

# FISLEM

## **Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral**



**FISLEM**

Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha  
para la Integración Socio-Laboral  
del Enfermo Mental

---

## ALBACETE

---

### Albacete

Avda. de la Mancha s/n. CP. 2006 // Tél. 967 521 918 // Fax. 967 521 918 // [afaeps@afaeps.org](mailto:afaeps@afaeps.org)

### Almansa

C/ Violeta Farra, 7-9. CP. 2640 // Tél. 967 313 296 // Fax. 967 312 250 // [afaenpal@feafesclm.es](mailto:afaenpal@feafesclm.es)

### Caudete

C/ Miguel Hernández, 19 Bj. CP. 2660 // Tél. 965 826 559 // Fax. 965 082 643 // [acafemi@hotmail.com](mailto:acafemi@hotmail.com)

### Hellín

C/ Nuestra Señora de Fátima, 18. CP. 2400 // Tél. 967 542 755 // Fax. 967 542 756 // [crpsihellini@fislem.com](mailto:crpsihellini@fislem.com)

### Villarrobledo

C/ San Lorenzo, 39. CP. 2600 // Tél. 967 144 442 // Fax. 967 140 412 // [crpslvdo@terra.es](mailto:crpslvdo@terra.es)

---

## CIUDAD REAL

---

### Alcázar de San Juan

C/ Irlanda, 3. CP. 13600 // Tél. 926 552 366 // Fax. 926 552 967 // [crpslatcazar@fislem.com](mailto:crpslatcazar@fislem.com)

### Ciudad Real

C/ Azucena, 19. CP. 13002 // Tél. 926 274 975 // Fax. 926 274 975 // [crpsl\\_cr@terra.es](mailto:crpsl_cr@terra.es)

### Daimiel

C/ Antonio Buero Vallejo, s/n. CP. 13250 // Tél. 926 260 064 // Fax. 926 260 065 // [crpsldaimiel@fislem.com](mailto:crpsldaimiel@fislem.com)

### Puertollana

C/ Hinojosas, 9. CP. 13500 // Tél. 926 441 558 // Fax. 926 441 581 // [crpslpuertollano@fislem.com](mailto:crpslpuertollano@fislem.com)

### Tomelloso

C/ San Antonio, 42. CP. 13700 // Tél. 926 505 990 // Fax. 926 513 850 // [centrorhtome@terra.es](mailto:centrorhtome@terra.es)

### Valdepeñas

C/ San Luis, s/n. CP. 13300 // Tél. 926 347 800 // Fax. 926 347 923 // [crpslvaldepenas@fislem.com](mailto:crpslvaldepenas@fislem.com)

---

## CUENCA

---

### Cuenca

Pza. Reina Sofía, s/n. CP. 16003 // Tél. 969 234 934 // Fax. 969 234 834 // [asvivir@terra.es](mailto:asvivir@terra.es)

### Tarancón

Pza. Cruz de la Iglesia, 10. CP. 16400 // Tél. 969 325 863 // Fax. 969 325 864 // [crpsltarancon@fislem.com](mailto:crpsltarancon@fislem.com)

---

## GUADALAJARA

---

### Guadalajara

Avda. de Barcelona, 18 Bj. CP. 19005 // Tél. 949 222 640 // Fax. 949 248 499 // [crpslguadalajara@fislem.com](mailto:crpslguadalajara@fislem.com)

---

## TOLEDO

---

### Consuegra

C/ D. Vidal, 1. CP. 45700 // Tél. 925 467 567 // Fax. 925 467 568 // [crpslconsuegra@fislem.com](mailto:crpslconsuegra@fislem.com)

### Illescas

C/ Cauce, s/n. CP. 45200 // Tél. 925 511 154 // Fax. 925 514 006 // [crpslillescas@fislem.com](mailto:crpslillescas@fislem.com)

### Talavera

C/ Marqués de Mirasol, 19. CP. 45600 // Tél. 925 823 763 // Fax. 925 820 022 // [atafes@feafesclm.com](mailto:atafes@feafesclm.com)

### Toledo

C/ Ferrocarril, 12. CP. 45006 // Tél. 925 284 034 // Fax. 925 284 085 // [crpsltbledo@fislem.com](mailto:crpsltbledo@fislem.com)

### Torrijos

C/ Puente, s/n. CP. 45500 // Tél. 925 775 105 // Fax. 925 775 114 // [crpsltorrijos@fislem.com](mailto:crpsltorrijos@fislem.com)





**Edita:**

*Fundación FISLEM (Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental).*

**Elaboración:**

*Fundación FISLEM. Departamento de Programas y Evaluación.*

**La Fundación FISLEM quiere agradecer las aportaciones realizadas a este documento a:**

- **Abelardo Rodríguez González** (Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid).
- **José Manuel Cañamares Yelmo** (Coordinador del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Getafe. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales INTRESS).
- Los **Técnicos** de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha.

**Maquetación:**

Gráficas Seis

© Fundación FISLEM

1ª Edición. Toledo. Enero 2004

2ª Edición. 2007.

Depósito Legal: TO-910-2007



## PRESENTACIÓN

Las personas con enfermedad mental presentan una compleja combinación de necesidades sanitarias y sociales, que inciden directamente en su integración social, laboral y por tanto en su calidad de vida. Por ello, la Comunidad de Castilla-La Mancha ha hecho un decidido avance en la mejora de la atención a este colectivo, mediante el desarrollo de programas y servicios específicos que dan cobertura a las necesidades de estas personas.

Con este objetivo, se creó la Fundación para la Integración Social y Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) que desde su creación viene poniendo en marcha una red de recursos y programas especializados en la rehabilitación psicosocial y laboral, la atención residencial, el apoyo al empleo, programas de socialización y soporte social, actividades de formación e investigación, y cualquier otra actividad que suponga una mejora para el colectivo de personas con enfermedad mental y sus familias.

La configuración del mapa actual sanitario y social, hace necesaria una definición de cada uno de los recursos desarrollados, con el objetivo de ofertar a los usuarios atendidos unos servicios de alta calidad.

Con la elaboración del “Manual Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)”, se define con claridad la tipología de centros, prestaciones y actividades, que se ofertan en cada uno de los CRPSL. Esta metodología de trabajo, se ha convertido en una herramienta necesaria para ordenar los procedimientos, intentando disminuir la variabilidad de nuestras actuaciones y estableciéndose como marco de referencia básico y esencial para el desarrollo del Programa.

El documento que se presenta, es fruto del esfuerzo que han realizado los profesionales en la definición de un recurso innovador en la comunidad y que recoge desde las primeras iniciativas del movimiento asociativo, hasta elementos de gestión de calidad asistencial, de una manera coherente con la evolución histórica de nuestra comunidad, y abierta a la introducción de mejoras continuas.

También es necesario agradecer a otras comunidades, con mayor tradición en este tipo de recursos, las ideas y apoyo prestado, que han hecho posible la extrapolación de funcionamientos que han sido incorporados en nuestros CRPSL.

El Manual ofrece un material orientativo para el desarrollo de programas y actividades de rehabilitación, que facilitará sin duda la labor diaria de instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la estructura de los dispositivos. Eso sí, sin olvidar la necesaria adaptación que debe realizarse en cada lugar y contexto concreto de aplicación, para que los principales protagonistas, los usuarios de los CRPSL, puedan beneficiarse.

# INDICE

<b>1. PROGRAMA DE CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL</b>	
1.1. Introducción .....	7
1.2. Desarrollo general .....	7
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL</b>	
2.1. Definición y características .....	8
2.2. Objetivos.....	8
2.3. Funciones .....	9
<b>3. POBLACIÓN ATENDIDA: Perfil general .....</b>	<b>9</b>
<b>4. ÁREAS DE INTERVENCIÓN</b>	
4.1. Rehabilitación Psicosocial .....	10
4.2. Rehabilitación laboral .....	11
4.3. Apoyo y soporte social .....	11
4.4. Seguimiento y apoyo comunitario .....	11
4.5. Apoyo a la familia .....	12
4.6. Contacto y coordinación con el entorno social y laboral .....	12
4.7. Coordinación y apoyo con otros recursos .....	12
<b>5. METODOLOGÍA Y PROCESO DE INTERVENCIÓN</b>	
5.1. Fases del proceso de atención .....	13
5.1.1. Acogida y trabajo previo	
5.1.2. Evaluación	
5.1.3. Plan Individualizado de rehabilitación	
5.1.4. Intervención	
5.1.5. Seguimiento y apoyo comunitario	
5.2. Programas de intervención .....	20
5.2.1. Programas de rehabilitación psicosocial	
5.2.2. Programas de soporte comunitario y social	
5.2.3. Programas de rehabilitación laboral	
5.2.4. Programas de intervención familiar	
5.2.5. Programas de apoyo a la integración social y laboral	
5.2.6. Programas dirigidos al entorno comunitario	
5.3. Sistema de tutorías .....	29



<b>6. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO</b>	
6.1. Derivación y acceso .....	29
6.2. Capacidad de atención y sectorización .....	30
6.3. Horario de funcionamiento y duración de la atención .....	30
<b>7. PERSONAL, FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO</b>	
7.1. Categorías profesionales .....	31
7.2. Funciones de los trabajadores .....	31
7.3. Organización interna.....	34
7.4. Organigrama .....	35
<b>8. COORDINACIÓN</b>	
8.1. Profesionales de salud mental .....	36
8.2. Servicios sociales .....	36
8.3. Fundación FISLEM .....	37
8.4. Coordinación con otros recursos .....	37
<b>9. PARTICIPACIÓN DE USUARIOS</b> .....	40
<b>6</b> <b>10. ESTRUCTURA FÍSICA</b> .....	40
<b>11. EVALUACIÓN</b>	
11.1. Valoración de la eficacia global de la intervención .....	41
11.2. Valoración de la eficacia de los programas de intervención .....	41
11.3. Análisis de la realidad .....	41
11.4. Satisfacción de los usuarios .....	41
<b>12. FORMACIÓN</b> .....	42
<b>13. COMPLEMENTOS Y OTRAS MEJORAS TÉCNICAS</b>	
13.1. Implantación de un sistema de calidad .....	39
13.1.1. Los objetivos de la calidad	
13.1.2. La implantación de gestión de calidad en FISLEM de Castilla-La Mancha	
13.2. Prestación servicios de comidas para usuarios del CRPSL .....	43
13.3. Programas adicionales de actividades en el CRPSL .....	43
13.4. Supervisión técnica .....	44
<b>14. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	42



# 1. PROGRAMA DE CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

## 1.1. INTRODUCCIÓN

El artículo 5º de los Estatutos de la Fundación Socio-Sanitaria para la Integración Socio-laboral del Enfermo Mental de Castilla-La Mancha establece como objetivo general la prevención de la marginación y desadaptación, así como el apoyo a la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental generadores de incapacidad personal y que tengan dificultades de acceso a recursos normalizados.

El Programa de rehabilitación de la Fundación tiene como finalidad potenciar y desarrollar los recursos de rehabilitación y soporte necesarios para posibilitar la integración comunitaria de estas personas. Por una parte implica ofrecer recursos que posibiliten la rehabilitación psicosocial y laboral de este colectivo y les prepare para la reinserción en el mundo laboral. Esto se concreta con la creación y puesta en marcha de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL). Complementariamente es necesario fomentar medidas de promoción de empleo, incluyendo fórmulas de empleo protegido, apoyo a la creación de iniciativas empresariales para la contratación de personas con enfermedad mental, así como aumentar sus oportunidades de acceso al mercado laboral.

Las funciones, objetivos y organización de los CRPSL, se detallan en los siguientes apartados. También incluye la definición de objetivos asistenciales, la descripción de los programas rehabilitadores, los canales de derivación y vías de acceso y la coordinación con recursos sanitarios y sociales.

Los recursos de rehabilitación que se van a describir en el programa se configuran de un modo flexible y abierto de manera que se puedan diseñar y organizar otro tipo de dispositivos que puedan ser necesarios para atender problemáticas sociales muy específicas de determinados subgrupos de enfermos mentales crónicos que puedan ir surgiendo, o bien introducir modificaciones a los diseños y funcionamiento de los recursos indicados si tras la experiencia o valoración de su organización así se hiciese preciso para mejorar y optimizar su eficacia y eficiencia.

## 1.2. DESARROLLO GENERAL

El programa se desarrolla en el marco del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010 de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, a través de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del enfermo mental (FISLEM) que trabaja en el desarrollo de recursos de rehabilitación y apoyo comunitario desde una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria y de servicios sociales.

Tiene como principal objetivo atender a las personas con enfermedad mental y apoyar a sus familiares. Trata de favorecer que estas personas puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas posibles. La función principal del programa de centros es desarrollar un conjunto de acciones y recursos específicos que permitan atender a las necesidades de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral y soporte comunitario.

El programa pretende desarrollar su trabajo en estrecha colaboración con los servicios de salud mental, articulando una atención integral a las diferentes problemáticas de las personas con enfermedad mental crónica.

La organización y funcionamiento del programa de centros de rehabilitación psicosocial está regulado por FISLEM, que establece los objetivos, la tipología, las prestaciones, el perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos de los centros de rehabilitación.

La actuación de todo el programa de CRPSL está orientada a los siguientes objetivos generales:

- Atender a las personas con enfermedad mental con discapacidades psicosociales, ayudándoles a desarrollar sus recursos personales y facilitando la provisión de soportes sociales básicos (laborales, residenciales y comunitarios).
- Favorecer su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo que sea posible.
- Potenciar su integración en el entorno comunitario.
- Promover acuerdos institucionales que hagan posible el establecimiento de redes



de apoyo y reinserción para pacientes crónicos.

- Apoyar a las familias de los enfermos mentales, mejorando sus recursos y promoviendo la mejora de su calidad de vida.

El programa va dirigido a las personas de Castilla-La Mancha que sufren enfermedades mentales graves y severas y que tienen dificultades en su funcionamiento social, así como a sus familias. Las familias constituyen un elemento clave del programa, ya que la mayoría de enfermos mentales viven con sus familias. El programa ofrece apoyo, educación y asesoramiento para la solución de los problemas que surgen como consecuencia del cuidado de las personas con enfermedad mental.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

8

### 2.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El CRPSL se enmarca en los *servicios específicos* de rehabilitación que supone un dispositivo encuadrado en el *tercer nivel asistencial*. Adecuadamente potenciado y utilizado incide sobre una población crónica disminuyendo sus discapacidades e incidiendo sobre su capacidad de reinserción en la vida comunitaria.

La *coordinación con los Servicios de Salud Mental* debe ser estructurada y continua ya que los usuarios del centro no pierden su eje de referencia que son los profesionales que continúan atendiendo al paciente en su proceso psicopatológico en particular y en su paso por la red de salud general.

En este sentido el CRPSL es un *dispositivo específico* que se articula como una unidad asistencial especializada en rehabilitación de usuarios con una enfermedad mental de curso declarado crónico por las Unidades de Salud Mental y pertenecientes al área de referencia asignada al centro.

El Centro es un dispositivo ambulatorio *diseñado y organizado para la realización de planes individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario* a las personas

con enfermedad mental que presentan dificultades en el funcionamiento psicosocial (autocuidados, relaciones sociales y familiares, uso del tiempo libre, actividades domésticas, etc.). Otra de las misiones fundamentales será favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de modo que propicie la integración laboral.

Es una *unidad abierta* y los *pacientes son atendidos en régimen de día*. El centro de Rehabilitación puede considerarse el vértice coordinador y programático de otras prestaciones rehabilitadoras, como pueden ser las laborales, residenciales y clubes sociales de ocio y tiempo libre.

En el Centro se realizan programas de *intervención sobre distintas áreas* tales como habilidades sociales, autocuidados, autocontrol, rehabilitación cognitiva, habilidades de ajuste laboral, orientación vocacional y psicoeducación para facilitar la mejora del nivel de autonomía de los usuarios y su participación comunitaria en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.

El CRPSL también se dirige al entorno próximo del usuario. La atención comunitaria se concreta en tareas de concienciación, sensibilización, búsqueda de apoyos comunitarios, fomentar la implicación de agentes que faciliten la integración laboral, etc. Por tanto, el CRPSL es un mediador entre los usuarios y su entorno, para que las tareas desarrolladas en el centro (programas, actividades, etc.) puedan tener un correlato real de inserción.

### 2.2. OBJETIVOS

#### 2.2.1. Objetivo general

El objetivo general es ayudar a los enfermos mentales graves y crónicos con importantes discapacidades psicosociales a mejorar sus habilidades y recursos personales para que puedan funcionar con mayor éxito en el medio comunitario donde vayan a vivir, con más autonomía y calidad de vida. Facilitándoles en todo momento el acceso y seguimiento a los apoyos comunitarios que precisen.

#### 2.2.2. Objetivos específicos

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno requiera para desenvolverse con la mayor autonomía



posible en su medio familiar, social y laboral.

- Dotar a la persona con enfermedad mental de experiencias significativas de reaprendizaje de habilidades para promover el desempeño del mayor número de roles socialmente valiosos (trabajar, estudiar, mantener relaciones sociales, de amistad y afectivas).
- Potenciar la integración social y laboral dentro de la comunidad, apoyando la inserción en contextos normalizados.
- Promover la educación para la salud modificando factores de riesgo y articulando factores de protección.
- Prevenir el riesgo de hospitalizaciones, deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
- Favorecer la vuelta a la comunidad de los usuarios internados en las unidades de larga estancia.
- Habilitación de soportes sociales y afectivos (familia, pareja, grupos de autoayuda de usuarios y familias, grupos de amistad, etc.).
- Mejorar el conocimiento y habilidades de las familias para que sean más competentes en el manejo de problemas con respecto al familiar enfermo.
- Articular y organizar contactos con los dispositivos de formación ocupacional y profesional.
- Fomentar la implicación de empresarios, instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción socio-laboral del colectivo.
- Ofrecer apoyo y seguimiento para asegurar el mantenimiento en la comunidad y en el ámbito laboral cuando sea el caso.
- Promover una visión realista, no marginadora ni excluyente de la enfermedad mental en la comunidad

### 2.3. FUNCIONES DEL CRPSL

Son funciones del CRPSL ofrecer programas individuales de rehabilitación psicosocial y laboral y apoyo comunitario así como promover la integración en la comunidad de la población atendida, además de ofrecer el

apoyo y soporte social necesario para mantener el nivel de autonomía y/o desenvolverse en el mundo laboral. Asimismo ofrece psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias. Las funciones se operativizan en:

- Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial y laboral individualizados.
- Apoyar y entrenar a las familias tanto individual como grupalmente.
- Ofrecer un abanico de actividades de día de apoyo y soporte social para los usuarios con mayor nivel de deterioro.
- Coordinarse y colaborar con las Unidades de Salud mental de referencia y con los Servicios Sociales.
- Apoyar y coordinarse con los recursos sociocomunitarios de cara a la integración social de los usuarios.
- Apoyar y coordinarse con otros recursos específicos de rehabilitación que existan o se creen en el área de salud.
- Colaborar en la formación y asesoramiento a otros profesionales, entidades, asociaciones, etc., facilitando el mejor conocimiento de la realidad y problemática de enfermo mental.
- Fomentar la implicación y colaboración de empresarios e instituciones de inserción laboral.
- Desarrollar actividades de contacto y coordinación con el mercado laboral.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con otros recursos del Programa de Rehabilitación Psicosocial de FISLEM.

### 3. POBLACIÓN ATENDIDA: Perfil general

El término de "enfermo mental crónico" es demasiado genérico y ambiguo, por lo que es conveniente avanzar hacia definiciones más operativas de cara a definir las características de las personas susceptibles a ser atendidas en el CRPSL. Adaptaremos la definición de Goldman et al. (1981) por ser una de las más aceptadas en este ámbito y que incluye además criterios de diagnóstico, discapacidad y duración:

"Personas que sufren diversos trastornos psiquiátricos graves (Esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves, otras psicosis, etc.), que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a diversos aspectos de la vida diaria tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, actividades recreativas, actividades laborales, etc., y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Muchas de estas personas han requerido asistencia institucional (en hospitales psiquiátricos público o privados), bien durante periodos prolongados de tiempo o a través de una o más hospitalizaciones de breve duración, otros nunca han sido internados y están recibiendo tratamiento en servicios médicos o de salud mental comunitarios; por último, algunos a pesar de su problemática, no reciben tratamiento ni atención profesional de ningún tipo".

Las personas cuya problemática queda recogida en la definición anterior, constituye la población objeto de los Centros de Rehabilitación Psicosocial Laboral, es decir las personas con enfermedades mentales graves, que presentan dificultades en su funcionamiento autónomo y necesitan un apoyo estructurado para su integración en la comunidad.

El perfil general de las personas susceptibles de acceder al centro habrán de cumplir el siguiente perfil general:

1. Presentar una enfermedad mental grave con deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social.
2. Estar siendo atendido en los servicios de salud mental de la zona para la que se sectorice el CRPSL y ser derivado por ellos.
3. Tener entre 18 y 65 años.
4. Vivir en el territorio delimitado por el área de referencia.
5. Situación psicopatológica estabilizada (no crisis psicótica).
6. Ausencia de conductas auto o heteroagresivas peligrosas que interfieran con los programas de rehabilitación del centro.
7. No presentar procesos orgánocerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.

8. Siempre y cuando se cumplan los criterios anteriores, también podrán acudir aquellas personas con un diagnóstico secundario relacionado con el consumo de sustancias si se cumplen los siguientes criterios:

- a. En caso de dependencia se habrá realizado tratamiento previo de desintoxicación.
- b. En caso de abusos graves de sustancias, estar recibiendo tratamiento especializado.

Asimismo el CRPSL trabaja específicamente con las familias de las personas afectadas de la enfermedad mental, reconociendo su papel esencial como principal recurso de cuidado y convivencia para este colectivo, y ofreciéndoles el apoyo y asesoramiento que necesitan.

## 4. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

En los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral se desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:

### 4.1. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición de las habilidades personales y sociales que le permitan su funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y fomentando su progresiva integración social en su entorno comunitario. Las principales áreas de intervención son, entre otras, las siguientes:

- **Autocuidados:** aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables.
- **Actividades de la vida diaria:** manejo de la vivienda, autonomía social, uso de transportes, trámites burocráticos, manejo del dinero, etc.
- **Psicomotricidad.**
- **Psicoeducación:** conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, control de factores de riesgo, prevención de recaídas, manejo de sintomatología residual, manejo de redes sanitarias, etc.

- **Autocontrol y afrontamiento del estrés:** relajación, autoestima, técnicas de solución de problemas, autocontrol emocional, etc.
- **Habilidades sociales:** conversacionales, asertivas, grupales, heterosociales, etc.
- **Déficits cognitivos:** atención, percepción social, orientación, memoria, procesamiento de la información, etc.).
- **Ocio y Tiempo Libre:** manualidades, recuperación de gustos personales, programación de actividades en el entorno comunitario, potenciación de hobbies y aficiones, etc.).
- **Integración comunitaria:** uso de recursos comunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.).
- **Apoyo a la integración social y soporte comunitario.**

En cada una de las áreas se ofrecen actividades individuales o grupales. Todas las áreas se llevan a cabo mediante programas de intervención, que se ajustan a las necesidades de cada usuario, con una metodología concreta que se especifica más adelante en este mismo documento.

## 4.2. REHABILITACIÓN LABORAL

Desde el centro se trabajará el preparar y capacitar para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento en un empleo en el mercado laboral. Incluye un amplio abanico de actividades como: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, apoyo a la formación laboral, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, etc. Dichas actividades se ajustarán a las necesidades de cada caso de acuerdo a lo establecido en su plan individualizado. Las principales áreas de intervención son:

- **Evaluación funcional vocacional-laboral:** será necesario evaluar específicamente los aspectos relacionados con su experiencia, intereses, motivación, ajuste previo, formación, habilidades, etc.
- **Orientación vocacional.**
- **Entrenamiento en hábitos pre-laborales:** asistencia, puntualidad, ritmo

en la tarea, interacción con compañeros, memoria para las instrucciones, manejo de críticas, etc.

- **Apoyo a la formación ocupacional-profesional.**
- **Habilidades de búsqueda de empleo.**
- **Apoyo a la búsqueda activa de empleo.**

## 4.3. ACTIVIDADES DE APOYO Y SOPORTE SOCIAL

Como complemento al proceso de rehabilitación psicosocial, se organizan un abanico de actividades de apoyo y soporte social (culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer el soporte social que los usuarios puedan necesitar, especialmente con aquellos con mayores dificultades de integración y por tanto mayor riesgo de aislamiento y deterioro. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro, fomentando el uso de recursos comunitarios.

## 4.4. SEGUIMIENTO Y APOYO COMUNITARIO

Una vez finalizado el proceso de rehabilitación y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, se desarrollará un proceso de seguimiento que asegure el mantenimiento del nivel de funcionamiento alcanzado, con especial énfasis en aquellos con mayores dificultades o dependencia ofreciéndoles el apoyo necesario en el propio centro y en el entorno comunitario optimizando el uso de recursos sociocomunitarios normalizados y la implicación de las redes sociales. Para ello desde el CRPSL se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los servicios de salud mental y con los servicios sociales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.

También con aquellos usuarios que hayan podido culminar su proceso de rehabilitación laboral mediante la inserción en el mercado laboral, se desarrollará un proceso de apoyo que asegure la integración y mantenimiento en el trabajo obtenido, así como en los circuitos de inserción laboral pertinentes.

#### 4.5. APOYO A LAS FAMILIAS

Desde el CRPSL se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo para mejorar su capacidad de manejo con su familiar enfermo mental y contribuir a mejorar la calidad de vida de la propia familia. Se buscará implicar a la familia como recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración. Desde el centro se fomentará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y enfermos mentales. Esta labor de apoyo a las familias se desarrollará a través de:

- Apoyo y asesoramiento individualizado con cada familia.
- Programas grupales y/o unifamiliares de Psicoeducación. Su objetivo es enseñarles los conocimientos y habilidades necesarias para entender la enfermedad mental, mejorar la comunicación, aprender a solucionar problemas de convivencia, desarrollar pautas ante empeoramientos, fomentar la autonomía en sus familiares enfermos y apoyar positivamente el proceso de rehabilitación e integración de su familiar.
- Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

12

#### 4.6. CONTACTO Y COORDINACIÓN CON EL ENTORNO SOCIAL Y LABORAL

Se desarrollará un trabajo específico de contacto y coordinación con los recursos comunitarios existentes para facilitar la integración social y laboral de los usuarios (Escuelas-taller, SEPECAM, instituciones relacionadas con la formación profesional, Ayuntamientos, asociaciones, etc.). También se podrán desarrollar actividades de asesoramiento técnico de asociaciones o entidades interesadas en la integración laboral de enfermos mentales, en materia de rehabilitación psicosocial o en el fomento de iniciativas para este colectivo.

#### 4.7. COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS

La atención exige la organización de un sistema en el que los diferentes servicios y recursos trabajen desde una estrecha coordinación y complementariedad que asegure la continuidad de cuidados y la

optimización de la eficacia de los procesos de atención. El CRPSL se coordinará con los servicios de salud mental que constituirán la principal puerta de entrada a los CRPSL. También se coordinará con el resto de CRPSL que haya en el área y con otras alternativas o recursos rehabilitadores como las viviendas supervisadas, mini-residencias o los recursos de formación y empleo a fin de articular una adecuada continuidad de cuidados y optimizar el proceso de rehabilitación e integración social y/o laboral. Asimismo, los CRPSL trabajarán en colaboración con la red de Servicios Sociales Generales a fin de promover la normalización e integración social de los usuarios atendidos. El enfoque comunitario basado en el principio de normalización que sustenta el trabajo de rehabilitación psicosocial, exige un esfuerzo especial de coordinación con todos aquellos recursos sociocomunitarios (formativos, laborales, educativos, culturales, etc.) que resulten relevantes a los objetivos de rehabilitación e integración comunitaria.

### 5. METODOLOGÍA Y PROCESO DE INTERVENCIÓN

Se organizará y desarrollará con cada usuario y con su familia un proceso de atención e intervención que se realizará de acuerdo a las indicaciones siguientes.

La atención que se ofrezca en el centro debe tener siempre presente la necesidad de trabajar con una visión global del usuario y de su entorno así como de su problemática, demandas, posibilidades, y actuar siempre desde una orientación de rehabilitación comunitaria comprometida con apoyar de un modo relevante a cada persona para la mejora de su autonomía y para ayudarle a alcanzar el mayor grado posible de integración y calidad de vida de su entorno social.

Con cada persona atendida se desarrollará un proceso individualizado e integral de rehabilitación psicosocial y laboral y soporte comunitario, encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de autonomía personal y los hábitos y capacidades sociales y laborales para favorecer su acceso y mantenimiento en el entorno social y laboral.

El proceso de rehabilitación se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características y necesidades de cada caso y de su entorno concreto. Se



desarrollará a través de un proceso articulado en cuatro fases estrechamente relacionadas: Trabajo previo, acogida, evaluación, intervención y seguimiento. Dichas fases no deben entenderse de un modo consecutivo rígido sino más bien como diferentes momentos en el proceso global de atención, intervención y apoyo.

La organización y metodología del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral está encaminada a posibilitar un marco lo más flexible y normalizado posible que permita ofertar una atención individualizada en rehabilitación socio-laboral y a la vez se constituya en un contexto de entrenamiento y capacitación, incluyendo a los usuarios en actividades individuales y grupales, así como en talleres ocupacionales y/o pre-laborales.

Esta doble vertiente de trabajo individual y grupal, se operativiza mediante una organización planteada a través de programas de atención, que permite ceñirse a las características de cada persona y posibilita la evaluación continua de la intervención realizada.

A continuación se describirán los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención e intervención en sus diferentes fases o momentos, y que configuran la metodología y proceso de atención que se realizará en los CRPSL.

## 5.1. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN

El itinerario personalizado de integración socio-laboral supone una serie de fases o subprocesos que permitan adecuar la intervención realizada a las necesidades y características del usuario y posibiliten una metodología de "actividades por objetivos", evitando la cronificación en el CRPSL y evaluando de forma continua los progresos o dificultades.

### 5.1.1. Acogida: trabajo previo

Desde los CRPSL se trabajará activamente para asegurar el adecuado enganche rehabilitador de los usuarios desarrollando las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio

proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.

Tiene una duración variable en función de la facilidad de colaboración con el usuario. Se encarga el responsable del centro (psicólogo), el/la trabajador/a social así como un terapeuta de acogida en los casos en los que se valore conveniente.

Esta fase se iniciará desde antes de la derivación, mediante las coordinaciones con la Unidad de Salud Mental (USM) que ha derivado el caso, así como la descripción del paciente que ofrece una buena orientación de cómo conseguir el enganche con cada individuo.

El trabajador social hace la acogida con la familia, explicándoles la importancia de su implicación en el proceso, las normas de funcionamiento, horarios y procedimiento a seguir con la familia.

En las primeras sesiones se le enseñará el centro, se le presentará a los profesionales, al tutor que será su persona de referencia que le acompañará durante todo su proceso rehabilitador. Se le asigna a un programa de actividades de acogida, soporte y evaluación. En otras ocasiones el psicólogo trabajará con el usuario en el caso en el que no quiera asistir al centro y la inclusión a actividades de acogida haga peligrar el mantenimiento de la persona en el recurso.

Las actividades de acogida pueden ser variadas y ajustadas al usuario concreto: talleres ocupacionales, actividades deportivas, grupos de acogida, sesiones de evaluación individuales con el psicólogo, etc.

El área de trabajo previo correspondiente al enganche rehabilitador y motivación cobra especial relevancia en Castilla-La Mancha debido a dificultades como: dispersión geográfica, dificultades de transporte, contextos rurales, etc. A estas dificultades se pueden unir otras características asociadas al usuario que pueden impedir el comienzo del proceso de rehabilitación desde el CRPSL. Algunas pueden ser: experiencias negativas con otros recursos, ausencia de conciencia de enfermedad, tolerancia de la familia de conductas cronificantes, deterioro social del usuario, cuidadores ancianos, etc. La presencia de todas estas variables exige una labor específica desde el CRPSL de cara a detectar las variables que están manteniendo la situación de deterioro y dificultando el comienzo del itinerario de rehabilitación psicosocial.

Este área de trabajo específico consiste en la atención a personas derivadas al centro o captados por otros medios, con las que se hace una atención a través de contactos periódicos con él o la familia, por un tiempo no determinado, con anterioridad al trabajo puramente rehabilitador. Se puede llevar a cabo mediante contactos periódicos, citas, visitas a domicilio o intervención familiar. Todos estos casos tendrán diseñado un PIR ajustado a su situación actual, con unos objetivos operativos y un plan de actuación concreto.

Para llevar a cabo esta labor de enganche, los CRPSL se coordinarán con todos los servicios que puedan facilitar el trabajo previo, en especial con los servicios de salud mental de área y con los servicios sociales generales que participarán en la puesta en marcha de protocolos de enganche específicos a desarrollar en el medio natural del usuario.

Aunque no se trata de la atención "tradicional" en rehabilitación, basada en programas de entrenamiento, se trata de una intervención desarrollada desde el CRPSL con objetivos de contención, motivación, psicoeducación, apoyo familiar y potenciación de contacto con la comunidad.

14

### 5.1.2. Evaluación

Esta fase es esencial para el desarrollo posterior del programa. Parte de la base de una valoración previa tanto de las discapacidades como de capacidades y recursos que el usuario posee. Es determinante en el éxito de la rehabilitación.

La evaluación será una pieza clave de todo el proceso, no solo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. La evaluación será funcional, conductual y social que permita conocer las características y habilidades del usuario en las diferentes áreas de funcionamiento personal, social y laboral, así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, posibilidades, exigencias y demandas de su medio familiar y social.

Es necesario conocer con precisión el nivel actual de habilidades y déficit que presenta, nivel de autocuidados, relaciones interpersonales, apoyo familiar, historia laboral, intereses vocacionales, etc., y cuantos datos resulten relevantes de modo que permita diseñar un programa de intervención

específico, destinado a mejorar las competencias del sujeto y desarrollar aquellos aspectos de su medio que favorezcan su funcionamiento personal y su integración social y/o laboral.

En resumen, la evaluación funcional es un proceso a través del que se obtendrá información acerca de:

- El **nivel conductual** en las diversas áreas de funcionamiento personal, social y laboral, de modo que permita especificar qué comportamientos necesitan ser instaurados, extinguidos, incrementados, disminuidos o sustituidos.
- Las **variables personales y ambientales** que influyen en el inicio o mantenimiento de los comportamientos problemas y los déficits que presenta en cada área.
- Las **expectativas** y objetivos de cambio del sujeto.
- La **historia** personal, social y laboral del sujeto y de su problemática psiquiátrica.
- Las **características del medio familiar y social**, así como sus demandas y expectativas respecto al sujeto.
- **Recursos sociales** y servicios disponibles o pertinentes para la rehabilitación del sujeto.

La evaluación consta de dos partes diferenciadas en función del sujeto de evaluación: usuario y familia. Se realiza atendiendo a 4 aspectos: el usuario, la familia, la observación directa de los profesionales del CRPSL y la información remitida por el Servicio de Salud Mental, llevándose a cabo en el CRPSL y en el contexto.

La evaluación atenderá a una serie de áreas que permiten delimitar los diferentes factores o variables implicados en la posterior intervención, aún cuando todos ellos deberán integrarse en el plan individualizado de rehabilitación. Estas áreas son:

- **Aspectos clínicos:** recoge diagnóstico, síntomas psicóticos, evolución de la enfermedad e ingresos psiquiátricos hospitalarios.
- **Autocuidados:** comprende el aseo personal, los hábitos de vida saludables y la organización y estructuración de la vivienda.



- **Autonomía personal y social:** recoge aspectos de autonomía económica y el manejo del entorno (transportes, comunicaciones, etc.)
- **Integración social:** recoge el uso de recursos comunitarios estructurados y la existencia y extensión de la red natural de apoyo.
- **Aspectos cognitivos:** recoge información de áreas de atención, orientación y memoria.
- **Autocontrol:** recoge las habilidades de afrontamiento personal, manejo de situaciones de estrés y autoestima.
- **Habilidades sociales:** capacidad de manejo en relaciones interpersonales.
- **Medicación y tratamiento:** conciencia de enfermedad y responsabilidad en la toma de medicación y su propio tratamiento.
- **Familia:** valora el conocimiento acerca de la enfermedad, el clima familiar, el apoyo familiar y el estilo de comunicación.
- **Historia laboral:** evalúa los trabajos realizados, adaptación a los mismos, funciones desempeñadas y las habilidades adquiridas.
- **Motivación laboral:** interés en encontrar trabajo y autopercepción de su capacidad para lograrlo, intentos de búsqueda, implicación durante la evaluación y apoyo familiar en la búsqueda.
- **Adaptación al ambiente laboral y preferencias:** valora el grado de adaptabilidad en ambientes cuasilaborales, adaptación a grupos, a contacto con supervisores, así como preferencias para el desarrollo de futuros hábitos laborales y experiencia laboral.
- **Habilidades y conocimientos en la búsqueda de un empleo:** valoración de la capacidad para hacer un curriculum, entrevistas laborales, conocimiento del mercado laboral, etc.

No es necesario hacer una valoración pormenorizada de todos los componentes, sino ceñirse a las áreas importantes para el proceso individualizado de la persona. Así, por ejemplo, con un usuario derivado con el objetivo de la integración laboral, se hará una evaluación

centrada en las áreas de rehabilitación laboral preferentemente. Sin embargo no es difícil que estos usuarios presenten dificultades en otros aspectos de su funcionamiento psicosocial general. Por ello se realizará una evaluación de otras áreas que pueden influir en el ajuste laboral. Caso de que estas áreas arrojen déficits relevantes, se valorará la posibilidad de un trabajo previo de rehabilitación psicosocial anterior a la rehabilitación laboral. También de forma inversa, un usuario que esté en proceso de rehabilitación psicosocial y pase al proceso de rehabilitación laboral, no requerirá de toda la evaluación, sino de los aspectos laborales más indicativos de cara a la obtención de un empleo.

La evaluación multidimensional nos servirá de base para el estudio de sus necesidades, formulación de metas específicas y la elaboración del plan individualizado de rehabilitación que contemple objetivos en cada área de funcionamiento personal, afectivo, social y laboral. Esto permitirá contrastar los avances o mejoras de los usuarios y evaluar la eficacia de los entrenamientos realizados.

En otro sentido, es fundamental la evaluación continua tanto de la efectividad de los programas como del ambiente en el cual se desarrollan, valorándose tanto la adecuación general a los objetivos de rehabilitación, como la adecuación a los casos particulares. En este sentido, la evaluación no deberá realizarse de un modo rígido, solo como una fase previa a la intervención, sino que deberá articularse a lo largo de todo el proceso de intervención, guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo.

Los instrumentos y recursos para la evaluación de usuarios y familias se estructurará dentro de un protocolo de evaluación que incluirá diferentes procedimientos desde entrevistas semiestructuradas, observación, escalas, test y cuestionarios.

La evaluación es multidisciplinar por el trabajador social, el terapeuta ocupacional, el educador, los monitores de taller y el psicólogo. Dicha evaluación es guiada por el psicólogo que será el encargado de integrar toda la información y plasmar los objetivos en un plan individualizado de rehabilitación.

El tiempo aproximado de duración es de 3 a 4 semanas, siendo evaluada la persona



derivada y su familia a través de citas sucesivas en el centro, visitas domiciliarias y observación. La evaluación podrá alargarse en el tiempo a través de un grupo o programa de acogida, mediante el cual se pretende observar al usuario en el desempeño real de sus habilidades y capacidades. También se podrán utilizar los talleres prelaborales y ocupacionales como contexto prioritario de evaluación, ya que en ellos es donde se puede observar con mayor fidelidad el conjunto de capacidades y déficits.

La evaluación concluye con el diseño del plan individualizado de rehabilitación donde quedan enmarcadas las necesidades, objetivos, y actividades.

### 5.1.3 Plan individualizado de Rehabilitación (PIR)

Tras terminar la recogida de información se llevará a cabo una reunión de equipo denominada "junta de evaluación", en la que todos los profesionales del centro de rehabilitación, de forma conjunta elaborarán una propuesta de intervención, a partir de la integración y globalización de toda la información recabada. Esta propuesta deberá consensuarse con el usuario y su familia, constituyéndose en el PIR, en el que se marcarán los objetivos a alcanzar en cada área de funcionamiento y las actividades necesarias para su consecución. Este plan deberá realizarse por escrito.

En esta junta de evaluación se designará un tutor entre los profesionales del centro, que será el responsable de llevar a cabo el seguimiento de este plan de rehabilitación. Cada una de las habilidades que necesite adquirir o potenciar así como cada uno de los apoyos con los que debe contar, se especificarán como objetivos en el plan individualizado de rehabilitación. Este plan estructurará qué y cómo el sujeto aprenderá nuevas habilidades y qué y cómo los aspectos del medio social deben ser modificados o desarrollados. En resumen, constituirá un esquema sistemático y secuencial del proceso de rehabilitación en el que se establecerán:

- Las metas generales y específicas respecto a las diferentes áreas de funcionamiento personal, social y laboral.
- Se estructurarán de modo secuencial los pasos necesarios para alcanzar dichas metas.

- Se priorizan y secuencian las habilidades a aprender y los recursos a utilizar.
- Se prevén plazos temporales (semanales, mensuales, trimestrales, etc.), para la consecución de cada uno de los objetivos programados.
- Se proponen los recursos comunitarios que pueden ser útiles para la consecución de los objetivos propuestos y se organiza su colaboración.

La rehabilitación psicosocial precisa de actuaciones sistemáticas y coordinadas, requiere de un proceso muy programado, en donde cada acción, cada programa de entrenamiento, cada recurso estén organizados y estructurados como pasos de este proceso. El PIR nos permite saber en cada momento qué hacer y por qué, ajustándose a la problemática y contexto particular de cada sujeto y a los objetivos concretos programados.

EL PIR, por tanto consiste en una metodología de trabajo estructurada y con consecuencias claras de desarrollo. Este es el vehículo que posibilita el desarrollo y éxito del trabajo. Dicho plan debe tener o reflejar las siguientes características:

- Plasmación escrita.
- Evaluación de déficits y capacidades.
- Plan estructurado secuencial e individual.
- Delimitación clara de objetivos.
- Delimitación en el tiempo.
- Adecuación al contexto.
- Adecuación a las expectativas.
- Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del PIR.
- Observación y seguimiento en su desempeño real.
- Salida real de reinserción.
- Evaluación continua del desarrollo del plan y resultados.

De acuerdo a la evaluación continuada que se irá realizando, se reajustará de un modo flexible el PIR reorientando y adaptando el proceso de rehabilitación. El psicólogo o profesional responsable de cada usuario

deberá enviar por escrito al servicio de salud mental de referencia un informe donde se resuma la evaluación realizada y se especifique el plan individualizado propuesto. En esta línea, se enviará copia también de los informes que se realicen para valorar el proceso de rehabilitación que se esté realizando.

En el plan se establecerán las prioridades y proceso de desarrollo de los objetivos, el tipo de intervenciones para abordar cada objetivo, y los profesionales que se encargarán del plan, así como otros profesionales que se coordinarán durante todo el proceso de rehabilitación (psicólogo, psiquiatra, etc.).

Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención, se desarrollará una evaluación continuada de la misma que se irá realizando como mínimo cada 6 meses, en función de la que se reajustará de un modo flexible el PIR adaptando y reorientando el proceso de intervención.

La implicación activa de los sujetos en el desarrollo y planificación del PIR es un aspecto fundamental. El usuario no es catalogado como un sujeto pasivo, sino como una persona con capacidad de cambio, de aprendizaje y con derecho a conocer y a opinar en su proceso de rehabilitación. En muchos casos esta implicación puede ser difícil, sin embargo no por ello debe ser obviada. Su consecución es gradual y progresiva. Los esfuerzos dirigidos para conseguirla implican entre otras cosas: explicar la razones de cada una de las actividades que se propongan, los beneficios que cada usuario puede obtener, conocer las ideas, expectativas y sentimientos de los sujetos y de las personas significativas de su medio, preguntar su opinión sobre la intervención realizada, etc.

De un modo concreto se explicará explícitamente el PIR al usuario y a la familia. En esta devolución de información, dejarán constancia de su acuerdo con las metas y actividades programadas y de su compromiso y colaboración en ellas, aceptando las contingencias que en cada caso se especifiquen. Esta devolución se realizará de forma repetida en aquellos momentos en que se necesite aumentar la implicación, colaboración o entendimiento del PIR propuesto.

#### 5.1.4. Intervención

Toda la intervención realizada se articula en

un conjunto de áreas mediante el desarrollo de programas de intervención, cada uno de ellos destinado a la consecución de los diferentes objetivos propuestos en el CRPSL. Por tanto, el plan individualizado de rehabilitación se compone de un conjunto de objetivos a cubrir por áreas y las actividades de los programas correspondientes que deberá desarrollar el usuario para alcanzarlos. Esta fase de implementación de los programas se denomina fase de intervención.

La fase de intervención se desarrollará a través de tutorías, grupos, atención individual y talleres ocupacionales y/o prelaborales. Los programas y talleres serán el principal contexto de entrenamiento, ya que imitarán las características que se encontrarían en la incorporación a su medio social y/o laboral.

