

## Resumen

Las *personas sin hogar* constituyen un grupo social en el que la marginación y la exclusión social se concretan de una manera más grave. En este artículo nos centraremos en los trastornos mentales que presentan, caracterizados por un alto nivel de gravedad sintomatológica y de gran deterioro personal y social. Las necesidades de este grupo no son únicamente, pues, las básicas de alojamiento y comida; requieren de atención sanitaria, rehabilitación y, en muchos casos, de medidas de tutela tanto jurídica como institucional.

## Palabras clave

Actividades, Comunidad, Interrelación, Intervención, Psiquiatría, Rehabilitación, Reinserción, Salud mental, Trastorno mental

## Persones sense llar i salut mental

*Les persones sense llar constitueixen un grup social en el qual la marginació i l'exclusió social es concreten d'una manera més greu. En aquest article ens centrarem en els trastorns mentals que presenten, caracteritzats per un alt nivell de gravetat simptomatològica i de gran deteriorament personal i social. Les necessitats d'aquest grup no són solament, doncs, les bàsiques d'allotjament i menjar; requereixen d'atenció sanitària, rehabilitació i, en molts casos, de mesures de tutela tant jurídica com institucional.*

## Paraules clau

*Activitats, Comunitat, Interrelació, Intervenció, Psiquiatria, Rehabilitació, Reinserció, Salut mental, Trastorn mental*

## Homeless people and mental health

*Homeless people constitute a social group in which rejection and social exclusion become definite in a more serious way. This article concentrates on the mental disorders they suffer, characterised by a high level of seriousness in the symptoms and a great personal and social deterioration. This group's needs are not only the basic needs of food and lodging; they require health care, rehabilitation and, in many cases, measures of both juridical and institutional guardianship.*

## Key words

*Activities, Community, Interrelations, Intervention, Psychiatry, Rehabilitation, Reinsertion, Mental health, Mental Disorder*

---

**Autor:** Rubén Caridad Da'Fonte

---

**Artículo:** Personas sin hogar y salud mental

---

**Referencia:** Educación Social, núm. 27 pp. 55-79

---

**Dirección profesional:** Proyecto Vincles Càritas Diocesana de Barcelona  
rcaridad@caritasbcn.org

## ▲ La salud mental

¿Qué es la Salud Mental? Hay muchas definiciones, pero como punto de partida tomaré una, dada por Karl Menninger en su conocido tratado de psiquiatría: “Definiríamos Salud Mental como la adecuación de los seres humanos al mundo y entre sí con un máximo de efectividad y felicidad. No sólo eficacia, o sólo contento. Es todas estas cosas juntas, una conducta socialmente considerada y una feliz disposición. Esto, pienso yo, es una mente sana”.

¿Cuál es la relación entre enfermedad mental y malestar cultural o social?

Ahora bien: ¿Podemos diferenciar aquellas condiciones de vida que hacen el bienestar en general de aquellas otras que se refieren a la enfermedad? ¿Cuál es la relación entre enfermedad mental y malestar cultural o social?

Hasta hace pocos años, los límites entre enfermedad mental y vida cotidiana estaban netamente desmarcados: el campo de la normalidad nada tenía que ver con el de la patología, el cual llevaba sobre sí el peso de la degeneración hereditaria y de la irreparabilidad.

Fue Sigmund Freud quien rompió esta separación entre lo normal y lo patológico al encontrar un sentido en los síntomas: era el sentido común del que el paciente, su familia y su medio carecían el que se encontraba expresado en el síntoma.

El gran aporte del psicoanálisis a la salud mental del hombre, es el rescate del sentido común oculto en la más profunda subjetividad reprimida y que era considerado, al aparecer como síntoma, como un sinsentido.

Estas consideraciones nos llevan a plantearnos: ¿Cómo se constituye un sujeto en un ser social? y ¿cómo enfrentará los sufrimientos que provienen de las siguientes tres fuentes?

- La naturaleza en general
- Nuestra propia naturaleza biológica (el cuerpo propio)
- La relación con los otros seres humanos.

La constitución de una subjetividad se va armando con el sostén de una red grupal, mediadora del orden social, se da desde el comienzo de la vida y se continúa en las diferentes etapas del desarrollo psicoevolutivo.

El psiquismo, por ser un sistema abierto en relación dialéctica con el mundo, está en movimiento de modificación e integración. *Esto hace del apoyo grupal y social,*



*una necesidad omnipresente*, de allí la vulnerabilidad del sujeto frente a las crisis sociales, cuando caen los ideales y las organizaciones sociales claudican.

La falta de la función de sostén conmociona al sujeto alcanzando su identidad, sus vínculos grupales y organizaciones cuando, paradójicamente, más requiere de ellas.

*En la medida en que haya exclusión para un proyecto en común, ya sea de una población o un sector, difícilmente se pueda corregir o mejorar su salud. Sin lazo social no puede existir una comunidad sana.*

Sin lazo social  
no puede existir  
una comunidad  
sana

Hoy nuestras grandes problemáticas sociales, pobreza, desocupación, violencia, ponen en evidencia que nuestra comunidad está enferma. Las *personas sin hogar* constituyen un grupo social en el que la marginación y la exclusión social se concretan de un modo más grave. Aislamiento, falta de apoyo familiar y social, desarraigo y desvinculación, trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social, pobreza severa o estigmatización social son algunos de los elementos que caracterizan a este colectivo conformando un perverso círculo vicioso de deterioro, marginalidad y exclusión.

