madrid.

- Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. 2007. Edita: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid
- Oliver, J.; Huxley, P.; Bridges, K.; Mohamad H. (1996): Quality of life and Mental Health Services. Ed. . Londres.
- Pichot, P.; López-Ibor Aliño, J.J.; Valdés Miyar, M. (1995): Clasificación y Criterios Diagnósticos de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association DSM-IV. Ed. American Psychiatric Association. Barcelona.
- Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Aragón.
- Ruiz Olabuenaga, J. (2012): Metodología de la investigación cualitativa, Bilbao.
- Taylor, S.J. Bogdan, R (1992).-Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ed. Paidós, Barcelona,

REVISTAS

- Aragóndigital.es (20/09/2004): "La clave de la integración social es potenciar las capacidades individuales (Francisco Galán Calvo). Editado: Cristina Terroba.

WEBGRAFÍA

- [GuiadeprestacionesparapersonasensituaciondeDepencia,pdf](#)
- <http://www.definicion.org/rehabilitacion>
- <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

9. ANEXOS

ANEXO 1

ACTIVIDAD/MES	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
A-1.1 Elección del tema de trabajo	■				
A-1.2 Planificación de la estructura de trabajo (capítulos)	■				
A-2.1 Búsqueda y selección de bibliografía relacionada con el tema		■			
A-3.1 Visita y primer contacto con la fundación		■			
A-3.2 Realización de la introducción		■			
A-4.1 Diseño de metodología		■			
A-5.1 realización de marco teórico		■			
A-6.1 Realización de marco conceptual			■		
A-7.1 Realización del marco legislativo			■		
A-8.1 Realización de entrevista formal a la coordinadora del servicio (trabajadora social)			■		

A-9.1 realización de cuestionarios a los usuarios					
A-10.1 análisis de los resultados obtenidos					
A-10.2 Realización de conclusiones y sugerencias de mejora					
A-10.3 preparación de la presentación					

ANEXO 2

1. Sexo:

Mujer

Hombre

2. Edad: _____

3. Servicio del que es usuario:

Piso tutelado

Equipo de Apoyo Social Co-
munitario

4. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando el servicio?

Menos de un mes

Entre uno y seis
meses

Entre seis meses y
un año

Entre uno y tres
años

Más de tres años

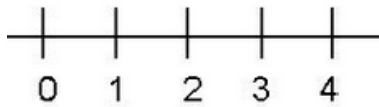
5. ¿Recibes apoyo doméstico (tareas del hogar)?

No

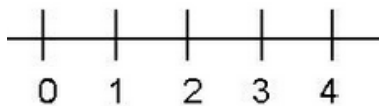
Si. Di quien:

6. Cuál es su grado de satisfacción general con:

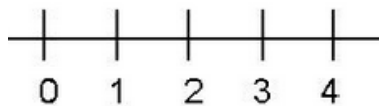
A) Tu vivienda:



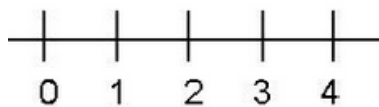
B) Tu familia:



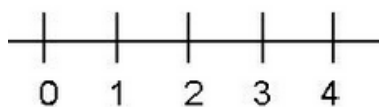
C) Tus amigos:



D) Tu vida actual:



E) El servicio:



7. ¿Qué actividades diarias realizas?

8. ¿Qué actividades de ocio realizas?

ANEXO 3

DISEÑO DE MODELO DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. N° de profesionales en el servicio de pisos asistidos.
2. N° de usuarios en el servicio de pisos asistidos.
3. Acceso al servicio como usuario.
4. Teorías o modelos de trabajo empleados por los profesionales.
5. Valoración personal sobre los efectos observados en la calidad de vida consecuentes de la utilización del servicio en las personas usuarias del servicio.