Los programas y talleres son un área de evaluación, capacitación y rehabilitación, no ofreciendo una formación o aprendizaje exhaustivo en las habilidades y tareas realizadas. Si tenemos en cuenta, además, la individualización de la atención, esto nos lleva a una organización de estos programas y talleres muy flexible, que permita adaptarse a las necesidades cambiantes de los diferentes usuarios.

En la medida de lo posible la intervención se llevará cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria o, si ello no fuera posible, se programará la generalización a las situaciones reales en las que presenta problemas o dificultades, de los aprendizajes o resultados de las intervenciones realizadas.

#### 5.1.5. Seguimiento y apoyo comunitario

El seguimiento es el trabajo final dentro del protocolo de actuación. Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan de rehabilitación y encaminada ésta hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos.

Este seguimiento tiene previsto apoyarse en contactos periódicos con el usuario por un tiempo determinado con anterioridad. Los contactos periódicos pueden ser a través de citas programadas, visitas domiciliarias o contactos telefónicos. Se articulará además, el proceso de separación progresiva del CRPSL e igualmente la asunción del seguimiento posterior a través de los Servicios de Salud Mental en los casos en los que esto sea posible.

Para aquellos usuarios en los que la necesidad de soporte social desde el CRPSL sea planteada como indefinida, se articulará un proceso de atención con actividades de ocio, ocupacionales o de seguimiento, que permita mantener su adherencia al recurso o la seguridad de su acoplamiento o mantenimiento en recursos normalizados.

El seguimiento se extendería de igual forma, en aquellos casos de reinserción laboral, al centro de trabajo por un periodo de tiempo concreto. Se ofrecerá durante esta fase apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Esta labor de seguimiento no debe circunscribirse solo a los que se integren en algún trabajo, sino también a aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles ayuda continua en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades.

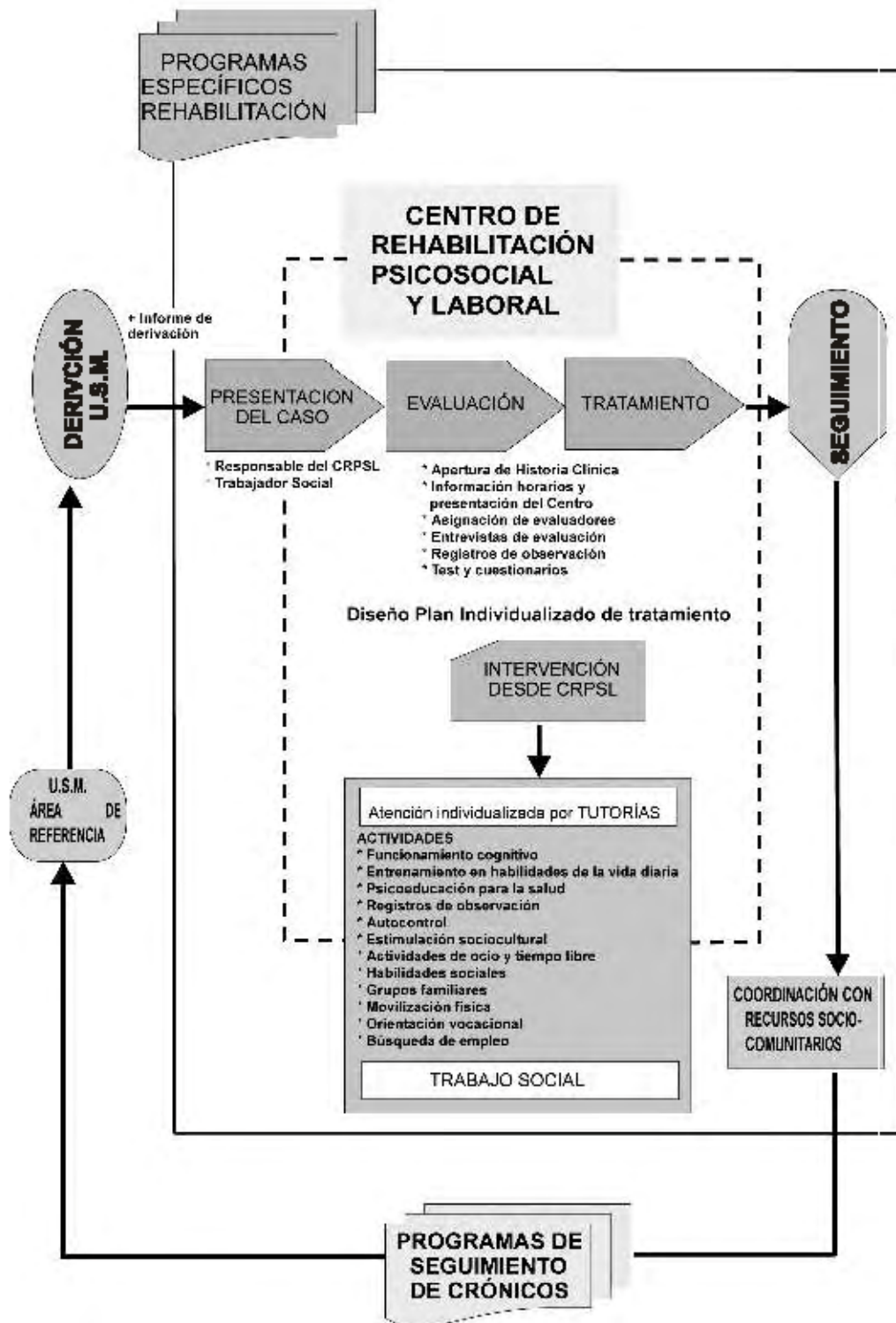
De forma operativa, el seguimiento comprenderá los siguientes aspectos:

18

- **Apoyo a la integración social:** este apoyo será de especial relevancia si la inserción se produce en un recurso comunitario normalizado (ocupacional, formativo, social, etc.).
- **Apoyo a la integración laboral:** cuando la inserción se produce en el mercado laboral.
- **Apoyo en el mantenimiento del nivel de autonomía alcanzado:** apoyo y supervisión de las habilidades alcanzadas (autocuidados, trato social, manejo de medicación, cuidado del hogar, etc.) para los casos con más dificultades.
- **Apoyo en el mantenimiento en el puesto de trabajo:** una vez que el usuario inicie una actividad laboral, se llevará a cabo una tarea de supervisión, con el objetivo de que mantenga su puesto de trabajo.
- La fase de seguimiento también se llevará a cabo en aquellos casos en los que el **usuario haya completado con éxito el proceso de rehabilitación**, aunque no sea técnicamente necesario, de cara a mantener el nivel alcanzado, evitando posibles deterioros que puedan producirse por la inactividad.



### Organización de la atención secuenciada en el CRPSL



## 5.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con los presupuestos teóricos anteriormente indicados el trabajo en rehabilitación se hará a través de programas de intervención, encaminados hacia dos objetivos fundamentales: la disminución y control de las recaídas y la mejora de todos los déficits psicosociales que lleva emparejada la enfermedad mental crónica.

Además de estos programas, hay otras necesidades a las que se dará respuesta a través de actividades de apoyo y soporte social.

Hay que entender los programas como un instrumento metodológico muy flexible, que deberá ajustarse a la individualidad de cada usuario y a las condiciones cambiantes del ambiente en el que se desenvuelve. Los programas se hayan interconectados, en la medida en que, son los objetivos los que marcan la intervención y no la permanencia en un determinado programa o taller prelaboral.

Cada programa incidirá de forma específica sobre los diferentes aspectos relevantes para alcanzar la incorporación social y laboral. La entrada en cada programa se hará en función del PIR, y esta entrada deberá estar acompañada de un conjunto de objetivos operativos o metas a alcanzar con cada persona derivada a dicho programa.

Los programas de intervención se elaborarán y recogerán en una guía de intervención, que deberá presentarse y ser aprobada por el Equipo Técnico de FISLEM.

A continuación se expone la organización de estos programas, a modo de propuesta resumida.

Teniendo en cuenta los diferentes aspectos con los que es necesario intervenir para optimizar las oportunidades de incorporación socio-laboral de los usuarios derivados, se pueden agrupar los programas de intervención en seis grandes áreas:

- Programas de rehabilitación psicosocial.
- Programas de soporte comunitario y social.
- Programas de rehabilitación laboral.
- Programas de intervención familiar.
- Programas de apoyo a la integración social y laboral.
- Programas dirigidos a entorno comunitario.

No se deben entender estos bloques como aislados, sino como complementarios e integrados, utilizándose según las necesidades concretas de cada usuario y según el momento vital de la intervención en que nos encontremos. Así, por ejemplo, el objetivo de mejorar la red social o disminuir el aislamiento, puede suponer el utilizar las actividades de Hábitos de ocio y Habilidades sociales de los programas de entrenamiento, las actividades de apoyo social de los programas de Soporte comunitario y social, etc.

### 5.2.1. Programas de rehabilitación psicosocial

Son un conjunto de programas que trabajan todos aquellos aspectos necesarios para alcanzar un funcionamiento psicosocial que permita el acceso a la comunidad con el menor grado de discapacidades posible.

Dada la heterogeneidad de los casos, el CRPSL establece un sistema de áreas de intervención psicosocial y de niveles de rehabilitación que permite configurar los planes de cada usuario. Así, el objetivo es atender a cada uno con un plan de actividades ceñido a sus necesidades reales, de forma que todos experimenten un progreso señalado por un movimiento de nivel de rehabilitación en la o las áreas intervenidas.

En cada área, se establecen diferentes niveles que sitúan las actividades de rehabilitación de forma escalonada, siendo en muchos casos en nivel inferior la vida institucionalizada, y el nivel superior la inserción en la vida social, ocupacional y residencial normal, según las pautas culturales.

La intervención en estos programas se realizará tanto individualmente como en grupos. En la medida de lo posible se llevará a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana del usuario, o si ello no fuera factible se programará la generalización a las situaciones reales en las que presenta problemas o dificultades, de los aprendizajes de las intervenciones realizadas.

Desde el centro se trabajarán al menos las siguientes áreas:

- **Programa de acogida:** su objetivo es la introducción progresiva en la vida del centro, tendiendo a suavizar el impacto estresante del cambio. Tiende a promover la seguridad y la sensación de acogida así como a promoción del refuerzo y motivación para el Plan Individual.

- **Programa de autocuidados y actividades de la vida diaria:** su objetivo es el entrenamiento de habilidades de autonomía y autocuidados de la vida diaria: higiene y aseo personal, cuidado en el vestir, alimentación, manejo del dinero, cuidado del entorno (cama, habitación, espacios,...), hábitos de sueño, consumo de tabaco y café, cuidado de la salud, etc.
- **Programa de rehabilitación cognitiva:** aminora las discapacidades producidas por la enfermedad en sus aspectos cognitivos (atención, percepción social, memoria, solución de problemas, pensamiento abstracto y discriminación cognitiva) para poder adquirir nuevos comportamientos más complejos.
- **Programa de educación física y psicomotricidad:** plantea la recuperación de habilidades motóricas básicas que les permita ejecutar acciones motoras habituales con normalidad. También pretende la mejora de la condición física general y la mejora de aspectos cognitivos como coordinación, orientación y latencia de respuesta.
- **Programa de habilidades sociales:** implanta habilidades individuales de comunicación y relación, así como el uso de recursos personales y sociales.
- **Programa de psicoeducación y prevención de recaídas:** busca la promoción de la capacidad de automedicación y el fomento de los cuidados en el área de la enfermedad a través del aumento en la conciencia de enfermedad y el conocimiento de esta. También trabaja sobre los factores de riesgo y de protección con el objetivo de prevenir recaídas.
- **Programa de autocontrol y afrontamiento del estrés:** busca el incremento del manejo de situaciones de tensión que pueden influir en la aparición de crisis, el reconocimiento personal y el cambio en los hábitos de pensamiento negativo responsables de estados de ansiedad y depresión.
- **Programa de actividades culturales y de ocio:** su objetivo es reforzar actividades básicas de lectura, escritura y cálculo numérico, aumento de la cultura general y aptitud intelectual y motivar a los usuarios para acceder a los circuitos de formación de adultos. También busca fomentar la recuperación o adquisición de hábitos de

ocio que les permita estructurar su tiempo libre y apoyando su participación en actividades que favorezcan su socialización y su integración.

- **Programa de orientación sociocultural.**

El CRPSL tiene un carácter fundamentalmente abierto y las acciones que se realizan dentro del mismo deben tener una orientación que impulse al contacto comunitario. Busca la orientación en acontecimientos culturales de actualidad y lectura de prensa de los usuarios más desenganchados de su realidad socio-cultural.

El anterior listado no debe entenderse como una relación de programas por los que tengan que pasar necesariamente todos los usuarios, sino como un conjunto de áreas relevantes en el ámbito de funcionamiento psicosocial que se deberán desarrollar de acuerdo a lo establecido en el plan de rehabilitación.

Estos programas deben tener una orientación comunitaria, lo que implica que en el centro no solo se enseñan o entrenan habilidades sino que se facilita y promueve su desempeño en su entorno de modo relevante y útil a las necesidades del usuario de acuerdo a su contexto a fin de mejorar su funcionamiento psicosocial.

• **La intervención en el medio comunitario** será otro eje central del trabajo en el centro, complementando y dando sentido a la intervención psicosocial que se desarrolla con cada usuario y con su familia. Se trabajará para facilitar la colaboración e implicación del conjunto de recursos sociales y comunitarios que puedan facilitar el proceso de rehabilitación. Para ello se realizarán las actividades de contacto, coordinación y apoyo con dichos recursos y si es necesario se acompañará al usuario para promover su incorporación. Asimismo el centro se implicará y colaborará en las actividades que se establezcan por distintas Instituciones (Administración, Asociaciones, etc.) para la divulgación de la problemática de esta población y la mayor sensibilización social de cara a la aceptación y apoyo a la integración social de este colectivo.

De forma muy especial, para el desarrollo de la intervención en el medio comunitario y para facilitar los procesos de integración normalizada de usuarios en mayor riesgo de aislamiento; la intervención se desarrollará por los técnicos de integración social y laboral de los CRPSL. Esta intervención coordinada con el resto del equipo, se realizará utilizando

diferentes estrategias tanto con el usuario (psicoeducación, entrenamiento, supervisión, orientación, asesoramiento, acompañamiento, apoyo social, actividades de soporte social, etc), como con su familia (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, manejo de problemas, contacto con recursos, etc.) y el entorno social en el que vive (información, coordinación con recursos comunitarios, ampliación de redes sociales, etc.). Todas estas estrategias de intervención se diseñarán de acuerdo al plan individualizado que se elabora por todo el equipo del CRPSL.

### 5.2.2. Programas de soporte comunitario

Son programas orientados a dar atención a los usuarios con mayores dificultades de funcionamiento y por tanto con mayor riesgo de deterioro y aislamiento. Se trata de actividades a apoyo y soporte (sociales, culturales, deportivas, de ocio y ocupacionales) para usuarios con mayores dificultades de integración que sirvan de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana. Así mismo, estas actividades pueden

servir al proceso de enganche rehabilitador en su proceso de atención y rehabilitación en el centro y favorecer dicho proceso. Estas actividades, se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro, optimizando el uso de recursos sociocomunitarios y la implicación de redes sociales comunitarias.

También desde este área de intervención, se promoverá la organización y se apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda.

### 5.2.3. Programas de rehabilitación laboral

Son un conjunto de programas, previos a los procesos de búsqueda activa de empleo y de integración laboral y trabajan todos aquellos aspectos necesarios para alcanzar un funcionamiento laboral que permita el acceso al mercado de trabajo.

Los programas de Rehabilitación laboral del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral tienen como objetivo principal, poner al servicio de los enfermos mentales con discapacidades técnicas de rehabilitación, que faciliten la



mejora de sus habilidades y recursos de afrontamiento personal para que puedan funcionar con mayor eficacia en los entornos laborales. El programa contempla el apoyo necesario para su integración en circuitos de empleo con mayor o menor nivel de apoyos. Con esto, se completan los logros alcanzados en la rehabilitación psicosocial y se hace posible la continuidad de cuidados y soportes necesarios que garanticen y den coherencia el mantenimiento del funcionamiento laboral adquirido.

El proceso que se sigue para conseguir la rehabilitación laboral es el paso por un continuo de actividades. En cada actividad o programa se establecen diferentes niveles que sitúan las actividades de rehabilitación de forma escalonada, siendo en muchos casos el nivel inferior las actividades ocupacionales y el nivel superior la inserción laboral normal según las pautas culturales.

Como muestra la figura la continuidad de las acciones se divide en 6 pasos. Los usuarios no van directamente a un trabajo. Deben ir progresando por pasos según capacidades.

En algunos casos el usuario puede superar todas las etapas y lograr un lugar de trabajo en la comunidad. En otros casos, habrá que quedarse en un nivel intermedio como es el empleo protegido o de transición dependiendo de la incapacidad y de su productividad y seguridad. Aunque esta persona no sea laboralmente independiente, es capaz de lograr verter todo su potencial laboral. Algunos usuarios con potentes capacidades pueden recuperar la actividad laboral al finalizar o a la mitad del continuum. Otros, sin embargo, con ciclos psicopatológicos deben avanzar a lo largo de las distintas actuaciones cuando lo permita la sintomatología. La idea principal de la continuidad de la rehabilitación laboral es que cada etapa está relacionada con un objetivo general de inserción laboral, exclusivo para cada usuario. Distribuyendo los objetivos a largo plazo en pasos a corto plazo, es posible desarrollar una evaluación eficaz y unos programas de rehabilitación ocupacional válidos y coordinarlos con los demás elementos de la atención global a los enfermos mentales.

Antes de describir cada área, indicar que no todas se desarrollarán dentro de un CRPSL, algunas, como por ejemplo las actividades de formación se impartirán fundamentalmente en los recursos de formación existentes en la comunidad (cursos del INEM, Centros de FP,

cursos de Industria, etc.). No obstante desde el CRPSL se organizará todo el proceso de rehabilitación profesional-laboral de cada usuario en el que algunas actividades o entrenamientos se llevarán a cabo en el CRPSL y otras en otros recursos de formación o laborales existentes y disponibles.

Desde el CRPSL se trabajarán al menos las siguientes áreas, adaptándose a los objetivos establecidos en cada caso:

• **Programa de adquisición de habilidades pre-laborales o de ajuste laboral:** para esta tarea de entrenamiento se utilizarán diferentes espacios, pero cobra especial relevancia la incorporación de los usuarios a los talleres laborales, lugar donde específicamente se trabajarán las habilidades de ajuste. Estos talleres de rehabilitación laboral, tienen un carácter diferente de los habituales talleres ocupacionales, su función no es meramente ocupacional sino rehabilitadora como contexto de entrenamiento de los hábitos y capacidades que cada uno necesite para avanzar en su proceso de recuperación para la inserción laboral. En los CRPSL que no cuenten con talleres específicos de entrenamiento en hábitos laborales, se organizarán "áreas de oficios" o actividades que permitan al sujeto adquirir destrezas o aprendizajes básicos de tareas que tienen una correlación con el mundo laboral (ofimática, medioambiente, limpieza, mensajería, atención al público, tareas administrativas, etc.). Por tanto, los usuarios aprenden **hábitos básicos** que en cualquier puesto de trabajo van a ser necesarios. Para el aprendizaje se utilizan los talleres de rehabilitación pre-laborales, o las áreas de oficios que se establezcan, diseñando el ambiente que simule un trabajo real.

De forma paralela, los usuarios pasarán por un programa de entrenamiento en habilidades que son necesarias para el mantenimiento y desenvolvimiento en ámbitos laborales, incluimos aquí las **habilidades sociales en el ambiente laboral**. Los usuarios aprenden competencias sociales para interactuar en el entorno laboral (conversación, pedir algo, asumir críticas, presentarse, seguir instrucciones, etc.). Otras habilidades de ajuste laboral que son condición previa para el afrontamiento con éxito de la tarea laboral son las **habilidades para el manejo de situaciones estresantes**. Se entrena en técnicas de relajación y solución de problemas. Se trata de que aprendan habilidades que les



permita afrontar con éxito situaciones de estrés y tensión en el ámbito laboral, enseñarles a utilizar respuestas alternativas a las agresivas o ineficaces e incrementar su capacidad para solucionar los problemas con técnicas terapéuticas adecuadas. Identificar y prevenir recaídas sintomatológicas es un aspecto fundamental de cara a conseguir el mantenimiento en el puesto de trabajo. Se **trabajan Habilidades de Autoadministración de medicación y prevención de recaídas**. También aprenden a identificar señales de aviso de recaída y situaciones de riesgo. Luego aprenden técnicas para manejar estas señales. Se firman planes de actuación ante empeoramientos. También se enseñan pautas correctas para el automanejo de la medicación y de los efectos secundarios que interfieren en el rendimiento laboral.

• **Programa de orientación vocacional:** en muchos casos y por diversas razones (escasa historia laboral, poco conocimiento de opciones laborales, expectativas inadecuadas, falta de motivación, etc.) los usuarios requerirán un trabajo de orientación vocacional que permita definir sus intereses laborales que se ajustan a su nivel de formación y competencia. Se pretenden ajustar las expectativas de inserción laboral que presenta el usuario a sus capacidades y a la realidad del mercado de trabajo. De este ajuste deberá derivar una o varias opciones laborales consensuadas entre usuario y profesional que permita un abordaje contextualizado en otros ámbitos de intervención.

Esta labor de orientación no se limita a la utilización de las tradicionales baterías de test de aptitudes o intereses sino que implicará un proceso de información y valoración de las posibilidades de cada uno, puestos disponibles, visitas a centros de trabajo, charlas con trabajadores, etc. Tratando tanto de perfilar los objetivos más o menos confusos que tenga cada uno y de desarrollar nuevos intereses.

• **Programa de apoyo a la formación laboral:** la formación profesional habrá de facilitar la mejora y adaptación de la cualificación laboral de cada usuario en relación a su objetivo laboral establecido en su PIR.

Se trata de dar una cualificación laboral en un oficio. Se utilizan los recursos formativos previstos para la población general (SEPECAM, organismos de formación profesional, etc.). Sólo en aquellos casos que se requiera se

diseñarán estrategias específicas. También desde los talleres prelaborales se trata de facilitar los conocimientos específicos que representa cada taller, recibiendo al mismo tiempo formación teórica y práctica en las tareas específicas del oficio. Sin embargo, las actividades desarrolladas en los talleres no tienen una función específicamente formativa. El tipo de formación dependerá del tipo de taller disponible en ese momento, de los programas formativos disponibles en la comunidad y de las posibilidades del usuario.

La función de los CRPSL es la de servir de apoyo y complemento a la formación. Se podrá ayudar a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado; asimismo se entrenan los hábitos de trabajo, habilidades sociales y destrezas cognitivas necesarias para la adecuada realización y aprovechamiento de la formación.

Así pues el CRPSL favorecerá que la mayor parte de sus usuarios reciban su formación profesional laboral en opciones normalizadas de formación: cursos del SEPECAM, Ayuntamientos, INSERSO, ONCE, etc. El equipo establecerá una coordinación concreta con el recurso de formación al que se acceda ofreciendo el apoyo y supervisión necesarios.

• **Programa de búsqueda de empleo:** se enseñan las habilidades necesarias para encontrar y acceder a un empleo. Cuando el usuario tiene un grado de funcionamiento adecuado en las áreas anteriores se puede iniciar el entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo (identificar fuentes de oferta, elaborar Currículum, trámites burocráticos, etc.).

Se ofrecerá, por tanto, un programa de entrenamiento ajustado a las necesidades y nivel de cada individuo, que lo haga más competente en la tarea de buscar trabajo. Así mismo, una vez adquiridas las habilidades básicas de búsqueda de empleo se desarrollará y apoyará el que cada usuario realice un proceso activo de búsqueda de empleo siguiendo el modelo de "Job Club" (Azrin y Besabel, 1980). Desde el CRPSL se facilitará un espacio y los medios necesarios (teléfono, elaboración de currículums, preparación de entrevistas de trabajo, etc.) para que los usuarios busquen activa y sistemáticamente empleo en relación a sus objetivos laborales establecidos en su plan individualizado, ofreciéndoles el apoyo y asesoramiento individualizado oportuno.

*El anterior listado de programas no debe entenderse como un conjunto de programas por el que todos los usuarios tengan que pasar, sino como un conjunto de áreas relevantes que se deberán desarrollar o no de acuerdo a las necesidades específicas establecidas en el PIR.*

#### **5.2.4. Programa de intervención familiar**

El programa de educación de familias tiene por objetivo la información y el apoyo a la familia, la disminución del estilo afectivo familiar de riesgo así como evitar el aislamiento familiar.

La mayoría de las personas con enfermedad mental que viven en la comunidad lo hacen en el domicilio familiar que suele ser el principal recurso de vivienda, disponible o previsto para aquellos que se encuentran hospitalizados en régimen de estancia corta o larga.

La problemática de la convivencia con una persona con trastornos psiquiátricos severos es variada, dependiendo de los problemas comportamentales y de las inhabilidades que presenten, así como de los recursos económicos, sociales y profesionales con los que cuenten los familiares. Aunque cada familia presentará una problemática particular, se pueden apuntar algunos aspectos comunes:

- a) La tensión y el estrés que suponen afrontar síntomas y comportamiento extraños (habla incoherente, alucinaciones, déficits cognitivos, etc.).
- b) Los cambios en las rutinas familiares y la pérdida o abandono de actividades gratificantes y relaciones sociales al centrarse en la atención o supervisión del familiar enfermo.
- c) La sobrecarga económica que supone el mantenimiento de un familiar inactivo o incapacitado.
- d) El desarrollo de diversos problemas como consecuencia de la sobrecarga emocional mantenida: ansiedad, depresión, trastornos del sueño, conflictos interpersonales, etc.

Diversas investigaciones han aclarado cómo la atmósfera familiar emocional puede constituir una fuente de estrés que facilita la aparición e recaídas, o bien puede ser un factor protector contra ellas. Así se ha encontrado que sujetos que viven con familiares cuyas pautas de interacción con ellos están marcadas por los que se ha denominado "alta emoción

expresada" tienen mayores probabilidades de recaídas, que aquellos que conviven en familias con "baja emoción expresada".

Por tanto, la intervención con familias será un eje fundamental desde el CRPSL. En este ámbito se combinará información, asesoramiento y apoyo individualizado con el trabajo con grupos de familias a través de programa de Psicoeducación y Escuela de Familias.

El trabajo con familias se desarrollará en dos líneas:

**1) Trabajo individualizado con los familiares significativos a su cargo:** a través de reuniones periódicas el tutor de cada usuario les informará del desarrollo del proceso de rehabilitación, fomentando su implicación activa en las fases de este proceso. Asimismo, el tutor trabajará en el desarrollo de habilidades que permitan manejar situaciones y problemas que aparezcan, así como manejar la convivencia familiar.

Otro aspecto de la tutoría con cada familia será asesorarles y facilitar su acceso a los recursos y ayudas económicas que necesiten para hacer frente a los problemas. Esta labor de asesoramiento sobre recursos sociales se hará fundamentalmente por parte del trabajador social del CRPSL en colaboración con los Servicios Sociales Generales de los que dependa el centro en cada zona.

El CRPSL desarrollará también actividades de información, orientación y entrenamiento a las familias que por su situación permanezcan inaccesibles para la atención dentro del CRPSL y desvinculados de las acciones de rehabilitación psicosocial. Este grupo de familiares presenta unas características peculiares (alto nivel de edad -entre 70 y 80 años-, ausencia de alternativa de transporte para acudir al CRPSL, se encuentran lejos de los recursos existentes, despoblación de recursos psicosociales en su contexto inmediato, situación de marginación o exclusión, actitudes familiares que fomentan la situación de deterioro, etc.).

Con estas familias concretas se diseñará un plan de atención individualizado, consistente en todas aquellas acciones que se consideren oportunas para la intervención: psicoeducación, visitas domiciliarias, entrevistas de valoración, seguimientos telefónicos, acompañamiento a recursos, búsqueda de alternativas residenciales,

entrenamiento en actividades de la vida diaria, etc. La planificación de la intervención, el diseño del PIR y la supervisión de las acciones llevadas a cabo se realizará desde el CRPSL, a través de la figura del técnico de integración socio-laboral, siempre en coordinación con el resto de recursos implicados en la atención.

**2) Programa de Psicoeducación de Familias:** se desarrollará un programa psicoeducacional destinado a todas las familias de las personas con enfermedad mental grave. Su objetivo será informar y educar sobre la problemática psiquiátrica (etiología, evolución, tratamiento, vulnerabilidad, factores de riesgo y protección, etc.) así como entrenar y enseñar estrategias que mejoren la capacidad de comunicación y el clima emocional familiar y que les doten de recursos para el manejo y solución de problemas. También el programa servirá como marco de apoyo para las familias y fomentará la creación y desarrollo de grupos de auto-ayuda y asociaciones ente los familiares.

Tendrá un formato pedagógico orientado hacia la transmisión de conocimientos y habilidades que hagan a las familias más competentes en el manejo de la problemática. Servirá como espacio de comunicación desde el que se fomentará su puesta en contacto, participación e integración en las asociaciones que ya estén funcionando en este campo.

Los componentes fundamentales del programa de "Psicoeducación de Familias" serán los siguientes:

- Nociones básicas de la **naturaleza, curso y pronóstico** de los trastornos mentales graves (esquizofrenia, otras psicosis, etc.) y sus principales tratamientos.
- Explicación del **papel del CRPSL:** objetivos, organización y actividades.
- Educación sobre la **medicación antipsicótica:** efectos secundarios, estrategias para fomentar la adherencia, manejo de consultas psiquiátricas, etc.
- Entrenamiento en estrategias básicas de **manejo de conductas problema.**
- Entrenamiento en **habilidades de comunicación** que les permitan mejorar la convivencia familiar y reducir el estrés con especial hincapié en los siguientes aspectos: expresión de emociones positivas y negativas, críticas, negociar cambios de conducta.
- Entrenamiento en **habilidades de**

**solución de problemas.**

- Entrenamiento en **manejo de problemas de ansiedad y depresión** entre los familiares (relajación, recuperación de hábitos gratificantes, control de pensamientos negativos, etc.).

Todos los contenidos se desarrollan en sesiones semanales con una duración de 1 1/2 h. La duración dependerá del tipo de grupo, de su implicación, etc. De forma genérica serán entre 8 y 10 sesiones.

El acceso al programa de Psicoeducación de Familias se hará una vez que la fase de evaluación y diseño del plan individualizado haya sido realizada, fomentando que participen la personas significativas del entorno familiar. En cada sesión participarán unos 10 familiares. También este grupo servirá como un canal de participación de los familiares en el funcionamiento y organización del centro, planteando sugerencias, cambios, quejas, etc.

#### 5.2.5. Programas de apoyo a la integración social y laboral

Una vez alcanzadas las habilidades necesarias el siguiente paso es el de integración efectiva en la comunidad o en el mercado laboral. Para ello desde el CRPSL se desarrollarán varios programas.

- **Programa de integración comunitaria:** cumple con la doble función de incrementar la red de apoyo, así como de establecer los hábitos de comportamiento normalizados en la comunidad mediante la utilización de recursos comunitarios normalizados (estudio, ocio, deporte, etc.) que faciliten la reinserción. La técnica fundamental, es incrementar la motivación para la puesta en práctica de las habilidades aprendidas, aumentar el número de roles desempeñados, así como del puesto ocupado dentro de la comunidad para la integración social del usuario en su entorno comunitario de la forma más adaptada posible.

Tras el proceso de rehabilitación psicosocial muchos estarán en condiciones de participar en los circuitos sociales normalizados. Desde el CRPSL se desarrollará una labor que maximice la inserción social. Se ofrecerá un apoyo para la integración y adaptación a alternativas sociales normalizadas (cursos de ocio, actividades culturales, actividades de ocio estructuradas, mantenimiento de redes sociales, etc.) y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen.

- **Programa de apoyo a la integración laboral:** tras el proceso de rehabilitación laboral muchos de los usuarios estarán en condiciones de desempeñar actividades laborales productivas de un modo más o menos normalizado. Desde el CRPSL se desarrollará una labor dirigida a la búsqueda activa de empleo para la inmediata incorporación laboral, así como al apoyo al empleo una vez conseguido.

Esta labor de seguimiento se hará con los que se integren en algún trabajo y con aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles la ayuda continuada en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades.

El equipo, estará coordinado con los técnicos de inserción laboral que complementan las acciones del centro, para realizar una labor de apoyo y adaptación al puesto de trabajo siguiendo metodologías de "empleo con apoyo" y de tutorías individualizadas.

#### **5.2.6. Programas dirigidos al entorno comunitario**

Se trata de maximizar las oportunidades que tengan de incorporarse al mundo social y laboral. Y para que esto sea posible, los profesionales del centro deben trabajar para concienciar e informar a los empresarios y a la sociedad en general de las capacidades de las personas con enfermedad mental crónica.

Desde los CRPSL, se contactará con los recursos sociales y laborales de la zona para conocer las ofertas existentes. Se informará a las empresas de los beneficios de las que se podrían beneficiar en la contratación de enfermos mentales. Se deben desarrollar las siguientes actuaciones dentro de este programa:

- **Programas de sensibilización a la población general:** mediante actividades informativas y de colaboración con movimientos ciudadanos.
- **Contacto y coordinación con el tejido laboral.**
- **Coordinación con recursos comunitarios normalizados de soporte social y de apoyo a la inserción** (formación, empleo, vivienda, ocio, voluntariado).



\* T.M.S.: Trastorno Mental Severo  
 \* U.S.M.: Unidad de Salud Mental  
 \* CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

### 5.3. SISTEMA DE TUTORÍAS

Cada usuario tendrá asignado en el CRPSL un "tutor" (cualquier profesional del centro) que será su profesional de referencia, encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, de las intervenciones individuales necesarias, de su seguimiento, así como de las actuaciones de apoyo y asesoramiento puntual a la familia. Será el encargado de coordinar y supervisar el desarrollo del PIR de cada uno de sus tutorizados, realizando los ajustes y cambios pertinentes en función de los problemas que se presenten. Llevan así mismo, la relación con los equipos de salud mental, servicios sociales y otros, de modo que permita la coordinación e integración funcional de las acciones terapéuticas y sociales que se estén desarrollando con los programas de rehabilitación en el CRPSL.

Esta labor, es imprescindible para evitar actuaciones descoordinadas, poco relevantes para las necesidades y objetivos del sujeto, o ineficaces para la consecución de las metas específicas planteadas. En este sentido, el tutor será quien valore los resultados obtenidos por cada sujeto tutorizado en las áreas en las que se esté trabajando, y en su caso proponga las modificaciones y cambios que puedan ser pertinentes (por ejemplo, reevaluación del sujeto, modificación de algún aspecto de los entrenamientos, cambios de programas o de nivel, etc.) para superar los problemas, fracasos y retrocesos que ocurran, así como favorecer que las intervenciones que se realicen, estén contextualizadas respecto a los problemas de los usuarios tutorizados.

Asimismo, supervisará las actividades que se estén llevando a cabo con sus tutorizados en otros recursos sociocomunitarios (cursos de formación, centros culturales, etc.). De este modo, todas las acciones que incidan sobre el usuario estarán coordinadas a través de la figura del tutor. Este será además la persona de referencia para cada uno de los tutorizados encargándose del asesoramiento individualizado puntual. Seguirá toda la evolución del PIR, tanto durante la intervención en el centro como durante la fase posterior de seguimiento y apoyo en la comunidad.

## 6. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

### 6.1. DERIVACIÓN Y ACCESO

Los usuarios serán derivados al centro de rehabilitación psicosocial y laboral por las Unidades de Salud Mental de referencia. Las personas derivadas, deberán presentar trastornos mentales crónicos y graves junto con dificultades en el funcionamiento psicosocial y en su integración en el medio social. Además, deberá estar siendo atendido en la citada USM, la cual a través de un informe que justifique la problemática de funcionamiento actual y los objetivos a conseguir con la rehabilitación psicosocial, propondrá su derivación.

Caso de que haya otros dispositivos que detecten la necesidad de derivación (otros CRPSL, centros de día, servicios sociales, etc.), deberán coordinarse con el respectivo servicio de salud mental para expresar la conveniencia de la derivación, que en cualquier lugar será facultad de estos servicios.

Esta derivación, se efectuará en las reuniones de coordinación con los diferentes servicios o mediante envío del informe de derivación por correo al CRPSL. En cualquier caso, el profesional responsable de la atención del paciente en el servicio de salud mental correspondiente deberá rellenar el protocolo de derivación establecido a tal efecto por el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

Teniendo en cuenta lo anterior y con el objetivo de facilitar la labor de derivación, se sugiere lo siguiente:

- El informe constará al menos del apartado correspondiente a la situación clínica.
- Si la Unidad de Salud Mental no cuenta con datos sociales del usuario, la parte correspondiente del informe puede ser completada en colaboración con los Servicios Sociales.
- Que la derivación sea consensuada por todos los profesionales que atienden al usuario y se proponga uno de ellos como interlocutor entre USM y CRPSL para el mejor seguimiento del caso (en el caso de que el trabajador social de los servicios sociales haya colaborado en la redacción del informe podrá proponer objetivos de rehabilitación y colaborar en el proceso de seguimiento del caso).

En el caso de que se establezcan reuniones de coordinación para la derivación de casos, acudirán a las mismas el responsable del CRPSL, pudiendo en cualquier caso asistir otros profesionales del CRPSL y los responsables técnicos del programa de centros de FISLEM. En estas reuniones se valorará la idoneidad y pertinencia de la derivación.

Los servicios de salud mental deberán aportar en los protocolos de derivación la siguiente información: filiación del usuario, nombre del profesional responsable del caso, datos clínico-psiquiátricos, situación social, datos sobre el funcionamiento psicosocial y el entorno familiar, información conocida sobre trabajos previos, capacidad y situación laboral, motivación para la inserción socio-laboral, etc... los objetivos planteados con la derivación y todos aquellos otros datos que puedan facilitar el conocimiento del usuario por parte de los trabajadores del CRPSL.

Una vez que el usuario sea derivado al CRPSL, seguirá siendo atendido por la USM de referencia, siendo esta responsable del tratamiento psiquiátrico y seguimiento. Ambos dispositivos deben pues trabajar en estrecha colaboración.

30

## 6.2. CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y SECTORIZACIÓN

Aún no existen estudios epidemiológicos precisos sobre la población con enfermedades mentales crónicas. Desde el programa de centros de rehabilitación psicosocial de FISLEM se han planteado unos objetivos de cobertura de plazas a través de unos ratios mínimos y óptimos de plazas por 100.000 habitantes en el CRPSL, calculado basándonos en el Documento Técnico de Consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) publicado en 2002 "Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones", según lo cual quedaría:

### Plazas en CRPSL en Castilla-La Mancha

Ratio de plazas x 100.000 habitantes		Nº total aproximado de plazas *	
Mínimo	Óptimo	Mínimo	Óptimo
26	50/55	500	1000

\* Calculado del Censo 2005: 1.895.000 habitantes en Castilla-La Mancha

La ubicación de los CRPSL se ajustará a criterios de sectorización y con una responsabilidad territorial delimitada. Se utilizará la sectorización sanitaria, dada la estrecha coordinación con la red de servicios de salud mental.

Dada la heterogeneidad en cuanto a población, dispersión o accesibilidad el criterio de sectorización, se aplicará con la necesaria flexibilidad teniendo en cuenta los anteriores factores, así como la disponibilidad y distribución de los recursos existentes. Además, debido a la amplitud de muchas áreas sanitarias, se podrán establecer más de un CRPSL por área sanitaria. Además, para facilitar la cercanía y accesibilidad del CRPSL a la población, en aquellas áreas que estén formadas por municipios con una población importante, pero que permanezcan con dificultades de acceso, se podrá contar con la posibilidad de facilitar la creación de dispositivos y programas de apoyo a la Rehabilitación psicosocial, facilitando la accesibilidad del recurso a los usuarios.

Por todo ello, este diseño general de CRPSL con un capacidad de atención entre unos 40/60 usuarios podría adaptarse a estas exigencias y plantearse servicios o programas en municipios, con menor tamaño y capacidad, y con los correspondientes ajustes en su plantilla y estructura.

## 6.3. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO Y DURACIÓN DE LA ATENCIÓN

El CRPSL tiene un horario de atención diurna de lunes a viernes en jornada partida de mañana y tarde, de modo que permita ajustarse a las necesidades de los usuarios y sus familias. El centro funcionará durante todo el año, con un horario mínimo de 9 a 18 h. Este horario se podrá ampliar tanto durante la semana como abriendo los fines de semana ofreciendo actividades de ocio y soporte social. El centro deberá realizar sus actividades de rehabilitación no solo por la mañana, sino también por las tardes que constituyen un elemento esencial para el trabajo con las familias, así como para el desarrollo de actividades fuera del centro, como las de ocio e integración en recursos sociocomunitarios.

Los usuarios accederán bien por la mañana, bien por la tarde o en jornada completa cada día o en días alternativos según sus necesidades específicas.

La duración del proceso de atención será variable dependiendo de su problemática y necesidades. No se establecerá ningún periodo predeterminado de duración de la atención. Se ofrecerá el apoyo que cada uno necesite durante el tiempo que cada uno precise. Por tanto, la duración será distinta dependiendo de la situación y necesidades, pudiendo ser indefinida en todos aquellos casos que sea preciso. De todos modos, tras la fase de seguimiento, se podrá dar el alta, en el caso de que hayan alcanzado los objetivos establecidos en su plan individualizado y cuyo nivel de funcionamiento personal, social y laboral y su integración comunitaria así lo permitan. En estos casos, desde el CRPSL se mantendrá contacto con dichos usuarios para asegurar que se mantengan los logros alcanzados y poder ofrecerles apoyo en caso necesario.

## 7. PERSONAL, FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO

El conjunto de actuaciones profesionales para dar cobertura al trabajo en el CRPSL debe ser desarrollado por un conjunto de profesionales con diferentes formaciones que complementen y potencien el cumplimiento de los objetivos propuestos. Este equipo multiprofesional, contará con una coordinación interna y unos procedimientos acordes con las exigencias de calidad que aseguren su mutua modulación y mejora continua.

### 7.1. CATEGORÍAS PROFESIONALES

Las categorías profesionales que se consideran necesarias para realizar los programas y llevar a cabo la coordinación y buen funcionamiento del CRPSL son: psicólogo/a, trabajador/a social, terapeuta ocupacional, monitores-educadores y auxiliar administrativo.

La dotación en cuanto al número de profesionales y categorías de este equipo será variable en función de las características poblacionales del área en que está ubicado el CRPSL y el número de usuarios que atienda, según se regula en la Orden de 09.10.2006 de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, DOCM. nº 223 de 27 de Oct. (Anexo 29).

### 7.2. FUNCIONES

**1.-Responsable Técnico del Centro:** es el responsable de las actividades que se realizan en el CRPSL. Sus tareas son:

- Diseño y organización de la atención prestada.
- Planificación y ajuste de horarios.
- Supervisión del trabajo del resto de los profesionales.
- Organización administrativa y laboral del centro.
- Coordinación de las reuniones internas.
- Coordinación con los responsables técnicos de FISLEM.
- Organizar la coordinación institucional con los diferentes recursos necesarios para el funcionamiento del centro, especialmente con los servicios de salud mental.
- Valoración de la idoneidad de los usuarios que se deriven.
- Realización de la acogida al centro.
- Tutorizar a los usuarios que corresponda.
- Evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación y llevar a cabo la intervención, tanto en el CRPSL como en el ambiente natural del usuario.
- Supervisión de los planes individualizados de rehabilitación.
- Supervisar el seguimiento una vez alcanzados los objetivos propuestos y establecer el momento del alta.
- Evaluar y supervisar los diferentes programas de intervención.
- Participación en la Comisión técnica de Área Participación en los grupos de trabajo que sobre aspectos relacionados con la rehabilitación se organicen en el área de referencia.
- Coordinación con servicios sociales.
- Implementación y supervisión de propuestas de formación en las que pueda estar implicado el CRPSL: PIR, MIR, Escuela de Trabajo Social, etc.
- Desarrollo y apoyo a las propuestas de investigación y docencia que se realicen en el centro.
- Promoción de la formación continua de los trabajadores.



- Mantenimiento de la filosofía de atención que caracteriza al centro.
- Evaluación del funcionamiento y atención, elaborando los informes y memorias necesarios.
- Asesorar a la asociación de familias en programas más concretos (familias, servicios de asistencia para enfermos mentales, etc.).
- Coordinar la supervisión y apoyo a los recursos residenciales y ocupacionales destinados a enfermos mentales crónicos dependientes de FISLEM que correspondan al centro según su sectorización.
- Organizar la coordinación, así como la supervisión de las acciones de inserción social y laboral que hagan.