Las necesidades de este grupo no son sólo, por consiguiente, las básicas de alojamiento y comida; requieren de atención sanitaria, rehabilitación y, en muchos casos, de medidas de tutela tanto jurídica como institucional. Por tanto, cabe indicar que nos encontramos ante un grupo social complejo, que requiere de una respuesta integral y coordinada. En el presente artículo nos centraremos en los trastornos mentales que presentan, caracterizados por un alto nivel de gravedad sintomatológica y de gran deterioro personal y social y que muestran patrones de conducta muy inadecuados y extraños. Son además personas que rechazan cualquier tipo de ayuda y de atención que se les ofrece desde servicios sociales generales, servicios de salud mental, etc. *Por todo ello los consideramos como trastornos psiquiátricos severos.*

Cabe indicar que  
nos encontramos  
ante un grupo  
social complejo,  
que requiere de  
una respuesta  
integral y coordi-  
nada

## Los trastornos mentales severos (TMS)

En psiquiatría llamamos pacientes con trastornos mentales severos, a aquellas personas que clínicamente presentan entidades psicopatológicas de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran sus relaciones personales, familiares y sociales.

Junto con una tendencia al no cambio psíquico, a la precariedad de sus procesos socializadores relacionales y, sobre todo afectivos, presentan un intenso desvalimiento y sufrimiento psíquico de características intolerables, que pueden desembocar en diversas formas de funcionamiento mental, tales como:

- La construcción de un mundo delirante
- Repliegues autísticos
- Adicciones a las drogas
- Trastornos severos en la alimentación
- Intentos de suicidio.

Conducen a la desconexión con la realidad externa (aislamiento) y la disgregación del mundo interno (deterioro)

*Situaciones que conducen a la desconexión con la realidad externa (aislamiento) y la disgregación del mundo interno (deterioro).*

Los *criterios diagnósticos* incluidos en los TMS son:

- Trastornos esquizofrénicos
- Depresión mayor recurrente
- Trastornos bipolares
- Paranoia
- Agorafobia con crisis de angustia
- Trastorno obsesivo – compulsivo
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno esquizoafectivo.

La *gravedad clínica*, implícita en los mencionados diagnósticos, se considera cuando coexiste una distorsión de la realidad o un comportamiento desadaptativo, atribuibles a la misma enfermedad o a la falta de contención.

La *evolución crónica* de estos trastornos está determinada por el pronóstico clínico y se objetiviza por una reiterada y/o continua utilización de los recursos asistenciales.

*Pero es importante señalar que el curso del proceso que condiciona la gravedad y la evolución hacia la cronicidad dependerá de la atención recibida, la coherencia de los procedimientos terapéuticos y la continuidad de los mismos.*



## Datos epidemiológicos

### *Prevalencia:*

El índice de prevalencia de trastornos mentales (TM) a la comunidad, según David Goldberg y Peter Huxley es de 250 casos por 1000 habitantes.

### *TMS Potenciales:*

Según los índices de incidencia homologados, respecto a la prevalencia en Trastornos Mentales Severos (TMS), se considera que hay en la población un 2,8% de afectados.

### *Segmentación de los TMS Potenciales:*

De acuerdo con las estadísticas clínicas (fuentes: Servei Català de la Salut, Col·legi de Metges de Barcelona, *International Review of Psychiatry*, 1991-3), se calcula que un 1% de la población desarrollará un TMS. De estos, 1/3 (280), no evolucionará de forma discapacitante, otro 1/3 (280) tendrá recaídas y el otro 1/3 (280) necesitará de una atención integrada y prolongada.

### *TMS en Condiciones de Vincularse a Programas de Rehabilitación:*

Según los datos recogidos actualmente *sería un mínimo del 25%*, del 1/3 de TMS que necesitan atención integral prolongada.

Según su detección los TMS pueden clasificarse:

- *TMS conocidos y vinculados a la red:* son los primeros a poner en marcha los planes de rehabilitación.
- *TMS conocidos y no vinculados a la red:* son casos a trabajar con programas de seguimiento y reinserción.
- *TMS no conocidos (casos nuevos):* generalmente entran en la red a través de urgencias hospitalarias o de otras redes comunitarias (servicios sociales, atención primaria) y serán detectados en los programas de coordinación externa del equipo.

Según su presentación clínica y entorno sociofamiliar pueden ser:

- *TMS clínicamente estabilizados y con integración sociofamiliar:* la asistencia integral ha de evaluarse en cada caso.

- *TMS clínicamente estabilizados con soporte familiar y desvinculación social:* necesitan ser introducidos en el tratamiento rehabilitador.
- *TMS clínicamente estabilizados con escaso o nulo soporte socio familiar:* necesitan recursos rehabilitadores con soporte de equipamientos terciarios (pisos asistidos, hogar residencia).
- *TMS crónicamente descompensados y tendencia a la desvinculación:* son los que necesitan un trabajo rehabilitador más prolongado y con múltiples recursos sociosanitarios.

*La población de personas sin hogar se encuentran, según su detección, en los subgrupos 2 y 3, y según su presentación clínica y entorno en los subgrupos 3 y 4 .*

En las últimas décadas, las reformulaciones de las teorías de la enfermedad mental y de la curación, han producido una profunda reconceptualización de la problemática de estos pacientes. Se ha modificado la técnica tradicional empleando simultáneamente un conjunto de nuevos recursos terapéuticos para abordarlos y la experiencia clínica nos ha demostrado que necesitamos incluir al grupo familiar y social, en el cual se encuentra el paciente, para posibilitar su proceso terapéutico individual.

*Ante una problemática tan compleja se han desarrollado un conjunto diversificado de intervenciones y procedimientos para dar una respuesta selectiva y adecuada a cada paciente, que incluyen técnicas médicas y farmacológicas, psicológicas y sociales, así como la integración de los niveles puramente asistenciales con los preventivos y los rehabilitadores.*

Pero la gran asignatura pendiente, y especialmente relacionada con los TMS, es la rehabilitación. Es decir, recursos terciarios alternativos a la hospitalización para favorecer la inserción del enfermo mental en la comunidad

#### **Pero los TMS necesitan:**

- *En situaciones de crisis un tiempo mayor de internación (media de 90 días):* es decir, una Unidad de Internación de Subagudos.
- *A veces un seguimiento prolongado, pero no intensivo, en internación:* son las Unidades de Media y Larga Estancia.
- *Otros casos necesitan de tratamientos intensivos, pero durante el día:* son las Unidades de Hospitalización Parcial (Hospital de Día).