TRANSCRIPCION DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. N° de profesionales en el servicio de pisos asistidos: los profesionales que forman el equipo de pisos asistidos son una trabajadora social, que es la coordinadora del servicio, y dos monitores. Estos profesionales trabajan de forma coordinada con el resto de profesionales del CRAP (Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial), psicólogos, enfermeros, terapeuta ocupacional.
2. N° de usuarios en el servicio de pisos asistidos: el número de usuarios marcado por el convenio establecido con el gobierno de Aragón para la prestación de servicios de salud mental lo determina en 25 personas.
3. Acceso al servicio como usuario: el acceso de los usuarios al servicio es determinado por la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los Centros de Rehabilitación y Sistema de Salud de Aragón del Sector 1 propuesto desde su Centro de Salud Mental de referencia.
4. Teorías o modelos de trabajo empleados por los profesionales: los profesionales del equipo guían sus actuaciones y modo de trabajo utilizando la teoría cognitiva conductual principalmente, a la vez complementada con la terapia familiar sistémica.
5. Valoración personal sobre los efectos observados en la calidad de vida consecuentes de la utilización del servicio en las personas usuarias del servicio: se observa una mejoría clara de los usuarios tras el acceso al servicio, comprobada por medio de las escalas de evaluación realizadas en diferentes fechas y momento evolutivo de la persona.

ANEXO 4

Usuario ▼	Sexo ▼	Edad ▼	Servici ▼	Tiempo ▼	Apoyo domésti ▼	Satisfacción vivier ▼	Satisfacción fami ▼	Satisfacción amis ▼	Satisfacción vío ▼	Satisfacción servi ▼	Actividades diari ▼	Actividad de oc ▼
1	H	48	Piso	>3 años	SI, monitor y TS	3	3	4	4	4	Piscina, Biblioteca y compras	Películas, paseos y café
2	H	54	Piso	>3 años	SI, monitor	3	2	4	3	2	Centro de DIA y compras	Piscina, visitas familiares y café
3	M	31	Piso	1<,>6 meses	SI, psicologa	4	4	4	4	4	Centro de DIA	Visitas familiares y de amigos y cine
4	H	36	Piso	1<,>6 meses	Si, monitor y empleada limpieza	2	1	4	0	3	Aseo, limpieza, centro de DIA	Piscina, música
5	H	42	Piso	6<,>12 meses	Si, monitor y empleada limpieza	4	2	4	3	4	Centro de DIA, limpieza y aseo	Centro cívico (internet) piscina, lectura, radio
6	H	58	Piso	>3 años	Si, empleada limpieza y compañero piso	4	4	4	4	4	Aseo, limpieza, musicoterapia	Piscina
7	H	62	Piso	>3 años	Si, empleada limpieza	4	4	4	4	4	Aseo, limpieza	Ver TV
8	M	45	Piso	>3 años	No	4	4	4	1	4	Centro de DIA, limpieza, cocina, gestiones	Visitas amigos
9	M	42	Piso	6<,>12 meses	SI, psicologa	3	3	1	4	3	Compras, cocina limpieza	Pasear
10	H	52	Piso	>3 años	Si, empleada limpieza	4	2	3	3	3	Aseo, limpieza, centro de DIA	Piscina, sudokus, pasear
11	H	54	Piso	>3 años	Si, empleada limpieza y monitor	4	2	3	2	4	Aseo, limpieza, centro de DIA, cocinar	Radio y ver TV
12	H	48	Piso	>3 años	Si, empleada limpieza	4	1	0	4	3	Limpieza y compras	Películas y lectura
13	M	49	Piso	>3 años	SI, monitor	2	4	0	1	4	Limpieza, gestiones y compras	Pasear
14	M	57	Piso	>3 años	SI, monitor	2	0	1	3	3	Limpieza, gestiones, aseo y compras	Ninguna
15	H	36	Piso	6<,>12 meses	SI, monitor y compañeros piso	4	3	2	3	4	Limpieza, aseo y compras	Piscina y bicicleta
16	M	37	Piso	1<,>3 años	No	1	4	2	2	3	Limpieza, aseo, centro Dia y compras	Visitar amigos, piscina, paseos y coser
17	H	32	Piso	>3 años	No	3	2	3	4	2	Limpieza, aseo, centro Dia, cocinar y compras	Piscina