**2.- Psicólogos:** es su tarea el desarrollo de la actividad rehabilitadora. Tiene las siguientes responsabilidades:

- Tutorizar a los usuarios derivados.
- Evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación y llevar a cabo la intervención, tanto en el CRPSL como en el ambiente natural del usuario.
- Supervisar el seguimiento una vez alcanzados los objetivos propuestos y establecer el momento del alta.
- Realizar las coordinaciones necesarias con los diferentes recursos socio-sanitarios para asegurar una correcta continuidad de cuidados.
- Asistir a las reuniones de coordinación con los servicios de salud mental.
- Son los responsables de los diferentes programas de intervención: rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, educación para la salud, autocontrol, acogida, psicoeducación de familias, orientación vocacional y búsqueda de empleo, siendo los encargados del diseño y desarrollo.
- Diseñar y llevar a cabo las actividades relacionadas con dichos programas.
- Informar, orientar y apoyar a las familias.
- Elaboración de los seguimientos e informes necesarios para comunicar nuestras actuaciones, expectativas y objetivos.
- Evaluar los diferentes programas de intervención.
- Organizar el apoyo comunitario de los

usuarios.

- Desarrollar proyectos de investigación y docencia sobre aspectos relacionados con la rehabilitación psicosocial.
- Formación de otros profesionales del centro.
- Asesorar a la asociación de familias en programas más concretos (familias, servicios de asistencia para enfermos mentales, etc.).
- Apoyo en la organización y la atención de los usuarios que ocupen viviendas supervisadas vinculadas al centro, coordinándose para ello con los profesionales de este dispositivo.

**3. Trabajador social:** a su cargo se encuentran diversas tareas. A continuación se detallan algunas:

- Llevar a cabo las tareas de valoración e intervención social.
- Realizar las coordinaciones con los servicios sociales generales, instancias formativas y diferentes recursos relacionados con nuestro trabajo.
- Tutorización de usuarios asignados.
- Realizar la evaluación de familias, dentro de un protocolo de evaluación del centro.
- Llevar a cabo los seguimientos de los usuarios asignados.
- Realizar las actividades encomendadas dentro de los programas de rehabilitación.
- Informar y orientar a los usuarios y familias sobre recursos especialmente que supongan mayor normalización e integración: formativos, laborales, educativos, de ocio...
- Psicoeducación y apoyo a familias.
- Coordinación con el mercado laboral y análisis de los puestos de trabajo.
- Encargarse de recopilar la información necesaria sobre los recursos señalados.
- Asesoramiento sobre recursos y prestaciones sociales, en colaboración con los servicios sociales.
- Desarrollar trabajos de investigación y comunicar la labor llevada a cabo a través de medios profesionales.
- Coordinarse con la asociación de familias del área de referencia, así como con las asociaciones de voluntariado social que

sean relevantes para nuestra intervención.

- Colaboración en el contacto y utilización de recursos comunitarios útiles para la integración social y laboral.
- Apoyo en la búsqueda activa de empleo y de recursos de integración social.
- Participa y desarrolla los programas de orientación vocacional y entrenamiento en búsqueda de empleo.

**4. Terapeuta ocupacional:** responsable del programa de actividades de la vida diaria. Sus tareas son:

- Es el encargado de llevar a cabo las actividades de evaluación e intervención relacionadas con dichos programas y de supervisar las que realicen otros profesionales.
- Organiza las actividades de ocio y tiempo libre en la comunidad coordinándose con los recursos correspondientes.
- Tutorización de usuarios.
- Debe coordinarse con los tutores para la planificación de la intervención en las áreas mencionadas.
- Colaboración en las tareas de sensibilización en la comunidad.
- Evalúa la eficacia de los programas de los que es responsable, colaborando en la programación y organización del centro.
- Asume las tareas docentes relacionadas con su profesión.
- Es responsable del seguimiento de los usuarios asignados y del apoyo del mantenimiento en recursos sociales y laborales.
- Debe coordinarse con los recursos institucionales relevantes en su campo.
- Supervisión del mantenimiento en el mercado laboral.
- Participa en la implantación, desarrollo y coordinación de los procesos de atención residencial en las viviendas supervisadas.

**5. Monitor:** se responsabiliza y es copartícipe de diversas funciones. Algunas de las mismas son:

- Colaboración en tareas de evaluación e intervención en las actividades de Acogida, habilidades sociales, Rehabilitación Cognitiva, Integración Comunitaria, orientación sociocultural, etc.

- Tutorización de usuarios.
- Es su tarea reforzar, motivar y apoyar a los usuarios.
- Es el responsable de los seguimientos asignados.
- Realiza los acompañamientos necesarios para asegurar una adherencia adecuada al centro, un entrenamiento en orientación o la realización de gestiones por parte de los usuarios.
- Lleva a cabo la organización y desarrollo de las salidas programadas desde el centro en relación a actividades de ocio, tiempo libre o utilización de recursos comunitarios.
- Colaboración en el desarrollo de los programas de apoyo social, y/o laboral-ocupacional.
- Realización de los entrenamientos y actividades en la "calle" y en la utilización de recursos comunitarios.
- Contacto y coordinación con recursos normalizados: culturales, de ocio y mercado laboral.
- Colaboración en tareas de sensibilización e información en la comunidad.
- Evalúa la eficacia de los programas de los que es responsable, colaborando en la programación y organización de dichos programas.
- Coordinación con recursos de formación.
- Se coordina con los profesionales de otros centros para el desarrollo de actividades comunes.
- Apoyo a la creación de iniciativas laborales o proyectos de empleo.
- Debe intervenir y evaluar en todas las áreas relacionadas con el plan individualizado de rehabilitación.
- Seguimiento y apoyo comunitario.

**6. Auxiliar Administrativo:** sus tareas son múltiples. Es responsable, entre otras, de las siguientes:

- Es el encargado de la provisión de los diferentes documentos, fichas y registros necesarios para la actividad del centro.
- Es el encargado de la gestión del archivo del centro.
- Es el responsable de la contabilidad del centro.

- Asume el procesamiento informático de todos los datos de la actividad asistencial.
- Es el encargado de la recepción del centro.
- Lleva e registro de salidas y entradas de documentación.
- Lleva y actualiza los registros de datos asistenciales de los usuarios en atención.
- Es el encargado de mecanografiar o transcribir informáticamente los documentos que se le proporcionan para dicho fin.
- Colaboración en el taller prelaboral referido al área administrativa.

**7. Técnicos de Integración Social y/o Laboral:** es el encargado de llevar a cabo las actividades de evaluación e intervención de usuarios con dificultades de accesibilidad y/o que residen en entornos rurales alejados, así como las acciones necesarias para facilitar los procesos de integración formativo/laboral de usuarios. Además:

- Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en su entorno socio-comunitario y familiar.
- Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias.
- Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno.
- Facilitar y supervisar el acceso a recursos normalizados.
- Apoyar para el acceso y mantenimiento en el empleo y/o actividades formativas, informar y orientar acerca de recursos para la integración formativo-laboral.
- Búsqueda de empleo, acercamiento al empleo y captación de puestos de trabajo.
- Desarrollo de las actividades del PIR de los usuarios asignados en el ambiente natural.
- Coordinación con recursos comunitarios, laborales-formativos, servicios sociales, atención primaria, salud mental; así como el resto de agentes implicados en el proceso de atención del usuario, para asegurar la continuidad de cuidados.

*Las funciones de cada profesional deben entenderse de una forma flexible que optimice las posibilidades del equipo. Esta plantilla de*

*profesionales podría variarse para asegurar el buen funcionamiento de las tareas, de acuerdo a las necesidades previstas. Así, podrían formar parte también de la plantilla otros profesionales del ámbito socio-sanitario pasando a desempeñar o completar las funciones o tareas indicadas.*

### 7.3. ORGANIZACIÓN INTERNA

Se realizan reuniones de equipo con diferentes contenidos y que están encaminadas a diseñar la atención y facilitar la operatividad del trabajo rehabilitador. Los contenidos de estas reuniones son:

**1. Reuniones de casos y juntas de evaluación:** tienen un doble objetivo. Por un lado, establecer y evaluar los objetivos propuestos para un usuario en concreto y poner en común las posibles soluciones a los problemas planteados y, por otro lado, el comenzar a valorar los posibles indicadores de éxito o fracaso en la intervención con los usuarios que están dados de alta o baja ya en el CRPSL

**2. Reuniones de grupos:** con el objetivo de valorar la marcha de cada grupo de actividad que se realiza, evaluando la implicación, motivación y resultados de cada usuario que participa de dicho grupo, así como las dificultades que se plantean.

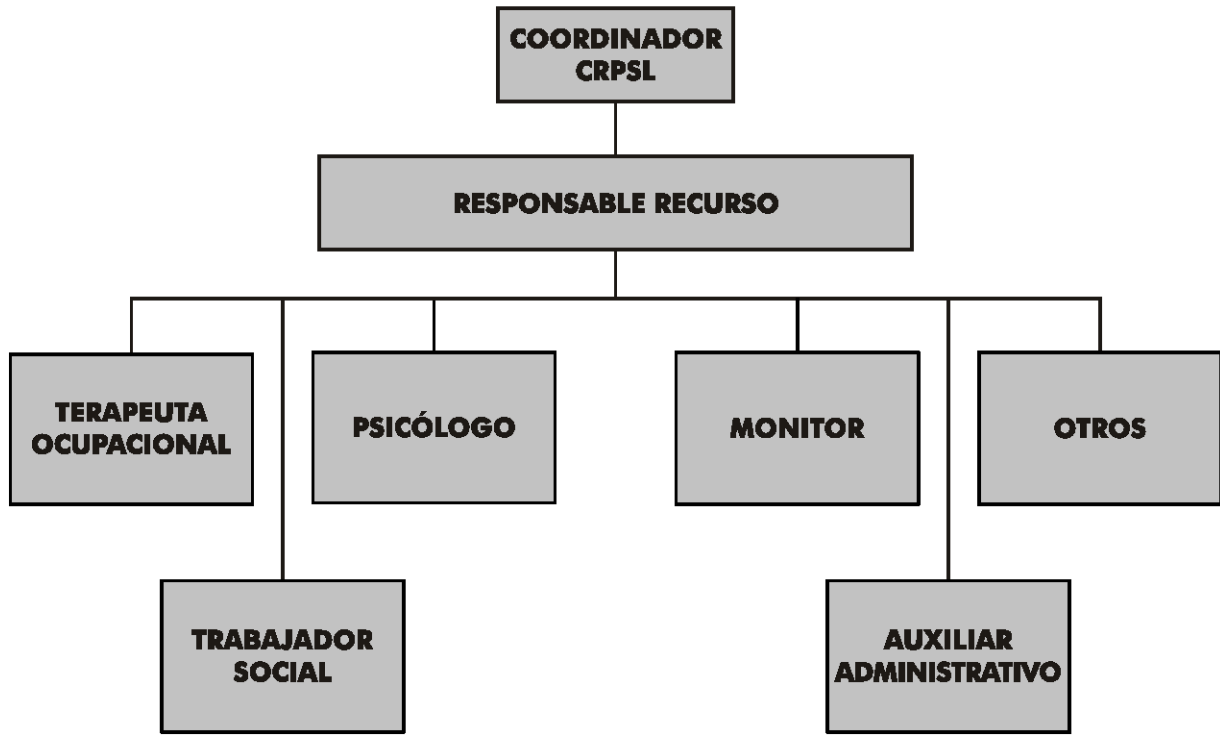
**3. Docencia interna:** destinada a seguir progresando en el campo de la rehabilitación. Cada profesional se ocupa de preparar y presentara al resto del equipo temas de interés para el trabajo que se desempeña en el CRPSL.

**4. Reuniones de programas:** espacio dedicado a evaluar cada programa y establecer las modificaciones necesarias para su mejor implementación. También es el lugar donde se sientan las bases para escribir los programas nuevos.

**5. Reunión de seguimiento de usuarios:** en ellas se valora el día a día del trabajo rehabilitador, viendo las dificultades y progresos alcanzados.

**6. Reunión de equipo:** para comunicar, evaluar, etc... todos aquellos aspectos necesarios para el buen funcionamiento del equipo.

## 7.4 ORGANIGRAMA



## 8. COORDINACIÓN

El CRPSL forma parte de la red de dispositivos y programas para la atención a personas con enfermedad mental. Este modelo de red exige ineludiblemente la complementariedad y coordinación entre los diferentes recursos, para asegurar la continuidad de cuidados y posibilitar el que sea el usuario el artífice de su propia rehabilitación a través de un itinerario personalizado a través de la red.

### 8.1. PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

La rehabilitación se complementa con otras terapias (farmacológica y psicoterapia). Con esta finalidad entre los profesionales del Centro de Rehabilitación y los de los diferentes servicios de Salud Mental se articula un sistema de coordinación, que garantiza una intervención global e integral para cada persona desde cualquier punto de la red asistencial.

Como mínimo, se realizará una reunión mensual con cada Unidad de Salud Mental que da cobertura al centro.

Las coordinaciones institucionales las realiza fundamentalmente el responsable del CRPSL y el Trabajador social, pudiendo acudir otros profesionales del CRPSL de forma puntual cuando sea necesario.

La coordinación con los servicios de salud mental se establecerá a varios niveles:

1. Los profesionales del CRPSL se coordinarán con los servicios de salud mental de zona para:

- a) Recoger las derivaciones efectuadas y valorar la pertinencia de su incorporación al CRPSL
- b) Realizar el seguimiento de los usuarios atendidos y acordar los objetivos que se planteen, así como las actividades necesarias para cumplir el PIR.
- c) Identificar y valorar los diferentes recursos susceptibles de ser utilizados por los usuarios del centro en sus respectivos entornos.

2. Se propondrá la participación del responsable en los comités técnicos del área de salud. El objetivo es participar en el lugar que está instituido como foro de comunicación y

organización de los dispositivos y programas implicados en la rehabilitación de los pacientes con enfermedad mental crónica.

3. Además, de las coordinaciones propuestas, los trabajadores del CRPSL se coordinarán de forma individualizada con los profesionales de los servicios de salud mental en todos aquellos casos en los que se requiera una solución o consenso ante problemas o situaciones que no puedan demorarse hasta la siguiente reunión de coordinación, o en los casos en los que sea necesario aportar alguna información relevante.

Los objetivos son:

- Aportar la información relevante de cada usuario, explicando y debatiendo el plan de intervención y los objetivos propuestos.
- Recabar la información necesaria.
- Decidir el paso a seguimiento o alta de nuestro recurso, y las necesidades de seguimiento de los diferentes usuarios.
- Analizar las derivaciones planteadas y dar curso a las que se consideren adecuadas.
- Identificar y valorar los diferentes recursos del Distrito susceptibles de ser utilizados por los usuarios del Centro.
- Adecuar la atención, evitando solapamientos o duplicidades en la intervención.
- Explicar y sensibilizar a los profesionales de Salud Mental en lo referente a las necesidades de integración social del colectivo de enfermos mentales crónicos.
- Elaborar iniciativas conjuntas de actuación en el ámbito de la rehabilitación.

### 8.2. SERVICIOS SOCIALES GENERALES

El responsable del CRPSL y/o el trabajador social se coordinará con los Servicios Sociales correspondientes de los municipios que sectoricen el centro, para organizar la intervención social que se pudiera estar llevando a cabo.

Hay que tener en cuenta que municipios cuyos usuarios serán atendidos en el CRPSL, tienen programas propios de inserción social y laboral para colectivos desfavorecidos, algunos de ellos dependientes de los servicios sociales generales o en coordinación con las concejalías correspondientes (de empleo). Por ello, es

necesario consensuar las intervenciones con aquellos usuarios que estén en estos circuitos de servicios sociales para evitar duplicidades y solapamientos por un lado y por otro para aprovechar la existencia de estos canales de integración social y laboral.

### **8.3. FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA PARA LA INSERCIÓN SOCIO-LABORAL DEL ENFERMO MENTAL**

El responsable del CRPSL y otros profesionales se coordinarán con los responsables técnicos del programa de centros de rehabilitación psicosocial y laboral de FISLEM, así como con el resto de dispositivos de la Fundación, especialmente los demás CRPSL. Esta coordinación tiene como objetivo, asegurar la coherencia global de la atención y avanzar en la búsqueda de soluciones comunes a las dificultades que supone la integración socio-laboral de este colectivo.

La coordinación con el resto de CRPSL, también tiene como propósito la comunicación o unificación sobre perfiles de atención, normas o guías de evaluación, diseño de memorias anuales y todos aquellos aspectos que aseguren la unidad y coherencia global del programa de rehabilitación psicosocial y laboral.

También se llevará a cabo la coordinación necesaria con los recursos residenciales existentes en el área de influencia del centro, para asegurar la participación de los usuarios de las viviendas o residencias que lo requieran en las actividades del CRPSL y para complementar actuaciones y buscar la posibilidad de desarrollar actividades comunes y complementarias.

### **8.4. COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS**

El trabajo en el centro lleva emparejado una estrecha conexión con todos aquellos recursos relevantes para el cumplimiento de sus objetivos, y especialmente con las empresas y con los dispositivos de inserción comunitaria existentes.

De estos recursos los más relevantes son:

1. Asociaciones de familiares.

2. Voluntariado social.

3. Recursos normalizados:

- a) Instituciones relacionadas con la formación laboral.
- b) Instituciones educativas (Institutos, Asociaciones, etc.).
- c) Centro culturales.
- d) Empresas en las que trabajen nuestros usuarios.
- e) Asociaciones culturales o recreativas.
- f) Asociaciones deportivas.
- g) Instituciones relacionadas con la creación de empleo.

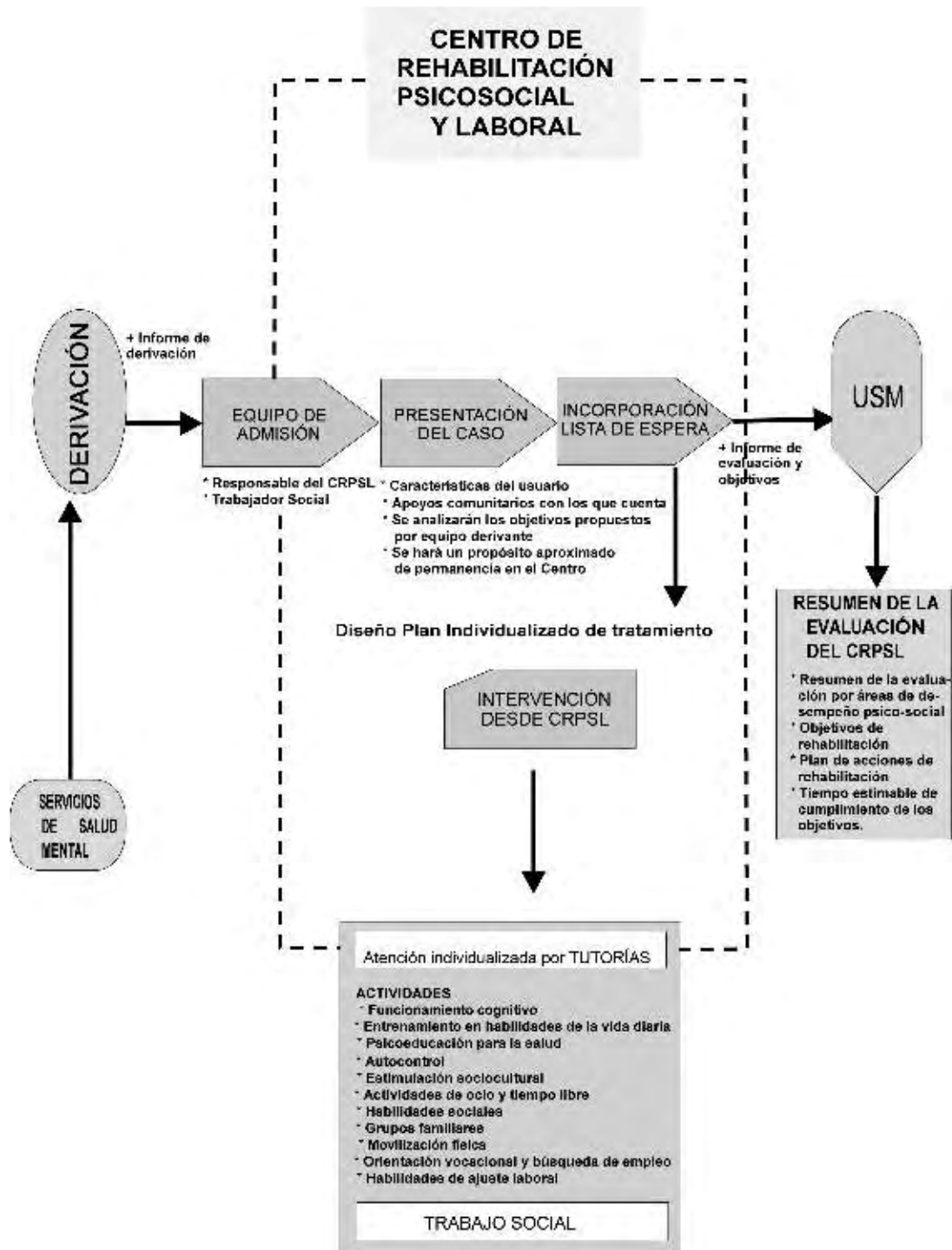
4. Recursos especiales.

- a) Centros ocupacionales.
- b) Asociaciones de alcohólicos.
- c) Equipos de atención a drogodependientes.

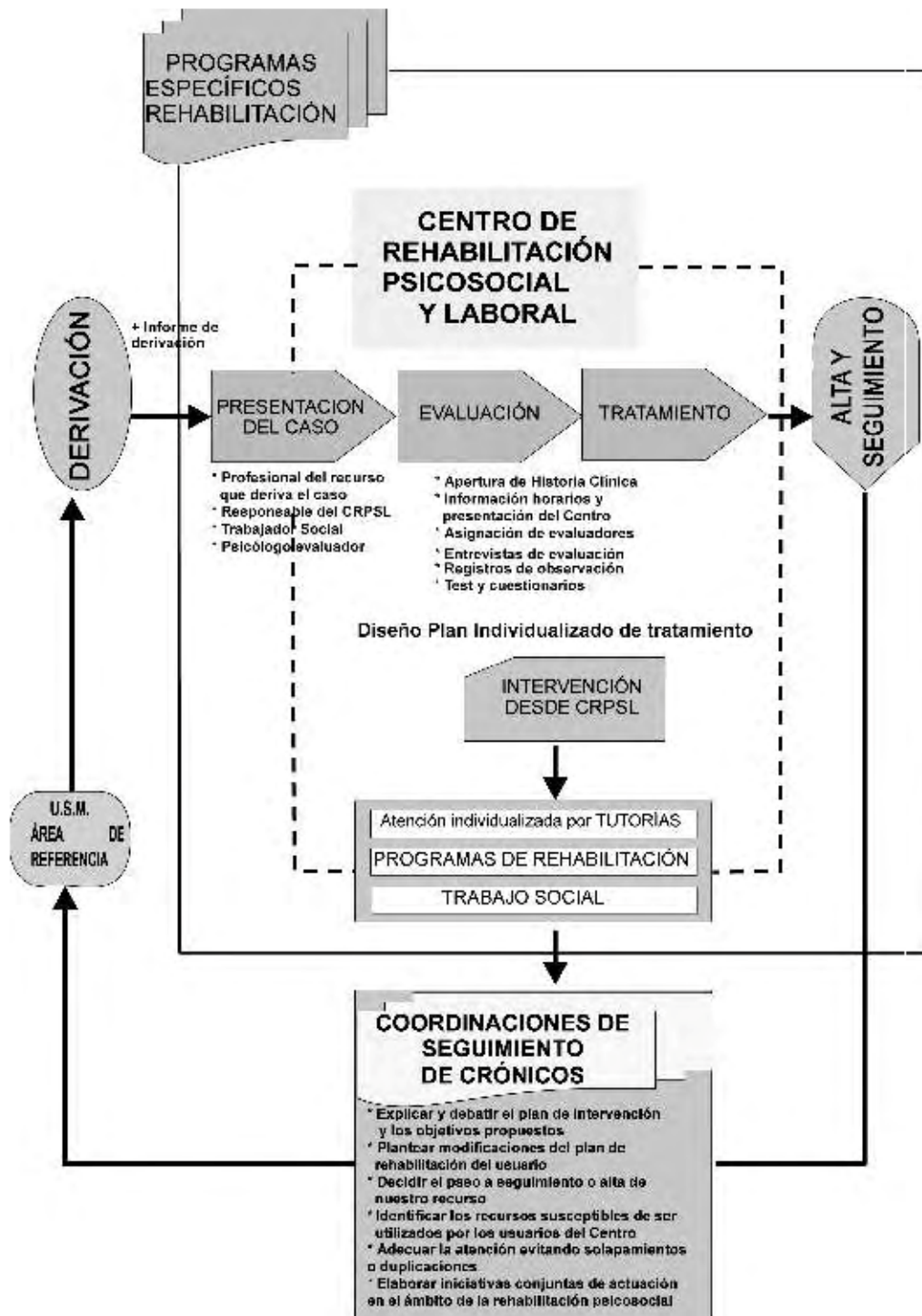
*En las dos siguientes páginas figuran dos gráficos: uno, hace referencia a la coordinación con Salud Mental para el seguimiento de usuarios en el CRPSL, mientras que el otro se refiere a tal coordinación con la finalidad de derivarlos al CRPSL*



## COORDINACIÓN CON SALUD MENTAL PARA DERIVACIÓN DE USUARIOS AL CRPSL



## COORDINACIÓN CON SALUD MENTAL PARA EL SEGUIMIENTO DE USUARIOS EN EL CRPSL





## 9. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS

Se ha comprobado que la posibilidad de participar en la organización del centro, correlaciona con la satisfacción que tienen los usuarios sobre el servicio que reciben. Por tanto, se fomentará la participación activa en el funcionamiento del centro. Para este fin, se podrán organizar asambleas mensuales, donde puedan expresar sus opiniones sobre el funcionamiento, que fomenten su implicación en la planificación de actividades, aportando sugerencias de mejora o críticas, así como modificaciones sobre la distribución de actividades, normas de funcionamiento, etc.

Algunas de las acciones o canales de participación que se pueden llevar a cabo para lograr la participación activa de los usuarios y sus familias, son las siguientes:

- Comisiones de seguimiento. Con los siguientes componentes: un representante de la asociación de familias del área; un representante de los usuarios del centro; un representante de la red de asistencia de salud mental del área de salud y un representante del CRPSL. Esta Comisión se reunirá, al menos, una vez al año y analizará las características, problemas y propuestas de mejora del centro.
- Libro de reclamaciones para familias y usuarios, que sería revisado trimestralmente.
- El usuario, un familiar y un profesional deberán acordar y consensuar la aceptación del P.I.R., en el que puede incluirse una carta de derechos y deberes.
- Grupos de autoayuda. Se proporciona un espacio donde pueden expresar sus propias opiniones y generar las estrategias necesarias que no se contemplan en los programas establecidos en el centro. El papel de los profesionales no será directivo, sino facilitador.
- Asambleas mensuales. Se pueden establecer reuniones de funcionamiento una vez al mes sobre temas concretos a tratar, de forma que puedan detectarse las deficiencias más notables y puedan establecerse modificaciones oportunas, donde se potenciará la intervención de los usuarios y se acogerán las sugerencias que

planteen, así como su implicación en la búsqueda de soluciones para mejorar el funcionamiento del centro. Los acuerdos recogidos se entregarán a todos los usuarios en una nota simple para garantizar que la información llegue a todos ellos.

- Buzón de sugerencias. El centro podrá contar con un buzón de sugerencias situado en la sala de ocio o club social. En este buzón se recogerán todas las críticas, mejoras y otras aportaciones que realicen los usuarios. Un profesional estará encargado de vaciar el buzón cada quince días y de entregar las sugerencias al coordinador. Se descartarán las aportaciones con relación directa a la sintomatología clínica (realizar actividades nocturnas, no abrir las ventanas para que no espíen desde fuera, etc.). Se intentará dar respuesta a todas las sugerencias cuando el presupuesto y las condiciones lo permitan. En el caso de no poder llevarse a cabo se comunicará la causa.

## 10. ESTRUCTURA FÍSICA

Los graves trastornos mentales obligan a una estructuración del ambiente cuidadosa para conseguir orientar y motivar a las personas con discapacidades. La estructuración de este ambiente comprende el uso de recursos lo más parecidos posibles a la vida cotidiana en familia y medios psicopedagógicos, audiovisuales, de animación, entretenimiento y laborales.

Se trata de crear un espacio donde la persona aprenda y ensaye sus habilidades durante el tiempo que lo requiera para posteriormente hacer uso de los recursos de su comunidad.

Según Orden de 09-10-2006 de la Consejería de Sanidad de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental. El CRPSL debe estar situado en un entorno comunitario normalizado y accesible, ha de contar, con los siguientes espacios para permitir una forma flexible de trabajo por parte de todo el equipo:

- 1 Vestíbulo/sala de espera (15m<sup>2</sup>).
- 1 Despacho o recepción administrativa (10m<sup>2</sup>).

- 1 Despacho responsable técnico (10m2).
- 2 Despachos polivalentes (12m2).
- 2 Salas de actividades que permitan el trabajo en grupo de hasta 12 personas(15m2).
- 1 sala para el desarrollo de talleres ocupacionales (35 m2).
- 1 sala para el desarrollo de talleres pre-laborales ( 45 m2).
- 1 sala de estar (40 m2).
- 2 aseos con vestuario y ducha (15m2).
- 1 cocina pequeña (15m2).
- 1 almacén (10m2).
- 1 cuarto de limpieza (5m2).

Todas estas medidas son aproximadas, de simple referencia.

## 11. EVALUACIÓN

Todo el trabajo que se desarrolla en el CRPSL está encaminado a la consecución de un conjunto de objetivos, que se han ido detallando a lo largo de este reglamento de funcionamiento. Además de los objetivos generales y específicos, la organización metodológica en programas supone la capacidad y exigencia de su evaluación. Por ello, la evaluación es un compromiso necesario e ineludible y comprende cuatro aspectos diferenciados:

### 11.1. VALORACIÓN DE LA EFICACIA GLOBAL DE LA ATENCIÓN

El CRPSL tiene como objetivos la mejora del funcionamiento psicosocial, la prevención de recaídas, la capacitación en las habilidades de ajuste laboral necesarias y la integración en los recursos comunitarios (ocupacionales, formativos y laborales) de los usuarios derivados en sus diferentes modalidades. Por lo que la evaluación atenderá a los siguientes indicadores:

- Valoración del desempeño psicosocial de cada usuario.
- Número de ingresos hospitalarios.

- Utilización de recursos comunitarios.
- Formación laboral.
- Integración en el mercado laboral.
- Integración del CRPSL en la red del área.

### 11.2. VALORACIÓN DE EFICACIA DE CADA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se valorará el impacto y resultados que tiene cada programa sobre la mejora en el funcionamiento de los usuarios, con vistas a su mantenimiento o introducción de modificaciones que permitan adecuar las herramientas metodológicas al cumplimiento de los objetivos propuestos. Los resultados de esta valoración se podrán solicitar en las memorias anuales del dispositivo.

### 11.3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD

En la memoria anual se evaluará necesariamente:

- Las características de la demanda: perfil sociodemográfico, necesidades planteadas, utilización de recursos de salud mental, etc.
- Las actividades profesionales desarrolladas: evaluaciones, tutorías, grupos realizados, salidas, etc.
- Las coordinaciones efectuadas con los diferentes sistemas, instituciones o dispositivos.
- Los datos sobre urgencias o ingresos psiquiátricos.
- Los resultados alcanzados.

### 11.4. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Dada las características de los usuarios es muy importante la valoración subjetiva de eficacia y el bienestar percibido.

El CRPSL se compromete a utilizar para la evaluación global o específica todos aquellos instrumentos (escalas, test, cuestionarios, etc.) que se consensúen con el resto de los CRPSL o los que FISLEM designe como adecuados o necesarios.

Por otra parte, y dado el gran volumen de información que se genera en la evaluación y atención prestada en el CRPSL, se debe asegurar la confidencialidad de los datos, limitando el acceso a ella al personal autorizado y garantizando el secreto profesional. Cualquier utilización de los datos se hará previo permiso de los responsables técnicos de FISLEM.

## 12. FORMACIÓN

El trabajo en el campo de la rehabilitación psicosocial, que es el que enmarca al Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral es lo suficientemente especializado como para exigir unos procesos de formación continua que aseguren una atención óptima.

FISLEM pasará a desarrollar un sistema de formación basado en dos diferentes aspectos:

- 1 Formación para equipos nuevos o para los profesionales que se constituyan como equipos para iniciar la gestión de nuevos recursos.
2. Un plan de formación anual, en el que se recogen las necesidades de los profesionales en este sentido, las actuaciones para cubrir estas demandas, el presupuesto destinado a ello y las horas que los trabajadores pueden dedicar a la formación y que corren a cargo de FISLEM. Para el desarrollo de este plan, FISLEM establecerá una Comisión de Formación, constituida por la Director de la Fundación, los coordinadores técnicos de los programas, y profesionales de los diferentes recursos que gestiona esta entidad.

Por consiguiente, la formación de los profesionales de estos recursos se plantea como continua, y contendrá estos dos componentes: la mejora de las capacidades técnicas de la profesión respectiva por una parte y por otra el trabajo de las actitudes y valores de los profesionales.

Con todos los centros de nueva creación FISLEM llevará a cabo una formación inicial, que atenderá a los siguientes aspectos:

- El campo de la rehabilitación psicosocial.
- Filosofía de atención en rehabilitación.

- Misión y visión del trabajo con personas con enfermedad mental.
- La rehabilitación laboral e inserción en el mercado de trabajo.
- Habilidades para la relación.
- El trabajo en un equipo multiprofesional.
- Trabajo en red.

Los trabajadores de los CRPSL participarán de las actividades formativas que recogerá el Plan Anual de Formación de FISLEM, acudiendo a otras ofertas formativas externas que se consideren relevantes para el adecuado desempeño de la labor realizada.

## 13. COMPLEMENTOS Y OTRAS MEJORAS TÉCNICAS

### 13.1. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD

El concepto de calidad total abarca todas las actividades que realiza una organización tanto a nivel interno como externo.

El concepto de calidad del servicio tiene que ver con la comprobación de si este servicio responde al uso que de él se espera.

La **calidad total** tiene como objetivo definir y satisfacer las necesidades del usuario con servicios o acciones libres de defectos. Por tanto la gestión de la calidad tendrá en cuenta las condiciones adversas que se pueden producir para llegar a los resultados, así como dotará de una serie de indicadores que permitan al gestor del servicio establecer unos procesos y unos estándares de calidad que se constituyen en controles internos de calidad.

El concepto de calidad supone más que una actitud pasiva, una actitud activa de prevención de errores, siendo el objetivo de la gestión de calidad conseguir "cero defectos" como meta perseguida de forma persistente y continua.

La calidad en los servicios no es sólo responsabilidad de la dirección o de un programa o departamento de calidad sino de todos los profesionales, lo que implica, por una parte, el logro de un compromiso y, por otra, la introducción de indicadores para visualizar la mejora continua.

Desde su creación, FISLEM ha comenzado a desarrollar una metodología con acciones de mejora continua orientada al incremento en la calidad de los CRPSL

### 13.1.1. Los objetivos de la calidad

Los objetivos de la calidad que nos planteamos son tres:

1. Introducir una cultura organizativa cohesionadora que sentará las bases para la implantación de un sistema de gestión basado en la mejora continua, la participación, la satisfacción de las personas y la transparencia.
2. Mejorar los procesos de trabajo para conseguir mejores resultados.
3. Conseguir una mayor satisfacción de nuestros usuarios.

### 13.1.2. La implantación de gestión de calidad

El proceso de implantación en FISLEM se realiza a partir de las siguientes acciones.

- **Formación:** de todos los profesionales, en formación básica sobre modelos de calidad.
- **Autoevaluación de los modelos de calidad:** se creará un comité constituido por personas de diferentes centros. Su función será la de evaluar de forma diagnóstica la organización de distintos modelos de calidad europeos para así poder establecer nuestro nivel de calidad y elaborar un plan de mejoras.

Se realizan autoevaluaciones sucesivas y sus resultados permitirán la discusión en pequeños grupos para recoger mejoras y planes a adoptar.

- **Definición de procesos clave:** Se definirán varias categorías de procesos:
  - Procesos de coordinación
  - Procesos de prestación de servicios
- **Elaboración de indicadores adecuados a cada servicio.**
- **Elaboración de manual de procedimientos** de cada servicio que incluye:

- Procesos
- Procedimientos
- Instrucciones de trabajo
- Registros

Los procedimientos actualmente desarrollados son:

1. Definición de procesos de atención en los centros de rehabilitación psicosocial y laboral.
2. Elaboración del Manual de Procedimientos.
3. Elaboración de un sistema de evaluación mediante indicadores.
4. Elaboración de un plan de mejora.
5. Elaboración y definición de estándares técnicos y prestaciones en los CRPSL
6. Proyectos de Gestión individual de cada centro.
7. Plan de Coordinación Interna del Programa

### 13.2. PRESTACIÓN DE LA COMIDA DEL MEDIODÍA PARA USUARIOS DEL CRPSL

Estos usuarios deberán tener necesidades especiales debido a situaciones de marginación, desamparo, desventaja social o ausencia de recursos económicos suficientes. También se tendrá en cuenta la lejanía del domicilio y las necesidades recogidas en su plan de rehabilitación que indiquen la conveniencia de que el usuario desarrolle actividades en el CRPSL en horarios de mañana y tarde.

### 13.3. PROGRAMAS ADICIONALES DE ACTIVIDADES EN EL CRPSL

FISLEM instaurará como mejora en este apartado las siguientes:

1. Oferta de prácticas para la inserción laboral a los usuarios de CRPSL en los centros de FISLEM.
2. Oferta a los usuarios de CRPSL para cubrir servicios relacionados con áreas de oficios:

administración, manipulados, etiquetas, mailing, limpieza, etc.

### 13.4. SUPERVISIÓN TÉCNICA

El modelo de supervisión está basado en los procesos, para seguir así la calidad de los servicios, poder evaluarla y contrastar si los objetivos de los dispositivos se corresponden con las necesidades de los usuarios y los trabajadores.

La gestión basada en los procesos permite centrarse en la misión de los dispositivos y de sus objetivos, facilitar el control y la mejora de la eficiencia y tener un marco para la gestión de la calidad.

Este modelo de supervisión es un procedimiento continuado de supervisión, seguimiento, control y reflexión de los procesos implicados en la atención psicosocial. El supervisor y el grupo ponen en común niveles de análisis, documentos y técnicas en reuniones de trabajo específicas.

La función de supervisión comporta tres componentes integrados e igualmente importantes. Dos de ellos relacionados con el ofrecimiento de apoyo profesional y humano al equipo, al tener en cuenta las tensiones y el estrés que comporta el trabajo con personas con enfermedad mental y el otro referido a los aspectos formativos.

Estos tres componentes son:

- **Función administrativa:** está relacionada con el control de procesos, la asignación de tareas, la planificación y programación del trabajo, al análisis y el control de la documentación y registros necesarios para estas tareas.
- **Función de apoyo o de soporte:** el supervisor ha de ayudar a los trabajadores a enfrentarse y resolver los conflictos y los problemas, tanto si se refieren a sus tareas de intervención profesional como al estrés o las relaciones interpersonales. La supervisión es el espacio idóneo para controlar la parte afectiva y aprender a aceptar las críticas. El supervisor, para cumplir estas funciones, requiere tres tipos de actitudes: humanas, administrativas y conceptuales, que se manifestarán en el dominio y las habilidades de las técnicas de dinámicas y sensibilización de grupo.

- **Función de supervisión educativa o de aprendizaje:** permite resolver aspectos relacionados con la necesidad de conocimientos, actitudes y habilidades que han de tener los trabajadores para desarrollar su tarea.

La supervisión debe servir para que los trabajadores integren distintos conocimientos teóricos a través de una orientación en tareas concretas. En este sentido se considera que esta forma de supervisión puede ser un instrumento para desarrollar un trabajo de atención social de forma más profunda, segura y científica y con la garantía de calidad.

## 14. BIBLIOGRAFIA

Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps) (1996): "Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación". Madrid. Siglo XXI.

Allúe, A.; Rodríguez, D.; Sánchez, R. (1999). "Manual práctico de contratación laboral". Fundación Confemetal.

American Psychiatric Association (1994): DSM-IV: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Madrid. Masson, S.A.

American Psychiatric Association (1997): "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 154 (4).

Amérigo, M. (1990): "Satisfacción residencial. Una aproximación psicosocial a los estudios de calidad de vida", tesis doctoral, Universidad Complutense, Madrid.

Ander-Egg, E. (1995): "Los grupos de apoyo mutuo, en medio de las muchedumbres solitarias de fines del siglo XX", Boletín de Ayuda Mutua y Salud, 2, 21-29.

Anderson, C.; Reiss, D., y Hogarty, G. (1988): "Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)". Buenos Aires. Amorrortu.

Angers, M.E. (1992): "Created communities and the Natural community", Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (2), 117-123.

Anthony, W.A. (1979): "The principles of Psychiatric Rehabilitation". Boston. Human Resource Development Press.

Anthony, W.A.; Cohen, M. R.; y Cohen, B. F. (1984): "Psychiatric rehabilitation", en J.A. Talbott (ed.), The Chronic mental Patient. Five Years Later, 137-157, Orlando. Grune & Stratton, Inc.

Anthony, W.A.; Cohen, M., y Farkas, M. (1990): "Psychiatric Rehabilitation". Boston. Ed. Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986): "The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base", Schizophrenia Bulletin, 12, 542-559.

Arce, A., y Vergare, M. (1985): "An overview of community residences as alternatives hospitalitation", Psychiatric Clinic of North America, 8 (3), 423-436.

Asociación Madrileña de salud mental (1995): "Informe sobre el programa de rehabilitación en Madrid", Boletín, primavera, 5-11.

Azrin, N. H. y Besabel, V.H.(1980): "Job Club Counselors Manual: A behavioral approach to vocational counseling". Baltimore. University Park Press.

Bellver, F.; Moll, B.; Roselló R y Serra, F. (1993): "El empleo con apoyo: un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía". Siglo Cero, Vol 24 (3) nº 147, Mayo-Junio, 15-24.

Blanch, A.; Carling, P., y Ridgway, P. (1988): "Normal housing with special supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community", Rehabilitation Psychology, 33 (1), 47-55.

Budson, R.D. (1981): "Community residential care", en J.A. Talbott, The Chronic Mentally Ill, Nueva York: Human Science Press.

Budson, R.D. (1978): "The Psychiatric Halfway House: A Handbook for Theory and practice". Pittsburgh. University Pittsburgh Press.

Cañamares, JM. y otros (2001). "Esquizofrenia". Editorial Síntesis. Guías de Intervención.

Carling, P.J. y Ridgway, P. (1985): "Community Residential Rehabilitation: An emerging Approach to Meeting Housing Needs. Community for Residential Rehabilitation Project". Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston: University.

Ciampi, L. (1984): "Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias", Scw. Archiv. N. Sysh., 135, 101-160.

Consejería de Servicios Sociales (1999): "Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica". Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (2002). "Rehabilitación Laboral de Personas con enfermedad mental crónica: programas de intervención". Cuaderno Técnico 14. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (2001). "Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de Personas con enfermedad mental crónica: programas de intervención". Cuaderno Técnico 17. Comunidad de Madrid.

Costa, M. y López, E. (1986): "Salud Comunitaria". Barcelona. Martínez Roca.

Costa, M. y López, E. (1991): "Manual para el educador social". 2 vol. Ministerio de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

Costa, M. y López, E. (1996): "Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida". Madrid: Pirámide.

Cuevas, Perona y Lemos (2003): "Tratamiento cognitivo Conductual de la Esquizofrenia". Ediciones Minerva.

Defensor del Pueblo (1991): "Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España". Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo: Informes, Estudios, Documentos.

Desviat, M. (1995): "La reforma psiquiátrica". Madrid. Dor.

Escribá, P. y Huertas, M. (1984): "Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral". Valencia. Nau llibres.

Emerson, E. (1992): "What is normalisation?" en H. Brown y H. Smith (eds.), Normalisation. Londres. Routledge.

Falloon, I.R.; Boyd, J. Y McGill, C. (1984): "Family Care of Schizophrenics". Nueva York. The Guilford Press.

F. Rivas Guerrero (coord.) (2000). "La Psicosis en la comunidad". Madrid. AEN.

Farkas, M., y Anthony, W. (1989): "Rehabilitation Program: Theory into Practice. Baltimore". The Johns Hopkins University Press.

Fields, S. (1990): "The relationship between residential treatment and supported housing in a community system of services", Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (4). 105-113.

FISLEM (2003): "Proceso de evaluación e Instauración de calidad en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha". Documento técnico del Programa de CRPSL FISLEM. Castilla-la Mancha.

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM): "Plan de Calidad 2006-2010".

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM): "Documento de trabajo nº 2. Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-Laboral". Junio 2005.

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM): "Documento de trabajo nº 3. Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo". Octubre 2006.

Galilea, V. y Colis, J. (2000): "Algunas razones a favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica". Rev. Trabajo Social Hoy, nº 28, 104-112.

González Duro, E. (1980): "Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España", en M. González de Chávez (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid. Mayoría, A.E.N.

Hatfield, A. y Lefley, H. (1987): "Families of the Mentally Ill. Coping and Adaptation". Nueva York. Guilford Press.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2006): "Trastorno Mental Grave: Proceso Asistencial Integrado".

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad (2005): "Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010".