*Pero la gran asignatura pendiente, y especialmente relacionada con los TMS, es la rehabilitación. Es decir, recursos terciarios alternativos a la hospitalización para favorecer la inserción del enfermo mental en la comunidad. Las características del paciente con un TMS, hacen necesario un servicio accesible, inserto en la comunidad y dotado de un conjunto de actividades articuladas, de programas diversos y de actuaciones que permitan*



*la planificación e implementación de proyectos para la rehabilitación de sus posibilidades y para la reinserción en el terreno de las relaciones personales, familiares, laborales y comunitarias afectadas por la enfermedad.*

Todos los que tienen alguna relación con este problema, es decir, usuarios, familiares, vecinos, profesionales y administraciones, parecen estar de acuerdo en el hecho que *hay que hacer más esfuerzos para evitar la hospitalización, el aislamiento y la discriminación de estos enfermos*, impulsando actuaciones y equipamientos que desarrollen el soporte, la rehabilitación y la integración de estas personas en su entorno.

## La Rehabilitación comunitaria

Tal como lo define el Servei Català de la Salut, las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS), son un colectivo prioritario de la acción de los servicios públicos de salud mental, y *la rehabilitación comunitaria es una intervención fundamental para la mayoría de las personas con TMS.*

Esta rehabilitación está centrada en la interacción entre la persona y el contexto y en la activación de los recursos personales del individuo. Es un tratamiento más integral que necesita de una intervención profesional especializada e innovadora, que la hace diferente del tratamiento psiquiátrico convencional, solamente orientado a la reducción de la sintomatología positiva y centrado en los discapacitados.

*La rehabilitación psicosocial de una persona con TMS, es un proceso de modificación de la situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en su calidad de vida e integración social.*

Existen múltiples factores, del contexto general, que determinan la situación psicosocial y que deben ser tenidos en cuenta porque pueden ser determinantes. Pero *nuestras intervenciones profesionales estarán dirigidas a promover cambios en:*

- Las características individuales
- Las características familiares
- Las características de las redes sociales
- Las características de las redes de servicios profesionales.

La rehabilitación psicosocial de una persona con TMS, es un proceso de modificación de la situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en su calidad de vida e integración social

Por último, en el proceso de rehabilitación psicosocial, es imprescindible contemplar todas las necesidades que tiene una persona afectada de TMS como una totalidad, una globalidad. Así, hacer un análisis únicamente desde la red de salud mental, será siempre parcial, ya que las necesidades superan los recursos puramente sanitarios. Por este motivo *una atención globalizada contempla:*

- Las necesidades individuales
- Las necesidades sanitarias
- Las necesidades familiares
- Las necesidades comunitarias.

*Conseguir este objetivo es una tarea difícil y compleja, pero posible y al alcance, y muy importante para las ganancias que produce a escala del paciente, la familia y la sociedad, pues permite una mejoría de la calidad de vida y de la adaptación social del enfermo.*

El Centro Terapéutico de Día intermedia entre el paciente con un trastorno mental severo y su propia patología, entre el paciente y su familia y entre el paciente y la comunidad

*El Centro Terapéutico de Día será esa estructura idónea, intermedia entre el paciente con un trastorno mental severo y su propia patología, entre el paciente y su familia y entre el paciente y la comunidad. Además, integrado en su entorno y, por lo tanto, interrelacionado con los servicios sanitarios, sociales, ayuntamientos, asociaciones y entidades vecinales constituirá un agente básico para la Salud Mental.*

#### **El Centro Terapéutico de Rehabilitación Psicosocial (CdeD)**

La rehabilitación ambulatoria de personas con TMS es una tarea a desarrollar por el Centro de Día (CdeD) y no debe haber confusión con otros dispositivos asistenciales de la red de salud mental.

El Centro de Día es un recurso de rehabilitación y reinserción comunitaria dirigido a las personas adultas con TMS y a su grupo familiar, susceptibles de vincularse a programas de rehabilitación y a un plan individualizado.

Es el eje fundamental de los servicios de rehabilitación comunitaria para ofrecer un programa global, en el orden sanitario, social y laboral, y soporte a otros recursos sociales, como el club socioterapéutico, los pisos asistidos y el hogar residencia.

Para llevar a mejor término sus funciones, trabajará de forma coordinada con los servicios específicos (Salud, Sociales, Justicia) y otros servicios y recursos generales de su comunidad.





El Centro Terapéutico de Día es un servicio con un equipo interdisciplinario especializado en la rehabilitación y la reinserción en la comunidad de los TMS, cuyo objetivo primordial es el de conseguir una alta cualidad de vida de unas personas que, por causas de su enfermedad mental, tienen graves dificultades de autonomía. Dificultades que no pueden ser tratadas únicamente en el marco de una relación dual que ofrecen los Consultorios Externos.

### ¿Qué pretende el Centro de Día? (ejes básicos de actuación):

- Ofrecer un marco estructurado terapéuticamente para contener las ansiedades psicóticas de manera continuada y en la misma comunidad, teniendo presente que la finalidad es la rehabilitación y la reinserción.
- Contribuir a frenar o minimizar el proceso de deterioro propio de los TMS de larga evolución.
- Fomentar los niveles de autonomía de los usuarios en relación con la situación psicosocial en que viven.
- Facilitar y reforzar la comunicación de las personas atendidas y su entorno familiar y social.
- Favorecer, mediante el trabajo comunitario, el compromiso de los agentes sociales y laborales del sector en la reinserción de los usuarios del Centro de Día.
- Ofrecer programas de prevención de reagudizaciones de la enfermedad
- Establecer programas de atención individualizada, que faciliten en ellas y en su entorno, relaciones personales y sociales satisfactorias.