Lehman, A.F.; Possidente, S., y Hawker, F. (1986): "The quality of life of chronic mental patients in a state hospital and community residences", Hospital and Community Psychiatry, 37, 901-907.

Lieberman, R.P. (1988/1993): "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico", Barcelona: Martínez Roca.

Mueser, K.T. y Bond, G.R. (2000): "Psychosocial treatment approaches for schizophrenia". Current Opinion in Psychiatry, 44. 245-252.



Navarro Bayón D. (2003): "Evaluación de la calidad asistencial de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica". *Anales de Psiquiatría*. 2003. 19 (6), 235-248.

Navarro Bayón D. (2003): "Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales". *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2003. (En prensa).

OMS (1978): "Conferencia Mundial de ALMA-ATA".

OMS. *Mental Health Atlas*. (2005). "World Health Organization".

Instituto Psiquiátrico Servicios de salud mental José Germain (1992): "Programa de Rehabilitación y de Apoyo comunitario", Madrid: Comunidad de Madrid.

INTRESS (2002): "Proyectos de Gestión de C.R.P.S. y de C.R.L." PASPEMC. Comunidad de Madrid.

Rebolledo, S. (comp.) (1997): "Rehabilitación Psiquiátrica" (Curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos). Universidad de Santiago de Compostela.

Ridway, P., y Zipple, A. (1990): "The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 12-31.

Roder, D y otros (1996): "Terapia Integrada de la esquizofrenia". Madrid: Edit. Ariel.

Rodríguez, A. (1997): "Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos". Ed. Pirámide, Madrid.

Rivas, F. (1995): "Manual de asesoramiento vocacional". Síntesis. Madrid.

Shepherd, G. (1989): "Care of the chronic mentally ill", *Current Opinion in Psychiatry*, 2, 291-295.

Stroul, B.A. (1989): "Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3). 10-26.

Turner, J.E. y Tenhor, W.J. (1978): "The NIMH Community Support Program", *Schizophrenia*

*Bulletin*, 4 (3), 319-344.

Vallina, D. y Lemos, S. (2001): "Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia". *Psicothema*, 13 (3). 345-364.

Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1983/1990): "Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica". México. Limusa.

Wolfensberger, W. (1979): "The principle of normalitation and its implications for psychiatric services", 219-297.







**Edita:**

*Fundación FISLEM (Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental).*

**Elaboración:**

*Fundación FISLEM. Departamento de Programas y Evaluación.*

**La Fundación FISLEM quiere agradecer las aportaciones realizadas a este documento a:**

- **Abelardo Rodríguez González** (Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid).
- **José Manuel Cañamares Yelmo** (Coordinador del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Getafe. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales INTRESS).
- Los **Técnicos** de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha.

**Diseño y maquetación:**

Gráficas Seis

© Fundación FISLEM

1ª Edición. Toledo. Enero 2004

2ª Edición. Febrero 2007

Depósito Legal: TO-910-2007



## PRESENTACIÓN

Este manual de procedimientos tiene un objetivo claro: conseguir proporcionar la máxima calidad de atención a los usuarios y sus familias en cualquier Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha.

La pretensión es describir y desarrollar los procesos y protocolos básicos a través de los que se desarrolla la intervención en el CRPSL, es decir, las actividades que conforman el esqueleto en la vida normal del centro y que deben estar protocolizadas: acogida, derivación, acceso, evaluación, uso de documentación de historias, coordinaciones externas e internas, tutorías y gestión de casos, salidas (altas y bajas), recogida de datos, evaluación de resultados obtenidos, etc.

Esta no es una pretensión únicamente basada en las buenas intenciones, sino que va más allá de cualquier motivación o voluntarismo. Es un derecho y un compromiso, recogido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (8/2000, de 30-11-2000), donde en el título II artículo 4 se recogen los derechos de los ciudadanos del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha y en la Ley 41/2002 reguladora en materia de derechos del pacientes, manejo de información y documentación clínica, así como en la orden de 09-10-2006 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, de los requisitos técnico sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental, donde se determina que todos los servicios dispondrán de una guía o cartera de servicios en la que se especifiquen las prestaciones disponibles y sus medios técnicos, cada servicio regulará los procedimientos y los sistemas para asegurar el efectivo cumplimiento de dichas prestaciones y requisitos del servicio y su calidad.

Se intenta de ésta manera ordenar y homogeneizar los recursos, que deben entenderse como algo dinámico y abierto, que requieren de revisiones periódicas que posibiliten adecuar los dispositivos y cubrir así las distintas necesidades y expectativas de los usuarios, familiares y profesionales, permitiendo alcanzar una asistencia de calidad y eficiencia.

**José Antonio Contreras Nieves**  
**Director de la Fundación FISLEM**

# INDICE

## I) PROGRAMA DE CRPSL

1- Introducción.....	7
2- Objeto del documento.....	7
3- Definición del servicio.....	8
4- Descripción de los servicios que han de prestarse en el CRPSL.....	8

## II) PROCESOS EN EL CRPSL

### 1- ITINERARIO DE ATENCIÓN

1.1. Derivación .....	12
1.2. Primer contacto y evaluación .....	12
1.3. Enganche y trabajo previo .....	13
1.4. Junta de evaluación .....	14
1.5. Plan individualizado de rehabilitación .....	14
1.6. Intervención .....	14
1.6.1. Tutorías	
1.6.2. Atenciones Individuales	
1.6.3. Participación en los programas o actividades del CRPSL	
1.7. Programas .....	16
1.8. Seguimiento .....	16
1.9. Alta o Baja.....	17

### 2. OTROS PROCESOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

2.1. Uso de recursos.....	18
2.2. Ingresos hospitalarios.....	19
2.3. Seguimientos semestrales del PIR .....	20
2.4. Evaluación.....	20
2.5. Ficha mensual de indicadores.....	21
2.6. Registro de actividades .....	21
2.7. Memorias .....	22

5

### 3. PROCESOS RELACIONADOS CON EL EQUIPO Y LOS TRABAJADORES

3.1. Reuniones de equipo .....	22
3.2. Petición de días libres, permisos y vacaciones .....	23
3.3. Supervisiones .....	24
3.4. Coordinaciones externas .....	24
3.5. Formación .....	24
3.6. Incorporación de un nuevo profesional al equipo .....	24

### 4. OTROS PROCESOS

4.1. Protección de datos .....	25
4.2. Expediente individual .....	25
4.3. Propiedad de los materiales técnicos .....	25
4.4. Indicación de la titularidad de la documentación .....	25
4.5. Manual de gestión técnica del centro .....	26
4.6. Horario .....	26

5. ANEXOS .....	27
-----------------	----

## I) PROGRAMA DE CRPSL

### 1.- INTRODUCCIÓN

Las personas con enfermedades mentales graves presentan un conjunto de necesidades que desbordan el ámbito sanitario, presentando una serie de discapacidades puestas de relieve en un funcionamiento psicosocial deficiente y en importantes dificultades para la integración social y laboral normalizada.

En el contexto de la comunidad de Castilla-La Mancha se ha llevado a cabo la implantación de recursos de rehabilitación psicosocial en todas las áreas, potenciando las actividades rehabilitadoras y articulando la inserción en la comunidad de los enfermos mentales crónicos. Durante estos últimos años, se ha producido un desarrollo de esta voluntad que se ha plasmado en la actualidad en una red de recursos que ha supuesto el poder contar con un modelo de atención y con unos dispositivos que son de referencia para la atención de las personas con trastornos mentales severos y sus familiares.

La rehabilitación constituye un proceso que se inicia con acciones y recursos lo más normalizados posibles y continúa con intervenciones específicas para aquellos pacientes más discapacitados, finalizando con la facilitación de soportes que posibiliten la reinserción comunitaria. Para garantizar estas acciones FISLEM desarrolla un programa de rehabilitación psicosocial constituido por tres subprogramas: **programa de centros de rehabilitación psicosocial y laboral, programa residencial y programa de inserción socio-laboral**. Dichos programas tienen como objetivo atender a las necesidades psicosociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas. El programa de rehabilitación de FISLEM incorpora las tres vías básicas de intervención que deben articularse para conseguir la integración en el entorno: rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo comunitario. Para ello viene poniendo en marcha un conjunto de servicios especializados de rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo comunitario, orientados a favorecer y apoyar la integración social de dichas personas.

Para estos nuevos servicios especializados en la atención psicosocial y rehabilitación del

colectivo de enfermos mentales se hace necesario una regulación específica que recoja las características y funcionamiento de estos servicios. Por todo ello FISLEM asumió la necesidad de desarrollar una definición de la tipología de centros y prestaciones de los mismos, objetivos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen de los citados servicios.

Entre los tipos de servicios especializados se incluyen los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), que se conciben como un tipo de centros de día dirigidos a las personas con enfermedades mentales severas para que alcancen el máximo desarrollo de su autonomía personal y social y el mayor grado posible de integración social en la comunidad, así como apoyar a sus familias.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, a través de la Fundación FISLEM, ha puesto en marcha una red pública de recursos para promover la rehabilitación e integración social de las personas con enfermedad mental en el ámbito comunitario.

Por otro lado, FISLEM pretende abarcar la calidad en todas las actividades que se realizan en los CRPSL. Esta calidad tiene como objetivo satisfacer las necesidades del usuario con acciones y servicios libres de defectos, así como dotar al servicio de unos procesos y unos estándares que se constituyan en controles internos de calidad.

Se opta por iniciar a partir de enero de 2003 un proceso de implantación de un sistema de procedimientos de gestión en todos los CRPSL que se revisa incorporando los cambios necesarios en marzo de 2007.

### 2- OBJETO DEL DOCUMENTO

El presente manual de procedimientos tiene por objeto describir los procesos y condiciones técnicas que deben ser asumidas y desarrolladas por la entidad que gestiona el CRPSL. **El CRPSL es un dispositivo del sistema público de atención sociosanitaria y forma parte de la red de recursos del Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial dependiente de la Fundación FISLEM de Castilla-La Mancha.**

Como objetivos concretos del documento se plantean:

1. Introducir una organización cohesionadora en todos los CRPSL que sentarán las bases para la implantación de un sistema de gestión basado en la transparencia y la calidad del servicio.
2. Mejorar los procesos de trabajo para conseguir mejores resultados.
3. Conseguir una mayor satisfacción de nuestros clientes y usuarios.

### 3- DEFINICIÓN DEL SERVICIO

El Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) se concibe como un recurso de servicios especializados dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad, con la finalidad de ofrecerles programas de rehabilitación psicosocial y laboral y apoyo comunitario junto con actividades de apoyo y soporte social que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida. Así mismo, se trabaja con las familias ofreciéndoles el apoyo, psicoeducación y asesoramiento que necesitan.

La dirección de la entidad gestora deberá asegurar el idóneo desarrollo de las funciones que son responsabilidad de los CRPSL respecto a su población diana. Entre esas funciones se encuentra el desarrollar procesos de atención y rehabilitación psicosocial que favorezcan las máximas garantías de profesionalidad, eficacia y eficiencia.

### 4- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL(CRPSL).

#### - Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la integración social

Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición de las habilidades personales y sociales que le permitan su funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad,

apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y fomentando su progresiva integración social en su entorno comunitario. Las principales áreas de intervención son, entre otras las siguientes:

- AUTOCUIDADOS (Aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)
- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (manejo de la vivienda, autonomía social, uso de transportes, trámites burocráticos, manejo del dinero, etc.)
- PSICOMOTRICIDAD
- PSICOEDUCACIÓN (Conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, control de factores de riesgo, prevención de recaídas, manejo de sintomatología residual, manejo de redes sanitarias, etc.)
- AUTOCONTROL Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (Relajación, autoestima, técnicas de solución de problemas, autocontrol emocional, etc.)
- HABILIDADES SOCIALES (conversacionales, asertivas, grupales, heterosociales, etc.)
- DÉFICIT COGNITIVOS (Atención, percepción social, orientación, memoria, procesamiento de la información, etc.)
- OCIO Y TIEMPO LIBRE (Manualidades, recuperación de gustos personales, programación de actividades en el entorno comunitario, potenciación de hobbies y aficiones, etc.)
- INTEGRACIÓN COMUNITARIA (Uso de recursos comunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.)
- APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y SOPORTE COMUNITARIO

#### - Rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral

Con un grupo de usuarios será posible la preparación y capacitación para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que suponen la búsqueda, acceso y mantenimiento en un empleo en el mercado laboral. Incluye un amplio abanico de actividades como:



orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, apoyo a la formación laboral, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, etc. Dichas actividades se ajustarán a las necesidades de cada caso de acuerdo a lo establecido en su plan individualizado. Las principales áreas de intervención son:

- **EVALUACIÓN FUNCIONAL VOCACIONAL-LABORAL** (será necesario evaluar específicamente los aspectos relacionados con su experiencia, intereses, motivación, ajuste previo, formación, habilidades, etc.)
- **ORIENTACIÓN VOCACIONAL**
- **ENTRENAMIENTO EN HABITOS PRELABORALES** (asistencia, puntualidad, ritmo en la tarea, interacción con compañeros, memoria para las instrucciones, manejo de críticas, etc.)
- **APOYO A LA FORMACIÓN PROFESIONAL**
- **HABILIDADES DE BÚSQUEDA DE EMPLEO**
- **APOYO A LA BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO**

#### **- Actividades de apoyo y soporte social**

Como complemento al proceso de rehabilitación psicosocial, se organizan un abanico de actividades de apoyo y soporte social (culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer el soporte social que los usuarios puedan necesitar, especialmente con aquellos con mayores dificultades de integración y por tanto mayor riesgo de aislamiento y deterioro. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro, fomentando el uso de recursos comunitarios.

#### **- Seguimiento y apoyo comunitario**

Una vez finalizado el proceso de rehabilitación y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, se desarrollará un proceso de seguimiento que asegure el mantenimiento del nivel de funcionamiento alcanzado, con especial énfasis en aquellos usuarios con mayores dificultades o dependencia ofreciéndoles el

apoyo necesario en el propio centro y en el entorno comunitario optimizando el uso de recursos sociocomunitarios normalizados y la implicación de las redes sociales. Para ello desde el CRPSL se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los servicios de salud mental y con los servicios sociales generales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.

También con aquellos usuarios que hayan podido culminar su proceso de rehabilitación laboral mediante la inserción en el mercado laboral, se desarrollará un proceso de apoyo que asegure la integración y mantenimiento en el trabajo obtenido, así como en los circuitos de inserción laboral pertinentes.

#### **- Apoyo a las familias**

Desde el CRPSL se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo para mejorar su capacidad de manejo con su familiar enfermo mental y contribuir a mejorar la calidad de vida de la propia familia. Se buscará implicar a la familia como recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración. Desde el centro se fomentará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y enfermos mentales. Esta labor de apoyo a las familias se desarrollará a través de:

- Apoyo y asesoramiento individualizado con cada familia de cada usuario
- Programas grupales de "Psicoeducación de familias". Su objetivo es enseñarles los conocimientos y habilidades necesarias para entender la enfermedad mental, mejorar la comunicación, aprender a solucionar problemas de convivencia, desarrollar pautas ante empeoramientos, fomentar la autonomía en sus familiares enfermos y apoyar positivamente el proceso de rehabilitación e integración de su familiar.
- Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

#### **- Contacto y coordinación con el entorno social y laboral**

Se desarrollará un trabajo específico de contacto y coordinación con los recursos comunitarios existentes para facilitar la integración social y laboral de los usuarios

(Escuelas-taller, INEM, instituciones relacionadas con la formación profesional, Ayuntamientos, asociaciones, etc.).

También se podrán desarrollar actividades de asesoramiento técnico de asociaciones o entidades interesadas en la integración laboral de enfermos mentales, en materias de rehabilitación psicosocial o en el fomento de iniciativas para este colectivo.

#### **- Coordinación y apoyo a otros recursos**

La atención exige la organización de un sistema en el que los diferentes servicios y recursos trabajen desde una estrecha coordinación y complementariedad que asegure la continuidad de cuidados y la optimización de la eficacia de los procesos de atención.

El CRPSL se coordinará con los servicios de salud mental, constituyendo éstos la principal puerta de entrada a dicho centro. También se coordinará con el resto de CRPSL que haya en el área y con otras alternativas o recursos rehabilitadores como las viviendas supervisadas y los programas de Inserción Social a fin de articular una adecuada continuidad de cuidados y optimizar el proceso de rehabilitación e integración social y/o laboral.

10

Asimismo los CRPSL trabajarán en colaboración con la red de Servicios Sociales Generales a fin de promover la normalización e integración social de los usuarios atendidos. El enfoque comunitario basado en el principio de normalización que sustenta el trabajo de rehabilitación psicosocial, exige un esfuerzo especial de coordinación con todos aquellos recursos sociocomunitarios (formativos, laborales, educativos, culturales, etc.) que resulten relevantes a los objetivos de rehabilitación e integración comunitaria.





### 1.1. Derivación

- La derivación del usuario deberá hacerse a través y en coordinación con el servicio de salud mental correspondiente.
- En esta derivación deberá estar presente el psiquiatra responsable del caso y el responsable técnico de los programas de rehabilitación. A estas reuniones podrán incorporarse aquellos profesionales cuya intervención sea necesaria.
- La derivación también se podrá efectuar mediante envío por correo del informe de derivación (en el caso de que no se establezca en las reuniones de coordinación). En cualquier caso el responsable de la atención del usuario en el servicio de salud mental correspondiente deberá aportar la información necesaria que pueda facilitar el conocimiento del caso por parte del CRPSL
- En el caso de que haya otros dispositivos no sanitarios que detecten la necesidad de la derivación de algún usuario (otros CRPSL, centros de día, servicios sociales, etc.), deberán coordinarse con el respectivo servicio de salud mental para expresar la conveniencia de la derivación.
- En los casos de personas que demanden atención de forma espontánea, se canalizará su admisión de forma coordinada con la Unidad de Salud Mental del Área.
- En los casos de no establecerse alguna de las vías de derivación especificadas, el CRPSL valorará la pertinencia de aceptar o no la derivación. Para aquellas personas que no sean admitidas se justificará la decisión y se indicará a qué otros recursos se les deriva.
- El CRPSL dará por efectuada administrativamente la derivación cuando tenga el protocolo de derivación (ver anexo 1) en su poder. En este momento el auxiliar administrativo introducirá los datos necesarios en la Base de Datos de usuarios del centro y cumplimentará el registro de datos iniciales (ver anexo 2)
- Si no se adjunta el protocolo de derivación en la reunión de derivación, se deberán

recabar como mínimo los siguientes datos:

- o Nombre
  - o Edad
  - o Diagnóstico
  - o Objetivos de la derivación
- Una vez derivado el usuario se incorporará al listado de usuarios derivados en espera de aceptación hasta que se tenga la primera entrevista con él. El auxiliar administrativo recogerá los datos en los que se tenga información por el protocolo y comunicará al responsable los datos básicos que puedan faltar para que se recojan en el primer contacto. Así mismo, asignará un número de historia a dicho usuario. La edad del usuario que se consignará en la base de datos es la que tuviera en la fecha de su derivación al CRPSL

### 1.2.- Primer contacto y evaluación

Para llevar a cabo este primer contacto será imprescindible que el CRPSL tenga el protocolo de derivación del usuario.

Como punto de partida en el centro y antes de la evaluación se llevará cabo un primer contacto. En este **primer contacto** con el usuario y la familia participarán el responsable del centro y el trabajador social. También podrá participar un profesional designado previamente como terapeuta de acogida.

En el caso de que no viniera la familia este primer contacto se llevaría a cabo solamente por el psicólogo responsable.

El objetivo del primer contacto es:

1. Presentarles el espacio físico, el equipo de trabajo y las actividades y programas.
2. Conocer las expectativas que tienen del centro, y la información que traen de salud mental.
3. Enganche. (motivación del usuario para su incorporación al centro).

Al acabar este primer contacto la trabajadora social le dará una primera cita a la

familia, para así poder comenzar la evaluación familiar y el psicólogo al usuario.

Para facilitar la creación de grupos de acogida se intentará que los primeros contactos del CRPSL estén cercanos temporalmente.

El psicólogo de referencia comenzará a evaluar al usuario, mientras la trabajadora social comenzará con la evaluación familiar. El terapeuta ocupacional también comenzará a evaluar al usuario y/o a la familia si el caso lo requiere.

Paralelamente a la evaluación se le ofrecerá al usuario la posibilidad de incorporarse al grupo de acogida, participar en actividades del centro o en el caso en el que se considere conveniente (por ejemplo: falta de motivación, desorganización conductual, etc.) se llevará a cabo una **acogida individual**. En cualquiera de las opciones los educadores llevarán a cabo una evaluación más específica (centrada en intereses y motivaciones del usuario) a través de la observación, que permita recoger y/o contrastar información extraída por el resto del equipo (ver anexo 3). Esta hoja de evaluación será necesaria para que después se marquen los objetivos del PIR entre todo el equipo.

En la presentación del caso a todo el equipo (junta de evaluación), se presentará un resumen de las actividades (objetivos a trabajar) del usuario y de la familia así como cualquier información relevante para el caso detectada en los primeros contactos.

En los casos en que se acuerde que el usuario participe en una acogida, ya sea individual como grupal, el psicólogo establecerá de un modo más concreto los aspectos que el profesional que haga de terapeuta de acogida deberá evaluar de un modo más específico.

El auxiliar administrativo llevará a cabo las siguientes acciones el día en que se produzca el primer contacto con el usuario:

- Consignará como fecha de primer contacto en el registro de datos el día en que éste se produzca y cambiará la fase de "derivación" a "evaluación" o "lista de espera"
- Abrirá la carpeta de historia con los siguientes documentos:

- o Protocolo de derivación (anexo 1)
- o Protocolo de evaluación de usuario (ver anexo 4)
- o Protocolo de evaluación familiar (ver anexo 5)
- o Hoja resumen de la evaluación funcional (ver anexo 6)
- o Escala de satisfacción (anexo 7)
- o Hojas de tutorías (ver anexo 8)
- o Historia personal (ver anexo 9)
- o Escala de valoración del desempeño psicosocial. Hoja de respuestas (ver anexo 10)

El auxiliar administrativo del centro deberá desarrollar un registro de usuarios, así como de fichas y documentos, con su correspondiente soporte informático. El soporte informático de los documentos de evaluación estará archivado en el ordenador de administración, con una ruta clara y conocida (por ejemplo, carpeta "mis documentos", subcarpeta "CRPSLword", subcarpeta "evaluación"), existiendo copia en blanco en administración y dirección.

### 1.3.- Enganche y trabajo previo

El acceso al CRPSL será voluntario. En aquellos casos que por razones psicopatológicas o psicosociales no puedan o no quieran acudir al CRPSL, se realizará un trabajo individualizado para conseguir el objetivo de que se incorporen al centro.

Este trabajo consistirá en el diseño de una intervención específica por un tiempo no determinado, con anterioridad al trabajo puramente rehabilitador. El objetivo básico con estos usuarios será el que pasen a ser atendidos por los programas de rehabilitación del CRPSL, buscando su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación.

Se encargan de esta fase el psicólogo, el trabajador social y cualquier profesional que haga de terapeuta de enganche.

Todos los usuarios en esta fase tendrán diseñado un PIR, en el que quedarán

establecidos los objetivos y el plan individualizado de intervención.

El procedimiento a seguir será el siguiente:

- Identificar las variables responsables de las dificultades de enganche
- Identificar las variables facilitadoras
- Establecer los objetivos
- Diseñar un plan individualizado de intervención
- Especificar los profesionales encargados de las intervenciones
- Aplicación de las estrategias acordadas en el plan

La intervención irá orientada a trabajar la motivación u otros aspectos previos a la rehabilitación: actitudes autorreferenciales, especial sensibilidad a los contactos interpersonales, conciencia de problemática, ayuda familiar, etc.

14

La intervención se realizará mediante contactos periódicos, citas, visitas a domicilio o intervención familiar.

Si a pesar de las acciones el usuario sigue negándose a iniciar la intervención rehabilitadora, se continuará dando la atención al caso tratando de modificar todas las condiciones de su medio ambiente que puedan estar manteniendo la situación de cronicidad de la persona.

El CRPSL se coordinará para llevar a cabo esta labor de trabajo previo con los servicios de salud mental, los servicios sociales generales y todos aquellos recursos que sirvan para diseñar un protocolo de enganche y trabajo previo individualizado.

A efectos administrativos, el usuario tendrá un número de historia, un protocolo de derivación, un PIR y su situación estará consignada como fase de atención en "trabajo previo".

#### 1.4.- Junta de evaluación

La junta de evaluación se llevará a cabo cuando:

- Se haya terminado la recogida de información y los profesionales responsables de la evaluación tengan una primera propuesta del plan individualizado de rehabilitación.
- Hayan pasado tres meses desde el primer contacto y por diferentes motivos no se haya podido terminar la evaluación. El auxiliar administrativo estará pendiente de esta circunstancia.

En dicha junta, que se realizará en una reunión de equipo establecida un día concreto de la semana, se expondrá al equipo la información recogida y se discutirá la intervención a realizar, tanto de forma individual, en tutorías y en formato grupal.

Posteriormente se devolverá la propuesta de intervención al usuario y a su familia y se consensuará el plan de actuación. A partir de este momento se podrá escribir el plan de rehabilitación.

En esta junta de evaluación se decidirá el profesional que será el tutor del usuario, recogiendo el administrativo en el registro de usuarios.

El auxiliar administrativo cambiará la fase de "evaluación" a "intervención".

#### 1.5.- Plan individualizado de rehabilitación

El plan individualizado de rehabilitación deberá escribirse en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha de la junta de evaluación. Caso de que no sea así, el profesional responsable de su elaboración comunicará al tutor y al coordinador los motivos de la demora.

El auxiliar administrativo rellenará el campo "PIR" del registro de datos con la fecha en que este le sea entregado para mecanografiar.

Este documento se entregará a:

- Al tutor
- Al servicio de salud mental correspondiente en la reunión de coordinación siguiente a su elaboración
- Una copia se guardará en la carpeta de la historia



- El P.I.R. también quedará archivado en soporte informático y se guardará en el ordenador del auxiliar administrativo siguiendo la normativa establecida en el Manual de Protección de Datos de CRPSL, y según los requerimientos técnicos de la base de datos de usuarios. Este documento deberá estar protegido contra lectura y escritura por la contraseña compartida por el auxiliar administrativo y el responsable.

En el anexo 11 se describe el proceso a seguir desde el comienzo de la evaluación, pasando por la junta de evaluación, hasta la formulación escrita del PIR.

El plan individualizado de rehabilitación deberá tener la estructura que se muestra en el anexo 12.

## 1.6.- Intervención

La intervención se estructura en tres vertientes: tutorías, atenciones individuales y la participación en programas y actividades del CRPSL

### 1.6.1. Tutorías.

- El objeto de las tutorías es conocer la adecuación de la intervención a las necesidades del usuario, su implicación en el proceso, acontecimientos relevantes, etc.
- La frecuencia de las tutorías no podrá ser inferior a una mensual para los usuarios en intervención, exceptuando el periodo vacacional de verano. Caso de no cumplirse esta frecuencia, el tutor deberá dar cuenta de las razones en la reunión de equipo, valorándose en ésta la necesidad o no de emprender acciones de "enganche".
- En el caso necesario, el usuario tendrá una tarjeta de citas con la fecha y hora de las siguientes tutorías a realizar.
- Los contenidos más relevantes de cada tutoría se recogerán en las "hojas de tutoría" (ver anexo 8), incluidas en la historia y en las hojas del tutor.
- Si el usuario no acude a la tutoría se le llamará por teléfono al día siguiente para conocer las causas de su ausencia. Si falta de forma injustificada a tres o más

seguidas o su asistencia global a ellas es inferior al 50% se comunicará al servicio de salud mental correspondiente y se discutirá en la reunión de equipo. En las "hojas de tutoría" se consignará la fecha y la ausencia.

- El tutor anotará la frecuencia de tutorías en el "registro de actividades, seguimiento del plan individualizado de rehabilitación" (ver anexo 24).

En el anexo 13 se describe el sistema de tutorías en el CRPSL, las funciones y acciones a desarrollar por el tutor.

### 1.6.2. Atenciones individuales

Las atenciones individualizadas son acciones dirigidas al entrenamiento individual o gestión de recursos que permiten aumentar las habilidades de los usuarios para su integración comunitaria y la mejora de las condiciones de adaptación a su medio. Pueden ser atenciones individuales los entrenamientos o acompañamientos a recursos para la tramitación de gestiones personales y facilitar la inserción, sesiones de enganche y motivación, la planificación de las actividades del fin de semana, supervisión de auto-registros, psicoeducación, apoyo a programas grupales, entrenamiento en gestión económica, solución de problemas, contratos terapéuticos, intervenciones cognitivo-conductuales para manejo de síntomas, entrenamiento para la estructuración de hábitos de vida saludables, entrenamiento familiar para el refuerzo en el manejo de situaciones de la vida cotidiana.

Se realizan por el profesional responsable del área a trabajar y participan otros profesionales, familiares y cualquier otro agente implicado en el proceso de rehabilitación del usuario.

Están dirigidas a usuarios y familias.

Pueden desarrollarse en el CRPSL, en el domicilio y/o en el entorno comunitario.

Este tipo de atenciones responden a objetivos del PIR, donde se detallan las acciones a realizar la metodología y los profesionales implicados (Ver Anexo 14: Hoja de Atenciones Individuales)

El tutor del caso canaliza la necesidad de

Llevar a cabo una atención individual o entrenamiento específico al profesional responsable de la intervención en esa área. Este profesional junto con el tutor rellena la "Hoja de Intervenciones Individuales" donde se especificaran los objetivos, contenidos, profesionales y temporalización para el desarrollo de la intervención.

El seguimiento de los objetivos se hará en las reuniones establecidas a tal fin y los contenidos se registraran en la Hoja de Atenciones Individuales.

### 1.6.3. Participación en los programas o actividades del CRPSL

Una vez decidida la intervención a realizar, el profesional responsable de la confección del PIR junto con el tutor, caso que sea diferente, se coordinará con el resto de los profesionales que llevan a cabo los programas o actividades de las que va a participar el usuario. Esta coordinación se llevará a cabo en el espacio reservado para ello, un día a la semana a una hora establecida (p.e.: los miércoles de 9.00 a 10.00).

El profesional responsable de la confección del PIR, o el tutor del caso, deberá rellenar una "hoja de derivación a actividades" (ver anexo 15) por cada una de ellas en las que incluya al usuario. Esta ficha deberá reflejar los objetivos "operativos y personalizados" que se pretenden alcanzar con la actividad o programa específico.

## 1.7.- Programas

Todos los programas de intervención deberán estar escritos y una copia se archivará en administración y otra en dirección. Todos los programas se archivarán en soporte informático. Los ficheros informáticos estarán archivados en la carpeta "mis documentos", subcarpeta "CRPSLword", subcarpeta "programas". Caso de existir más de un fichero de un mismo programa, se abrirá una subcarpeta para cada uno de los programas. Las hojas de evaluación específicas y otros documentos asociados estarán archivados en las correspondientes subcarpetas.

En las reuniones de equipo se decidirá qué profesionales llevarán a cabo las diferentes actividades o programas de intervención. El procedimiento para llevar a cabo una actividad o programa es:

- Para que un usuario pueda entrar a un programa o actividad determinada, es imprescindible que el profesional que vaya a realizar esa actividad tenga en su poder la "hoja de derivación a actividades" correspondiente.
- En una reunión de equipo establecida un día a la semana (p.e. la reunión de los martes) se consensuará la fecha de inicio y los participantes de dicha actividad.
- La persona que la lleve a cabo debe rellenar el "registro de activad" (ver anexo 16), donde se incluirán los nombres y apellidos de los participantes y la fecha de inicio y fin de cada uno. Esta hoja se le dará al administrativo al comienzo y al fin de la actividad para que introduzca los datos en el registro de datos correspondiente a las actividades. Cualquier entrada o salida de una activad ya iniciada también deberá comunicarse al administrativo para su introducción en la base de datos.
- Además los profesionales que lleven a cabo la actividad deberán rellenar el "registro de asistencia a la actividad" (ver anexo 17) y la "hoja diaria de programa" (ver anexo 18), documento en el que se recogen, para cada sesión, los asistentes a la actividad, los objetivos de la sesión, su metodología y las observaciones que fueran relevantes recoger.

## 1.8.- Seguimiento

El paso de la fase de intervención a la de seguimiento se llevará a cabo cuando:

- 1.El usuario haya alcanzado los objetivos previstos.
- 2.Se valore por parte del equipo que su nivel de funcionamiento es difícilmente susceptible de mejora y el trabajo esté encaminado a asegurar el nivel de funcionamiento actual.
- 3.Los objetivos propuestos no sean de entrenamiento, aumento de la red social o del uso de recursos comunitarios, sino exclusivamente de mantenimiento de la situación actual o de ofrecimiento de un soporte o apoyo social mínimo.

Para su pase a seguimiento se realizarán los

siguientes pasos:

1. Se valorará y decidirá en reunión de equipo este cambio de fase
2. El tutor elaborará un informe con los motivos de dicho cambio
3. Se comunicará, adjuntando informe, a los servicios de salud mental, quien deberá esta de acuerdo con esta decisión
4. Se comunicará posteriormente al auxiliar administrativo, que realizará el cambio en el registro de datos, consignando en el campo "seguimiento" la fecha de la reunión de coordinación con los servicios de salud mental y cambiando el contenido del campo fase de "intervención" a "seguimiento".

Se cumplimentará con todos los casos que pasen a esta fase la ficha "nivel de funcionamiento" (ver anexo 19), en la que se recogerán las medidas "pre" y "post" más relevantes de ese usuario y los criterios indicadores bajo los cuales hay que comunicar al tutor la necesidad de volver a intervenir. Un ejemplo de dicha ficha se encuentra también en el anexo 19. La cumplimentación de esta ficha la hará el tutor correspondiente.

### 1.9.- Alta o baja

La salida definitiva de un usuario del CRPSL deberá consignarse como fase de alta o baja.

- Se considerará "alta" cuando se hayan conseguido los objetivos previstos y el usuario no necesite ya un entrenamiento rehabilitador.
- Un usuario que haya sido dado de alta por cumplimiento de objetivos podrá continuar en la fase de atención en seguimiento, en el caso de que necesite un seguimiento para asegurar el mantenimiento de los objetivos alcanzados.
- Se considerará "baja" en los siguientes supuestos:
  - o Negativa del usuario a continuar la atención en el centro.
  - o Cambio de domicilio que suponga un cambio en la adscripción de centro de

rehabilitación.

- o Fallecimiento.
- o Negativa por parte de la familia a continuar con la atención de su familiar.
- o Derivación a otro recurso que suponga una incompatibilidad de actuaciones. Dentro de este epígrafe se incluye a aquellos usuarios que se deriven al hospital de día, unidad de media estancia y cualquier otro recurso institucional (p.e. cárcel, devolución al servicio de salud mental motivada por falta de adecuación al centro, etc.).

El procedimiento administrativo referente a altas o bajas es el siguiente:

- 1- Se valorará en una reunión de equipo la pertinencia del pase a dichas fases.
- 2- Se comunicará al servicio de salud mental correspondiente, en la reunión de coordinación.
- 3- Si es aceptado por salud mental, se efectuará el cambio de fase.
- 4- La administrativo realizará los cambios oportunos en la base de datos:
  - a) Si es un alta cambiará el campo "FASE" a "alta" y consignará la fecha del campo "ALTA" con el día de la reunión de coordinación con salud mental.
  - b) Si es baja, también se consignará la fecha del campo "BAJA" con el día de la reunión de coordinación con salud mental. En este caso el campo "FASE" se rellenará con la siguiente forma:
    1. "Abandono voluntario-fase" en el caso de abandono voluntario.
    2. "Cambio de domicilio" si esta ha sido la causa.
    3. "Fallecimiento" o "Suicidio" en caso de muerte.
    4. "Abandono decisión familia"
    5. "Derivación otro recurso-recurso"

Los usuarios que no lleguen a acceder al CRPSL por su voluntad de no acudir pero que han sido derivados y aceptados se considerarán de la siguiente manera:

1-Tras como mínimo tres intentos de cita, se comunicará al servicio de salud mental correspondiente dicha situación, decidiendo si se continúa intentando el enganche (en cuyo caso el usuario estará en la fase de atención de "enganche o trabajo previo") o se abandona el intento de recepción del usuario.

2-En este último caso se consignará el campo "FASE" del registro de datos como "sin primer contacto", y el campo "BAJA" con la fecha de la reunión de coordinación con el servicio de salud mental.

3-En la ficha mensual de indicadores del mes corriente, se explicará esta circunstancia, disminuyendo en un usuario la lista de espera que se encuentre activa en ese momento.

18

## 2. OTROS PROCESOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

### 2.1. Uso de recursos

El tutor del caso o el profesional responsable del PIR del usuario, deberá rellenar durante ese proceso el registro de recursos utilizados (ver anexo 20). Este registro se refiere a la utilización tanto de recursos estructurados como el de recursos comunitarios no estructurados. El registro de estos datos lo llevará el auxiliar administrativo.

Todo profesional que tenga conocimiento, del comienzo o finalización de una actividad de las incluidas en este apartado deberá notificarlo en la reunión de equipo y el auxiliar administrativo hará las modificaciones oportunas en la base de datos.

Se entenderán como **recursos estructurados** los que se refieren a las actividades realizadas en el medio comunitario normalizado y requieren del usuario: apuntarse, asistir regularmente, participación e implicación social, como cualquier ciudadano, siendo estos, entre otros los siguientes:

- Recursos de ocio: son todos aquellos que se utilizan durante el tiempo libre y que no tienen una finalidad laboral. Por ejemplo los cursos de los centros cívicos y culturales (pintura, manualidades, fotografía, cocina, etc.), los cursos deportivos, etc. Se deberán consignar los siguientes datos:

o Tipo de actividad

o Lugar donde se realiza

o Fecha de inicio

o Fecha de finalización

o Terminación de la actividad o abandono de la misma

- Recursos educativos: son todos aquellos relacionados con la educación formal, también sin finalidad directamente laboral. Por ejemplo, graduado escolar, estudio de idiomas, etc... Se consignarán los mismos datos que en apartado anterior.

- Recursos de formación laboral: son aquellos utilizados para la posterior inserción laboral (p.e. cursos del IMAF, del INEM, etc...). Se consignarán los mismos datos que en apartado anterior.

- Trabajo: se considerará como tal toda actividad remunerada (excepto las becas de formación que se incluirán en formación laboral), incluido el subempleo. Se consignarán los siguientes datos:

o Tipo de trabajo

o Empresa

o Fecha de inicio

o Fecha de finalización

o Si se ha terminado la actividad laboral o se ha abandonado, qué motivo provocó la finalización y

o Si se ha suscrito un contrato laboral o no

- Otros: se incluirán en este apartado todos aquellos recursos no englobados en los anteriores (p.e. realización de un voluntariado, recursos protegidos de una asociación, etc.). Se recogerán los siguientes datos:





- o Tipo de trabajo
- o Entidad
- o Fecha de comienzo
- o Fecha de terminación
- o Finalización de la actividad o abandono de las misma

El uso de recursos es uno de los indicadores de evaluación presentes en las memorias anuales, por lo que en el mes de enero de cada año deberán recogerse los siguientes datos para cada uno de los tipos de recursos:

- Número de cursos o actividades realizados.
- Número y porcentaje de usuarios que las han llevado a cabo y fases en las que se encuentran.
- Porcentaje de usuarios en cursos y o actividades acabados
- Número y porcentaje de usuarios que han trabajado.
- Número de usuarios con contrato.
- Porcentaje de actividades laborales con contrato.

La responsabilidad de la puesta al día del registro de datos en lo referente a este apartado de "uso de recursos" es del auxiliar administrativo del centro.

Aún así de forma sistemática, en la primera quincena de septiembre y segunda quincena de diciembre se depurará el registro de datos en lo concerniente a los campos referidos a la utilización de recursos. Este proceso de depuración se realizará en el tiempo de reunión de equipo, correspondiéndole alguna de las reuniones establecidas un día de la semana.

#### Recursos no estructurados:

El uso de recursos también se entiendo por la participación activa en el uso de recursos socio-comunitarios no estructurados (sanitarios, comercial, transporte, cultural, de ocio y deporte, servicios de centros oficiales y servicios municipales) que se utilizan sistemáticamente en el día a día. Se recogen los

datos en relación al uso de recursos no estructurados, teniendo en cuenta la puntuación en la escala de "participación en recursos" los criterios a tener en cuenta para la mejora en el desempeño son: la autonomía, la participación activa y la motivación (0 = utiliza recursos de forma activa y autónoma / 4 = no utiliza recursos de ningún tipo)

## 2.2. Ingresos Hospitalarios

En el momento de tener conocimiento del ingreso psiquiátrico de un usuario, se deberá transmitir al resto de profesionales en la siguiente reunión de equipo. El tutor o responsable del PIR del caso rellenará "un registro de ingresos psiquiátricos" (ver anexo 21) de cada uno de sus usuarios para que la información pueda incluirse en la base de datos.

El auxiliar administrativo recogerá esta circunstancia en el registro de datos de la siguiente forma:

- Incrementará en una unidad el campo "nº de ingresos después del 1º contacto"
- Rellenará el campo "Fecha de ingreso" con la fecha respectiva

Una vez producida el alta hospitalaria, se seguirá el mismo procedimiento, rellenando el auxiliar administrativo el resto de los campos relevantes del registro de datos: "fecha de alta", "nº de días ingresado" y "fase en la que se ha producido el ingreso".

El número de ingresos hospitalarios se considerará uno de los indicadores de evaluación, por lo que en la memoria anual se deberá hacer referencia a la estadística de esta variable. Se deberán recoger anualmente:

- Número de ingresos hospitalarios psiquiátricos totales
- Número de usuarios en atención que han ingresado
- Número de ingresos en cada una de las fases de atención
- Porcentaje comparativo de los ingresos psiquiátricos de todos los usuarios que lleven más de dos años antes de la entrada en el centro de rehabilitación y los dos años posteriores.

### 2.3.- Seguimientos semestrales

En los meses de Septiembre y Marzo se deberán realizar los seguimientos semestrales del P.I.R. Dichos seguimientos son informes que se remitirán a los servicios de salud mental correspondientes, archivándose una copia en la carpeta de cada usuario. El auxiliar administrativo deberá mecanografiar y archivar en soporte informático puede guardarse en la carpeta "mis documentos" subcarpeta "CRPSLword", subcarpeta "seguimientos", con el siguiente formato 'seguimiento-nºsemestre-año-nºhistoria-nombre-apellidos', (p.e. 'seguimiento 2-2007 174 juan gonzález pérez'). Este fichero deberá estar protegido contra lectura y escritura por la contraseña conocida por el responsable y el auxiliar administrativo.

El tutor o responsable del seguimiento del PIR del usuario deberá rellenar la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial, que se adjuntará al informe de seguimiento.

El informe de seguimiento seguirá la siguiente estructura (ver anexo 22):

- 1- Filiación: Nombre, apellidos, tutor, fecha, profesional responsable de salud mental.
- 2- Objetivos planteados: se designarán los objetivos a alcanzar en el plan individualizado de rehabilitación o en el anterior informe semestral.
- 3- Actividades realizadas: se comentará el conjunto de actividades puestas en marcha por el centro de rehabilitación para alcanzar los objetivos propuestos.
- 4- Objetivos alcanzados: se recogerán las metas conseguidas y no conseguidas, con las razones que han podido motivar su no consecución.
- 5- Objetivos a alcanzar: se expondrán las líneas de intervención que se plantean para el siguiente periodo y las metas a conseguir.
- 6- Actividades a desarrollar: se consignarán los programas o actividades en los que el usuario va a tomar parte para conseguir los objetivos planteados.

La hoja de valoración del desempeño será entregada al auxiliar administrativo, que elaborará los diagramas de barras.

El auxiliar administrativo sacará el diagrama de barras por áreas de funcionamiento de cada usuario y entregará tres copias: una al tutor, una al responsable y otra para la historia. También guardará el diagrama de barras en un fichero informático, pudiendo hacerlo en la carpeta "mis documentos" subcarpeta "CRPSLexcel", subcarpeta "seguimientos", con el siguiente formato 'nºhistoria-seguimiento-nºsemestre-año-nombre-apellidos', (p.e. '174 seguimiento 2-2003 juan gonzález pérez'). Este fichero deberá estar protegido contra lectura y escritura por la contraseña conocida por el responsable y el auxiliar administrativo.

Si el plan individualizado de rehabilitación tiene menos de 4 meses de vigencia, el seguimiento semestral no se elaborará.

### 2.4.- Evaluación

El desarrollo de la fase evaluación consistirá en la aplicación de una serie de instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación, etc) específicos y globales que sirvan para el diseño del plan individualizado de rehabilitación.

Los instrumentos específicos consistirán en escalas y cuestionarios que traten de objetivar aspectos clínicos y psicosociales. Recogen información sobre sintomatología, funcionamiento cognitivo, autocuidados, habilidades sociales, aspectos familiares, desempeño de roles y medio ambiente del sujeto.

Posibilitan luego el agrupamiento de conductas y síntomas por áreas que posteriormente faciliten una comprensión global del funcionamiento del sujeto, mediante la cumplimentación de la escala de valoración del desempeño psicosocial del usuario -EVDP (anexo 10).