*La intensidad de la atención estará en relación inversamente proporcional a las posibilidades de autonomía de los usuarios del Centro de Día. Es un objetivo del servicio disminuir las intervenciones de forma progresiva en la medida que sus dificultades y sus mejorías lo permitan.*

*Se contemplarán objetivos a corto plazo, pero habrán de contemplarse siempre objetivos a largo plazo (proyecto de vida), en función de las dificultades, expectativas y posibilidades del paciente, de su familia y del sistema social y asistencial.*

*La atención domiciliaria debe ser una actividad integrada en el Plan de posibles intervenciones, limitada en el tiempo y en ciertas situaciones:*

- Imposibilidad física de desplazamiento por enfermedad
- Abandono de las actividades
- Negativa a visitarse

La intensidad de la atención estará en relación inversamente proporcional a las posibilidades de autonomía de los usuarios del Centro de Día

- Desarrollar aspectos pedagógicos de aprendizaje y/o recuperación de habilidades para la vida cotidiana en el hogar.

*Pero el Centro de Día no estaría definido ni visualizado suficientemente por la sola mención de los ejes básicos de actuación comentados, lo importante será la manera en que se conducen esas actividades, la forma en que se seleccionan los hechos significativos y el manejo terapéutico de los mismos por el equipo. Es decir, la comprensión psicodinámica de los síntomas.*

Este equipo interdisciplinario constituido por diferentes profesionales, especialmente preparados, formados y muy sensibilizados respecto de estas problemáticas, conjuntamente con el paciente, la familia y el entorno comunitario crean el continente adecuado para contener el desarrollo del proceso terapéutico. Subrayando que la perspectiva psicoterapéutica ha de constituirse en el fundamento del abordaje institucional y de las intervenciones a escala individual y grupal, que tendrán lugar a través de la mediación de actividades ocupacionales, expresivas y relacionales.

#### **El Centro de Día define sus actividades en base a:**

- Su función de proceso hacia la rehabilitación
- La individualización en el plan de intervenciones
- La elaboración de un proyecto terapéutico.

Esto permite superar el modelo anterior de Centro de Día como centro de estancia con un número determinado de plazas, es decir una vinculación a tiempos, por:

- Una vinculación a actividades
- Una vinculación a programas.

#### **Este modelo de Centro de Día comporta:**

- El acceso de más usuarios que necesiten programas de rehabilitación
- Una mejora importante en el proceso terapéutico de los pacientes TMS al respetar la diversidad de objetivos, los niveles de reinserción posibles y la duración del proceso.

#### **Los indicadores a tener en cuenta para la derivación serían:**

- Dificultades en las capacidades de relación
- Larga o media duración del trastorno



- Deterioro en las capacidades de autonomía personal
- Dificultades de integración en su entorno sociocomunitario
- Que no esté atravesando una fase aguda de la enfermedad
- Existencia de un nivel básico de autonomía personal, para hacer posible la asistencia y permanencia.
- Cierta grado de motivación del paciente y su familia.

*Se valoran en profundidad los pacientes con diagnóstico primario de abuso de sustancias, retardo mental o trastorno mental orgánico, por la dificultad que representa de ser atendidos en este tipo de servicio.*

## **Plan de Funcionamiento del Centro de Día**

### **Los Planes Individuales de Rehabilitación y Reinserción (PIRR):**

Son el eje principal de la metodología de rehabilitación dirigida a las necesidades individuales del usuario y su grupo familiar, y fundamentan todo el plan de intervención.

*Se elabora un PIRR para cada uno de los usuarios, por el equipo interdisciplinario del Centro de Día. En él se incluyen todas las actividades dirigidas al paciente, de forma individualizada, con los objetivos de la intervención y los recursos que intervienen.*

Las actividades serán fijas o de tiempos y objetivos limitados, en función de las características y necesidades de los usuarios.

Cada paciente contará con un profesional responsable como referente.

*Actuamos según programas globalmente establecidos con actividades concretas y que cambian a lo largo del tiempo, favoreciendo la participación de los pacientes, pero dejando la opción de que surja el deseo individual para desarrollar unas determinadas áreas.*

Todas ellas van encaminadas a promover un juego de roles e interacciones, identificaciones, establecimiento de vínculos, solidaridad y pertenencia grupal, de indudables efectos resocializantes, así como la actualización y perfeccionamiento de las competencias y habilidades (autocontrol, resolución de problemas, trabajo en equipo) que aumenten su calidad de vida, la posibilidad de una integración más autónoma a la comunidad y la eventual reinserción laboral.

Todas ellas van encaminadas a promover un juego de roles e interacciones, identificaciones, establecimiento de vínculos, solidaridad y pertenencia grupal, de indudables efectos resocializantes

La estructura y el funcionamiento de los PIRRs estará determinada por la siguiente metodología:

- Un módulo básico de intervención generalizada
- Módulos específicos de intervención, atendiendo a las características específicas de sectores determinados.

### **Módulo básico de intervención**

Sus ejes fundamentales serían los siguientes:

- Programas Funcionales de Actividades
- Programas de intervención dirigidos al usuario y su entorno familiar
- Programas de intervención en la comunidad.

### **Programa Funcional de Actividades**

Las actividades que se ofrecen en el Centro de Día pretenden poder facilitar a los pacientes, establecer vínculos con los otros pacientes, con los profesionales del Centro, con colaboradores no profesionales, con otros miembros de la comunidad, (profesionales o no).

*El programa de actividades lo concebimos como un medio para la rehabilitación y no como un fin en sí mismo.* Por lo tanto, han de diseñarse en relación con los objetivos de mejora de las características individuales psicosociales, y dotarse de una estructura suficientemente diversificada para poder individualizar las intervenciones.

Sus objetivos son:

- Activar los recursos y capacidades individuales
- Mejorar las características individuales de la situación psicosocial, que contemplan las áreas: cognitiva, relacional, conductual y emocional.
  - Capacitar al paciente para entender y superar las ansiedades que comporta el proceso de cambio.

En cada intervención del Centro de Día se intentará obtener:

- Alivio sintomático
- Aumento de la autoestima
- Favorecer la integración social y familiar
- Concienciación del proceso patológico



- Creación de un vínculo terapéutico
- Satisfacción del usuario y la familia.

### La metodología comprende:

*Actividades grupales:* pretenden la estimulación en el paciente de los procesos psíquicos y relacionales, como son el pensamiento y la socialización, a través de tareas específicas y de los efectos de la dinámica grupal.

Las tareas efectuadas se proponen como objeto intermediario de las relaciones institucionales y varían en el tiempo para evitar la institucionalización rutinaria. Es decir, se tiende a recrear periódicamente nuevos espacios de intercambios y de actividades.

### Características:

- Se realizarán tanto en el Centro de Día como utilizando recursos externos
- Las intervenciones incluyen no sólo la ejecución de la actividad sino también la programación, el análisis, el registro y la supervisión.
- El número de pacientes en una actividad tendrá una *ratio* entre 4 y 10 usuarios
- Las actividades serán diversificadas para poder incidir en las diferentes áreas a mejorar.
- La *ratio* de profesionales será de 2 por actividad grupal.

*Actividades individuales:* encuentros semanales de esclarecimiento y soporte, que tienen como objetivo acompañar al paciente, en un espacio de reflexión personal sobre su estado actual y sus proyectos.

El nivel de profundización dependerá de cada paciente y de la situación psicopatológica en que se encuentre.

Cada usuario tendrá *un referente individual*, recaerá esta figura en el profesional que tenga que trabajar aquellos aspectos considerados prioritarios en la valoración del equipo (medicación, cuidados personales, apoyo psicológico, soporte social, relación familiar, etc.).

La función principal del referente será la responsabilidad del seguimiento y vinculación del paciente a las diferentes estrategias registradas en el PIRR, así como el contenedor de las ansiedades del paciente y, a la vez, el elemento armonizador de las relaciones y consenso entre paciente – familia – equipo.

La función principal del referente será la responsabilidad del seguimiento y vinculación del paciente a las diferentes estrategias registradas en el PIRR, así como el contenedor de las ansiedades del paciente y, a la vez, el elemento armonizador de las relaciones y consenso entre paciente – familia – equipo

Su función permitirá realizar una detección precoz de las dificultades, abandonos, etc. y poner soluciones de forma inmediata para evitar la desvinculación del paciente. Tendrá una disponibilidad amplia y flexible, programada para entrevistas de seguimiento personalizado, y no programada en caso de necesidades eventuales, que pueden incluir visitas domiciliarias y/o llamadas telefónicas.

### **Programa de atención a las familias**

Es condición importante el compromiso familiar para el ingreso de un paciente en el Centro de Día.

Las variables familiares configuran una situación psicosocial determinada que influye en el proceso, por lo tanto ampliamos el campo de nuestras intervenciones, tratando la persona con un TMS en el contexto familiar, en consecuencia:

*los vínculos familiares, no sólo pueden ser interpretados como un problema sino como un intento de solución y fuente de recursos.*

La inclusión de la dimensión familiar, adquiere una dimensión importante en el proceso rehabilitador

Es una realidad que para la familia, los ajustes que impone la presencia en su estructura de un miembro psicótico no son fáciles de aceptar, afecta su autoestima y deteriora la unidad familiar. Algunas pocas reagrupan sus fuerzas y afrontan el desafío, pero en la gran mayoría según nuestra experiencia, sobreviene la fragmentación de la familia y el aislamiento del paciente individual. Por lo tanto, la inclusión de la dimensión familiar, adquiere una dimensión importante en el proceso rehabilitador.

Sus objetivos son:

- La incorporación y participación activa de las familias en el proceso rehabilitador del paciente en el centro.
- Ofrecerles soporte y refuerzo emocional a las familias
- Lograr el desarrollo de una comprensión familiar y de una capacidad de tolerar la angustia, ante el miembro más necesitado.
- Reflexionar en torno de las preocupaciones surgidas en la familia
- Reforzar su función de contención estimulando la autonomía del paciente y previniendo nuevas situaciones de crisis.
- Intenta mejorar el nivel de comunicación entre sus miembros y trabajar conjuntamente la inserción del paciente en la comunidad.
- Interconectar a las familias e informarlas de los recursos existentes.



### Actividades:

- Entrevistas a cada una de las familias
- Taller de familias.

### Programas de intervención en la comunidad

La rehabilitación se basa también en lograr un sistema de apoyo comunitario, que favorezca la integración social, lo cual sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico.

Como recurso intermedio, el Centro de Día realizará un trabajo comunitario para conocer y ser sensible al entorno que tiene la persona usuaria, y poder ajustar lo mejor posible la intervención y las expectativas.

*Es importante, en la medida de lo posible, que el Centro sea abierto, es decir que facilite la relación de las personas usuarias con el resto de personas de la comunidad donde viven y se mueven.*

El Centro de Día es *un agente de salud integrado en su entorno* y, por lo tanto, la interrelación con servicios sanitarios, sociales, ayuntamientos, asociaciones y entidades del barrio y pueblos, es un elemento básico para el adecuado funcionamiento.

El Centro de Día solicitará la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta.

Este programa básico está relacionado con los conceptos de Trabajo Comunitario y comprende el conjunto de intervenciones dirigidas a potenciar la comunicación y la solidaridad de la propia comunidad en la investigación y creación de recursos para mejorar la calidad de vida.

Sus objetivos son:

- Mejorar las capacidades, el grado de integración social y la utilización de los recursos comunitarios de los usuarios.
- Crear, mantener y ampliar la red de soportes personales
- Aumentar la colaboración y la participación de la comunidad en los procesos de rehabilitación.