El auxiliar administrativo, sacará el diagrama de barras de cada usuario donde figuran los resultados de la evaluación del desempeño psicosocial y en qué grupo se sitúa en cada área (ver anexo 23). Hará tres copias: una para la historia, una para el tutor y una para el responsable. Se guardará en un fichero informático la carpeta "mis documentos" subcarpeta "CRPSLexcel", subcarpeta "PIR", con el siguiente formato 'PIR-evdp-nºhistoria-nombre-apellidos', (p.e. 'PIR-evdp-134-juan gonzález pérez'). Este fichero deberá estar

protegido contra lectura y escritura por la contraseña conocida por el responsable y el auxiliar administrativo.

## 2.5.- Ficha mensual de indicadores

La ficha mensual es el registro de movimiento asistencial (solicitado por los responsables técnicos del programa de CRPSL) Esta ficha deberá ser revisada por el responsable a mes vencido y debe ser recepcionada por la sede central de FISLEM en un plazo máximo de siete días a partir de la finalización del mes objeto de evaluación.

En el registro de datos del centro deberán existir tablas y consultas necesarias para imprimir mensualmente los siguientes informes:

- Listado de usuarios que han accedido al centro en el mes con los siguientes campos: 'apellidos', 'nombre', 'usm', '1ºcontacto'.
- Listado de usuarios que han salido del centro en el mes con los siguientes campos: 'apellidos', 'nombre', 'usm', '1ºcontacto', 'enganche', 'evaluación', 'intervención', 'seguimiento', 'alta', 'baja'.
- Listado de usuarios derivados al centro en el mes con los siguientes campos: 'apellidos', 'nombre', 'usm', 'derivación', 'Fase'.
- Listado de usuarios en lista de espera, con los siguientes campos: 'apellidos', 'nombre', 'distrito', 'derivación'.

El auxiliar administrativo será responsable de informarse con posterioridad a las reuniones de coordinación con los servicios de salud mental de las posibles derivaciones, salidas o cambios de fase de los usuarios, de cara a la cumplimentación de las modificaciones correspondientes en el registro de datos. También será él / ella quien cite telefónicamente la primeras entrevistas, por lo que será responsable, si estas se producen, de cumplimentar los campos pertinentes del registro de datos: '1ºcontacto' y 'fase', tal y como se indica en el punto 1.2. del presente manual.

También será el auxiliar administrativo el responsable de confirmar que la cifra de usuarios en atención que aparece en la ficha

mensual coincide con la del registro de datos del centro. Caso de que no fuera así se lo comunicará al responsable, quien deberá solucionar el error. Lo incluido en este párrafo deberá realizarse con anterioridad al envío de la ficha mensual de datos a la sede de FISLEM.

## 2.6.- Registro de actividades

Todos los profesionales del centro de rehabilitación deberán entregar al responsable el registro de actividades (ver anexo 24) durante la primera semana del mes siguiente. El responsable junto con el auxiliar administrativo, realizará el recuento mensual para incluir los datos correspondientes en la memoria anual.

Todos los conceptos incluidos en la ficha mensual se refieren a actividades individuales, no incluyéndose en ella las actividades grupales, y todos ellos están desdoblados en dos posibilidades: actuaciones dentro del CRPSL y actuaciones en el exterior. Estos conceptos son:

Tutorías: se refiere a las reuniones individuales con el usuario o con su familia con los objetivos marcados en el punto correspondiente de "tutorías".

- Usuarios: son las reuniones mantenidas entre el tutor del usuario y éste
- Familias: es todo tipo de reunión que se haya mantenido con la familia del usuario.

Atención individualizada: Se refiere a las entrevistas, citas, sesiones entre un profesional del centro y un usuario de forma individual, siempre que el objetivo sea el entrenamiento y apoyo.

- Entrenamiento: este concepto incluye las actividades individualizadas destinadas a capacitar al usuario para ejecutar un rol determinado (p.e. entrenamiento en manejo de transporte, compra en un mercado, establecimiento de relaciones interpersonales, responsabilidad en el cuidado de su salud, etc.)
- Apoyo comunitario: se refiere a la actividad profesional encaminada a facilitar la inserción del usuario en recursos, actividades, etc, relevantes en su contexto y no tanto a prepararle para

desarrollar nuevas habilidades (que se entendería como entrenamiento). Por ejemplo se incluiría aquí el acompañamiento al centro de rehabilitación de aquellos usuarios que no irían por sí solos (pero el intento de que aprenda el camino y lo recorra gradualmente de forma autónoma se incluiría en "entrenamiento" y no en este apartado). Por ejemplo también se incluirían aquí las entrevistas destinadas para ofrecer al usuario los diferentes cursos de los centros cívicos y motivarle para su participación en ellos

- Gestión: se refiere a las entrevistas individuales para realizar alguna gestión administrativa o al acompañamiento debido a este mismo motivo.

**Evaluación:** Son las entrevistas iniciales destinadas a conocer las necesidades y recursos del usuario y de su familia.

- Usuario: cada profesional encargado de la evaluación anota el número de entrevistas mantenidas.
- Familia: lo mismo que en el punto anterior.

**Seguimiento:** son las entrevistas con aquellos que estén en fase de seguimiento, destinados a valorar la consecución de logros adquiridos, el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial o a escuchar las posibles demandas del usuario.

- Personal: cada profesional encargado de la evaluación anota el número de entrevistas mantenidas.
- Telefónico: cada profesional encargado de la evaluación anota el número de entrevistas mantenidas.

## 2.7.- Memorias

Se deberá presentar anualmente una memoria sobre el funcionamiento del CRPSL, con los siguientes contenidos:

- Población atendida y características de la misma.
- Actividades desarrolladas.
- Organización de la atención.

- Procesos de atención.
- Resultados obtenidos.
- Análisis de estándares de calidad.
- Objetivos para el próximo año.

En la elaboración de estas memorias anuales se deberán seguir las directrices que se establezcan desde FISLEM en cuanto a su estructura y al conjunto mínimo de datos que deberá incluir (ver anexo 25).

## 3. PROCESOS RELACIONADOS CON EL EQUIPO Y LOS TRABAJADORES

### 3.1.- Reuniones de equipo

Las reuniones de equipo se llevarán a cabo al menos cuatro días a la semana a la misma hora (p.e. los lunes, martes, jueves y viernes, de 9,00 a 10,00).

Las reuniones tendrán los siguientes contenidos:

- Juntas de evaluación. Se especificará un mismo día para realizar esta reunión. Si no hubiera usuarios nuevos a presentar, la reunión se dedicará a hablar de otros usuarios (p.e. los Lunes).
- Actividades: se especificará un mismo día para realizar esta reunión. Se irá repasando la implicación y participación de los usuarios en las distintas actividades y programas. En este espacio se realizará la devolución al equipo de la valoración de todas las actividades que acaben (p.e. los Martes).
- Programas y docencia interna: se especificará un mismo día para realizar esta reunión. El contenido "programas" se refiere a la revisión de los diferentes programas o actividades y a las posibles acciones para variar su contenido o adecuación. En este día también se llevarán a cabo las reuniones con objetivos específicos y puntuales:
  - o Revisión de memoria del año anterior.

o Preparación de las asambleas.

o Depuración del registro de datos.

El contenido "docencia interna" se refiere a la transmisión de conocimientos entre las diferentes disciplinas que existen en el centro (trabajo social, terapia ocupacional, educación social, etc). Para desarrollar un trabajo más eficaz es necesario que todos los profesionales tengan un conocimiento básico de los principios fundamentales de la rehabilitación psicosocial y las metodologías que faciliten el trato con el usuario y su participación activa en el desarrollo de los objetivos de rehabilitación que tiene programados. Es fundamental también coordinar los conocimientos y acciones de cada disciplina profesional.

Como mínimo esta actividad se desarrollará en el centro una vez al mes (ver anexo 26).

- Reunión de casos: se establecerá un mismo día a la semana para esta reunión. Se tratará de que esté presente todo el equipo (p.e. los Viernes)

Tienen un doble objetivo. Por un lado, establecer y evaluar los objetivos propuestos para el usuario en concreto y poner en común las posibles soluciones a problemas planteados y, por otro lado, el comenzar a valorar los posibles indicadores de éxito o fracaso en la intervención con los usuarios que están dados de alta o baja en el CRPSL

- Reunión de equipo y Funcionamiento del CRPSL: Semanalmente se programará una reunión entre: responsable del Centro, terapeuta, educador, trabajador social, monitores y administrativo.

En dicha reunión se tratarán temas relacionados con la actividad asistencial del Centro y su funcionamiento general: ingresos, altas, pires, revisión de actividades y otras necesidades del Centro. También se evalúan y comunican todos los aspectos necesarios para el buen funcionamiento del equipo

Todas las reuniones tendrán un orden del día establecido por el responsable previamente. Todas ellas tendrán un punto de "varios" en el que se incluirán los temas administrativos, de empresa, asuntos urgentes, etc.

El responsable tendrá un cuaderno donde anotará los asuntos relativos a cada reunión al

estilo de un "cuaderno de actas". Deberá anotar:

- Los asistentes.
- Los temas tratados.
- Los acuerdos alcanzados.

### 3.2.- Petición de días libres, permisos y vacaciones

Las peticiones de licencias, permisos y vacaciones se llevarán a cabo según la normativa general de la entidad que contrate (asociación, ayuntamiento, etc.)

De cara a la organización funcional del CRPSL, el procedimiento para la petición de días libres será:

- 1- El trabajador comunicará al responsable del centro los días libres solicitados
- 2- Se valorará en la reunión de equipo el que otro profesional asuma las actividades del profesional ausente o la posibilidad de no llevarlas a cabo. El trabajador que haya solicitado el día libre debe dejar por escrito la actividad a realizar en los grupos que estén a su cargo.
- 3- Se realizarán la repartición de tareas necesarias entre el resto de profesionales
- 4- Se autorizará por el responsable y la entidad que contrata el o los días libres.

Es recomendable que existan limitaciones en la petición de días libres y vacaciones en algunos momentos del año:

- Los dos primeros días o el último de una actividad o programa.
- Durante el tiempo de las "jornadas de reflexión"
- Los días libres y los períodos vacacionales estarán sujetos a la limitación del personal mínimo que debe haber en el CRPSL. Este personal mínimo constará de tres profesionales entre los que tiene que haber al menos dos de las siguientes categorías: terapeuta, trabajador social, psicólogo y educador.

### 3.3. Supervisiones

El responsable del centro ejercerá las tareas de supervisión de los profesionales. Esta supervisión estará encaminada a apoyar la labor del profesional, valorar las necesidades de formación y facilitar en la medida de lo posible todos los aspectos que favorezcan el mejor desempeño profesional de los trabajadores.

Esta supervisión se efectuará de forma individual y con una periodicidad mínima de una entrevista mensual, cuyos contenidos se reflejarán en un "cuaderno de supervisión", que deberá tener un apartado para cada profesional.

El responsable deberá disponer los viernes del mapa de trabajo de la semana posterior de todos los profesionales y a partir de éste establecer las horas de reunión para las entrevistas de supervisión.

### 3.4. Coordinaciones externas

El CRPSL participará y promoverá coordinaciones con todos los servicios que puedan estar implicados en la atención de los usuarios y resulten necesarios o relevantes para promover su rehabilitación e integración, como mínimo el CRPSL se coordinará con:

- Servicios de salud mental.
- Servicios sociales generales.
- Recursos sociocomunitarios.

En el despacho del responsable y en la sala de reuniones existirá un tablón en el que estará anotado el calendario anual de coordinaciones. Aparecerá:

- El recurso con el que se tiene la coordinación.
- El lugar de la reunión.
- El día.
- La hora.
- La duración.

### 3.5. Formación

El CRPSL deberá asegurar un sistema de formación externa para sus trabajadores de forma anual, en el se recogerán las necesidades de los profesionales en este sentido.

En la memoria anual se deberán registrar todos los cursos realizados en ese año, con el siguiente formato:

- Categoría profesional-nombre del curso-entidad organizadora-fecha

### 3.6.- Incorporación de un nuevo profesional al equipo

En el caso de que se produzca una incorporación de un profesional al CRPSL, el procedimiento a efectuar será el siguiente:

- 1- Se llevará a cabo una primera entrevista con el responsable, quien explicará a grandes rasgos el funcionamiento del centro, la estructura de la que participa y las funciones básicas de su puesto de trabajo
- 2- Le mostrará las instalaciones del centro y le presentará al resto de los profesionales
- 3- Le dará los siguientes materiales para su lectura:
  - a. Proyecto de gestión del centro.
  - b. Memoria del último año.
  - c. Manual de procedimientos.
  - d. Programas del CRPSL relevantes para su función.
  - e. Bibliografía (por ejemplo, "Rehabilitación Psicosocial de Personas con trastornos mentales crónicos"; "La Esquizofrenia"; "Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico")
  - f. El material de FISLEM donde se describen los diferentes recursos que componen el programa de rehabilitación psicosocial a personas con enfermedad mental grave.

- 4- Las siguientes reuniones de equipo se utilizarán para la puesta al día del nuevo profesional
- 5- Las supervisiones al nuevo profesional deberán tener una frecuencia semanal al menos durante los dos primeros meses de su incorporación.

aquellos profesionales que necesiten acceder a la información contenida en ellos.

- Realizar con una periodicidad mínima de una vez a la semana la copia de seguridad de los archivos informatizados que contengan datos de carácter personal

## 4.- OTROS PROCESOS

### 4.1.- Protección de datos

La Fundación FISLEM ha editado con fecha enero de 2007, la primera revisión del Documento de Seguridad, en materia de Protección de Datos.

A rasgos generales y como medida básica para la protección de los datos de carácter personal se deberá:

- Mantener cerrado con llave el archivador de las historias siempre que el administrativo no se encuentre en su despacho
- Mantener cerrado con llave los despachos de los profesionales en los que se encuentren historias o datos confidenciales siempre que se encuentren desocupados.
- Todos los profesionales tendrán una clave personal para acceder a los ordenadores, y ellos serán los responsables de la confidencialidad de la misma.
- Cuando no haya ningún profesional en un despacho, el ordenador deberá estar apagado o bloqueado de manera que solamente se pueda acceder al equipo informático introduciendo la contraseña personal.
- Antes de abandonar el puesto de trabajo, habrá de comprobarse que los equipos informáticos se han desconectado.
- Todos los informes, ficheros sensibles o bases de datos de todos los ordenadores deberán tener contraseña de lectura como mínimo. Estas contraseñas deberán ser conocidas por el responsable y

### 4.2.- Expediente individual

Cada usuario que sea atendido en el CRPSL contará con expediente individual que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación.

El CRPSL preparará adecuadamente estos expedientes que estarán guardados en un lugar seguro que tenga posibilidad de ser cerrado con llave.

Tendrán copia de la llave del archivo el responsable y el administrativo.

En cada expediente individual habrá como mínimo la siguiente documentación:

- Informe de derivación
- Informes psiquiátricos
- Protocolo de evaluación del usuario
- Protocolo de evaluación de la familia
- Plan individualizado de rehabilitación
- Hojas de seguimiento de tutorías

### 4.3.- Propiedad de los materiales técnicos

Las guías de evaluación y los programas de entrenamiento, los vídeos que se realicen sobre los diferentes aspectos del proceso de atención, rehabilitación y apoyo de los usuarios y demás fichas, materiales o documentos producidos en el CRPSL serán propiedad de FISLEM y deberán estar a disposición de la misma.

#### 4.4.- Indicación de titularidad de la documentación

Todos los informes, memorias, documentos de trabajo que se produzcan en el CRPSL deberán editarse en el papel que FISLEM establezca en el que indicará la titularidad pública del centro y su dependencia de la Fundación Socio-Sanitaria para la integración socio-laboral del enfermo mental de Castilla-La Mancha, así mismo se indicará la entidad encargada de la gestión del centro.

De otra parte, cuando los equipos de estos centros elaboren alguna publicación como artículos en revistas científicas, o participen en ponencias o comunicaciones en seminarios, congresos o jornadas en los que se traten temas relacionados con el CRPSL o con las actividades de atención, rehabilitación y apoyo social desarrolladas en ellos habrá de solicitarse la oportuna autorización de FISLEM y entonces deberá indicarse con total claridad la dependencia, titularidad y responsabilidad de este centro por parte de FISLEM.

actividades psicoeducación y apoyo a familias y organización del proceso de seguimiento y soporte comunitario.

- Organización y distribución de las funciones y tareas de cada equipo y su coordinación.
- Especificación de la plantilla de personal del centro: nº de categorías, cualificación y jornada. En todo caso la entidad deberá siempre respetar la plantilla mínima establecida en FISLEM.
- Evaluación del recurso.
- Mantenimiento del centro y sus instalaciones.
- Especificación de las propuestas en relación a servicios complementarios, mejoras técnicas y medios que faciliten la adaptación a su contexto.

#### 4.6.- Horario

El funcionamiento del CRPSL será de lunes a viernes, excepto los festivos, en jornada partida, con un **horario de atención a usuarios de 9 a 18.**

El horario del personal garantizará el funcionamiento efectivo del centro durante todo su horario (salvo el tiempo para la comida), por tanto el centro deberá desarrollar sus actividades de rehabilitación y apoyo comunitario no sólo por las mañanas sino también por las tardes que constituyen un momento esencial para el trabajo de psicoeducación apoyo a familias, así como el desarrollo de actividades, tanto dentro como fuera del centro, como las de apoyo al ocio, integración en recursos sociocomunitarios, potenciación de redes sociales, o cualesquiera otras que resulten relevantes al proceso de rehabilitación e integración social y laboral de los usuarios, en especial de aquellos con mayores dificultades de funcionamiento.

Los usuarios accederán al centro bien por la mañana, bien por la tarde o en jornada completa cada día o en días alternativos según sus necesidades específicas.

#### 4.5.- Manual de gestión técnica del centro

Todas las entidades que gestionan CRPSL deben contar con un manual o guía sobre la gestión técnica del centro de rehabilitación psicosocial y laboral.

Este manual es una adaptación del documento de diseño de CRPSL de FISLEM, en el que se desarrollan y elaboran cuantos datos se estimen necesarios por parte de la entidad correspondiente para ofrecer una mayor adecuación a su realidad concreta y asegurar la mayor calidad posible. La guía o manual incluye al menos, los siguientes elementos:

- Modelo de intervención en el CRPSL.
- Formas de acceso al recurso.
- Perfil de usuarios.
- Programación y desarrollo del proceso de atención específico en el centro.
- Especificación de la organización interna del proceso de rehabilitación psicosocial y laboral y apoyo comunitario. Organización de las actividades de apoyo y soporte social. Organización de las





## PRESENTACIÓN

Para poder dar respuesta al conjunto de necesidades individuales de cada usuario, el trabajo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), se desarrolla basándose en el empleo de procedimientos, técnicas y estrategias de evaluación e intervención especializadas, que reúnen cierta evidencia respecto a su calidad y utilidad en la práctica diaria en rehabilitación.

Cuando un usuario entra en el CRPSL, se realiza una evaluación funcional, global y multifactorial que permitirá formular hipótesis y confeccionar un plan individualizado de intervención guiado por objetivos. Durante la ejecución del plan de rehabilitación, el empleo de herramientas específicas y la evaluación será también una actividad esencial para monitorizar los progresos, introducir medidas de mejora y valorar los resultados finales de rehabilitación que orienten sobre el momento del alta del paciente.

Cada profesional encargado, obtiene la información necesaria para llevar a cabo la intervención, a través de varias fuentes: los datos facilitados por otros profesionales a través de informes o protocolos de derivación; la información proporcionada directamente por los pacientes a través de las entrevistas y otros instrumentos de evaluación; la facilitada por los familiares y amigos; o la obtenida a través de la observación al propio paciente en el centro o en el medio donde reside. Para ello, se utilizan distintos materiales: entrevistas, escalas, autorregistros, informes, fichas, etc., que sirven para examinar la situación del usuario y su ambiente, el ritmo que sigue, los avances logrados, etc.

Los instrumentos recogidos en los anexos, están siendo utilizados en la actualidad por los CRPSL, cada uno de ellos, incide sobre diferentes áreas relacionadas con aspectos clínicos y psicosociales y recogen información sobre sintomatología, funcionamiento social, actividades de la vida diaria, aspectos familiares, vulnerabilidad, capacidades conservadas, etc. Se incluyen instrumentos y guías que facilitan la coordinación y transmisión de información con otros servicios implicados en la atención al usuario, con el objetivo de aportar e integrar la información relevante que compartimos de cada usuario entre los profesionales. Así mismo, aparecen los procedimientos relacionados con la atención en el centro tales como el sistema de tutorías, procedimiento de evaluación y diseño de planes individualizados de rehabilitación o recogida de datos sobre los resultados de la rehabilitación.

29

Esta recopilación, pretende facilitar el trabajo diario de los profesionales del CRPSL, sin deseos de exhaustividad (se han excluido instrumentos específicos de evaluación de Psicopatología general, instrumentos específicos utilizados para evaluar la eficacia de programas concretos, y de cuadros menos frecuentes en la práctica diaria del CRPSL), ofrece una guía de los materiales y procedimientos más utilizados en el proceso de rehabilitación psicosocial de un usuario.

Cada anexo guarda relación con el “Manual de procedimientos del CRPSL” de FISLEM, pues en cada proceso relacionado con la atención se especifica el tipo de material que debe ser utilizado. Sirve pues como un complemento a este documento diseñado para su aplicación en todos y cada uno de los CRPSL de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Por último, esta recopilación ha de entenderse como una herramienta práctica y su uso está limitado a la realidad y funciones concretas de cada centro de rehabilitación. Cada CRPSL contará con una guía propia y adaptada de instrumentos de evaluación e intervención en el centro.

**Olga Carrasco Ramírez**  
Coordinadora del Programa  
de Centros Rehabilitación Psicosocial y Laboral

## INDICE

<b>ANEXO 1:</b>	Informe de derivación .....	33
<b>ANEXO 2:</b>	Registro de datos iniciales .....	37
<b>ANEXO 3:</b>	Hoja de evaluación acogida .....	39
<b>ANEXO 4:</b>	Protocolo de evaluación usuario .....	43
<b>ANEXO 5:</b>	Protocolo de evaluación familia .....	123
<b>ANEXO 6:</b>	Resumen de la evaluación funcional .....	137
<b>ANEXO 7:</b>	Escala de satisfacción .....	141
<b>ANEXO 8:</b>	Hoja de tutorías .....	145
<b>ANEXO 9:</b>	Historia personal .....	147
<b>ANEXO 10:</b>	Evaluación del desempeño psicosocial. Hoja de respuestas .....	153
<b>ANEXO 11:</b>	Proceso de evaluación y diseño de PIR .....	155
<b>ANEXO 12:</b>	Plan individualizado de rehabilitación .....	163
<b>ANEXO 13:</b>	Sistema de tutorías. Definición, organización y acciones .....	171
<b>ANEXO 14:</b>	Hoja de atenciones individualizadas .....	177
<b>ANEXO 15:</b>	Hoja de derivación a actividades .....	179
<b>ANEXO 16:</b>	Registro de actividad .....	181
<b>ANEXO 17:</b>	Registro de asistencia a la actividad .....	183
<b>ANEXO 18:</b>	Hoja diario de programa .....	185
<b>ANEXO 19:</b>	Nivel de funcionamiento .....	187
<b>ANEXO 20:</b>	Registro de recursos utilizados .....	189
<b>ANEXO 21:</b>	Registro de ingresos hospitalarios .....	191
<b>ANEXO 22:</b>	Informe de seguimiento del PIR .....	193
<b>ANEXO 23:</b>	Diagrama de barras de valoración del desempeño psicosocial .....	195
<b>ANEXO 24:</b>	Registro de actividades .....	197
<b>ANEXO 25:</b>	Esquema de memoria anual .....	199
<b>ANEXO 26:</b>	Programa de formación interna continuada .....	203
<b>ANEXO 27:</b>	Referencias documentales .....	205
<b>ANEXO 28:</b>	Ley 41/2003 Reguladora de pacientes, información y documentación clínica .....	207
<b>ANEXO 29:</b>	.....	215

## INFORME DE DERIVACIÓN A CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

Fecha: ..... CRPSL: .....

### 1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos	: .....		
Domicilio	: .....		
D.N.I.	: .....		
Teléfono	: .....		
Estado Civil	: .....		
Fecha de Nacimiento:	.....	Edad:	.....
Nombre de las personas con las que convive: (Parentesco)	.....		
Antecedentes familiares:	.....		
Grado de minusvalía (si certificado)	.....		
Situación legal:			
Incapacidad:	SI	NO	En trámite
Tutor:	.....		

### 2.-PROFESIONALES DE REFERENCIA

Psiquiatra:	.....
Psicólogo clínico:	.....
Trabajador Social:	.....
DUE:	.....
USM:	.....
Teléfono:	.....

### 3.-ASPECTOS CLÍNICOS

Fecha de comienzo de la enf. mental:	.....	Edad del pac.:	.....
Primeros síntomas:	.....		
Fecha de primera consulta USM:	.....		
Diagnóstico:	1 .....	Fecha	.....
	2 .....	Fecha	.....
	3 .....	Fecha	.....
	4 .....	Fecha	.....

### 4.-PERFIL PSICOPATOLÓGICO

<b>SÍNTOMAS +</b>	
<b>SÍNTOMAS-</b>	
<b>Evolución de los síntomas en el tiempo</b>	
<b>Otros síntomas (ansiedad, depres, control impulsos, adicciones, etc.)</b>	

**5.- HISTORIA DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS**

INGRESO	Lugar	Causa
1er ingreso		
Último ingreso		
Otros ingresos relevantes		

**6.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Fecha	Fármacos	Dosis	Efectos secundarios

- Autonomía en la toma:                      SI                      NO
- Adherencia a la medicación:            SI                      NO

**7.-EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS**

<p>Enfermedades físicas añadidas</p> <p>Tóxicos</p> <p>Riesgo de suicidio</p> <p>Conductas disruptivas, agresivas u hostiles</p>	
--	--

**8.- OBJETIVOS PROPUESTOS DESDE LA USM**

ÁREA AUTOCUIDADOS (auto-cuidados básicos y hábitos de salud)

ÁREA AUTOCONTROL (habilidades sociales, manejo de estrés, control de impulsos, agresividad, mejora del estado de ánimo, mejora de la autoestima)

ÁREA DE DESEMPEÑO SOCIAL Y VIVIENDA (manejo social, integración en recursos comunitarios, trámites burocráticos, autonomía doméstica, autonomía económica).

ÁREA TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (responsabilidad en las tomas, manejo de efectos secundarios, adherencia al tratamiento, reconocer y prevenir recaídas, supervisión de las citas de la USM)

REHABILITACIÓN LABORAL (capacidad, motivación, orientación laboral, contacto con recursos formativos y laborales)

OCIO Y TIEMPO LIBRE (ocupación del tiempo, aficiones, intereses, motivación e iniciativa)

FAMILIA (información sobre el trastorno, factores de riesgo, clima hostil, búsqueda de alternativas residenciales, comunicación, manejo de problemas de convivencia)

OTROS

**Firmado:**

\* Adjuntar si se tienen fotocopia de informes clínicos y/o sociales.

***(Añadir al informe de derivación la siguiente información)***

**INFORMACION PSICOLOGICA**

Evaluaciones realizadas

Tratamientos realizados (técnicas, duración y resultados)

Déficit cognitivos

Habilidades deficitarias y conductas problema

Habilidades de la vida diaria (autonomía social, gestiones, autocuidados, etc)

Autocontrol (manejo de emociones negativas)



## **INFORMACION SOCIAL**

Situación familiar (convivencia, composición de la familia, relaciones familiares, actitudes hacia al enfermedad y el tratamiento)

Situación económica (nivel de ingresos, situación económica familiar)

Situación laboral (historia laboral, dificultades en trabajos anteriores, motivación y expectativas actuales).



## **REGISTRO DE DATOS INICIALES**

### **IDENTIFICACIÓN**

- Nombre y apellidos:
- N° Historia:
- Fecha de derivación:
- Domicilio y teléfono:
- Población:
- Edad:                      Sexo:                      E.civil:
- Convivencia:
- Nombre de los familiares:
- Teléfono de los familiares:
- DNI:(adjuntar fotocopia)

### **DATOS INICIALES**

- Diagnóstico:
- USM:
- Psiquiatra:
- Tutor en la USM:
- Teléfono de USM:
- Fecha de comienzo en el CRPSL:
- Presenta informes psiquiátricos: SI    NO
- Otros datos relevantes:



## HOJA DE EVALUACIÓN ACOGIDA

Nombre: \_\_\_\_\_ N°Historia: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA:**            SI        NO  
**PUNTUALIDAD:**        SI        NO  
                              (menos de 10 min.)    (más de 10 min.)

### **COMPONENTES NO VERBALES.**

#### **1. EXPRESIÓN FACIAL:**

- 1- Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
- 2- Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
- 3- Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
- 4- Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
- 5- Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

#### **2. MIRADA:**

- 1- Mira muy poco. Impresión negativa.  
Mira continuamente. Muy desagradable.
- 2- Mira poco. Impresión algo negativa.  
Mira en exceso. Desagradable.
- 3- Frecuencia y patrón de mirada normales.
- 4- Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
- 5- Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

#### **3. SONRISAS:**

- 1- Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa.  
Sonrisas continuas. Muy desagradable.
- 2- Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable.  
Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
- 3- Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
- 4- Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.
- 5- Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

#### **4. POSTURA:**

- 1- Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
- 2 Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
- 3- Postura normal. No produce impresión de rechazo.
- 4- Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
- 5- Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

#### **5. ORIENTACIÓN:**

- 1- Orientación completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
- 2- Orientación parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
- 3- Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
- 4- Buena orientación. Impresión agradable.
- 5- Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

#### **6. DISTANCIA/CONTACTO FÍSICO.**

- 1- Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total.  
Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.



- 2- Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.  
Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
- 3- Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
- 4- Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
- 5- Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

**7. GESTOS:**

- 1- No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
- 2- Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
- 3- Frecuencia y patrón de gestos normales.
- 4- Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
- 5- Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

**8. APARIENCIA PERSONAL:**

- 1- Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
- 2- Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
- 3- Apariencia normal.
- 4- Buena apariencia. Agradable y atractiva.
- 5- Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

**9. OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS:**

- 1- No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
- 2- Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
- 3- Reforzamiento normal.
- 4- Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
- 5- Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

**10. NIVEL DE RELAJACIÓN**

0      1      2      3      4      5

**11.- NIVEL DE ATENCIÓN**

0      1      2      3      4      5

**COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS:**

**12. VOLUMEN DE LA VOZ:**

- 1- No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa.  
Volumen extremadamente alto ( Casi llega al grito ). Muy desagradable.
- 2- Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa.  
Volumen demasiado alto. Desagradable.
- 3- Voz normal, pasable.
- 4- Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
- 5- Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

**13. ENTONACIÓN:**

- 1- Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
- 2- Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
- 3- Entonación normal, pasable.
- 4- Buena entonación, voz interesante, viva. Gradable.
- 5- Muy buena entonación, Muy animada y expresiva, muy agradable.

**14. TIMBRE:**

- 1- Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativo.
- 2- Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.







## **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO**

El documento que a continuación se presenta, pretende ser una guía, **y sólo una guía**, para la evaluación funcional de las personas que acuden al CRPSL.

Entendemos la evaluación como un proceso continuo y flexible. Por ello, se adecuará en todo momento a las características personales y sociales del sujeto objeto de la evaluación.

Esta guía pretende recoger todas las áreas del funcionamiento humano y, concretamente, los aspectos más relevantes de la población con la que trabajamos. Sin embargo, es una evaluación global, un primer nivel de análisis que nos informa de posibles áreas problemáticas para la intervención. Será necesario en muchos sujetos evaluar de un modo más específico determinadas áreas que serán objeto de entrenamiento en el centro.

No hará falta evaluar todas las áreas con todos los usuarios, pues dependerá de la fase de recuperación en la que se encuentre. Habrá que incluir también en otros casos guías específicas para evaluar aspectos concretos de ajuste prelaboral, orientación vocacional u otros.

La evaluación se realiza de forma multidisciplinar por el psicólogo, el trabajador social, el terapeuta ocupacional y las observaciones de los monitores de taller o educadores. Dicha evaluación es guiada por el psicólogo.

Entendemos, que la base de la intervención es una buena evaluación y por eso debe disponer de todos los medios e instrumentos para recabar la información que permita establecer el plan de rehabilitación.

Pero no se trata de agotar al usuario con una serie interminable de pruebas conductuales, entrevistas, autoinformes o con la aplicación de instrumentos estandarizados. Estos instrumentos, que se incluyen en la guía, servirán únicamente como apoyo o complemento para la evaluación y, por tanto, no se aplicarán indiscriminadamente a cada uno de los usuarios.

A continuación presentamos una guía de evaluación de cada uno de los profesionales del CRPSL.



## **CRPSL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN USUARIO GUÍA DE EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO**

### **EVALUACIÓN DE USUARIOS**

NOMBRE USUARIO :  
Nº HISTORIA :





## PROTOCOLO DE EVALUACION

- 1.- *Entrevista*
- 2.- *EVDP- (Desempeño psicosocial)*
- 3.- *SANS - (Evaluación síntomas positivos)*
- 4.- *SAPS - (Evaluación síntomas negativos)*
- 5.- *WAIS - (Evaluación aspectos cognitivos)*
- 6.- *Escala de calidad de vida*
- 7.- *STAI (Evaluación niveles de ansiedad)*
- 8.- *BECK (Evaluación de estado depresivo)*
- 9.- *UKU - (Evaluación de efectos secundarios)*
- 10.- *Satisfacción*



## **I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1.- Nombre:

2.- Fecha :

3.- Nº Historia:

4.- Evaluador :

5.- Psicólogo responsable:

6.- Tutor:

7.- USM:

8.- Terapeuta responsable:

9.- Edad:                      Fecha Nacimiento ( / / )

10.- Sexo:

11.- Estado Civil:

12.- Residencia:

13.- Teléfono:

14.- Nombre de familiares:

15.- Diagnóstico :

16.- Objetivos en la derivación:





**II.- SINTOMATOLOGÍA ACTUAL** (Utilizar informe de derivación, informes y entrevista)

SANS, SAPS, UKU

- 1.- Exploración clínica. Sintomatología actual.
  
- 2.- Sintomatología somática. Enfermedades físicas añadidas
  
- 3.- Tratamiento farmacológico actual.
  
- 4.- Posibles efectos secundarios.

**III.- CURSO DE LA ENFERMEDAD**

(Rellenar con todas las informaciones disponibles, entrevistas al paciente, a la familia e informes clínicos)

**III.1.- Historia de la enfermedad.**

Sintomatología a lo largo del tiempo.

Diagnósticos psiquiátricos (fechas)

Datos de la 1º crisis. Circunstancias del comienzo de la enfermedad.

Años de evolución

Ingresos. Crisis sucesivas. Datos de los ingresos: fecha, número, lugar, causa y duración

Posibles factores precipitantes de las crisis

Períodos en los que se ha encontrado mejor y peor (mejorías, recaídas): épocas del año, lugares, personas, acontecimientos vitales, actividades que desarrollaba, etc



## **IV. ENFERMEDAD MENTAL Y TRATAMIENTO**

### **1.- Conciencia de enfermedad**

¿Se considera enfermo?

¿Por qué?

¿Desde cuándo? ¿Conoce su diagnóstico?

¿Sabe cuáles son las características de la enfermedad (de ese diagnóstico)?

¿Qué consecuencias cree el paciente que ha tenido para él la enfermedad?

¿Crees que se puede mejorar?, ¿cómo?

¿Crees que tú puedes hacer algo para mejorarlo?

¿Sabe cuándo va a tener una crisis?

¿En qué lo nota?

¿Por qué empeora?

¿Considera necesaria la medicación?

### **2.- Cumplimiento del tratamiento y la medicación**

¿Sabe qué medicación y dosis toma?

¿Sabe para lo que sirve?

¿Sabe qué efectos secundarios tiene?

¿Se preocupa el mismo de tomarla?

### **3.- Responsabilidad ante el tratamiento**

¿Acude a consulta cuando esta citado?

¿Falla a las citas con su psiquiatra?

¿Está pendiente de la medicación que toma, de cuando le toca ponerse la inyección, etc?

¿Se encarga de pedir cita y de estar pendiente de cuando ir al psiquiatra?

¿Se acuerda de las cosas que le van pasando para contárselas al psiquiatra?

¿Va solo al psiquiatra?

¿Qué piensa sobre el tratamiento?

## **V.- HISTORIA BIOGRÁFICA**

**(Rellenar con todas las informaciones disponibles, entrevista al usuario, a la familia e informes médicos o sociales, para expresar la opinión del paciente reseñar con comillas)**

*Embarazo y parto.*

*Infancia y Desarrollo.*

*Enfermedades, colegio (cambios, relaciones, actividades, rendimiento académico). Amigos (número, actividades, etc.). Familia (relaciones, rigidez, crítica, castigos, normas, etc.)*

*Adolescencia-juventud.*

*Amigos/as, sexo, estudios, trabajos, tiempo libre, servicios militar, relaciones familiares*

*Madurez.*

*Matrimonio, hijos, trabajo, ocio*

*Justicia. Tutelas, Incapacidad, Religión, política*

*Sucesos vitales relevantes a lo largo de su vida*

## **VI.- NIVEL PREMÓRBIDO**

## **VII.- HISTORIA FAMILIAR**

**(Rellenar con todas las informaciones disponibles, entrevista al usuario, a la familia e informes médicos o sociales, para expresar la opinión del paciente reseñar con comillas)**

*Cuestionarios de Necesidades de la familia y Carga familiar*

### **1.- Composición del grupo familiar. (GENOGRAMA)**

**2.- Área relacional. Relaciones a lo largo de su vida (rigidez, tolerancia, implicación. Castigos, confianza, percepción de apoyo, autonomía dada, etc.)**

*- Relaciones actuales entre ellos (ambiente favorecedor o estresante).*

*- Emoción expresada. Ejemplos: crítica y hostilidad.*

*- Personajes familiares de confianza. Si tiene un problema a quién se lo cuenta?*

*- ¿Qué es lo que más le gusta de su familia? (SOLO PACIENTE)*

*- ¿Y lo que menos? (SOLO PACIENTE)*

### **3.- Enfermedad**

**\* Nivel de conocimiento de la familia sobre la enfermedad**

**\* Opinión de la familia sobre la enfermedad y el tratamiento (terapéutico y farmacológico).**

### **4.- Expectativas**

*- ¿Qué esperan la familia de él?*



**5.- Área de soporte**

**\* tipo y características de la residencia**

**\* recursos económicos de la familia**

**\* actividades del paciente en la familia a lo largo del día**

**\* red social de la familia (contacto con familiares, amigos y recursos sociales)**

**6.- Necesidades percibidas por la familia**



## **VIII.- ASPIRACIONES Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE**

### **Cuestionarios de Bienestar Global y Necesidades del paciente**

- 1.- **Que espera el paciente del futuro**
  
- 2.- **Donde le gustaría vivir, con quien**
  
- 3.- **Que ocupación le gustaría tener y si piensa que podrá llevarla a cabo**
  
- 4.- **Que vida social le gustaría tener**
  
- 5.- **Que le gustaría hacer en su tiempo libre**
  
- 6.- **Que le gustaría que pasara**
  
- 7.- **Algo que piense que necesita**



## EVALUACIÓN POR ÁREAS



## I. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

**(Rellenar con todas las informaciones disponibles, entrevista al usuario, a la familia e informes médicos o sociales, para expresar la opinión del paciente reseñar con comillas)**

### 1.- AUTOCUIDADOS

1.1.- **Higiene y aseo personal** (Frecuencia de baño o ducha y de lavado de dientes, aspecto aseado o sucio (pelo, barba, ropa, uñas, manos, etc.)

1.2.- **Vestido** (Ropa limpia y en buenas condiciones, frecuencia de cambio de ropa, presencia, vestimenta extrañas o inadecuadas)

1.3.- **Alimentación.** (Horario, dieta, ritmo, problemas en la ingesta)

### 2.- HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

2.1.- **Hábitos saludables** (Salud: Enfermedades habituales, capacidad de reconocer malestar físico y poner remedio, consumo de otras sustancias perjudiciales: tabaco, cafe, refrescos, etc)

2.2.- **Sueño** (Horario, ritmo, alteraciones del sueño)

2.3.- **Consumo de drogas y alcohol**

### 3.- AUTONOMÍA BÁSICA

3.1.- **Administración y manejo de dinero**

1.- ¿Tiene ingresos propios?	2.- ¿De donde proceden?
3.- ¿Cuanto gana o le dan?	
4.- ¿Tiene algún problema con el dinero?	5.- ¿Se administra él solo? ¿cómo?
6.- ¿Cuánto gasta a la semana?	Pedir que haga una plan de gasto semanal
7.- ¿Tiene idea de cuánto vale un Café?	
8.- ¿Y el tabaco?	9.- ¿Y el pan? 10.- ¿Y la leche?
11.- ¿Tiene cartilla a su nombre?	12.- ¿Utiliza el banco?
13.- ¿Sabe sacar dinero, pedir saldo, meter dinero?	
14.- ¿Sabe usar la tarjeta si la tiene?	



### 3.2.- Uso de Transportes

1.- ¿Sabe acudir solo al Centro?	2.- ¿Utiliza transporte público?
3.- ¿Sabe orientarse en el transporte público?	
4.- ¿Tiene carnet de conducir?	5.- ¿Tiene coche?

### Habilidades domésticas

### 3.3.- Cooperación y desempeño de tareas

1.- ¿Qué hace en casa, de qué se ocupa?	
2.- ¿Sabe utilizar los electrodomésticos que hay en casa?	¿Cuáles?
3.- ¿Limpia su propia habitación?	4.- ¿Y el resto de la casa?
5.- ¿Ordena su propia habitación?	6.- ¿Y el resto de la casa?
7.- ¿Hace su cama?	8.- ¿Es capaz de hacerse su comida?
9.- ¿Hace recados?	
10.- ¿Qué cree él que es necesario hacer en casa?	
11.- ¿Y su familia?	

## 4.- HABILIDADES EDUCACIONALES

(Conocimientos básicos educativos para desenvolverse en la vida cotidiana, lectura, escritura, cálculo)

A) Habilidades de lectoescritura
1.- ¿Sabe leer? (Si hay duda, que lea un pequeño texto, unas 4 líneas)
Valorar: - Velocidad lectora. - Comprensión del texto.
2.- ¿Sabe escribir? (Si hay duda, dictar el siguiente texto)
<b>"Los toros en Madrid se han convertido sin ningún disimulo en un fenómeno social. La plaza de las Ventas es en Mayo un lugar de cita obligada para aficionados nuevos y viejos."</b>
* Habilidades numéricas
1.- ¿Sabe sumar? (12+9=?)
2.- ¿Sabe restar? (15-7=?)
3.- ¿Sabe multiplicar? (9x8=?)
4.- ¿Sabe dividir? (81:9=?)
* Conocimientos socioculturales:
1.- ¿Suele leer el periódico o la radio?
2.- ¿Ve habitualmente programas culturales o noticias en la televisión?

- 3.-¿Cuál es el nombre del Presidente del Gobierno de España?.
- 4.-¿Cómo se llama el Alcalde de ?
- 5.-¿Qué acontecimiento reciente te ha llamado la atención?
- 6.-¿Nombrar 3 deportistas actuales famosos.
- 7.- ¿Nombrar 3 películas famosas.
- 8.- ¿Nombrar 3 programas de T.V actuales.
- 9.- ¿Nombrar 3 personajes de T.V actuales.

\* Cultura General (Valorar con ítem de Información de WAISS o a través de la propia entrevista)

\* Nivel Educativo

- 1.- Último curso realizado
- 2.- ¿Como se le daban los estudio, suspendía o aprobaba?
- 3.- ¿Porque dejo los estudios si los dejo?
- 4.- ¿Ha hecho algún otra formación posterior?

## 5.- **AUTONOMÍA SOCIAL**

### 5.1.- **Capacidad de Gestiones**

- 1.- ¿Suele tramitar él sus propios papeles o le suele acompañar alguien?
- 2.- ¿Se compra él su propia ropa?
- 3.- ¿Es capaz de hacer gestiones para otros miembros de su familia si es necesario?
- 4.- ¿Sabe su teléfono?
- 5.- ¿Sabe el teléfono de información?
- 6.- ¿Sabe el teléfono de los familiares mas cercanos?
- 7.- ¿Acude a centros oficiales para realizar las gestiones que necesite?



## II. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

### 1.- **Elementos Cognitivos Básicos** (Orientación, concentración, atención y memoria)

Escala minimal, WAISS

#### **a) Orientación espacio-temporal:**

- ¿Te cuesta orientarte en el tiempo: el día en el que estás, el tiempo que ha pasado desde un acontecimiento, etc.?
- ¿Cuál es la fecha de hoy?
- ¿En qué estación del año estamos?
- ¿Cuánto falta para el año 2010?
- ¿Cuánto falta para la próxima Navidad?
- ¿Te resulta difícil orientarte en el espacio: saber dónde están las cosas, cómo ir a algún sitio, etc.?
- Dibuja un plano del Centro, sitúa dónde estamos y señala el recorrido de cómo llegarías a él desde la entrada (pedirle que describa los espacios u objetos que se va encontrando a derecha, izquierda, delante y detrás con respecto a él)

#### **b) Percepción:**

- Te resulta difícil captar o percibir lo que te rodea, visual o auditivamente?
- Fíjate en esta habitación y descríbeme con el mayor detalle posible todo lo que ves y oyes (incidir en que preste atención a la forma, el color, el número, la textura, el movimiento, el tamaño, el tipo de sonido, el volumen, el contenido, etc.).