*Es importante, en la medida de lo posible, que el Centro sea abierto, es decir que facilite la relación de las personas usuarias con el resto de personas de la comunidad donde viven y se mueven*

Las actividades son:

- Actividades grupales de creación y mantenimiento de redes de socialización (espacios de tertulia, grupos de salidas, actividades lúdicas), primero dentro del propio centro y luego externamente.
- Actividades grupales de participación en actividades comunitarias (ferias, exposiciones, concursos).

### **Módulos específicos**

Una de las grandes dificultades en el proceso rehabilitación y reinserción psicosocial del paciente TMS, es la inexistencia de elementos que faciliten la continuación del proceso terapéutico, dado que los programas básicos no son suficientes para conseguir la máxima rehabilitación establecida en los PIRRs.

Así, estos programas especiales se organizan a partir de necesidades concretas de los pacientes/usuarios, tienen en cuenta el contexto y la viabilidad de la intervención y no forman parte del módulo básico, sino que lo complementan, otorgándole al PIRR mayores posibilidades.

*El Centro de Día, como recurso terciario intermedio y especializado en rehabilitación, supone el elemento clave para el desarrollo de estos programas especiales y dentro de su organigrama de actividades.*

*Estos programas complementarios permitirían avanzar en el proceso de desvinculación de los pacientes del Centro de Día como marco institucional, facilitando una progresiva y adaptada normalización de la vida del usuario a escala relacional y ocupacional, que en algunos casos podría arribar a la desvinculación completa o alta del Centro.*

La intervención se centra en objetivos focalizados y prioritarios, mediante un plan concreto que sea suficientemente intensivo y que dé respuesta específica a las necesidades detectadas.

Tienen una estructura más flexibles para poder adaptarse a las modificaciones de las necesidades que van surgiendo en el proceso.

Algunas necesidades fundamentales ya están reconocidas y sistematizadas en los siguientes programas especiales:

- A. Club socioterapéutico
- B. Inserción en el mundo laboral





- C. Pisos asistidos y hogar residencia
- D. Asistencia (rehabilitadora) domiciliaria.

### A. Club Socioterapéutico

Será un servicio del Centro Terapéutico de Día regulado por unos estatutos y que estará gestionado conjuntamente por familiares y pacientes con un asesoramiento del equipo profesional. Tiene una junta patronal provisoria que marca las directivas generales y funciona mediante cuotas mensuales voluntarias.

*Consideramos altamente recomendable y positivo, para el proceso rehabilitador, este tipo de iniciativa que facilita la creación de vínculos personales, espacios de recreo y ocupación del tiempo libre, que potencian y facilitan el tratamiento en el Centro de Día.*

Sus objetivos generales son:

- Estimular la autogestión
- Fomentar la responsabilidad
- Generar el sentimiento de pertenencia a un grupo
- Promover y facilitar todas aquellas iniciativas y actividades que favorezcan el bienestar, la salud y la integración activa a la sociedad de sus miembros.

### B. Inserción en el mundo laboral

Las personas que padecen Trastornos Mentales Severos (TMS) tienen alteraciones en sus capacidades de socialización y pueden recibir rechazo del entorno comunitario, afectando también su vida laboral, con los efectos de mayor marginación y déficit económico.

A pesar de la fragilidad del paciente con un TMS, de su vulnerabilidad ante situaciones de cambio, de dependencia y de intercambio grupal, lo cierto es que *posee y puede desarrollar posibilidades de intervención y participación en actividades laborales y ocupacionales*. Para hacerlo sin embargo, se necesita en muchos casos durante un tiempo y en un grado variable, un medio protegido que le facilite seguridad y estímulo.

El Centro de Día constituye el recurso rehabilitador que permite una mejora en las posibilidades de moverse autónomamente y de actuar productiva y creativamente. Así, una vez estabilizada la vinculación del paciente, o cuando

su evolución y capacidad lo permita, en aquellos casos que sea posible, se facilitará la participación de los pacientes/usuarios en cursos o talleres de Formación Ocupacional y/o de Inserción Laboral.

Las actividades ocupacionales y laborales representan un gran aporte a los programas de rehabilitación psicosocial

*Insistimos en el hecho de que las actividades ocupacionales y laborales representan un gran aporte a los programas de rehabilitación psicosocial, puesto que, con el soporte del Centro de Día, facilitan al paciente poder sentirse útil y con capacidad de reparación o el poder funcionar de manera más confiada e integrada a la realidad.*

Objetivos:

- Adquirir la formación adecuada para lograr un nivel de profesionalización que facilite la ocupación.
- Reforzar, orientar, motivar y dar soporte, en el proceso de inserción laboral, de acuerdo con sus capacidades y potencialidades.
- Dotar de los recursos profesionales y sociales para ejecutar itinerarios de inserción.

Se tendrá en cuenta (al valorar la actividad ofrecida):

- Entre las de montaje más simples, directas y controladas individualmente, y las actividades productivas más complejas.
- Entre las llevadas a cabo a distancia del centro y las que requieren una presencia más próxima y controlada.
- Entre las que se realizan individualmente y las que requieren una colaboración y participación grupal.

### **C. Pisos Asistidos y Hogar Residencia**

Un porcentaje importante de las personas con TMS tienen graves problemas relacionados con la vivienda y no reciben la atención necesaria. Los pisos asistidos y el hogar residencia son unas respuestas a estos problemas.

*La evolución de la propia enfermedad, la falta de familia y la falta de condiciones sociales o asistenciales son elementos claves que determinan la indicación de ingreso en estos dispositivos.*

Son equipamientos residenciales abiertos, ubicados en el seno de la comunidad, que permite en el caso de *pisos asistidos*, llevar una vida autónoma, en régimen de convivencia grupal reducida a 3 o 4 personas, precisando únicamente de asistencia externa, en el ámbito de actuación del Centro de Día, de forma eventual.



El *hogar residencia* será una pequeña residencia comunitaria para 12 o 15 personas con TMS, que no necesitan hospitalización, pero que tampoco tienen la autonomía para vivir en pisos asistidos.

*No son solamente programas de mejoras de la vivienda, sino que intentan proporcionar un soporte estable y a largo término.*

El Centro de Día diseñaría:

- Un programa pre-piso donde se evaluarían las capacidades de los posibles usuarios y su preparación en habilidades domésticas.
- Un programa de seguimiento de los usuarios ya integrados.

Objetivos:

- Responder al derecho de las personas con TMS a tener recursos residenciales adecuados.
- Proporcionar formas adecuadas de vivienda a cada uno de los usuarios con TMS que lo necesiten.
- Conseguir que puedan vivir con independencia y con una buena calidad de vida en algún tipo de alojamiento comunitario adecuado a sus necesidades y en su medio.
- Conseguir una estabilización de la psicopatología que se refleje en el número y la duración de los ingresos psiquiátricos y en la capacidad para realizar actividades que antes no podían realizar.
- A largo plazo se trataría de conseguir la disminución de la dependencia y, en último caso, la definitiva independencia del paciente/usuario respecto al soporte especializado.

**Los pisos asistidos y el hogar residencia son alternativas a:**

- La externalización de los hospitales psiquiátricos
- La marginalización dentro de la dinámica familiar
- La cronificación deteriorante en los propios domicilios
- El vagabundeo.

También contrarrestan las ansiedades psicóticas aniquiladoras que impulsan al episodio agudo y al ingreso hospitalario. *Es decir: estos programas pueden suplir en buena parte a los ingresos hospitalarios, más costosos y más traumáticos.*

No son solamente programas de mejoras de la vivienda, sino que intentan proporcionar un soporte estable y a largo término

### **Las necesidades:**

Existe un consenso, expresado por el grupo de expertos del Consejo Asesor del Departamento de Salud Mental de la Generalitat de Catalunya, a considerar hoy por hoy como un objetivo razonable, pensar que por 100000 habitantes deberían haber 15 plazas de pisos asistidos y 15 plazas de hogar residencia.

### **D. La Asistencia Rehabilitadora Domiciliaria**

*La atención domiciliaria ya integrada, pero de manera puntual y limitada en el tiempo, en nuestros ejes de actuación, debe pensarse también como una estrategia regular en el organigrama del Centro de Día.*

Se trata de poder intervenir en aquellos pacientes TMS:

- Con escasos o nulos soportes sociofamiliares
- De difícil vinculación
- De ingresos muy frecuentes.

### **Organización del proceso asistencial**

*El Centro de Día se ha de ajustar a las necesidades de los pacientes. Ha de conocer los usuarios con TMS y saber que necesitan, para poder ir adaptando sus servicios a estas necesidades.*

La asistencia que brinda el Centro de Día se sitúa, desde una óptica sanitaria, a escala terciaria. Es decir, se ofrece un programa de actividades destinadas a combatir el deterioramiento progresivo que generan los trastornos mentales severos (TMS) y las dificultades para mantener los vínculos relacionales.

Es evidente que en la práctica esta población, a atender en el Centro de Día, es muy heterogénea y de entrada planteará una vía de atención mixta o compartida entre los servicios de psiquiatría y el Centro.

Derivación:

El Centro de Día formará parte de la red asistencial y estará coordinado con los servicios psiquiátricos de esta, ya que para rentabilizar al máximo la intervención es *importante consensuar, entre todos los servicios, un objetivo terapéutico común* para el paciente y asegurar una asistencia continuada.



Conjuntamente se analizarán los pacientes susceptibles de ser atendidos en el Centro de Día y a partir de la derivación, una vez que el paciente haga la demanda de incorporación, comienza el proceso asistencial del Centro.

La derivación es un momento crítico del proceso de vinculación del usuario con el Centro de Día y puede prolongarse durante meses en algunos casos. Es muy importante mantener vías de contacto, Centro de Día - Servicio Derivador, para informarse mutuamente de las incidencias que se producen y para tratar de evitar el riesgo de dar mensajes contradictorios, entre los profesionales intervinientes, referentes al paciente y la familia.

Fases:

- Acogida del usuario y la familia
- Evaluación psicosocial de su situación
- Contrato del primer tiempo de vinculación
- Evaluación periódica con el usuario y su familia y nuevo contrato.

Acogida y valoración:

Este proceso se realiza mediante una serie de entrevistas del paciente y su familia con el coordinador, el trabajador social y el monitor tutor del usuario.

Cada admisión seguirá un protocolo de confección de la Historia Clínica, con informe médico-somático básico del cabecera, y en caso necesario también se efectuarán pruebas psicodiagnósticas.

El equipo del Centro de Día, a partir del proceso anterior, valora la necesidad del usuario y la oferta del servicio. Elabora el PIRR, que contempla la orientación diagnóstica integral y un proyecto rehabilitador definido, y le asigna el profesional referente.

*Se realiza un contrato de vinculación, que se pacta con el usuario y la familia, es decir, hacerlos partícipes en las decisiones del tratamiento y en los objetivos terapéuticos. Este contrato, de compromiso asistencial, queda registrado en el PIRR y se evalúa periódicamente.*

El ingreso al Centro de Día es voluntario, pero con el compromiso de aceptar y participar de las normas de funcionamiento de la institución. Debemos matizar que el ideal de voluntariedad por parte del paciente, en la aceptación del PIRR, es una situación que deberá trabajarse por parte del equipo, del C.de.D, con el paciente y con el equipo derivador

Se realiza un contrato de vinculación, que se pacta con el usuario y la familia, es decir, hacerlos partícipes en las decisiones del tratamiento

Seguimiento:

A partir del inicio de la vinculación, y de forma periódica, el equipo de atención se reúne para evaluar el proceso del paciente. En función de las necesidades del caso se pueden incorporar profesionales de otros servicios.