**c) Atención:**

- ¿Te sueles enterar del contenido de las películas, programas de radio, libros, etc.? (si presenta alucinaciones explorar si éstas interfieren en la capacidad para atender a las cosas)
- *Atención Sostenida:* ¿Sueles ver películas, documentales, etc. o escuchar programas de radio hasta el final?
- *Atención Selectiva:* ¿Te resulta difícil captar la idea principal de las cosas?, ¿te confunden los detalles?, ¿distingues la idea principal de las secundarias?
- *Atención Alternante:* ¿Te resulta difícil cambiar la atención de una cosa a otra?
- *Atención Dividida:* ¿Te resulta difícil prestar atención a varias cosas a la vez?

**d) Memoria:**

- ¿Te resulta difícil acordarte de las cosas que acaban de pasar?
- ¿Te resulta difícil acordarte de las cosas que han pasado hace tiempo?
- Repite la frase: "los camellos guardan en las jorobas agua para sus travesías por el desierto"
- ¿Qué ha sido lo primero que hemos hablado hoy?

- ¿Qué fue lo que estuvimos hablando la semana pasada?

**e) Pensamiento** (Comprensión, Capacidad para formarse opiniones personales, Capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas):

- ¿Te resulta difícil entender las cosas? (si presenta alucinaciones explorar si éstas interfieren en la capacidad para comprender las cosas)
  
- ¿Te resulta difícil formarte una opinión sobre las cosas?
  
- ¿Te cuesta dar solución a las cosas que te preocupan, a los problemas que te surgen?
  
- ¿Te cuesta tomar decisiones?

**f) Lenguaje:**

- ¿Tienes dificultades para expresarte con palabras?, ¿para hacerte entender por los demás?, ¿en qué cosas?
  
- Evaluar riqueza de vocabulario, frases simples/complejas, fluidez del discurso, latencia de respuesta, coherencia, circunstancialidad, descarrilamiento, etc.

**2.- Procesamiento de Información** (capacidad de dar una respuesta coherente y adaptada a la situación)

Dar a leer el siguiente texto

**" Madrid, 5 de Septiembre. Un incendio ha destruido la pasada noche varias casas cerca del centro de la ciudad. Se tardó bastante tiempo en apagarlo. Las pérdidas fueron de cincuenta mil euros; diecisiete familias se quedaron sin hogar. Al salvar a una niña, que estaba dormida en la cama, un bombero se quemó las manos".**

Valorar la cantidad de ideas procesadas :

Fecha	Incendio
¿Qué paso?	Varias
Nº de casa destruidas.	Centro de la ciudad
Lugar del incendio.	Bastante
Tiempo en apagarlo.	50.000 euros
Cantidad de perdidas.	17
Número de familias sin hogar.	Durmiendo
Situación de la niña.	Se quemó las manos
Qué le paso al bombero.	Al salvar la niña
Porqué se quemó las manos el bombero.	

**3.- Capacidad de aprendizaje** (capacidad de asimilar experiencias)

### III. AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

#### 1.- **Autocontrol y afrontamiento de estrés**

*Se pone nervioso/a con frecuencia, en que situaciones*

*¿En qué lo nota? (Respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas)*

*Ejemplo de alguna secuencia funcional de situación estresante (lugar, personas, conductas, comentarios, pensamientos, consecuencias, etc.*

*Qué hace para tranquilizarse?*

*Tristeza. Qué hace cuando está triste?*

*Perdidas evidentes de control. (agresividad, ira)*

#### 2.- **Autoestima**

- *Como persona, ¿cómo crees que eres? (aplicar escalas Likert de autoestima)*
- *¿Cuáles son tus virtudes principales?*
- *¿Y tus defectos?*

**Ansiedad** (Cuestionario STAI, ISRA)

**Depresión** (Cuestionario de Depresión de BECK)

**Autoestima** (Cuestionario de Autoconcepto)

**2.- Habilidades Sociales**

**Básicas**

Conserva las habilidades básicas de comunicación?:

Gestos                      postura                      mirada                      proximidad                      tono y volumen de voz

**Conversacionales**

Conserva las habilidades necesarias para conversar:

Escucha                      habla por iniciativa propia

comienza y mantiene conversaciones                      expresa sentimientos

hace preguntas

¿Lleva a cabo las habilidades que posee?

¿Existe inhibición por ansiedad social?

**Asertivas**

Es capaz de comunicar sus sentimientos?

Dice lo que le gusta o disgusta?

Pide ayuda cuando lo necesita?

Se calla aunque le digan cosas que no le gustan?

Se enfada con facilidad?

se pone muy nervioso al estar con personas de diferente sexo?

**3.- Solución de Problemas** (Capacidad de resolver problemas de la vida cotidiana, toma de decisiones, adecuadas o inadecuadas)

<p><b>* Quiere ir al cine. ¿Que hace? ¿Que pasos tiene que dar para hacerlo? .Piense en cada uno de los pasos.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Cuando quiere ir</li> <li>.- Decidir si quiere ir solo o acompañado</li> <li>.- Elegir la película (método)</li> <li>.- Elegir el método de transporte</li> <li>.- Comprar la entrada</li> <li>.- (si no hay)</li> </ul>
<p><b>* Le llaman amigos para ir al cine y sus padres dicen que habían pensado salir con usted.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Decide qué prefiere</li> </ul>





- .- Hace lo que le dicen*
- .- Como lo expondría a sus padres (conecta con autocontrol y asertividad)*
  
- ¿se pondría muy nervioso ?*
- ¿se enfadaría?*
- ¿gritaría?*





## IV. RECURSOS DE INTEGRACIÓN - APOYOS COMUNITARIOS

### 1.- RED DE APOYO

Escala de Calidad de Vida

#### **Apoyo Social**

- 1.- · Recibe algún tipo de ayuda?
- 2.- · Por parte de que Institución?
- 3.- · Ha pedido algún tipo de ayuda institucional?

#### **Red de apoyo**

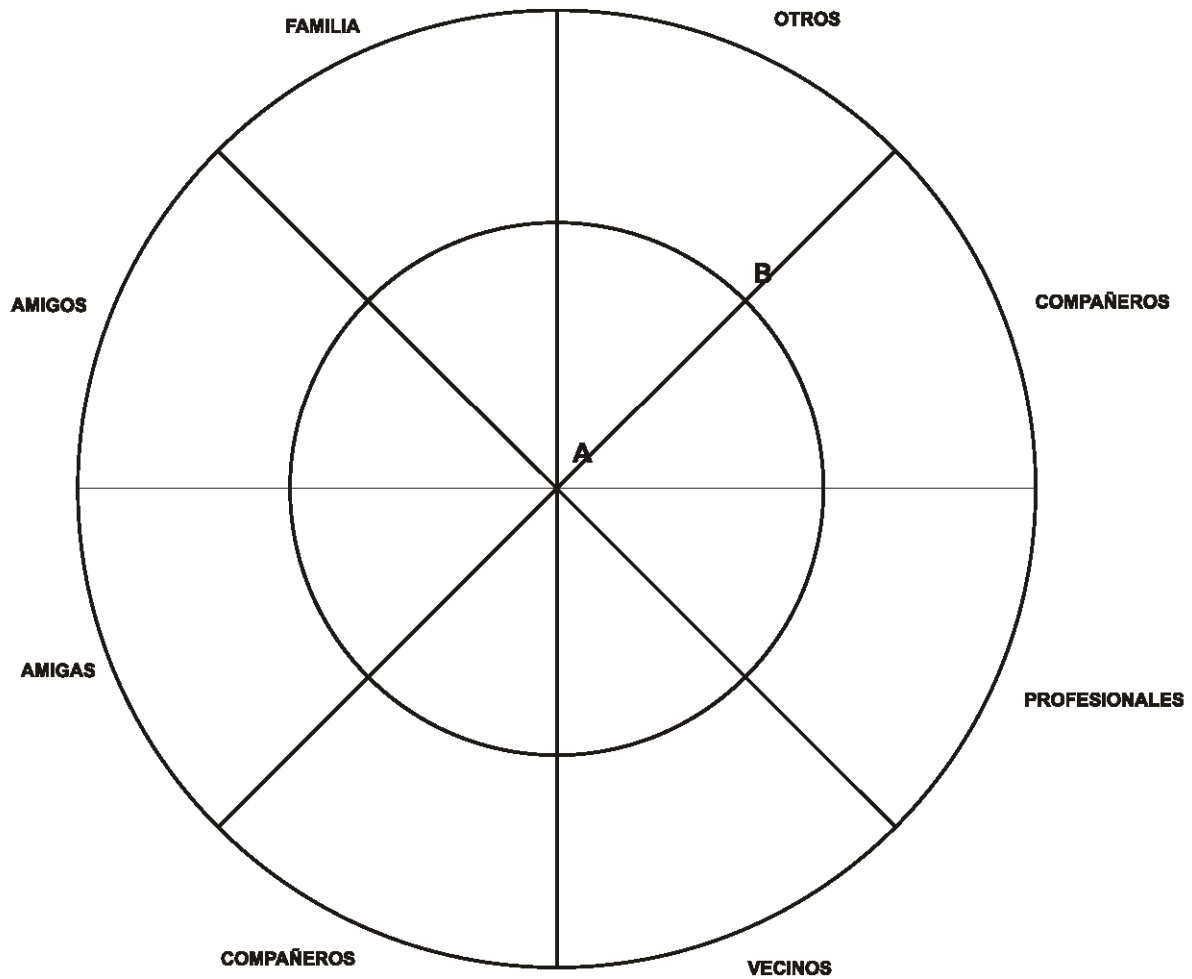
- 1.- · Tiene amigos?
- 2.- · Sale habitualmente con ellos?.
- 3.- · Vive con su familia?.
- 4.- · Realiza actividades con otras personas?
- 5.- · Tiene gente alrededor a la que contar sus problemas?

**ESCRIBE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE CONOCES ACTUALMENTE**  
(Con las que has tenido contacto en el último mes).

FAMILIA				
AMIGOS				
AMIGAS				
CONOCIDOS				
COMPAÑEROS				
VECINOS				
PROFESIONALES				
OTROS				



## GRÁFICO DE LA RED SOCIAL



A: MÁXIMA CERCANÍA AFECTIVA

B: MÍNIMA CERCANÍA AFECTIVA

\* Representar las relaciones a través de la intensidad del trazo en función del número de interacciones tenidas en el último mes.

- Interacción continua
- - - - - 2-3 veces/semana
- . - . - . 1 vez/semana
- — — — 1-2 veces al mes

- 1.- *Qué actividades de ocio tiene? ¿tiene algún hobby?*
- 2.- *Está satisfecho de como usa su tiempo libre?*
- 3.- *Qué suele hacer un Día normal?*
- 4.- *Qué suele hacer un fin de semana?*
- 5.- *En qué le gustaría pasar su tiempo libre?*
- 6.- *Con quién suele salir?*
- 7.- *Hace algún curso de formación o entretenimiento?*
- 8.- *Ha practicado algún deporte? ¿Lo dejó?*
- 9.- *Qué le gusta? Sugerencias: CINE, MUSEOS, DEPORTE, PINTURA, ESCRIBIR, BAILAR, FOTOGRAFÍA, COCINAR, MÚSICA, T.V.*
- 10.- *Dígame la última película que haya ido a ver al cine. Otras que le hayan gustado*
- 11.- *Dígame el último libro que haya leído. Otros que le hayan gustado*

### **Recursos de ocio y tiempo libre (integración social)**

*En el último mes has usado alguno de los siguientes recursos comunitarios (Nº de veces)*

*Transporte público*

*Estancos*

*Cafeterías*

*Tiendas*

*Cines*

*Pubs y bares*

*Iglesias*

*Museos*

*Parques*

*Viajes, salidas*

*Centros culturales (cursos de ocio)*

*Estudios*

## V. DESEMPEÑO LABORAL

### **CAPACIDAD LABORAL**

#### **1.- Situación laboral actual**

#### **2.- Capacidad laboral**

- 1.- Trabajos realizados y motivo de finalización
- 2.- Ajuste laboral
- 3.- Formación
  - ¿Que formación laboral tiene?
  - ¿Que cursos de formación laboral ha realizado y cuando?

#### **3.- Motivación**

- 1.- ¿Le gustaría trabajar?
- 2.- ¿Esta apuntado al paro?
- 3.- ¿Lo tiene puesto al día?
- 4.- ¿Cuando le toca renovarlo la próxima vez?
- 5.- ¿Si le han llamado del paro para algún trabajo, ha ido?
- 6.- ¿Si le han ofrecido algún trabajo lo ha cogido?
- 7.- ¿Que ha hecho en los últimos seis meses para encontrar trabajo?

#### **EXPECTATIVAS LABORALES**

- 1.- ¿Le gustaría hacer un curso de formación laboral?
- 2.- ¿De que tipo?
- 3.- ¿Haría un Curso de Formación sin cobrar nada?
- 4.- ¿En que le gustaría trabajar?
- 5.- ¿Para que trabajo se encuentras más preparado?
- 6.- ¿Tiene algún familiar o conocido que tenga algún negocio o que pueda tener facilidad para colocarle?

Valorar de 0 a 10 la importancia de trabajar en su vida

No depender económicamente

Tener dinero para gastos propios

Ganar dinero

Vivir solo

Participar en gastos de la familia

Relacionarse con otras personas en el trabajo

Estar ocupado

Desarrollar creatividad

No estar tanto tiempo en casa



## **CUESTIONARIOS**



**ESCALA DE  
BIENESTAR GLOBAL**

Las siguientes preguntas están pensadas para saber cual es el nivel global de satisfacción que usted tiene sobre determinados aspectos de sí mismo. Se trata de que conteste de la manera más sincera posible marcando con una (X) en el lugar que corresponda :

<b>Como me siento:</b>	<i>Muy satisfecho</i>	<i>Bastante satisfecho</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Bastante insatisfecho</i>	<i>Muy insatisfecho</i>
1.- Con mi persona (como soy)					
2.- Con las posibilidades que tengo de cambiar cosas de mi.					
3.- Con los objetivos que me he propuesto en mi vida.					
4.- Con la capacidad que tengo de disfrutar de la vida.					
5.- Con la capacidad que tengo de mejorar mi propia vida.					

**CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE NECESIDADES (FAMILIA)**

Nombre del paciente:

Nombre del familiar:

Parentesco:

A continuación van a leer una serie de áreas que definen los aspectos de la conducta habitual de cualquier persona. Debera definir que necesidad de mejora cree que precisa su familiar en cada uno de esos aspectos, para ello marcara con una equis X en el recuadro debajo de la palabra que estime conveniente.

**N:** No necesita mejorar *Nada*

**A:** Necesita mejorar *Algo*

**B:** Necesita mejorar *Bastante*

**M:** Necesita mejorar *Mucho*

**MS:** Necesita mejorar *MuchiSimo*

	<b>AREA DE EVALUACION</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>MS</b>
a1	<b>Higiene Personal</b> Aseo y cuidados personales (ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal en general)					
a2	<b>Vestido</b> Adecuación y limpieza de la roap, cambio regular					
a3	<b>Alimentación</b> Equilibrio de la dieta. Habitos. Modales. Ritmo en la ingesta. Mantenimiento de horarios.					
b1	<b>Hábitos de vida saludables</b> Autonomía en el cuidado de su salud. Consumo exagerado de café, colas, te, cigarrillos, etc).					
b2	<b>Estructuración del sueño</b> Exceso o defecto de horas de sueño, horarios.					
b3	<b>Consumo de sustancias tóxicas</b> (drogas, alcohol, etc)					
c1	<b>Autocontrol y afrontamiento del estrés</b> Capacidad de aguantar las situaciones de tensión normales. Conductas extrañas, agresiones verbales o físicas, conductas repugnantes o extravagantes.					
c2	<b>Habilidades sociales</b> Capacidad en el manejo de las relaciones sociales					
c3	<b>Solución de problemas</b> Capacidad para solventar las dificultades normales					
d1	<b>Habilidades cognitivas básicas</b> Orientación, atención y memoria					



d2	<b>Procesamiento de la información</b> Capacidad para recibir información del exterior y de dar una respuesta coherente y adaptada					
d3	<b>Capacidad de aprendizaje</b> Capacidad de asimilar experiencias					
e1	<b>Manejo de dinero</b> Uso y utilización correcta de su dinero					
e2	<b>Manejo de transporte</b> Uso y utilización correcta del transporte público					
e3	<b>Manejo del entorno donde vive</b> Cuidado de su vivienda, limpieza, ayuda en casa					
f1	<b>Capacidad de autogestión</b> Manejo en trámites administrativos, compras, etc					
f2	<b>Manejo de recursos sociales</b> Uso correcto de las red sanitaria u otras instituciones					
f3	<b>Manejo de ocio y tiempo libre</b> Uso correcto de su tiempo libre, actividades que le motiven o interesen.					
g1	<b>Situación laboral</b> Grado de inserción laboral actual					
g2	<b>Capacidad laboral</b> Capacidad estimada para desarrollar un trabajo					
g3	<b>Motivación laboral</b> Nivel de motivación para desarrollar un trabajo					
h1	<b>Conciencia de enfermedad</b> Nivel de conciencia de padecer una enfermedad y recibir ayuda					
h2	<b>Responsabilidad y cumplimiento del tratamiento</b> Grado de interés por su propio tratamiento					
h3	<b>Respuesta al tratamiento</b> Disminución de la sintomatología para la que se recibe el tratamiento					
i1	<b>Actividad principal</b> Desarrollo de una actividad reconocida propia de su edad.(estudiante, ama de casa, esposo/a, trabajador,etc)					
i2	<b>Soporte familiar</b> Apoyo familiar con el que cuenta					
i3	<b>Red de Apoyo Social</b> Existencia de amigos, compañeros, novios/as, etc					



j1	<b>Soporte económico</b> Nivel de autonomía económica por sus propios ingresos(sea por el trabajo o pensiones,rentas,etc)					
j2	<b>Soporte residencial</b> Posibilidad de residir en una vivienda de forma adecuada y aceptada por todos los que en ella viven					
j3	<b>Inserción en recursos sociales</b> Nivel de inserción en los recursos de la comunidad de cualquier tipo (centros cívicos, parroquias, colegios,etc)					
	<b>Conocimientos básicos</b> Nivel de conocimientos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana (lectura, cálculo, escritura, etc)					
	<b>Relación de pareja y vida sexual</b> Relaciones afectivas íntimas con su pareja					
	<b>Efectos secundarios de la medicación</b> posible existencia de efectos adversos o molestos del tratamiento farmacológico					

## **CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS (PACIENTE)**

Nombre del paciente:

A continuación vamos a leer una serie de áreas que definen los aspectos de la conducta habitual de cualquier persona. Deberá definir el nivel de problema que considera que tiene para USTED su desempeño habitual en cada una de las áreas que se van describiendo, para ello marcará con una equis X en el recuadro debajo de la palabra que estime conveniente.

- N:** No es Nada de problema  
**A:** Es Algo de problema  
**B:** Es Bastante problema  
**M:** Es Mucho problema  
**MS:** Es Muchísimo problema

	<b>ÁREA DE EVALUACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>MS</b>
a1	<b>Higiene Personal</b> Aseo y cuidados personales (ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal en general)					
a2	<b>Vestido</b> Adecuación y limpieza de la roap, cambio regular					
a3	<b>Alimentación</b> Equilibrio de la dieta. Hábitos. Modales. Ritmo en a ingesta. Mantenimiento de horarios.					
b1	<b>Hábitos de vida saludables</b> Autonomía en el cuidado de su salud. Consumo exagerado de cafe, colas, te, cigarrillos, etc).					
b2	<b>Estructuración del sueño</b> Exceso o defecto de horas de sueño, horarios.					
b3	<b>Consumo de sustancias tóxicas</b> (drogas, alcohol, etc)					
c1	<b>Autocontrol y afrontamiento del estrés</b> Capacidad de aguantar las situaciones de tensión normales. Conductas extrañas, agresiones verbales o físicas, conductas repugnantes o extravagantes.					
c2	<b>Habilidades sociales</b> Capacidad en el manejo de las relaciones sociales					
c3	<b>Solución de problemas</b> Capacidad para solventar las dificultades normales					
d1	<b>Habilidades cognitivas básicas</b> Orientación, atención y memoria					
d2	<b>Procesamiento de la información</b> Capacidad para recibir información del exterior y de dar una respuesta coherente y adaptada					



d3	<b>Capacidad de aprendizaje</b> Capacidad de asimilar experiencias					
e1	<b>Manejo de dinero</b> Uso y utilización correcta de su dinero					
e2	<b>Manejo de transporte</b> Uso y utilización correcta del transporte público					
e3	<b>Manejo del entorno donde vive</b> Cuidado de su vivienda, limpieza, ayuda en casa					
f1	<b>Capacidad de autogestión</b> Manejo en trámites administrativos, compras, etc					
f2	<b>Manejo de recursos sociales</b> Uso correcto de las red sanitaria u otras instituciones					
f3	<b>Manejo de ocio y tiempo libre</b> Uso correcto de su tiempo libre, actividades que le motiven o interesen.					
g1	<b>Situación laboral</b> Grado de inserción laboral actual					
g2	<b>Capacidad laboral</b> Capacidad estimada para desarrollar un trabajo					
g3	<b>Motivación laboral</b> Nivel de motivación para desarrollar un trabajo					
h1	<b>Conciencia de enfermedad</b> Nivel de conciencia de padecer una enfermedad y recibir ayuda					
h2	<b>Responsabilidad y cumplimiento del tratamiento</b> Grado de interes por su propio tratamiento					
h3	<b>Respuesta al tratamiento</b> Disminución de la sintomatología para la que se recibe el tratamiento					
i1	<b>Actividad principal</b> Desarrollo de una actividad reconocida propia de su edad.(estudiante, ama de casa, esposo/a, trabajador,etc)					
i2	<b>Soporte familiar</b> Apoyo familiar con el que cuenta					
i3	<b>Red de Apoyo Social</b> Existencia de amigos, compañeros, novios/as, etc					
j1	<b>Soporte económico</b> Nivel de autonomía económica por sus propios ingresos sea por el trabajo o pensiones,rentas,etc)					

j2	<b>Soporte residencial</b> <i>Posibilidad de residir en una vivienda de forma adecuada y aceptada por todos los que en ella viven</i>					
j3	<b>Inserción en recursos sociales</b> <i>Nivel de inserción en los recursos de la comunidad de cualquier tipo (centros cívicos, parroquias, colegios, etc)</i>					
	<b>Conocimientos básicos</b> <i>Nivel de conocimientos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana (lectura, cálculo, escritura, etc)</i>					
	<b>Relación de pareja y vida sexual</b> <i>Relaciones afectivas íntimas con su pareja</i>					
	<b>Efectos secundarios de la medicación</b> <i>posible existencia de efectos adversos o molestos del tratamiento farmacológico</i>					

**STAI (E)**

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se **SIENTE VD. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<i>nada</i>	<i>algo</i>	<i>bastante</i>	<i>mucho</i>
1. Me siento calmado .....	0	1	2	3
2. Me siento seguro .....	0	1	2	3
3. Estoy tenso .....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado .....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) .....	0	1	2	3
6. Me siento alterado .....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras .....	0	1	2	3
8. Me siento descansado .....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado .....	0	1	2	3
10. Me siento confortable .....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso .....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado .....	0	1	2	3
14. Me siento muy atado(como oprimido) .....	0	1	2	3
15. Estoy relajado .....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho .....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado .....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado .....	0	1	2	3
19. Me siento alegre .....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien .....	0	1	2	3

**STAI (R)**

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se **SIENTE VD. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuesta buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente Vd. generalmente.

	<b>casi nunca</b>	<b>a veces</b>	<b>a menudo</b>	<b>casi siempre</b>
21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mi mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

A/E PD = 30 + - =      CENTIL =  
 A/R PD = 21 + - =      CENTIL =





**PERCENTILES**

**MUJERES**

<b>CENTIL</b>	<b>ESTADO</b>	<b>RASGO</b>
99	54 - 60	49 - 60
90	41	40
75	31	32
60	24	27
50	21	24
40	18	21
25	15	17
15	12	14
1	2	7

**HOMBRES**

<b>CENTIL</b>	<b>ESTADO</b>	<b>RASGO</b>
99	47 - 60	46 - 60
90	37	33
75	28	25
60	21	21
50	19	19
40	16	17
25	14	14
15	10	11
1	0 - 2	0 - 4





## INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

-----

**A. 0** No me siento triste.

- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

-----

**B. 0** No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

- 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

-----

**C. 0** No me siento fracasado.

- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3 Soy un fracaso total como persona.

-----

**D. 0** Las cosas me satisfacen tanto como antes.

- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

-----

**E. 0** No me siento especialmente culpable.

- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

-----

**F. 0** No creo que esté siendo castigado.

- 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

-----

**G. 0** No estoy descontento de mi mismo.

- 1 Estoy descontento de mi mismo.
- 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3 Me detesto.

-----

**H. 0** No me considero peor que cualquier otro.

- 1 Me autocrítica por mi debilidad o por mis errores.
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

-----

**I. 0** No tengo ningún pensamiento de suicidio.

- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2 Desearía poner fin a mi vida.
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.

-----

**J. 0** No lloro más de lo normal.

- 1 Ahora lloro más que antes.
  - 2 Lloro continuamente.
  - 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 



- 
- K. 0** No estoy especialmente irritado.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 
- L. 0** No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2 He perdido gran parte del interés por los demás.  
3 He perdido todo interés por los demás.
- 
- M. 0** Tomo mis propias decisiones igual que antes.  
1 Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 
- N. 0** No creo tener peor aspecto que antes.  
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 
- Ñ. 0** Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.  
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 
- O. 0** Duermo tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como antes.  
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 
- P. 0** No me siento más cansado de lo normal.  
1 Me canso más que antes.  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 
- Q. 0** Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
- 
- R. 0** No he perdido peso últimamente.  
1 He perdido más de 2 Kg. Estoy tratando intenciona-  
2 He perdido más de 4 Kg. damente de perder peso co-  
3 He perdido más de 7 Kg. miendo menos: Si... No...
- 
- S. 0** No estoy preocupado por mi salud.  
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar del estómago o los catarros, etc.  
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 
- T. 0** No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
1 La relación sexual me atrae menos que antes.  
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.  
3 He perdido totalmente el interés sexual.
- 

P = \_\_\_\_\_

**De 15 a 24** depresión moderada  
**De 24 a 30** depresión fuerte  
**Más de 30** depresión grave

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones referentes al modo en que tú mismo te consideras. Señala hasta qué punto estas afirmaciones son características de tu propia opinión rodeando con un círculo la alternativa que elijas empleando la siguiente escala:

1 Bastante de acuerdo

2 De acuerdo

3 En desacuerdo

4 Bastante en desacuerdo

1. Creo que soy una persona valiosa; por lo menos al mismo nivel que los demás	1	2	3	4
2. Creo que tengo una serie de buenas cualidades	1	2	3	4
3. Me siento absolutamente inclinado a pensar que soy un fracasado	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho por lo que sentirme orgulloso	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7. En términos generales estoy satisfecho de mí mismo	1	2	3	4
8. Debería respetarme más a mí mismo	1	2	3	4
9. A veces me siento realmente un inútil	1	2	3	4
10. A veces pienso que no soy bueno en absoluto	1	2	3	4

## ESCALA MINIMENTAL

Nombre:

Fecha:

### A.- ORIENTACIÓN (Marque con una cruz si la respuesta es correcta)

- ?Qué fecha es hoy?.....
- ?Qué año?.....
- ?Qué mes?.....
- ?Qué día es hoy?.....
- ?Estación del año?.....
- ?Puede decirme el nombre de este centro? (CRPSL).....
- ?En qué ciudad/PUEBLO nos encontramos?.....
- ?En qué comunidad?.....
- ?En qué provincia?.....

### B.- MEMORIA INMEDIATA

Pregunte al paciente si puede probar su memoria. Diga entonces "pelota", "bandera", "árbol" despacio y de forma clara y con un intervalo entre cada palabra de 1 segundo. Cuando haya terminado dígame al paciente que las repita

- Pelota ....
- Bandera....
- Árbol.....

Esta primera repetición determina su puntuación (0 a 3). A continuación seguirlas diciendo hasta lograr que el paciente repita las 3 palabras hasta 6 veces. Si eventualmente no puede aprenderlas, la memoria no puede probarse plenamente.

Número de ensayos \_\_\_\_\_

### C.- ATENCIÓN Y CÁLCULO

Dígale al paciente que empiece por 100 y cuente hacia atrás restando de 7 en 7. Parar tras realizar 5 sustracciones (93,86,79,72, 65). Anote el número total de aciertos.

- 93.....
- 86....
- 79.....
- 72.....
- 64.....

Sección alternativa:

Si el paciente no puede realizar la cuenta hacia atrás, dígame que deletree la palabra "MUNDO" hacia atrás. La puntuación viene determinada por el número de letras en correcto orden.

(Ej. ODNUM = 5; ODUNM = 3)

- 0.....
- D.....
- N.....
- U.....
- M.....

### D.- MEMORIA (recuerdo)

Dígale al paciente que recuerde las tres palabras que previamente le hizo aprender.

Puntuación : 0 a 3

- Pelota.....
- Bandera....
- Árbol.....

**E.- LENGUAJE**

<b>Nombrar:</b>			
Señale un reloj de pulsera y pregúntele qué es. Repita lo mismo con un lápiz.	Reloj.....		<input type="checkbox"/>
	Lápiz.....		<input type="checkbox"/>
<b>Repetición:</b>			
Dígale que repita: "No, sí, y/o pero"	Repetición.		<input type="checkbox"/>
<b>Actitud:</b>			
Déle al paciente una hoja en blanco y dígame: <b>"Tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"</b>	Derecha....		<input type="checkbox"/>
	Dobla.....		<input type="checkbox"/>
	Suelo.....		<input type="checkbox"/>
<b>Lectura:</b>			
Escriba en un papel con letras grandes para que pueda leerse claramente: <b>"Cierre los ojos"</b> . Dígame que lo lea y haga lo que indique. La respuesta es correcta sólo si cierra los ojos.	Cierra.....		<input type="checkbox"/>
<b>Escritura:</b>			
Déle una hoja de papel en blanco e indíquele que escriba una frase cualquiera. Debe escribirla espontáneamente. Deberá contener un sujeto y un verbo y ser sensata (juiciosa). No es necesario corrección gramatical o puntuación correcta.	Frase.....		<input type="checkbox"/>
<b>Copia :</b>			
En una hoja de papel en blanco dibuje 2 pentágonos que se interseccionen, cada lado de 3 centímetros, y dígame que lo copie igual. Debe dibujar los 10 ángulos y 2 deben estar en intersección para conseguir un punto. No tener en cuenta temblores o rotaciones.	Pentágono		<input type="checkbox"/>

**Puntuación total:**

Sume todos los recuadros correctos del test. Si se ha utilizado el test "Repita la palabra MUNDO al revés", añadir el número de letras correctas en la secuencia apropiada. La puntuación máxima para este test es 30.

PUNTUACIONES < DE 24 SUGIEREN UN DETERIORO COGNITIVO MODERADO

PUNTUACIONES < DE 15 SON SUGESTIVAS DE DEMENCIA



## ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS POSITIVOS (SAPS)

Nombre:

Fecha:

### I.- ALUCINACIONES

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Leve o presente de forma ocasional
- 3 Moderado
- 4 Marcado
- 5 Grave

ITEMS	1	2	3	4	5
1 Alucinaciones auditivas					
2 Voces que comentan					
3 Voces que conversan					
4 Alucinaciones cenestésicas					
5 Alucinaciones olfatorias					
6 Alucinaciones visuales					
7 Puntuación global de la gravedad de las alucinaciones					

### II.- IDEAS DELIRANTES

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Leve. Ideas delirantes simples y ocasionales. El paciente puede cuestionarlas.
- 3 Moderado. Delirio claro, consistente y sostenido.
- 4 Marcado. Delirio consistente y mantenido que condiciona su actuación.
- 5 Grave. Delirio bien sistematizado que condiciona la actuación. Algunas características extravagantes

ITEMS	1	2	3	4	5
8 Delirio de persecución					
9 Delirio de celos					
10 Delirio de culpa o pecado					
11 Delirio de grandeza					
12 Delirio religioso					
13 Delirio somático					
14 Ideas y delirio de referencia					
15 Delirio de control					
16 Lectura del pensamiento (irradiación)					
17 Difusión del pensamiento					
18 Inserción del pensamiento					
19 Robo del pensamiento					
20 Puntuación global de la gravedad del delirio					

### III.- COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Leve. Conducta extravagante ocasional..
- 3 Moderado. Conducta claramente desacostumbrada; puede tener alguna conciencia de lo inusual de su conducta.
- 4 Marcado. Comportamiento claramente extravagante.
- 5 Grave. Comportamiento extremadamente extravagante o fantástico; a menudo no tiene conciencia de lo inusual de su comportamiento

ITEMS	1	2	3	4	5
21 Vestido y apariencia					
22 Comportamiento social y sexual					
23 Comportamiento agresivo y estereotipado					
24 Conducta repetitiva o estereotipias					
25 Valoración global de la gravedad del comportamiento extravagante					

### IV.- TRASTORNOS FORMALS DEL PENSAMIENTO DE TIPO POSITIVO

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Leve. el trastorno se presenta ocasionalment.
- 3 Moderado. El trastorno se presenta con frecuencia.
- 4 Marcado. Gran parte del discurso está ocupado o interferido por el trastorno.
- 5 Grave. La mayor parte del discurso está interferido por el trastorno.

ITEMS	1	2	3	4	5
26 Descarrilamiento (asociaciones laxas)					
27 Tangencialidad					
28 Incoherencia (esquizoafasia)					
29 Ilogicalidad					
30 Circunstancialidad					
31 Presión del habla					
32 Distraibilidad					
33 Asociaciones fonéticas					
34 Valoración global del trastorno formal del pensamiento de tipo positivo					

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> <i>Suma de valoraciones globales (7+20+25+34)</i>	
--	--

<b>PUNTUACIÓN COMPUESTA</b> <i>Suma total de la escala</i>	
---	--



## ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS NEGATIVOS (SANS)

Nombre:

Fecha:

### I.- ALOGIA

ITEMS	1	2	3	4	5
1 Pobreza del lenguaje					

0: Ausencia del síntoma

1: Dudoso

2: Ligero. Algunas respuestas no incluyen información elaborada, aunque sea correcta.

3: Moderado. Como en el anterior, y muchas respuestas son monosilábicas.

4: Marcado. Las respuestas tienen raramente más de unas pocas palabras de longitud.

5: Grave. El paciente habla poco y ocasionalmente no responde a las preguntas.

2 Pobreza del contenido del lenguaje					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

0: Ausencia del síntoma

1: Dudoso

2: Ligero. Algunas respuestas vagas, poco comprensibles.

3: Moderado. Frecuentes respuestas vagas o marcadamente condensadas.

4: Marcado. Al menos la mitad del discurso del paciente.

5: Grave. Prácticamente todo el discurso es vago, incomprensible o está marcadamente condensado.

3 Bloqueo					
-----------	--	--	--	--	--

0: Ausencia del síntoma

1: Dudoso

2: Ligero. Un solo ejemplo en 15 minutos.

3: Moderado. Dos veces en 15 minutos.

4: Marcado. Tres veces en 15 minutos.

5: Grave. Más de tres veces en 15 minutos.

4 Latencia de respuesta incrementada					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

0: Respuesta rápida.

1: Dudoso

2: Ligero. Ocasionales pausas breves.

3: Moderado. Significativo aumento de la latencia.

4: Marcado. Notable aumento de la latencia.

5: Grave. Largas pausas ante casi todas las repuestas.

5 Valoración subjetiva de la alogia					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

0: Ausencia del síntoma

1: Dudoso

2: Ligero. Leve pero claro trastorno.

3: Moderado. Trastorno significativo.

4: Marcado. El paciente refiere trastorno sustancial.

5: Grave. El paciente refiere que la mayor parte del tiempo su mente permanece vacía y tiene dificultades en desarrollar sus ideas.

6 Valoración global					
---------------------	--	--	--	--	--

0: Ausencia del síntoma

1: Dudoso

2: Ligero.

3: Moderado.

4: Marcado.

5: Grave. Más de tres veces en 15 minutos.



## II- POBREZA AFECTIVA

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Leve. Aparece el trastorno leve pero claramente.
- 3 Moderado. Trastorno en forma significativa.
- 4 Marcado. Aparece el trastorno en forma notable.
- 5 Grave. Trastorno evidente durante casi toda la entrevista.

ITEMS	1	2	3	4	5
7 Expresión facial inmutable					
8 Movimientos espontáneos disminuidos					
9 Escasez de ademanes expresivos					
10 Escaso contacto visual					
11 Ausencia de respuesta afectiva					
12 Incongruencia afectiva					
13 Ausencia de inflexiones vocales					
14 Quejas subjetivas de vacío emocional o pérdida del sentimiento					
15 Valoración global del aplanamiento afectivo					

## III- ABULIA - APATIA

- 0 Síntoma ausente
- 1 Dudoso
- 2 Ligero. El trastorno esta presente leve pero claramente.
- 3 Moderado. Trastorno presente sustancialmente.
- 4 Marcado. Trastorno significativamente presente.
- 5 Grave.

ITEMS	1	2	3	4	5
16 Aseo e higiene					
17 Falta de persistencia en el trabajo o en la escuela					
18 Anergia física					
19 Quejas subjetivas de abulia y apatía					
20 Valoración global					



**IV- ANHEDONIA - INSOCIABILIDAD**

- 0 Síntoma ausente.
- 1 Dudoso.
- 2 Ligero.
- 3 Moderado.
- 4 Marcado.
- 5 Grave..

ITEMS	1	2	3	4	5
21 Intereses y actividades recreativas					
22 Actividad e interés sexual					
23 Capacidad para sentir intimidad y proximidad					
24 Relaciones con amigos y semejantes					
25 Valoración global de la anhedonia-insociabilidad					

**V- ATENCIÓN**

- 0 No hay trastorno de la atención.
- 1 Dudoso.
- 2 Ligero. Discreto pero claro trastorno de la atención.
- 3 Moderado.
- 4 Marcado.
- 5 Grave.

ITEMS	1	2	3	4	5
27 Distracción social					
28 Falta de atención durante el test de estado mental					

- 0: No hay errores
- 1: Dudoso. No hay errores pero el paciente realiza la prueba atascadamente o hace un error y lo corrige.
- 2: Leve pero claro (un error).
- 3: Moderado (dos errores).
- 4: Marcado (tres errores).
- 5: Grave (más de tres errores).

29 Quejas subjetivas de falta de atención					
30 Valoración global de déficit de atención					

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> <b>Suma de valoraciones globales (6+15+20+26+30)</b>
---

<b>PUNTUACIÓN COMPUESTA</b> <b>Suma total de la escala</b>
---



### ESCALA DE EFECTOS SECUNDARIOS (UKU)

Nombre:

Fecha:

NE: No evaluable. im: Improbable ps: Posible pb: Probable

Sintoma	NE	GRAVEDAD					RELACION CAUSAL		
	9	0	1	2	3	im	ps	pb	
<b>EFFECTOS PSÍQUICOS</b>									
Dificultades de concentración									
Astenia/Lasitud/Fatigabilidad									
Somnolencia/Sedación									
Alteraciones mnésicas									
Depresión									
Tensión/Inquietud									
Aumento duración del sueño									
Disminución duración del sueño									
Aumento de los sueños									
Indiferencia emocional									

<b>EFFECTOS NEUROLÓGICOS</b>								
Distonía								
Rigidez								
Hipocinesia/Acinesia								
Hipercinesia								
Temblor								
Acatisia								
Convulsiones epilépticas								
Parestesias								



NE: No evaluable. im: Improbable ps: Posible pb: Probable

Síntoma	NE	GRAVEDAD					RELACION CAUSAL		
	9	0	1	2	3	im	ps	pb	
<b>EFFECTOS AUTONÓMICOS</b>									
Trastornos de acomodación									
Aumento de salivación									
Disminución de salivación									
Náusea/Vómito									
Diarrea									
Estreñimiento									
Alteraciones micción									
Poliuria/Polidipsia									
Vértigo ortostático									
Palpitaciones/Taquicardia									
Aumento de la sudoración									

<b>OTROS EFECTOS</b>								
Rash morbiliforme								
Rash petequeial								
Rash urticarial								
Rash psóricasico								
Rash inclasificable								
Prurito								
Fotosensibilidad								
Aumento de la pigmentación								
Aumento de peso								
Pérdida de peso								
Menorragia								

Sintoma	NE	GRAVEDAD					RELACION CAUSAL		
	9	0	1	2	3	im	ps	pb	
<b>OTROS EFECTOS</b>									
Amenorrea									
Galactorrea									
Ginecomastia									
Aumento del deso sexual									
Disminución del deseo sexual									
Disfunción eréctil									
Disfunción eyaculatoria									
Disfunción orgásmica									
Disfunción lubricación vaginal									
Cefalea tensional									
Cefalea migrañosa									
Cefalea (otras formas)									
Dependencia física									
Dependencia psíquica									

	EVALUADOR		Consecuencia
	Paciente	Médico	
<b>0 Sin efectos secundarios</b>			<b>0 Ninguna acción</b>
<b>1 Sin interferencia significativa</b>			<b>1 No reducción dosis Tfo. efectos secundarios</b>
<b>2 Interferencia moderada</b>			<b>2 Reducción dosis</b>
<b>3 Interferencia marcada</b>			<b>3 Retirada medicación o cambio</b>

## ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

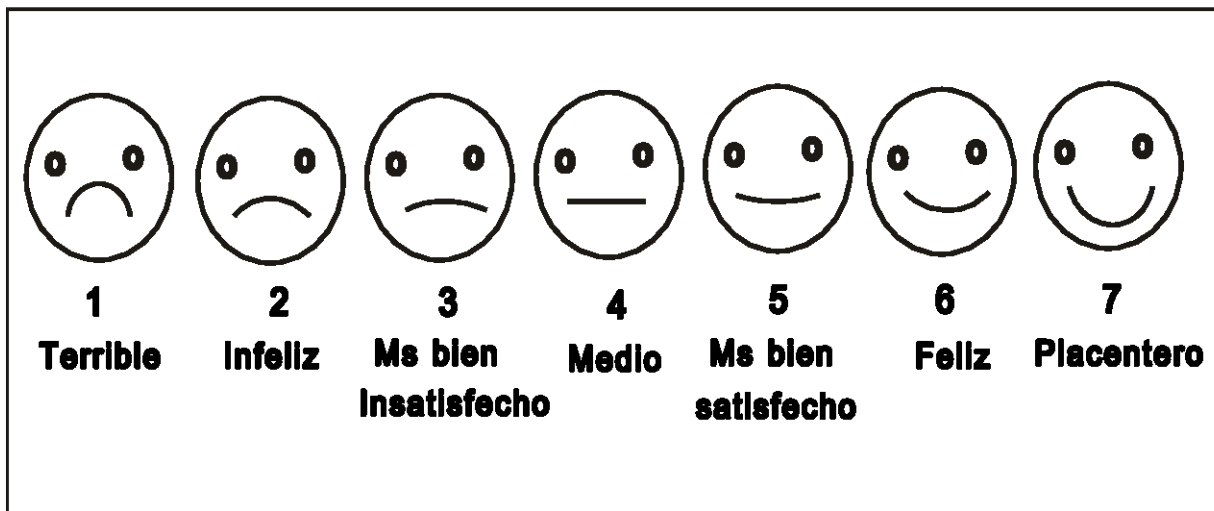
Lehman, 1993

### SECCION A: SATISFACCIÓN GENERAL CON LA VIDA

Por favor, mire esta cartulina. Como puede observar, contiene una escala que se llama escala de "placentero-terrible" (Escala P-T).

Esta escala va desde el extremo de terrible, que es el rango más bajo = 1, hasta el extremo de placentero, que es el rango más alto = 7. Existen también puntos intermedios con valores de 2 a 6, cada uno de los cuales tienen su significado debajo. LEA LOS PUNTOS DE LA ESCALA.

Durante la entrevista usaremos esta escala de vez en cuando para ayudarle a Ud. a decir qué opina respecto a diferentes aspectos de su vida. Todo lo que Ud. tienen que hacer es decir qué punto de la escala describe mejor lo que usted siente u opina. Por ejemplo, si yo le pregunto ¿qué piensa Ud. de los helados de chocolate? y a Ud. le gustan los helados de chocolate, deberá señalar el punto de placentero. Por el contrario, si a Ud. no le gustan los helados de chocolate deberá señalar el punto de terrible. Si le dan igual, es decir, ni le satisfacen ni le desagradan, deberá señalar el punto medio de la escala.



Tiene alguna pregunta sobre la escala?. Por favor, dígame su opinión sobre los helados de chocolate. Empecemos.