El objetivo de la reunión es intercambiar informaciones y criterios que permitan generar una actualización del PIRR y avanzar en la atención al paciente/usuario.

Nuestra orientación general es conseguir el máximo de calidad de vida con el mínimo soporte profesionalizado específico necesario

*La evaluación del proceso de cambios en el Centro de Día, se expresa a través de la interrelación de dos variables:*

- El nivel de calidad de vida, salud e integración social
- La intensidad del soporte profesional específico.

*Nuestra orientación general es conseguir el máximo de calidad de vida con el mínimo soporte profesionalizado específico necesario.*

## Recursos

### El equipo de Profesionales

El equipo del Centro de Día tendrá *una estructura propia y sólida* que permita una intervención en rehabilitación capaz de conseguir los objetivos propuestos. Tendrá un carácter multidisciplinar para poderse adaptar a las necesidades de su entorno y llevará a término su tarea de forma interdisciplinaria. *Su composición ha de contar con los diferentes roles profesionales que intervienen en el campo de la Salud Mental: psiquiatra, psicólogo, trabajador social, educadores sociales, ATS, terapeuta ocupacional, auxiliares especialistas en determinadas actividades (arte, música, deportes).*

*La interdisciplinaridad* no es un concepto instrumental, sino un método de trabajo, no es una descripción del equipo, sino la forma conjunta de abordar la tarea del Centro.



*Su coordinación interna* está dirigida a conseguir el funcionamiento interdisciplinario, la coordinación, la formación y la capacitación que permitan que el servicio pueda llevar a término toda la complejidad de su funcionamiento que comprende:

- La valoración de las necesidades y posibilidades de los usuarios
- La atención a las familias
- El contacto con la situación problemática de los pacientes y las ansiedades que el proceso rehabilitación generan.
- La coordinación con otros dispositivos y profesionales de la red sanitaria y de la comunidad.
- La programación de los talleres y, en general, toda tarea en el Centro de Día.

*Se fundamenta en los espacios de reuniones de equipo, sesiones clínicas, supervisiones, docencia e investigación, que facilitan la reflexión, permiten la creatividad y mejoran la formación de los miembros del equipo:*

*Su coordinación externa* está dirigida a conseguir una articulación del Centro de Día con los otros recursos de salud mental y sanitarios, y también los recursos de servicios sociales, educación, vivienda, justicia, trabajo y otros recursos de la comunidad (servicios, asociaciones, entidades culturales y deportivas).

## Recursos materiales

*El hábitat influye en la vida de las personas, permite su intimidad o no, promueve una u otra dinámica relacional y contribuye a la sensación de bienestar y confortabilidad en su calidad de vida y, en consecuencia, a su salud.*

Las infraestructuras, la arquitectura con sus espacios, zonas y áreas, favorecen o limitan las actividades que quieran realizarse, y en la asistencia psiquiátrica, las necesidades de este *hábitat* son algo más complejas. *No sólo deben ofrecer respuestas a las necesidades de los usuarios y de los profesionales, sino que además deben prevenir los riesgos previsibles de su enfermedad y, al mismo tiempo, salvaguardar sus derechos humanos.*

## Otros recursos

Pensamos que el Centro de Día tendrá un carácter intermediario en la Comunidad y, por consiguiente, *utilizará* los recursos que ofrezcan las entidades del entorno (instalaciones deportivas, de ocio y/o culturales).

*Así el Centro favorecerá las actividades en la Comunidad para no convertir sus locales propios en espacios de carácter finalista.*

## Financiamiento

*La atención comunitaria integral de las personas con TMS es más económica que el costo de la hospitalización psiquiátrica, además no supone solamente resolver el problema asistencial, sino también la coordinación de todo su proceso rehabilitador y un aumento del soporte social del usuario.*

Es decir, que el Centro de Día y sus programas especiales, se convierte en un factor esencial para la integración comunitaria y el aumento de la calidad de vida, todo lo cual le otorga una importante función de prevención de las recaídas y del internamiento psiquiátrico, con el ahorro de costo correspondiente, justificación suficiente para ser una forma de asistencia de calidad y, además, bastante económica.

## Evaluación del programa

La evaluación es una tarea imprescindible para asegurar la calidad de los servicios y para mejorar la percepción de los mismos profesionales sobre su tarea. Pero de hecho, solamente funcionarán correctamente las evaluaciones, cuando el personal las viva como algo enriquecedor para su propia experiencia y satisfactorias con el trabajo.

En una época de control del gasto sanitario, de cambios y experimentación de nuevas y diferentes formas de trabajo, no se puede continuar pensando que la

No se puede continuar pensando que la propia actividad es imprescindible e inmejorable, o que no corresponde justificar el propio trabajo ante los otros





propia actividad es imprescindible e inmejorable, o que no corresponde justificar el propio trabajo ante los otros.

*La mala calidad asistencial siempre es costosa, no sólo desde el punto de vista económico, sino también por la pérdida de esfuerzo y tiempo que significan los costes de la falta de calidad.*

Sabemos que sólo aumentaremos los niveles de calidad en nuestro centro, cuanto más aproximemos la satisfacción de los usuarios a la eficiencia y eficacia terapéuticas.

*La evaluación de la calidad del servicio debe ser una evaluación continuada, ya que en nuestro caso no hay un final del programa a partir del cual se pueda evaluar los resultados definitivos de una intervención, sino que la evaluación forma parte del proceso de funcionamiento y aspira a influir en este proceso para mejorarlo.*

Consiste en analizar de forma continuada y sistematizada, una serie de datos e indicadores para identificar situaciones problemáticas o tributarias de mejorar, poner en marcha cambios o medidas correctoras para solucionarlas y, mediante el posterior análisis de los indicadores, comprobar la efectividad del cambio.

Dr. Rubén Caridad Da'Fonte