**1.- PREGUNTA GENERAL.** La primera pregunta es muy general.

¿Qué opina de su vida en general?

-----

**2.- RESIDENCIA.** (en caso de que el paciente este hospitalizado, las preguntas se refieren al lugar de residencia más reciente. Pase a la siguiente si se trata de un "sin hogar").

¿Qué opina acerca de :

A.- las condiciones del sitio donde vive?

-----

B.- la intimidad que tiene Ud. allí?

-----

C.- las perspectivas de permanecer en ese sitio durante un largo periodo de tiempo?

-----

**3.- VIDA COTIDIANA.**

¿Qué opina acerca de:

A.- la forma en que utiliza su tiempo libre?

-----

B.- las oportunidades que tiene de disfrutar de cosas agradables o bonitas?

-----

C.- cuanta diversión tiene?

-----

D.- cuán relajada es su vida?

-----

**4.- FAMILIA.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- el tipo de relación con su familia?

-----

B.- la cantidad de tiempo que está con otras personas?

-----

C.- la gente que Ud. trata socialmente?

-----

**5.- RELACIONES SOCIALES.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- las cosas que hace con otras personas?

-----

B.- la cantidad de tiempo que está con otras personas?

-----

C.- la gente que Ud. trata socialmente?

-----

**6.- SITUACIÓN ECONÓMICA.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- la cantidad de dinero que obtiene?

-----

B.- su bienestar económico?

-----

C.- la cantidad de dinero que tiene para gastar en diversión?

-----

**7.- SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- su trabajo?

-----

B.- el entorno en que trabaja. el aspecto físico?

-----

C.- la cantidad que gana?

-----

**8.- SEGURIDAD CIUDADANA.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- su seguridad en las calles del vecindario?

-----

B.- la seguridad del sitio donde vive?

-----

C.- lo protegido que está contra robos y asaltos?

-----

**9.- SALUD.**

¿Qué opina Ud. de:

A.- su salud en general?

-----

B.- su condición física?

-----

C.- su bienestar emocional?

-----

**10.- PUNTUACIÓN GLOBAL.**

De nuevo una pregunta muy general.



## PROTOCOLO DE ALTA

- .- SAPS**
- .- SANS**
- .- EVDP**
- .- CALIDAD DE VIDA**
- .- ESCALA DE SATISFACCIÓN**
- .- INFORME DE ALTA**





**CRPSL - PROTOCOLO DE EVALUACIÓN USUARIO  
GUÍA DE EVALUACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL**

**NOMBRE DE USUARIO:**

**Nº HISTORIA:**

**EVALUADOR:**

**FECHA DE LA EVALUACIÓN:**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

**ASEO PERSONAL**

**A/ HIGIENE CORPORAL**

**FECHA: PRE**

**POST**

*(Nada más comenzar la entrevista fijarse en el aspecto del usuario: aseado, sucio, desaliñado, raro, adecuado, exagerado, etc.)*

	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
1.- ¿Cuándo te sueles lavar las manos? 1: antes de cada comida y después de usar el baño 0: menos veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Cada cuánto tiempo te bañas o te duchas? 2: más de 1 vez a la semana 1: 1 vez a la semana 0: menos de 1 vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Te gusta ducharte? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Cada cuánto tiempo te lavas la cabeza? 2: más de 1 vez a la semana 1: 1 vez a la semana 0: menos de 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Te peinas o cepillas el pelo diariamente? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Cada cuánto tiempo te cortas el pelo? 2: cada 3 o 4 meses 1: más de 4 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Mantiene cuidadas las uñas? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Cada cuánto tiempo te cortas las uñas? 2: cada 15 días 1: pasando más de 15 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Te las cepillas? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Te lavas los dientes diariamente con pasta? 2: sí 1: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11.- ¿Cuándo?    
**2:** 3 veces al día  
**1:** 2 veces al día  
**0:** sólo 1 vez al día

12.- ¿Utiliza el WC correctamente?    
**2:** sí  
**1:** no

*En el caso de varones*

13.- ¿Te afeitas cuando es necesario?    
**2:** sí  
**1:** no

14.- ¿Cuántas veces a la semana te sueles afeitar?    
**2:** 2 veces a la semana como mínimo  
**1:** 1 vez a la semana  
**0:** menos de 1 vez a la semana

15.- ¿Con qué te afeitas?

16.- ¿Mantiene cuidada la barba?    
**2:** sí  
**1:** no

*En el caso de mujeres*

17.- ¿Sabes lo que es la menstruación?    
**1:** sí  
**0:** no

18.- ¿Tienes especial cuidado higiénico en la menstruación?    
**1:** sí  
**0:** no

19.- ¿Cuál?

20.- ¿Te depilas cuando es necesario?    
**1:** sí  
**0:** no

**B/VESTIDO**

**FECHA: PRE**

**POST**

**PRE**

**POST**

1.- ¿Te vistes solo completamente?    
**1:** sí  
**0:** no

2.- ¿Te cambias de ropa cuando está sucia?    
**2:** sí  
**1:** no



- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.- ¿Con qué frecuencia te sueles cambiar de ropa interior?<br>2: todos los días<br>1: 2 veces en semana<br>0: menos veces            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Te limpias los zapatos?<br>1: sí<br>0: no  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Cada cuánto tiempo?<br>2: 1 o más veces a la semana<br>1: cada quince días<br>0: menos veces                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- Cuando hace frío ¿qué ropa te sueles poner?<br>1: ropa adecuada<br>0: ropa inadecuada   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- Cuando hace calor ¿qué ropa te sueles poner?<br>1: ropa adecuada<br>0: ropa inadecuada  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.- ¿Viste de forma apropiada?. Especificar si no es así.<br>(fijarse en si lleva ropa sucia, extraña o inadecuada)<br>1: sí<br>0: no | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.- ¿Te compras tu ropa?<br>2: el/ella solo<br>1: va acompañado<br>0: se la compra la otra persona                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.- ¿Cuándo ha sido la última vez que te la compraste?<br>1: en esta temporada<br>0: hace más tiempo                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**VIVIENDA**

**A/ ORDEN Y LIMPIEZA**

**FECHA: PRE**

**POST**

(comenzar con las siguientes preguntas generales y luego especificar con la escala)

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1.- ¿Qué hace en casa, de qué se ocupa?                   | ¿Cuáles?                            |
| 2.- ¿Sabe utilizar los electrodomésticos que hay en casa? | 4.- ¿Y el resto de la casa?         |
| 3.- ¿Limpia su propia habitación?                         | 6.- ¿Y el resto de la casa?         |
| 5.- ¿Ordena su propia habitación?                         | 8.- ¿Es capaz de hacerse su comida? |
| 7.- ¿Hace su cama?  |                                     |
| 9.- ¿Hace recados?  |                                     |
| 10.- ¿Qué cree él que es necesario hacer en casa?         |                                     |
| 11.- ¿Y su familia?                                       |                                     |

- |  | <b>PRE</b>               | <b>POST</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Haces la cama diariamente?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Recoges y ordenas tu habitación?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.- ¿La limpias?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Con qué frecuencia cambias la ropa de la cama?<br>1: una vez a la semana<br>0: menos veces    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Barres los suelos de la casa?<br>1: sí<br>0: no   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿Con qué frecuencia?<br>2: más de 1 vez a la semana<br>1: 1 vez a la semana                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿Friegas los suelos de la casa?<br>1: sí<br>0: no  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.- ¿Con qué frecuencia?<br>2: más de 1 vez a la semana<br>1: 1 vez a la semana<br>0: menos veces  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.- ¿Qué productos utilizas?<br>1: un producto adecuado<br>0: un producto inadecuado               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.- ¿Limpias el polvo de los muebles?<br>1: sí<br>0: no   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.- ¿Con qué frecuencia?<br>2: más de 1 vez a la semana<br>1: 1 vez a la semana<br>0: menos veces | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.- ¿Lavas la ropa?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.- ¿Cómo, a mano o en lavadora?<br>1: a mano<br>0: lavadora                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.- ¿Tiendes la ropa?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.- ¿Recoges y doblas la ropa?<br>2: casi siempre<br>1: a veces<br>0: nunca                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>16.- ¿La planchas?<br/> <b>2:</b> casi siempre<br/> <b>1:</b> a veces<br/> <b>0:</b> nunca</p>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>17.- ¿Mantienes ordenado tu armario?<br/> <b>1:</b> sí<br/> <b>0:</b> no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>18.- ¿Sabes coser una cremallera, un botón, etc.?<br/> <b>1:</b> sí<br/> <b>0:</b> no</p>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>19.- ¿Pones y recoges la mesa?<br/> <b>2:</b> casi siempre<br/> <b>1:</b> a veces<br/> <b>0:</b> nunca</p>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>20.- ¿Friegas la vajilla?<br/> <b>2:</b> casi siempre<br/> <b>1:</b> a veces<br/> <b>0:</b> nunca</p>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>21.- ¿A mano o en el lavavajillas?<br/> <b>1:</b> mano<br/> <b>0:</b> lavavajillas</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>22.- ¿Con qué producto?<br/> <b>1:</b> adecuado<br/> <b>0:</b> inadecuado</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>23.- ¿Sueles comprar lo necesario para la limpieza?<br/> <b>2:</b> casi siempre<br/> <b>1:</b> a veces<br/> <b>0:</b> nunca</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B/ COCINA**

**FECHA: PRE**

**POST**

**PRE      POST**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>1.- ¿Sabes hacerte bocadillos, ensaladas, etc?<br/> <b>1:</b> sí<br/> <b>0:</b> no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2.- ¿Sueles hacerlo?<br/> <b>2:</b> siempre<br/> <b>1:</b> a veces<br/> <b>0:</b> nunca</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3.- ¿Sabes encender el fuego de la cocina?<br/> <b>1:</b> sí<br/> <b>0:</b> no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4.- ¿Sabes prepararte un plato sencillo de cocinar,<br/>         como un filete con patatas fritas?<br/> <b>1:</b> sí<br/> <b>0:</b> no</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



5.- ¿Sueles prepararte el desayuno?

2: todos los días

1: a veces

0: nunca



6.- ¿La comida?

2: todos los días

1: a veces

0: nunca



7.- ¿Y la cena?

2: todos los días

1: a veces

0: nunca



8.- ¿Sabes qué hacer para que un alimento se conserve?

1: sí

0: no



9.- ¿Sueles comprar lo necesario para la comida?

2: casi siempre

1: a veces

0: nunca



10.- ¿Tomas alguna precaución cuando cocinas?

1: sí

0: no



#### C/ UTILIZACIÓN DE ELECTRODOMÉSTICOS

1.- ¿Sabes utilizar los siguientes electrodomésticos?



Lavadora

1: sí

0: no

Lavavajillas

1: sí

0: no

Molinillo de café

1: sí

0: no

Batidora

1: sí

0: no

Aspiradora

1: sí

0: no

Cafetera

1: sí

0: no

Horno

1: sí

0: no

Secador de pelo

1: sí

0: no

T.V.

1: sí

0: no

Radio

1: sí

0: no

Equipo musical

1: sí

0: no

Vídeo

1: sí

0: no

**D/ SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>1.- ¿Tomas alguna precaución cuando utilizas electrodomésticos?<br/>1: sí<br/>0: no</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2.- ¿Fumas en la cama?<br/>0: sí<br/>1: no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3.- ¿Tienes llaves de casa?<br/>1: sí<br/>0: no</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4.- ¿Se te suelen olvidar?<br/>0: sí<br/>1: no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5.- ¿Tomas alguna precaución cuando sales de casa?<br/>1: sí<br/>0: no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6.- ¿Tomas alguna precaución cuando te acuestas?<br/>1: sí<br/>0: no</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7.- ¿Has tenido alguna vez algún accidente en casa?<br/>1: sí<br/>0: no</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>8.- ¿Sueles leer las indicaciones de los productos de limpieza?<br/>1: sí<br/>0: no</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>9.- ¿Sueles hacer pequeñas reparaciones en casa (arreglar un enchufe, poner un cuadro, cambiar una bombilla, etc)<br/>1: sí<br/>0: no</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### HÁBITOS DE VIDA

A/: HÁBITOS ALIMENTICIOS

FECHA: PRE

POST

	PRE	POST
1.- ¿Qué horario de comidas sueles tener? 1: adecuado 0: inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Cuándo comes más: por la mañana, al mediodía o por la noche? 1: al mediodía 0: por la mañana o por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Sueles comer entre horas? 2: casi nunca 1: alguna vez 0: a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Comes deprisa o despacio? 1: deprisa 2: despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Sueles comer de todo? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Usas correctamente los cubiertos? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Comes verdura, fruta, carne, pescado, queso? 1: sí 0: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Los alimentos que comes son frescos, de lata o congelados? 2: casi siempre frescos 1: alguna vez frescos 0: nunca frescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Qué desayunaste ayer? 1: adecuado 0: inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Qué comiste? 1: adecuado 0: inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- ¿Qué cenaste? 1: adecuado 0: inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- ¿Tiene hábitos extraños en la comida? 0: sí 1: no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



B/ COCINA	FECHA: PRE	POST	
		PRE	POST
1.- ¿Cuántas horas duermes? 1: entre 7 y 10 horas 0: menos de 7 horas o más de 10 horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Son seguidas? 1: sí 0: no		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Cuándo sueles dormir? 1: por la noche 0: por el día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Te quedas dormido por el día? 1: no (exceptuando la siesta) 0: sí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Te cuesta trabajo quedarte dormido por la noche? 1: no 0: sí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Qué haces cuando no puedes dormir? 1: adecuado 0: inadecuado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Te despiertas muchas veces cuando ya estás dormido? 1: no 0: sí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Tienes pesadillas? 2: casi nunca 1: algunas veces 0: muchas veces		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Te da miedo dormir solo? 1: no 0: sí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C/: HÁBITOS DE SALUD	FECHA: PRE	POST	
		PRE	POST
1.- Cuando te duele la cabeza ¿qué haces? 1: adecuado 0: inadecuado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Cuando te resfrías ¿qué medidas tomas? 1: adecuado 0: inadecuado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Si te duele el estómago, ¿qué haces? 1: adecuado 0: inadecuado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4.- ¿Qué haces cuando te quemas y te sale una ampolla?<br>1: adecuado<br>0: inadecuado       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Qué haces si te haces un pequeño corte?<br>1: adecuado<br>0: inadecuado                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿Tienes botiquín en casa?, ¿dónde está?<br>1: sí<br>0: no                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- Si tienes diarrea, ¿qué haces?<br>1: adecuado<br>0: inadecuado                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.- ¿Y cuándo tienes estreñimiento?<br>1: adecuado<br>0: inadecuado                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.- ¿Tomas algún otro medicamento, aparte del prescrito por tu psiquiatra?<br>1: sí<br>0: no | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.- ¿Para qué lo tomas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.- ¿Tomas algún tipo de sustancias (alcohol, drogas...)?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sustancia                      Cantidad                      Frecuencia**

### DESEMPEÑO SOCIAL

#### A/: MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DEL DINERO

**FECHA: PRE**

**POST**

- |   |   |
|---|---|
| 1.- ¿Tiene ingresos propios?                        | 2.- ¿De dónde proceden?                 |
| 3.- ¿Cuánto gana o le dan?                          | 5.- ¿Se administra él sólo?             |
| 4.- ¿Tiene algún problema con el dinero?            | 9.- ¿Y el pan?                          |
| 6.- ¿Cuánto gasta a la semana?                      | 10.- ¿Y la leche?                       |
| 7.- ¿Tiene idea de cuánto vale un Café?             | 12.- ¿Utiliza el banco?                 |
| 8.- ¿Y el tabaco?                                   | 14.- ¿Sabe usar la tarjeta si la tiene? |
| 11.- ¿Tiene cartilla a su nombre?                   |   |
| 13.- ¿Sabe sacar dinero, pedir saldo, meter dinero? |   |

*Pedir al usuario como tarea que traiga mañana un plan de gasto semanal y mensual, o construirlo en la misma sesión.*

- |   | <b>PRE</b>               | <b>POST</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Conoces todas las monedas?, ¿cuáles?<br>1: sí<br>0: no | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Conoces los billetes?, ¿cuáles?<br>1: sí<br>0: no      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Sabes pagar y esperas el cambio?<br>1: sí<br>0: no     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- 4.- Equivalencias simples    
 1: sí  
 0: no
  - 5.- Equivalencias compuestas    
 1: sí  
 0: no
  - 6.- ¿Dispones de dinero habitualmente?    
 1: si    ¿Cuánto?  
 0: no
  - 7.- ¿En qué te lo sueles gastar?    
 1: adecuado  
 2: inadecuado
  - 8.- ¿Tienes abierta una cuenta a tu nombre?    
 1: sí  
 0: no
- En caso afirmativo, tipo de cuenta .....
- 9.- ¿Utilizas tarjetas?    
 1: sí    Tipo  
 0: no
  - 10.- ¿Sabes utilizar un cajero automático ?    
 1: sí  
 0: no
  - 11.- ¿Sabes realizar gestiones bancarias ?    
 1: sí  
 0: no

- Pedir que ponga ejemplos del tipo de gestiones que realiza

- ¿Cómo se abre una cuenta?

- ¿Cómo se hace una transferencia?

- ¿Cómo se hace una domiciliación?

**B/: UTILIZACION DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

**FECHA: PRE    POST**

- | <b>PRE</b>  |                          | <b>POST</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Tienes teléfono en casa?, ¿cuál es tu número?<br>1: lo sabe<br>0: no lo sabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Sabes utilizarlo?<br>1: sí<br>0: no  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



3.- ¿Sueles llamar a tus amigos?

1: hace menos de 15 días

0: hace más de 15 días



4.- Sabes cuál es el teléfono de:

De información

1: sí

0: no

De la policía

1: sí

0: no

De los bomberos

1: sí

0: no



5.- ¿Sabes utilizar una cabina?

1: sí

0: no



6.- ¿Sueles llevar una agenda con los números de teléfonos que más te interesan?

1: sí

0: no



7.- ¿Sabes utilizar una guía de teléfonos? (Prueba con una guía)

1: sí

0: no



8.- Si quieres mandar una carta a alguien, ¿sabes qué tienes que hacer?, ¿Qué es lo que has de poner en el sobre?

1: sí

0: no



9.- ¿Sueles escribir cartas?

1: sí

0: no



10.- ¿Te gustaría mantener correspondencia con amigos?

1: sí

0: no



**C/: MANEJO DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

1.- ¿Cómo vienes al Centro?

1: adecuado

0: inadecuado



2.- ¿Solo o acompañado?

1: solo

0: acompañado



3.- Sueles coger con frecuencia:

El metro

1: sí

0: no

- El autobús  
 1: sí  
 0: no
- El tren  
 1: sí  
 0: no
- 4.- ¿Vas solo o acompañado?    
 1: solo  
 0: acompañado
- 5.- ¿Sabes interpretar planos de metro?. Demostración.    
 1: lo sabe  
 0: no lo sabe
- 6.- ¿Sabes orientarte en el metro?    
 1: sí  
 0: no
- 7.- ¿Sabes orientarte en el autobús?    
 1: sí  
 0: no
- 8.- Cuando quieres ir a un sitio (ej: al cine, al teatro, etc)    
 ¿Miras antes que línea de metro, transbordo o autobús que podrías coger?  
 1: sí  
 0: no
- 9.- ¿Tienes carnet de conducir?    
 1: sí  
 0: no
- 10.- ¿Sueles conducir?    
 1: sí  
 0: no

**D/ TRÁMITES BUROCRÁTICOS**

**FECHA: PRE**

**POST**

*(Preguntar si está tramitando en la actualidad algún documento y si lo está haciendo solo o con la ayuda de alguien)*

- |   | <b>PRE</b>               | <b>POST</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Sabe renovar el D.N.I.?<br>1: sí<br>2: no                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Sabe solicitar la tarjeta de la Seguridad Social?<br>1: sí<br>2: no    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Sabe dónde se solicita el certificado de minusvalía?<br>1: sí<br>2: no | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sabe enviar una carta certificada?<br>1: lo sabe<br>0: no lo sabe       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿Sabe hacer la declaración de la renta?<br>1: sí<br>0: no               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





7.- ¿Sabe rellenar una solicitud?

1: sí  
0: no

OBSERVACIONES DE CARA AL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN:

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-

---

-





**CRPSL - PROTOCOLO DE EVALUACIÓN USUARIO  
GUÍA DE EVALUACIÓN DEL EDUCADOR**

**OCIO Y TIEMPO LIBRE**

**NOMBRE USUARIO:**

**Nº HISTORIA:**

**FECHA DE LA EVALUACIÓN:**

**EVALUADOR:**

1.- ¿ Cuanto tiempo libre tiene el usuario a lo largo del día?

¿Qué suele hacer en un día normal?

¿Qué suele hacer en un fin de semana?

2.-Antes de llegar al CRPSL, ¿ en que ocupaba su tiempo libre?

-Ver T.V.

-Leer

-Radio

-Cine

-Practicar deporte

-Salir con los amigos

-Salidas familiares

-Otros....

3.-Realizando las actividades del Centro.

-¿Te diviertes?

-¿Te aburres?

-¿Te es indiferente?

4.- ¿Prefieres salir o quedarte en casa en tu tiempo libre?

5.-¿Qué actividades de ocio que todavía no has tenido oportunidad de hacer antes, te gustaría realizar en el CRPSL?

6.-El usuario considera que ocupar su tiempo libre en distintas actividades es:

-Positivo

-Negativo, ¿por qué?



7.- Se siente mejor en una actividad que:

- Hace solo
- Hace con alguien
- Hace en grupo

8.- ¿Qué cosas le gustan o te gustaban hacer?

9.- Uso de recursos comunitarios de ocio.

**¿En el último mes ha usado alguno de los siguientes recursos comunitarios (Indicar nº de veces)**

	Nº de veces
<b>Transporte urbano</b>	
Estancos	
Cafeterías	
Tiendas y supermercados	
Cines y Teatros	
Pubs y discotecas	
Iglesias	
Museos y exposiciones	
Parques públicos	
Parques de atracciones	
ZOOS	
Ambulatorios y hospitales	
Excursiones, viajes y salidas	
Cursos centros culturales	
Estudios oficiales	
Quioscos	
Polideportivos	
Bibliotecas	
Bares	
Restaurantes	
Otros	





## ORIENTACIÓN SOCIO-CULTURAL

1.- ¿Lee el periódico? ¿Cuál?

2.- ¿Escucha la radio? ¿Qué programa?

3.- ¿Ve algún programa cultural o de noticias?

4.- ¿Conoce revistas de actualidad? ¿Cuáles?

5.- ¿Está al tanto de acontecimientos deportivos?

6.- ¿Conoce el panorama de cine actual?

7.- ¿Conoce a personajes famosos que tengan que ver con la prensa, radio o TV?

8.- ¿El usuario sabe cantantes o grupos de musicales famosos?

9.- ¿Sabe algo de lo que pasa en el panorama político actual? ( guerras,acuerdos, actividades del ayuntamiento,nombre de políticos relevantes,etc,,)



**Apellidos y Nombre:**

**Fecha:**

---

## RELACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL MEDIO

Las siguientes preguntas tienen en objetivo de saber en que medida conoces y que opinión general tienes del medio que te rodea, para mejorar y favorecer tu incorporación social-laboral y mejora de tu relación social. Puedes decidir no contestar a las preguntas que consideres oportuno.

### 1. Indica de los siguiente lugares los que conoces, especificando de qué.

- Juntas Municipales.
  
- Centros culturales.
  
- Polideportivos.
  
- Centros comerciales y Grandes Almacenes.
  
- Bibliotecas.
  
- Cines y Teatros.
  
- Grupos de música.
  
- Discotecas, pubs, y otros sitios para salir.



- Bares y/o restaurantes.
- Revistas y periódicos.
- Programas de televisión.
- Programas de radio.
- Monumentos y Museos.
- Parques.
- Pueblos de Madrid.
- Zonas costeras.
- Provincias de España.



**1. Dime lo que piensas de los siguientes temas:**

● Tercer mundo.

● Internet.

● Guerras.

● Europa.

● Euros.

● E.T.A.

● SIDA.

● Partidos políticos.

- Viajes espaciales. Satélites.
- Módulos de formación profesional.
- Paro.
- Religiones.
- Revistas del corazón.

**3. Di tu opinión sobre las anteriores cuestiones.**

**ACTIVIDADES DE OCIO  
LISTADO DE INTERESES**

	NO ME INTERESA	ME INTERESA		NO ME INTERESA	ME INTERESA
1.- MANUALIDADES			41.- MECÁNICA AUTO.		
2.- FUTBOL			42.- MECÁNICA MOTO		
3.- NATACIÓN			43.- FLAUTA		
4.- BOLOS			44.- MODELISMO		
5.- PINTURA			45.- DOMINO		
6.- GIMNASIA			46.- AJEDREZ		
7.- VOLEIBOL			47.- MARQUETERÍA		
8.- ACAMPADAS			48.- CONDUCIR		
9.- TENIS			49.- JUEGOS VÍDEO		
10.- PASEOS			50.- BISUTERÍA		
11.- BALONCESTO			51.- COCINAR		
12.- COSER			52.- TRABAJOS CUERO		
13.- ESCRIBIR			53.- ORDENADOR		
14.- TRICOTAR			54.- DECORACIÓN		
15.- JUGAR A CARTAS			55.- COMPRAR		
16.- PUZZLES			56.- PELUQUERÍA		
17.- BORDAR			57.- CLUBS SOCIALES		
18.- BICICLETA			58.- VACACIONES		
19.- JARDINERÍA			59.- VISITAS		
20.- PING-PONG			60.- VIAJAR		
21.- INTERNET			61.- FIESTAS		
22.- IDIOMAS			62.- CONVERSAR		
23.- VOLUNTARIADO			63.- BAILAR		
24.- CORRER (Jogging)			64.- PELÍCULAS		
25.- LEER			65.- TEATRO		
26.- ESTUDIAR (Cursos			66.- CINE		
27.- HISTORIA			67.- FOTOGRAFÍA		
28.- CIENCIA			68.- TELEVISIÓN		
29.- POLÍTICA			69.- CERÁMICA		
30.- MATEMÁTICAS			70.- MOSAICOS		
31.- RELIGIÓN			71.- LA ROPA		
32.- RADIO			72.- DIBUJAR		
33.- MÚSICA CLÁSICA			73.- COLECCIONISMO		
34.- MÚSICA POPULAR			74.- MASCOTAS		
35.- MÚSICA MODERNA			75.- TELEFONEAR		
36.- CANTAR			76.- OTRAS		
37.- GUITARRA					
38.- PIANO					
39.- CONCIERTOS					
40.- DANZA					



CRPSL - PROTOCOLO DE EVALUACIÓN USUARIO

**GUÍA DE EVALUACIÓN DEL MONITOR**

**HOJA DE REGISTRO DE EVALUACIÓN TALLERES**

**NOMBRE USUARIO:** .....

**TALLER:** .....

**JEFE DE TALLER:** .....

**FECHA DE EVALUACIÓN:** .....

**CONSTANCIA**

**1.- Asistencia**

Acude	Acude acompañado	No acude	Acude irregularmente (falta 2 ó más veces por semana)
0	1	2	3

**2.- Puntualidad**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**RENDIMIENTO EN LAS TAREAS**

**1.- Manejo de las herramientas (sabe para que sirven, las usa adecuadamente, las cuida)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**2.- Autonomía en la realización de las tareas**

Sólo	Con ayuda	No lo hace
0	1	2

**3.- Mantiene interés por la realización de las actividades**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**4.- Terminación de las tareas**

Termina las tareas	Precisa ayuda para terminar	Abandona antes de terminar la mayor parte de las tareas	Abandona todas las tareas
0	1	2	3



**CAPACIDADES COGNITIVAS**

**1.-Atención (capacidad para mantenerse concentrado en una tarea)**

Presta atención adecuadamente	Presta atención con ayuda. Deterioro leve	No presta atención en la mayoría de las tareas. Deterioro grave	Deterioro grave en todas las tareas
0	1	2	3

**2.- Capacidad de aprendizaje (capacidad para adquirir información nueva y recuperarla en un momento posterior)**

Aprende sin ayuda. Capacidad normal	Aprende con ayuda. Capacidad levemente disminuida	Aprende con gran lentitud	No es capaz de asimilar los aprendizajes
0	1	2	3

**3.- Orientación (se orienta en la realización de las tareas, sabe donde están las herramientas, calcula el tiempo que le va a llevar realizar la tarea, reconoce la utilidad de las herramientas)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**4. Organización y realización de tareas**

1. Es muy desordenado; no sigue el orden lógico de elaboración de tareas.
2. Es desordenado; con frecuencia altera el orden de las secuencias. O por el contrario es excesivamente meticuloso y ello incide negativamente en su evolución.
3. Sigue el orden de elaboración casi siempre, alterando este orden pocas veces.
4. Realiza la secuencia de las tareas en su orden correcto.

**5. Ritmo de ejecución**

1. No termina el trabajo a causa de la lentitud
2. Termina el trabajo, pero es lento e irregular en el ritmo de trabajo.
3. Presenta el trabajo en el tiempo establecido.
4. Presenta un ritmo de trabajo excelente; realiza las tareas antes del tiempo fijado.

**RELACIÓN CON COMPAÑEROS Y CON EL JEFE DE TALLER**

**1.- Tiene habilidades básicas no verbales (gestos, mímica, posición del cuerpo, etc.)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**2.- Inicia y mantienen conversaciones coherentes**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4





**3.- Se comunica con los demás compañeros del taller**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**4.- Pide ayuda cuando lo necesita para una tarea**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**5.- Acepta las críticas del jefe de taller de forma positiva**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**6.- Ayuda a un compañero cuando le pide ayuda**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**7.- Pide permiso al jefe de taller para hacer cualquier actividad ajena al trabajo (descanso, ir al servicio, etc.)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**8.- Cumple con las normas puestas por el jefe del taller adecuadamente**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**AUTOCUIDADOS**

**1.- Presenta un aspecto aseado (pelo, ropa, barba, manos, olor, ...)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

**2.- Es limpio y ordenado en el lugar de trabajo (mesa, herramientas, papeleras, recoge lo que utiliza)**

Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4



## CRPSL - PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FAMILIA GUÍA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

### GUÍA DE LA EVALUACIÓN. FAMILIA

<b>Nº DE HISTORIA:</b>	
<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>TUTOR:</b>	
<b>EVALUADOR:</b>	

### 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

● **PERSONA DE CONTACTO:**

APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

DISPONIBILIDAD PARA ACUDIR AL CRPSL:

HORARIO PARA "ESCUELA DE FAMILIAS":

RELACIÓN CON EL USUARIO:

NOMBRE:

TELÉFONO:

● **HISTORIA SOCIAL:**

SITUACIÓN LABORAL:

GRADO DE MINUSVALÍA:

SITUACIÓN JURÍDICA:

INCIDENCIAS LEGALES:

TIPO DE CONVIVENCIA ACTUAL:

NIVEL EDUCATIVO:

PROFESIÓN:

SITUACIÓN ECONÓMICA:

ENFERMEDADES Y/O MINUSVALÍAS DE LA FAMILIA:



## 2. COMPOSICIÓN FAMILIAR (Genograma)

- Personas con las que convive, con las que no convive pero pertenecen al grupo familiar.
- Edad, parentesco, estudios, ocupación, profesión de las personas citadas.



### 3. HISTORIA FAMILIAR

- Lugar de nacimiento, residencias anteriores, etc.



#### 4. SITUACIÓN ECONÓMICA

- Ingresos económicos familiares y fuente de estos.
- Ingresos económicos del usuario y su fuente.

#### 5. SITUACIÓN SANITARIA DEL GRUPO FAMILIAR

- Cobertura familiar.
- Enfermedades y minusvalías en la familia

#### 6. DATOS JUDICIALES

- Si ha tenido o tiene problemas judiciales.
- ¿Cuándo y de qué tipo?.



**7. RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES**

- Relaciones entre los miembros de la familia.  
Pareja, padres e hijos, hermanos, otros.
- Actividades que realizan juntos.
- Opinión de los familiares sobre la problemática del usuario (conciencia de enfermedad, apoyos, expectativas de control).  
¿Está de acuerdo con el diagnóstico?, ¿cuál cree Usted que es el problema principal de su familiar?, ¿cree que tiene algo que ver con el diagnóstico que ha recibido?
- Apoyos que se prestan y/o reciben mutuamente.
- Relación con vecinos y amigos (Red de apoyo).

Miembro	Persona	Tipo de interacción	Frecuencia



## 8. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

PRIMER EPISODIO, CRISIS, INGRESOS, EVOLUCIÓN, SINTOMATOLOGÍA.

DIAGNÓSTICO/S (PSIQUIÁTRICO/S FECHA): CIE-10:

OTRO/S DIAGNÓSTICO/S (FECHA): CIE-10:

PRIMER DIAGNÓSTICO (FECHA): CIE-10:

SUCESIVOS DIAGNÓSTICOS (FECHA): CIE-10:

INGRESOS PSIQUIÁTRICOS:

FECHA

LUGAR

DURACIÓN

CARACTERÍSTICA

MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA:

FÁRMACO

DOSIS

FECHA INICIO

MEDICACIÓN NO PSIQUIÁTRICA:

FÁRMACO

DOSIS

FECHA INICIO

OTROS TRATAMIENTOS:



## 9. ÁREAS DE EVALUACIÓN

### 9.1. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, PERCEPCIÓN DE CONTROL Y AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN:

- ¿Tiene conciencia de su enfermedad?
- ¿Cree que él puede hacer algo para mejorarla?
- ¿Sabe para qué sirve la medicación que toma?
- ¿Ha notado algún efecto secundario?

### 9.2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:

#### 9.2.1. HABILIDADES SOCIALES:

- ¿Conserva las habilidades básicas de comunicación? (aplicar SECHS)

#### 9.2.2. CAPACIDADES COGNITIVAS:

##### a.) Orientación espacio-temporal:

¿Le cuesta orientarse en el tiempo: el día en el que está, el tiempo que ha pasado desde un acontecimiento, etc.?

¿Le resulta difícil orientarse en el espacio: saber dónde están las cosas, cómo ir a algún sitio, etc.?

##### b.) Percepción:

¿Le resulta difícil captar o percibir lo que le rodea, visual o auditivamente?

##### c.) Atención:

¿Suele ver películas, documentales, etc. o escuchar programas de radio hasta el final?

¿Se suele enterar del contenido?

¿Le resulta difícil captar la idea principal de las cosas?, ¿le confunden los detalles?, ¿distingue la idea principal de las secundarias?

¿Le resulta difícil cambiar la atención de una cosa a otra?

¿Le resulta difícil prestar atención a varias cosas a la vez?





**d.) Memoria:**

¿Le resulta difícil acordarse de las cosas que acaban de pasar?

¿Le resulta difícil acordarse de las cosas que han pasado hace tiempo?

**e.) Pensamiento:**

¿Le resulta difícil entender las cosas?

¿Le resulta difícil formarse una opinión sobre las cosas?

¿Le cuesta dar solución a las cosas que le preocupan, a los problemas que le surgen?

¿Le cuesta tomar decisiones?

**f.) Lenguaje:**

¿Tiene dificultades para expresarse con palabras?, ¿para hacerse entender por los demás? (evaluar riqueza de vocabulario, frases simples/complejas, fluidez del discurso, latencia de respuesta, coherencia, circunstancialidad, descarrilamiento, etc.)

**9.2.3. AUTOCONTROL:**

- ¿Se suele poner nervioso a menudo?, ¿qué le pasa?
- ¿Suele reaccionar de forma airada/brusca/agresiva a menudo?, ¿qué sucede?
- ¿Se siente triste a menudo?, ¿qué le pasa?

**9.3. AUTOESTIMA:**

- ¿Cómo se valora como persona?

**9.4. RIESGO DE SUICIDIO:**

- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?, ¿Cómo?

**9.5. SEXUALIDAD:**

- ¿Cómo son sus relaciones con otras personas?



## 9.6. REFUERZOS:

- Evaluar actividades, personas, objetos, comidas, etc., que puedan ser utilizada como premio para una conducta adecuada.

## 9.7. OTRAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS:

- ¿Hay algún otro aspecto en el que tenga dificultades, le produzca malestar, le preocupe y le gustaría que tratásemos?

## 9.8 OCIO Y TIEMPO LIBRE:

- ¿Cómo suele ser un día normal de su vida?
- ¿Y del fin de semana?
- Evaluar si le gusta: TV, cine, pintura, música, deporte, cocina, lectura, fotografía, salidas, excursiones, museos, bailar, etc.
- ¿Qué cree que le gustaría hacer en su tiempo libre?
- Uso del tiempo de ocio en el pasado
- Actividades que realizan conjuntamente y frecuencia.

## 9.9. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

### 9.9.1. HIGIENE PERSONAL Y VESTIDO:

- ¿Con qué frecuencia se baña o ducha?
- ¿Con qué frecuencia se lava los dientes?
- ¿Tiene cuidada la barba?
- Cuando tiene el periodo, ¿cuáles son sus hábitos de higiene?
- ¿Presenta aspecto aseado?
- ¿Lleva la ropa limpia y en buenas condiciones?

- ¿Viste en concordancia con el clima?
- ¿Lleva vestimenta extraña (colores estridentes, fuera de temporada)?
- ¿Con qué frecuencia se cambia de ropa interior y exterior?

### 9.9.2. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS:

- ¿Realiza alguna tarea en casa (hacer la cama, poner y quitar la mesa, cocinar, limpiar, comprar, etc.)?
- Cuando está solo en casa, ¿utiliza el gas, cocina, maneja aparatos eléctricos, electrodomésticos, etc. adecuadamente? (valorar si lo apaga cuando termina...)

### 9.9.3. HÁBITOS DE VIDA

#### A) ALIMENTACIÓN:

- ¿Qué horario de comidas tiene?
- ¿Qué ha comido esta semana?
- ¿Qué cantidad de alimento ha comido esta semana?
- ¿Suele comer despacio?, ¿deprisa?, ¿mastica bien la comida?, ¿cuánto tarda en comer?
- ¿Sabe utilizar correctamente los cubiertos?

#### B) SUEÑO:

- ¿Cuál es su horario de sueño un día entre semana?
- ¿Y el fin de semana?
- ¿Cuánto tarda en dormirse?
- ¿Duerme seguido? ¿Duerme bien?

#### C) HÁBITOS DE SALUD:

- ¿Sabe reconocer cuando está enfermo?
- ¿Qué hace?



**D) CONSUMO DE SUSTANCIAS:**

- ¿Consumes alguna sustancia?

Sustancia

Cantidad

Frecuencia

**9.9.4. DESEMPEÑO SOCIAL**

- ¿Sabe utilizar los medios de transporte públicos?
- ¿Sabe hacer gestiones en el banco, con el médico, comprar ropa, matricularse en cursos, DNI, etc.?, ¿cuales?
- ¿Maneja su dinero?
- ¿Cómo lo administra?
- ¿Utiliza algún medio de comunicación (teléfono, correos, etc.)?
- ¿Cómo los utiliza?

**9.10. RECURSOS COMUNITARIOS UTILIZADOS POR EL USUARIO Y LA FAMILIA**

- Asociaciones.
- Asistencia a otros servicios o centros.
- Conocimientos de recursos en su Comunidad.
- Recursos que demanda.

### 9.11. DATOS FORMATIVO- LABORALES

- Estudios realizados.
  
- Formación no reglada.
  
- ¿Está apuntado al INEM?
  
- ¿Conoce las posibilidades formativas que existen: INEM, IMEFE, Escuelas de Oficio, IMAF, etc.?, ¿ha solicitado alguno?
  
- ¿Le gustaría hacer algún curso de formación?, ¿cuál?
  
- ¿Le gustaría trabajar?, ¿en qué?
  
- ¿Qué ha hecho últimamente para encontrar trabajo?
  
- Historia laboral.
  
- Situación laboral actual.
  
- Intereses laborales.

## 10. EVALUACIÓN DEL MEDIO FAMILIAR

- Ubicación de la familia en el barrio.
  
- Acceso al mismo.
  
- Tipo de barrio, características.
  
- Equipamiento y recursos con los que cuenta.
  
- Vivienda familiar:
  - Descripción de la misma (régimen de tenencia, equipamiento, condiciones de habitabilidad, número de habitaciones, personas que conviven).
  
  - Personas presentes y ausentes durante la visita domiciliaria (si muestran o no el domicilio, quien lo hace etc.).
  
  - Espacio físico destinado al usuario (si es independiente o no, su relación con este espacio y con el resto de la vivienda, decoración, orden, etc.).
  
  - Descripción sobre peculiaridades de la vivienda (detalles llamativos, cerrojos, etc.).
  
  - Actitudes y comentarios durante la visita (preguntas sobre el Centro, dudas que expresan etc.).



**11. DEMANDAS, EXPECTATIVAS Y GRADO DE MOTIVACIÓN CON EL TRATAMIENTO**



## **RESUMEN DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL**

### **PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN**

1.- APELLIDOS: \_\_\_\_\_ 2.- NOMBRE: \_\_\_\_\_

3.- N° HISTORIA: \_\_\_\_\_ 4.- U.S.M.: \_\_\_\_\_

5.- EDAD: \_\_\_\_\_ 6.- F.NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 7.- DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

8.- DOMICILIO: \_\_\_\_\_ 9.- C.POSTAL: \_\_\_\_\_

PSICÓLOGO:

FECHA:

TUTOR:

#### **1.- RESUMEN DE LA EVALUACIÓN POR ÁREAS**

##### **I. ASPECTOS RELEVANTES**

- 1.- Clínicos. Síntomas actuales, historia de la enfermedad, ingresos y causas, diagnóstico, existencia de crisis y descompensaciones, medicación actual.
- 2.- Sociales. Situación social, laboral, judicial y económica.
- 3.- Biográficos. Evolución biográfica, acontecimientos relevantes de su biografía, desarrollo natural, relaciones familiares y personales.
- 4.- Relaciones familiares. Situación familiar, relaciones familiares. Conciencia, carga, emoción expresada, aislamiento.
- 5.- Nivel premórbido. Estudios alcanzados, desarrollo laboral, relaciones sociales, manejo del tiempo libre.
- 6.- Personales. Características de personalidad, rasgos determinantes.

#### **2.- ÁREAS DE EVALUACIÓN**

##### **1.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, PERCEPCIÓN DE CONTROL Y AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN**

(Efectividad del tratamiento, conciencia de enfermedad y responsabilidad ante el tratamiento, toma de medicación, respuesta a la medicación y efectos secundarios)

##### **2.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

- 2.1.- Autocuidados. Higiene personal, vestido, hábitos y conductas de alimentación.
- 2.2.- Hábitos de vida. Hábitos de salud incluyendo el cuidado de la salud física, consumo de sustancias no consideradas como drogas, hábitos de sueño y consumo de tóxicos
- 2.3.- Habilidades domésticas. Participación, organización, limpieza, compra y electrodomésticos.
- 2.4.- Autonomía básica. Capacidad de manejo de dinero, manejo del transporte público, habilidades educativas básicas (numéricas, lecto-escritura, cultura general)



2.5.- Autonomía social. Capacidad en el manejo de gestiones tanto burocráticas como compras, uso de medios de comunicación, capacidad en el manejo de recursos o redes sociales y sanitarias, estructuración y manejo del ocio y tiempo libre.

### **3.- AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL**

3.1. Autocontrol. Ansiedad, depresión, agresividad. Autoestima (STAI, BDI, ROSENBERG)

3.2. Habilidades sociales. Básicas, conversacionales, asertivas

### **4.- FUNCIONAMIENTO COGNITIVO**

Básico: orientación, atención y memoria, deterioro, capacidad de procesamiento de la información, capacidad de aprendizaje. Minimental, WAISS.

### **5.- RED DE APOYO**

existencia y número de amigos, novio/a, frecuencia e intensidad de los contactos, grado de soporte que le facilitan

### **6.- DESEMPEÑO LABORAL**

Situación actual, capacidad para el trabajo, motivación, experiencia laboral anterior, formación en el ámbito laboral, ajuste.

## PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

### PLANTILLA

#### I.- ASPECTOS RELEVANTES :

- Clínicos (Psicopatología, inicio y curso, ingresos, medicación, etc)
- Biográficos (Desarrollo de la vida, acontecimientos vitales)
- Sociales (Situación social, laboral, judicial, económica)
- Familiares (Situación y relaciones familiares)
- Personales (Características personales, ej. Religiosidad, Política, etc)
- Nivel Premórbido (Estudios alcanzados, Desarrollo laboral, Relaciones Sociales e Interpersonales, Manejo del Tiempo libre)

#### II.- ÁREAS DE EVALUACIÓN :

##### **COMPETENCIA PERSONAL**

- A.- Tratamiento (Efectividad, conciencia y responsabilidad, efectos secundarios)
- B.- Autocuidado (Higiene, vestido, alimentación)
- C.- Hábitos de vida (Hab. de salud, sueño y consumo de tóxicos)
- D.- Afrontamiento (Autocontrol: ansiedad, depresión, agresividad. Autoestima. Hh.ss, solución de problemas)
- E.- Hab. Educativas básicas (Numéricas, Lecto-escritura, Cultura General)
- F.- Funcionamiento Cognitivo (Básico, procesamiento y capacidad de aprendizaje)
- G.- Autonomía básica (Dinero, Transporte, cuidado del entorno)
- H.- Autonomía social (Gestión, manejo de redes sociales, ocio y tiempo libre)
- I.- Desempeño Laboral: (Situación, capacidad, Motivación, experiencia, formación)

##### **SOPORTES**

- J.- Familia (Conciencia, Carga, Emoción Expresada, Aislamiento)
- K.- Actividades (realización de actividades reconocidas)
- L.- Red de apoyo (amigos, contactos, frecuencia)
- M.- Ingresos (fuente y cantidad)
- N.- Residencia (Lugar habitual de residencia)
- Ñ.- Recursos (Uso de recursos comunitarios formales)

##### **OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN :**

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

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN:**

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

##### **OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN :**

Objetivo a cumplir para poder empezar a trabajar la rehabilitación.

## ESCALA DE SATISFACCIÓN

**CSG-VP**

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN GLOBAL. VERSIÓN PACIENTES**

1.- Considerando sus necesidades particulares, ¿está usted satisfecho/a, en general con los servicios que presta este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

2.- ¿Está usted satisfecho/a con el tutor que le atiende en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

3.- ¿Está usted satisfecho/a, en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

4.- ¿Está Ud. satisfecho/a con la frecuencia con la que debe acudir a este centro para la realización de esas actividades?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

5.- ¿Está Ud satisfecho/a con la limpieza e higiene de este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

1- ¿Está Ud satisfecho/a con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

7.- ¿Está Ud satisfecho/a con la temperatura habitual que hace en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

8.- ¿Está Ud satisfecho/a con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

9.- ¿está Ud satisfecho/a con el interés que muestran y con el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

10.- ¿Está Ud satisfecho/a, en general, con las instalaciones de este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

11.- ¿Está Ud satisfecho/a con el horario en que es citado para acudir a este centro a realizar las distintas actividades en las que Ud participa?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

12.- ¿Está Ud satisfecho/a, en general, con los profesionales que le atienden en este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

13.- ¿Está Ud satisfecho/a con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este centro?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

14.- ¿Está Ud satisfecho/a con el nivel de participación que le permiten en este centro? (p.e. dar su opinión sobre determinadas cuestiones, acudir al centro sin ser citado, etc.)?

1	2	3	4	5	6
MUY	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	MUY
<b>INSATISFECHO</b>			<b>SATISFECHO</b>		

## PUNTUACIÓN

Se utiliza una escala tipo Likert en la que las puntuaciones se corresponden con las siguientes categorías:

Puntuación	Categoría
1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Algo insatisfecho
4	Algo satisfecho
5	Bastante satisfecho
6	Muy satisfecho

Se considerarán los siguientes puntos de corte:

- Área óptima de funcionamiento (entre 5 y 6)
- Área de mejora (entre 4 y 5)
- Área de mejora prioritaria (menos de 4)

Los ítems se agrupan en 4 factores:

Factor	Ítems
Satisfacción general	1
Satisfacción con los profesionales	2+6+9+12/4
Satisfacción con las actividades	3+4+8+11+14/5
Satisfacción con las instalaciones	5+7+10+13/4

Para utilizar el cuestionario en **VERSIÓN FAMILIARES** se obtienen los siguientes factores:

Se elimina el ítem 11 de la versión pacientes y quedan 13 ítems

Factor	Ítems
Satisfacción general	1
Satisfacción con los profesionales	2+6+9+11/4
Satisfacción con las actividades	3+4+8+13/5
Satisfacción con las instalaciones	5+7+10+12/4

## HOJA DE TUTORÍAS

### Hoja de tutorías individualizadas

Nombre:

NºHistoria:

<b>FECHA profesional</b>	<b>OBSERVACIONES</b>



## **HISTORIA PERSONAL**

### **HISTORIA PERSONAL**

**NOMBRE:**

**Nº HISTORIA:**





1.- Apellidos: \_\_\_\_\_ 2.- Nombre: \_\_\_\_\_

3.- Domicilio: \_\_\_\_\_

4.- Teléfono: \_\_\_\_\_ 5.- Historia: \_\_\_\_\_

6.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 7.- Edad: \_\_\_\_\_

8.- Número de miembros de la unidad familiar: \_\_\_\_\_

**9.- Diagnóstico:**

1° Diagnóstico (CIE-10): \_\_\_\_\_

2° Diagnóstico (CIE-10): \_\_\_\_\_

10.- N° de Urgencias: \_\_\_\_\_

**11.- N° de Ingresos:**

- N° de ingresos antes del primer contacto: \_\_\_\_\_

- N° de ingresos 2 años antes del primer contacto: \_\_\_\_\_

12.- Edad del primer ingreso: \_\_\_\_\_

13.- Edad del primer contacto con salud mental: \_\_\_\_\_

14.- Años de evolución de la enfermedad: \_\_\_\_\_

15.- Sexo: \_\_\_\_\_

H Hombre

M Mujer

**16.- Estado civil:**

S Soltero

C Casado

V Viudo

D Divorciado

S Separado

**17.- Estudios:**

1 Analfabeto

2 Sin estudios (lee y escribe)

3 Cert. escolar

4 EGB

5 BUP, COU

6 FP 1° ciclo

7 FP 2° ciclo

8 titulado medio

9 Titulado superior

10 No clasificados





**18.- Profesión**

- 1 Profesionales y Técnicos
- 2 Directivos y Gerentes
- 3 Personal Servicios, Administrativos
- 4 Comerciantes y Vendedores
- 5 Hostelería, servicios y seguridad
- 6 Agricultura y Ganadería
- 7 Industria, construcción y transportes
- 8 Ocupación no especificada
- 9 Militares

**19.- Situación legal:**

- 1 Incapacitado con curatela
- 2 Incapacitado con tutela
- 3 Incapacitación en trámite
- 4 Capacitado

**20.- Situación laboral:**

- 1 Trabajando
- 2 Buscando primer empleo
- 3 Parado con subsidio
- 4 Parado sin subsidio
- 5 Retirado, pensionista o jubilado
- 6 Rentista
- 7 Escolar
- 8 Labores del hogar
- 9 Incapacidad laboral temporal
- 10 Incapacidad laboral permanente
- 11 Desconocida

**21.- Otros recursos sanitarios que esté utilizando o que haya utilizado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22.- Área sanitaria de pertenencia:** \_\_\_\_\_

**23.- Derivante (nombre del psiquiatra):** \_\_\_\_\_

**24.- Situación en los programas de rehabilitación:**

- 1 Seguimiento desde programas específicos de USM
- 2 Centro de rehabilitación psicosocial y laboral
- 3 Unidad de media estancia
- 4 Unidades rehabilitadoras
- 5 Seguimiento después de CRPSL
- 6 No incluido en programas de rehabilitación



**25.- Tipo de convivencia:**

- 1 Con padres con/sin hermanos
- 2 Con cónyuge con /sin hijos
- 3 Con hermanos
- 4 Con otros familiares
- 5 Solo
- 6 En pisos supervisados
- 7 En institución
- 8 Otros

**26.- enfermedades añadidas:**

- 1 Toxicomanías
- 2 Alcoholismo
- 3 Otras orgánicas
- 4 Ninguna

**27.- Tratamiento:**

- 1 Farmacológico principalmente
- 2 Psicoterapia principalmente
- 3 Ambos
- 4 Ninguna

**28.- Relación con la justicia:**

- 1 Con antecedentes
- 2 Sin antecedentes
- 3 Cumpliendo condena

**29.- Nivel socioeconómico familiar:**

- 1 Bajo
- 2 Medio-bajo
- 3 Medio
- 4 Medio-alto
- 5 Alto
- 6 NO conocido

**30.- Ingresos propios:**

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido



**31.- Nivel de ingresos propios:**

- 1 menos de 120 euros
- 2 de 120 a 240 euros
- 3 de 240 a 360 euros
- 4 de 360 a 480 euros
- 5 de 480 a 600 euros
- 6 de 600 a 720 euros
- 7 más de 720 euros

**32.- Fecha de derivación:** \_\_\_\_\_

**33.- FECHA DE ACEPTACIÓN:** \_\_\_\_\_

**34.- FECHA DE PRIMER CONTACTO:** \_\_\_\_\_

**35.- FECHA DE ALTA:** \_\_\_\_\_

**36.- INCIDENCIAS:**

- 1 SIN PRIMER CONTACTO
- 2 ABANDONO DESPUÉS DE PRIMER CONTACTO (solo visto una vez)
- 3 ABANDONO EN EVALUACIÓN (durante el 1º mes)

## ESCALA DE VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL (EVDP)

### ESCALA DE VALORACIÓN DE DESEMPEÑO PSICOSOCIAL HOJA DE RESPUESTA E.V.D.P.

NOMBRE:

DISTRITO:

Nº HISTORIA:

FECHA:

#### I.- COMPETENCIA PERSONAL

	0	1	2	3	4
<b>A) AUTOCUIDADOS :</b>					
a.1 * Higiene Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a.2 * Vestido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a.3 * Alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>B) HÁBITOS DE VIDA :</b>					
b.1 * Hábitos de vida saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.2 * Hábitos de sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.3 * Consumo de sustancias tóxicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C) AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL :</b>					
c.1 * Autocontrol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.2 * Habilidades sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.3 * Solución de problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>D) CAPACIDADES COGNITIVAS :</b>					
d.1 * Hab.cognitivas básicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.2 * Procesamiento de información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.3 * Capacidad de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>E) AUTONOMÍA BÁSICA:</b>					
e.1 * Manejo de dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.2 * Manejo de transportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.3 * Manejo del entorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.4 * Conocimientos educ.básicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	0	1	2	3	4
<b>F) AUTONOMÍA SOCIAL :</b>					
f.1 * Capacidad de gestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.2 * Manejo de recursos sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.3 * Manejo de ocio y tiempo libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>G) CAPACIDAD LABORAL :</b>					
g.1 * Situación laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.2 * Capacidad laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.3 * Motivación laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>H) RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO :</b>					
h.1 * Conciencia de enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.2 * Responsabilidad ante el trat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.3 * Respuesta al tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.4 * Efectos secundarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## II.- SOPORTES SOCIALES

### I) RED DE APOYOS

#### (SOPORTES INFORMALES)

i.1 * Actividad principal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.2 * Soporte familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.3 * Red de apoyo social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### J) RED DE APOYO

#### (SOPORTES FORMALES)

j.1 * Autonomía económica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j.2 * Soporte residencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j.3 * Inserción en recursos sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## III.- ASPECTOS CLÍNICOS

k.1 * Evolución par. transversales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k.2 * Evolución nº ingresos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k.3 * Evolución nº crisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AÑOS DE EVOLUCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIVEL PREMÓRBIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIVEL INTELECTUAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## **PROCESO DE EVALUACIÓN**

La evaluación se realiza de forma multidisciplinar por el psicólogo, el trabajador social, el terapeuta ocupacional y las observaciones de los monitores de taller o educadores. Dicha evaluación es guiada por el psicólogo.

Entendemos que la base de la intervención es una buena evaluación y por eso debe disponer de todos los medios e instrumentos para recabar la información que permita establecer el plan de rehabilitación.

A continuación presentamos un esquema del proceso de evaluación desde que el usuario es derivado desde un servicio de salud mental hasta que se inicia el proceso de intervención propiamente dicho.

También se presenta un listado de instrumentos de evaluación por áreas de funcionamiento. Se trata de un guión abierto y limitado a la realidad y situación concreta de cada CRPSL. Aquí solo se ejemplifica un posible guión de instrumentos específicos que se han mostrado útiles para el proceso de un CRPSL.

Por tanto, cada CRPSL deberá elaborar una guía de instrumentos de evaluación (entrevistas, test, escalas, registros, etc ...), que sirva para el conocimiento previo de todos los déficits, capacidades, habilidades, conocimientos, apoyos y todos aquellos factores que permitan el diseño del plan individualizado de rehabilitación (PIR). Esta guía deberá presentarse y ser aprobada por los técnicos de FISLEM.

Sin embargo, **todos los CRPSL deberán mantener la misma estructura en el proceso de evaluación funcional**. Nos referimos a que, al terminar la recogida de evaluación previa, se llevará a cabo una reunión de equipo denominada "junta de evaluación", en la que todos los profesionales del centro, de forma conjunta, elaborarán una propuesta de intervención, a partir de la integración y globalización de toda la información recabada. Esta propuesta se constituirá en el plan individualizado de rehabilitación en el que se marcarán los objetivos a alcanzar y las actividades necesarias para su consecución.

El PIR quedará plasmado por escrito.



## EVALUACIÓN

### INSTRUMENTOS

#### PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

#### 1.- INSTRUMENTOS DE CARÁCTER ESPECÍFICO

##### ASPECTOS CLÍNICOS

- SANS (Síntomas Positivos)
- SAPS (Síntomas Negativos)

##### FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

- Mini-Mental (Deterioro Cognitivo)
- WAIS III (Funcionamiento Cognitivo)

##### AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

- STAI (Ansiedad)
- BDI (Depresión)
- Rosenberg (Autoestima)
- C. Vida
- SECHS (H. Sociales)

##### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- REA (Actividades de autonomía)

##### EVALUACIÓN FAMILIAR

- MOSS (Escala de Clima Familiar)
- CPNF (cuestionario de percepción de problemas de la familia)
- ERVI (Escala de restricción de vida)

##### DESEMPEÑO LABORAL

- EOTA (Escala de Observación en los Talleres)
- CML (Cuestionario de motivación Laboral)
- REHABE (Registro de H.H. de Búsqueda de Empleo)
- CAIL (Cuestionario de actividades de Inserción Laboral)

##### OTROS INSTRUMENTOS

- URC (Uso de Recursos Comunitarios)
- LIO (Listado de Intereses de Ocio)
- CPNU (Cuestionario de Percepción de Necesidades del Usuario)
- EOTA (Escala de Observación en los Talleres)
- RED (Registro de Evaluación Domiciliaria)

#### 2. INSTRUMENTOS DE CARÁCTER GLOBAL

##### DESEMPEÑO PSICOSOCIAL GLOBAL

- EVDP (Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial)



Los instrumentos específicos consisten en escalas y cuestionarios que tratan de objetivar aspectos clínicos y psicosociales. Recogen información sobre sintomatología, funcionamiento cognitivo, autocuidados, habilidades sociales, aspectos familiares, desempeño de roles y medio ambiente del sujeto.

Posibilitan luego el agrupamiento de conductas y síntomas por áreas que posteriormente faciliten una comprensión global del funcionamiento del sujeto, mediante la cumplimentación del EVDP.

Los instrumentos específicos son útiles para plantear metas concreta, objetivos y establecer acciones para el tratamiento. Proporcionan una evaluación a nivel más molecular junto con las entrevistas.

El EVDP es un instrumento más general, muy útil para completar la evaluación funcional e integrar todos los datos moleculares extraídos anteriormente en un nivel más molar y funcional.

Con la aplicación del EVDP se completa el Plan Individualizado de Rehabilitación del paciente.

La aplicación de estos instrumentos nos sirve para evaluar la evolución del PIR. Con administraciones repetidas podemos apreciar los efectos del tratamiento y los progresos.

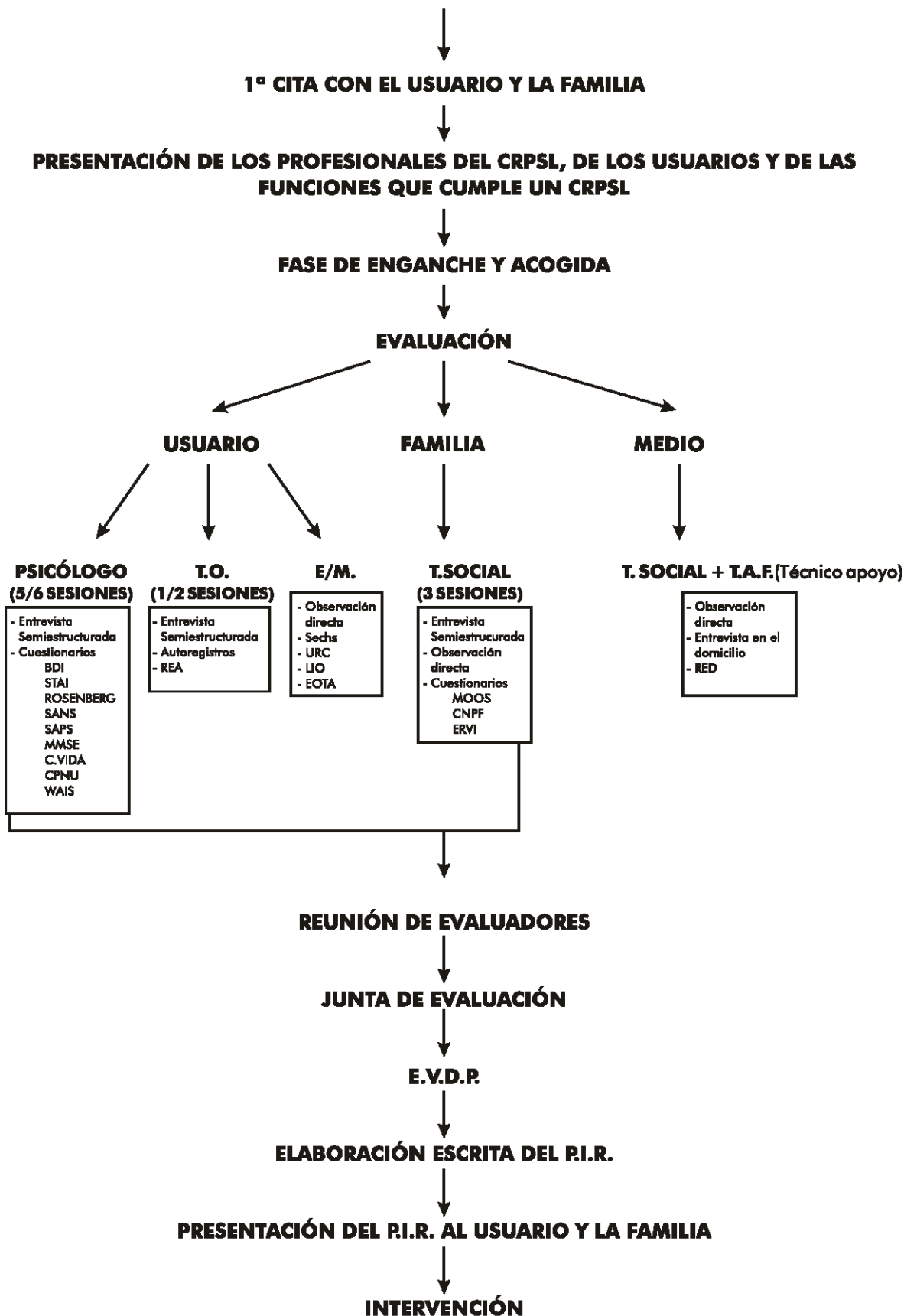
Toda esta información se operativiza en el PIR, herramienta de referencia básica.





### PROCESO DE EVALUACIÓN

#### DERIVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA



Cuando llega un paciente, comienza la evaluación funcional.

Cada profesional encargado de un área de funcionamiento a evaluar operativiza la información extraída con las escalas y entrevistas en una propuesta de tratamiento individualizado (mirar propuesta de PIR de cada profesional en este mismo anexo).

- Marcará objetivos generales que tengan que ver con lo ideal o final que se pretende con el paciente.
- Plantea objetivos específicos, precisos y concretos. Estarán formulados en forma de conducta y corresponderán con cada una de las habilidades que necesite adquirir o potenciar.
- Se establecen prioridades en el proceso de los objetivos (ACP, AMP y ALP).
- Se especificarán las acciones a realizar dentro del CRPSL y su carácter individual o grupal.

En la junta de evaluación se cumplimenta el EVDP, estructurando e integrando toda la información extraída en el proceso en áreas de funcionamiento personal, social y laboral.

El último paso es dejar escrito el PIR completo del paciente, herramienta básica que guiará todo el proceso del caso en el Centro (ver anexo 12)

Al ser el CRPSL un contexto de aprendizaje donde observar el funcionamiento, déficit y capacidades de los usuarios, es relevante que **todos los profesionales** tomen parte activa en el diseño del PIR. Así, la información recaba por un profesional (TO, TS, Ps, Ed, Mon) se complementará por la recogida por los demás.

El psicólogo será el encargado de integrar todas las propuestas que aporte el equipo en un PIR estructurado, integrado y con secuencias claras en su desarrollo (ver anexo 12). Hay que destacar la importancia de que este PIR establezca claramente la secuencia temporal en el desarrollo de todos los objetivos propuestos en la evaluación y qué especifique de qué forma se van a abordar esos objetivos, de acuerdo a la estructura de actividades y programas del centro.



## PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

1.- APELLIDOS:	2.- NOMBRE:
3.- N° HISTORIA:	4.- U.S.M.:
5.- EDAD:	6.- F. NACIMIENTO:
7.- DIAGNÓSTICO:	8.- DOMICILIO:

EVALUADOR	FECHA:
-----------	--------

TUTOR:	FECHA:
--------	--------

Se trata de formular las necesidades del usuario, los objetivos específicos en los que se centrará la intervención para cubrir esas necesidades, las acciones a desarrollar dentro del CRPSL secuenciadas en el tiempo, especificando si serán individuales o grupales, y las actividades a las que pasará el paciente y su familia.

Estos objetivos se derivan directamente del nivel de desempeño del paciente en cada área de funcionamiento.

Para cada objetivo enunciado deberá quedar especificado el profesional que va a llevar a cabo el entrenamiento y los agentes externos que van a intervenir en el proceso, así como cualquier otro aspecto que pueda resultar relevante.

### 1.- OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN

ACP: A Corto Plazo

AMP: A Medio Plazo

ALP: A Largo Plazo





## 2.- ACTIVIDADES A REALIZAR

Fdo:



## **PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN**

Para la consecución de los objetivos de rehabilitación, se hace necesaria una metodología de trabajo estructurada y con secuencias claras de desarrollo cuyo factor esencial es la confección del Plan Individualizado de Rehabilitación. Este es el vehículo que posibilita el desarrollo y éxito del trabajo. Consideramos que dicho Plan debe tener o reflejar las siguientes características:

- Evaluación de déficits y capacidades.
- Plan estructurado, secuencial e individual.
- Delimitación clara de objetivos.
- Delimitación en el tiempo.
- Adecuación al contexto del usuario.
- Adecuación a las expectativas del usuario.
- Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del PIR.
- Observación y seguimiento del usuario en su desempeño real.
- Salida real de reinserción.
- Evaluación continua del desarrollo del Plan y resultados.

A continuación se muestran 2 modelos de PIR que pueden servir para plasmar por escrito la intervención y que se abarcan los criterios anteriormente mencionados.



## PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

1.- APELLIDOS:	2.- NOMBRE:
3.- N° HISTORIA:	4.- U.S.M.:
5.- EDAD:	6.- F. NACIMIENTO:
7.- DIAGNÓSTICO:	8.- DOMICILIO:

EVALUADOR	FECHA:
-----------	--------

TUTOR:	FECHA:
--------	--------

Se trata de formular las necesidades del usuario, los objetivos específicos en los que se centrará la intervención para cubrir esas necesidades, las acciones a desarrollar dentro del CRPSL secuenciadas en el tiempo, especificando si serán individuales o grupales, y las actividades a las que pasará el paciente y su familia.

Estos objetivos se derivan directamente del nivel de desempeño del paciente en cada área de funcionamiento.

Los objetivos deberán reflejar las necesidades detectadas por cada uno de los profesionales durante la evaluación funcional, estando integrados y secuenciados claramente por áreas de funcionamiento.

### 1.- NECESIDADES Y RECURSOS

#### 1.1.- NECESIDADES DEL USUARIO

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



## 1.2. RECURSOS DEL USUARIO

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

## 2.- OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN

### 2.1.- OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN

### 2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN

**ACP: A Corto Plazo**

**AMP: A Medio Plazo**

**ALP: A Largo Plazo**



## 2.3.- OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN

### 3.- DESARROLLO DEL PLAN

#### 3.1.- DESARROLLO DE OBJETIVOS

#### 3.2.- ACTIVIDADES A REALIZAR

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

, de de 200 .

Fdo.: PSICÓLOGO

Fdo.:TUTOR





## PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

### OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS PARA ALCANZARLOS

**NOTA IMPORTANTE:** Para cada objetivo enunciado deberá quedar especificado el profesional que va a llevar a cabo el entrenamiento, el carácter individual o grupal de dicho entrenamiento, el contexto en el que se va a realizar y los agentes externos que van a intervenir en el proceso, así como cualquier otro aspecto que pueda resultar relevante.

#### EN RELACION A LA SITUACIÓN SOCIAL:

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO

#### EN EL ÁREA FAMILIAR:

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO

#### EN CUANTO A LAS RELACIONES SOCIALES Y LA RED DE APOYO:

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:



**EN CUANTO A LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN RELACIÓN A LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL AUTOCONTROL:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN CUANTO A LAS CAPACIDADES COGNITIVAS:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA PERSONAL:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:



**EN OCIO Y TIEMPO LIBRE:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN EL DESEMPEÑO SOCIAL:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN CUANTO A LA FORMACIÓN Y EL EMPLEO:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

**EN OTROS ASPECTOS QUE, POR SU ESPECIAL RELEVANCIA, NO SE HAN MENCIONADO CON ANTERIORIDAD:**

A CORTO PLAZO:

A MEDIO PLAZO:

A LARGO PLAZO:

## **SISTEMA DE TUTORÍAS**

### **TRABAJO DE TUTORÍA**

#### **1.- EL TUTOR**

El tutor es la persona encargada de valorar la ejecución del plan individualizado de rehabilitación de cada paciente que tiene asignado. Facilitará su adaptación durante los primeros días en el Centro. Contribuirá en la realización del plan individualizado de rehabilitación y será la persona que siga más directamente su ejecución. Estará en contacto con el psicólogo que supervise la tutoría, y todos los profesionales que realicen cada actividad con el paciente. Puede recibir información y asesoramiento de todos ellos y proponer acciones de interés para un mejor desarrollo del plan. Con el facultativo responsable del plan de rehabilitación del paciente, el tutor realizará las supervisiones quincenales y las valoraciones semestrales, pudiendo proponer las metas y las acciones que considere eficaces para el logro de los objetivos. En las reuniones semanales del equipo sobre la valoración de los casos, deberán exponer su criterio sobre la evolución del paciente.

En general, debe ejercer un papel fundamental a la hora de articular en la vida del paciente los recursos asistenciales, residenciales, económicos, ocupacionales que se requieren para garantizar la recuperación del paciente y su integración en la comunidad.

Por tanto constituye el eje fundamental de la rehabilitación del usuario. Es el instrumento que posibilita la continuidad de cuidados y maximiza la utilización de recursos del CRPSL según las necesidades del caso.

La idea fundamental es que da coherencia al PIR que se ha construido con el usuario mediante el seguimiento estrecho del caso asignado.

#### **2.- ASIGNACIÓN DE TUTOR**

Se designarán a cada usuario y familia un tutor para atender a sus demandas desde una perspectiva integradora. La labor de ambos profesionales está respaldada por la estructura del CRPSL. Se trata de un trabajo multidisciplinar entre el psicólogo y el tutor con el resto de profesionales (trabajador social, terapeuta, monitores, educadores, etc.).

Después de elaborar el plan de rehabilitación de cada paciente se le asignará un tutor definitivo en el Centro.

Sin embargo, al día siguiente de ingresar un usuario, existirá una persona de referencia que hará un seguimiento muy estrecho del paciente durante los primeros 15 o 30 días favoreciendo su orientación y adaptación al nuevo ambiente: le explicarán los horarios, le informarán sobre las actividades realizadas en el centro, observarán como se maneja en las diferentes situaciones y en todas las áreas de autonomía, y realizará las aclaraciones que necesite. Esta persona de referencia será uno de los miembros del equipo que esté participando el plan de rehabilitación provisional del paciente (acogida, evaluación funcional y talleres). Este responsable del caso durante las primeras semanas en el Centro facilitará al facultativo que este realizando la evaluación funcional cualquier información que sea relevante de cara a la elaboración del plan individualizado de rehabilitación.

Todos los usuarios tendrán asignado algún tutor. El psicólogo supervisa a varios tutores, formando miniequipos. El seguimiento de la fase de rehabilitación será realizado por los tutores de cada paciente en el Centro de Rehabilitación y la Unidad de Salud Mental y el facultativo que cada paciente tenga asignado.

Todo el personal del CRPSL podrá ser tutor de usuarios. La asignación se hará según las necesidades detectadas.

### 3.- SEGUIMIENTO DE TUTORÍA

#### 3.1.- Valoraciones semanales o quincenales

Semanalmente o quincenalmente el tutor y el psicólogo harán alguna anotación en la hoja de registro, reflejando el nivel de desempeño del paciente en las diferentes áreas de autocuidado y autonomía que hayan quedado reflejadas en su PIR.

#### 3.2.- Valoraciones semestrales

A lo largo del año se harán dos evaluaciones generales de cada paciente debiendo rellenar el tutor la escala de valoración del desempeño psicosocial. Estas evaluaciones se realizarán en las siguientes fechas: Febrero y Julio.

Durante la primera semana que se realiza la evaluación serán cuantificados los datos y pasados al ordenador. El administrativo sacará al final de la semana el diagrama de barras de cada paciente donde figuran los resultados de la evaluación y en que grupo se sitúa por cada área. Se harán copias de estos diagramas para el tutor del centro y el coordinador.

#### 3.3.- Aplicación del plan individualizado de rehabilitación

Cada miniequipo (formado por el tutor y el psicólogo responsable) se reunirán una vez cada semana o cada quince días, para valorar la evolución de los pacientes asignados a ese miniequipo y establecer las estrategias de intervención. Se valoran los déficits y necesidades, se plantean objetivos y metas concretas y se determinan acciones. En las Hojas de seguimiento del plan individualizado de rehabilitación se realizan las anotaciones que corresponda atendiendo a las siguientes categorías:

**DÉFICITS:** Se reflejarán las áreas deficitarias que se consideren más prioritarias para conseguir mejoras en las áreas de funcionamiento psicosocial.

Las áreas corresponderán a las que figuran en la escala EVDP.

**OBJETIVOS** Los objetivos coincidirán con las áreas deficitarias detectadas.

La especificación de metas se hará con absoluta claridad, sin que de lugar a ambigüedades, adaptándose lo más posible a los objetivos detectados en el PIR.

Los objetivos se abordarán de forma progresiva y solo se establecerán aquellos sobre en los que en los siguientes tres meses se vayan a dirigir acciones específicas, ya sean individuales o grupales.

**ACCIONES:** Se describirán aquellas acciones o actividades que se decida poner en práctica para conseguir las metas. Se indicará con una señal (I) si son acciones individualizadas, (G) si son grupales, (T) si se van a realizar por la tarde, (M) si se hacen por la mañana.

**VALORACIÓN:** Se harán indicaciones que correspondan con la valoración global del desempeño, se toma como referencia de valoración la realización del comportamiento en una persona no enferma.

Cada miniequipo tendrá las reuniones de seguimiento por separado. Luego se pondrán de acuerdo para decidir sobre aquellas unidades de aprendizaje que se desee trabajar en grupo, y para formar los grupos de pacientes. Posteriormente se informará al responsable del Centro para acordar los profesionales que realizarán cada grupo y los horarios.

### 3.4.- Trabajo asistencial del tutor

Como hemos visto el personal del Centro desempeña un papel relevante en el desarrollo del plan de rehabilitación de cada paciente.

- Puede participar en las actividades grupales apoyando a la persona responsable de cada actividad.
- Participa en todo el proceso de valoración y evaluación del paciente, realizando las anotaciones que correspondan en el registro y rellenando la escala EVDP.
- Tendrán una carpeta donde figure cada uno de los sus pacientes tutelados: hojas de seguimiento de tutorías, hojas de diagrama de barras, copia de escala EVDP, copia de PIR.
- Mensualmente y siempre que se considere necesario, el tutor y el facultativo se podrán reunir con la familia de los pacientes. El objetivo es informar a la familia sobre la evolución del plan, colaborar para que observen como se desenvuelve durante los periodos que el paciente pasa en casa, y en general tratar de incorporar a la familia en el desarrollo de los objetivos planteados.
- Es función suya seguir muy de cerca el desarrollo de las actividades que tenga asignadas y la evolución del aprendizaje que vaya adquiriendo o recuperando. Estará muy atento para reforzar los avances que vaya observando y consolidar aquellos que ya haya conseguido.

De forma operativa y sin ánimo de ser exhaustivos, el tutor realiza una labor asistencial en todas las fases de la intervención realizando al menos las siguientes actividades:

- Orienta el caso antes de empezar su PIR
- Evalúa áreas deficitarias
- Detecta conductas problema que pueden interferir con la rehabilitación
- Identifica factores de riesgo y situaciones de crisis
- Define objetivos concretos y ajustados a la realidad del usuario
- Interviene de forma individual con el usuario y la familia
- Propone acciones concretas
- Moviliza al resto de equipo
- Se coordina con el resto de los profesionales para evitar bloqueos del PIR
- Hace los seguimientos tras el alta
- Realiza la labor de apoyo para la integración en recursos comunitarios normalizados

### 3.5.- Funciones del tutor.

1. Redactar conjuntamente con el resto de profesionales los planes individualizados de rehabilitación.
2. Mantener la ficha de seguimiento del caso, anotando los datos que se requieren.
3. Registrar en la hoja de tutorías las incidencias del caso, al menos una vez cada quince días.
4. Realizar actividades que hayan sido acordadas en su PIR
5. Acudir a la junta de tutores. Convocar la junta de tutores si lo estima necesario
6. Mantener contactos con el dispositivo que ha derivado el caso si es necesario
7. Promover la consulta psiquiátrica si el caso lo requiere
8. Promover o realizar las visitas domiciliarias y las intervenciones en el domicilio cuando el caso lo requiera
9. Visitar a su tutelado si no acude al centro o está ingresado. Participar en la preparación del alta.

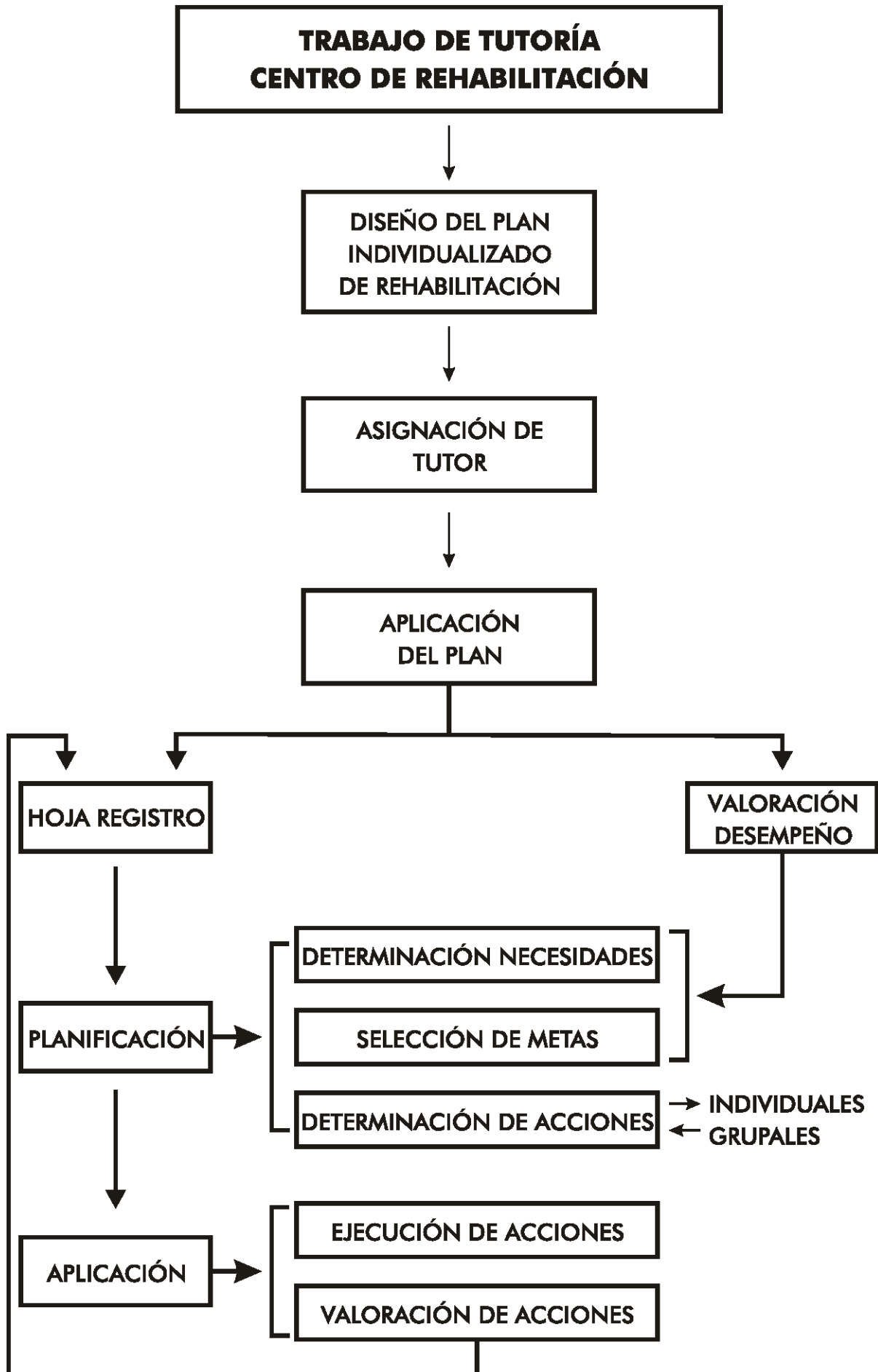


#### **4.- LA JUNTA DE TUTORES**

Una vez al mes el coordinador convoca la junta de tutores para considerar:

- Valorar la distribución de casos que ha realizado el responsable
- Una actividad docente continuada de formación en técnicas de tutoría de enfermos mentales y sus familias
- Una actividad evaluadora del trabajo realizado
- Estudio de casos especialmente difíciles









NOMBRE: .....	HOJA Nº: .....	VALORACIÓN
TUTOR: .....	ACCIONES	
OBJETIVOS		
ÁREA DEFICITARIA		
FECHA		



## **HOJA DE ATENCIONES INDIVIDUALIZADAS**

### **HOJA DISEÑO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS CRPSL**

**NOMBRE DEL USUARIO:**

**Nº hoja** \_\_\_\_\_

**FECHA:**

**Nº HISTORIA:**

**PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN:**

**TUTOR:**

**OBJETIVO/S PRINCIPAL/ES (PIR):**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN:**

**Nº SESIONES:**

**LUGAR:** MEDIO  
CENTRO  
DOMICILIO

**APOYOS IMPLICADOS:**

FAMILIA  
OTROS USUARIOS  
PROFESIONALES  
OTROS RECURSOS

**ACTIVIDADES A REALIZAR:**

**OBSERVACIONES:**



## HOJA DE DERIVACIÓN A ACTIVIDADES

**ACTIVIDAD :**

**NOMBRE USUARIO :**

**OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD :**

**FECHA DEL 1º CONTROL :**

Objetivos alcanzados :

**FECHA DEL 2º CONTROL:**

Objetivos alcanzados :

**FECHA DEL 3º CONTROL:**

Objetivos alcanzados :







## HOJA DIARIO DEL PROGRAMA

FECHA: \_\_\_\_\_ N° DE SESIÓN : \_\_\_\_\_

PROGRAMA: \_\_\_\_\_ MÓDULO: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

**Objetivos de la sesión:**

**Actividades realizadas en la sesión:**

**Resultados:**

**Tareas para el próximo día:**

**Asistentes:**

NOMBRE	TRAETAREA	OBSERVACIONES

**FICHA DE PASO A SEGUIMIENTO**

**FICHA DE PASO A FASE DE SEGUIMIENTO.**  
**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO**

Nombre: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel conseguido:

Objetivos pre:

Objetivos alcanzados:

<b>MEDIDAS PRE. FECHA:</b>	
	<b>PUNTUACIÓN</b>
<b>EVDP</b>	
<b>SANS</b>	
<b>SAPS</b>	

<b>MEDIDAS PRE. FECHA:</b>	
	<b>PUNTUACIÓN</b>
<b>EVDP</b>	
<b>SANS</b>	
<b>SAPS</b>	
<b>SATISFACCIÓN</b>	

## **REGISTRO DE RECURSOS UTILIZADOS**

### **Uso de recursos comunitarios 1**

#### **Registro de recursos de ocio**

Nombre	NºHistoria	Tipo de actividad	Tipo de recurso	Fecha de inicio	Fecha de fin	Terminación	Abandono (fecha)

### **Uso de recursos comunitarios 2**

#### **Registro de recursos educativos**

Nombre	NºHistoria	Tipo de actividad	Tipo de recurso	Fecha de inicio	Fecha de fin	Terminación	Abandono (fecha)

### **Uso de recursos comunitarios 3**

#### **Uso de recursos de formación laboral**

Nombre	NºHistoria	Tipo de actividad	Tipo de recurso	Fecha de inicio	Fecha de fin	Terminación	Abandono (fecha)

### **Uso de recursos comunitarios 4**

#### **Uso de otros recursos comunitarios**

Nombre	NºHistoria	Tipo de actividad	Tipo de recurso	Fecha de inicio	Fecha de fin	Terminación	Abandono (fecha)





**REGISTRO DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS**

NOMBRE	Nº HISTORIA	MOTIVO	TIPO	FASE	DURACIÓN	INGRESOS EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS

**HOJA DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PIR**

**NOMBRE :** \_\_\_\_\_ **FECHA INGRESO :** \_\_\_\_\_  
**TUTOR CRPSL:** \_\_\_\_\_ **TUTOR USM.:** \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_ **PSICOTERAPEUTA:** \_\_\_\_\_  
**N° DE HISTORIA:** \_\_\_\_\_  
**SEMESTRE:** \_\_\_\_\_ **USM:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS GENERALES / SEMESTRE ANTERIOR:**

**ACTIVIDADES REALIZADAS:**

**OBJETIVOS ALCANZADOS:**

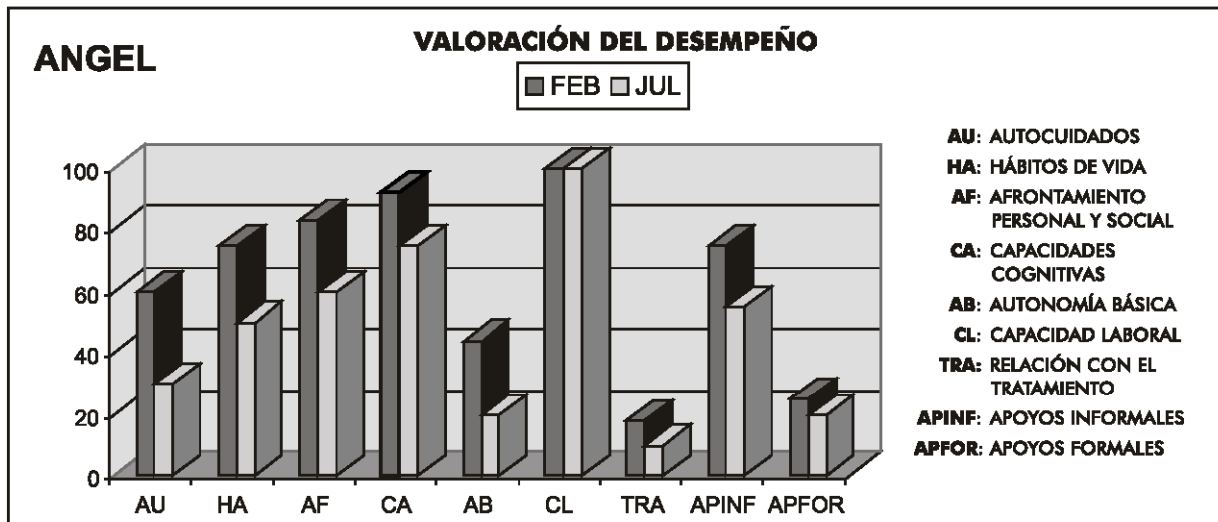
**OBJETIVOS DEL PRÓXIMO SEMESTRE :**

**ACTIVIDADES A REALIZAR, HORARIO DE ACTIVIDADES :**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00 - 10:00					
10:00 - 10:45					
10:45 - 11:30					
11:30 - 12:00					
12:00 - 13:00					
13:00 - 14:00					

**DIAGRAMA DEL DESEMPEÑO PACIENTES**

## CUANTIFICACIÓN DE LOS DATOS EN EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL



Cada una de las barras equivale al porcentaje de deterioro obtenido para un área concreta. Por ejemplo, para el área de autocuidados, la puntuación equivale a la suma máxima de todos los ítems de la escala (higiene personal+vestido+alimentación), dividido por la máxima puntuación posible (en este caso 12) y multiplicado por 100. De esta forma obtenemos el porcentaje de deterioro global para esa área.



## **ESQUEMA MEMORIA ANUAL FINAL CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL**

Las memorias deben tener el siguiente formato e incluir los siguientes datos:

### **1. Introducción**

Se hará referencia a la adscripción administrativa y técnica del CRPSL, los objetivos generales del centro y la sectorización que tiene.

### **2. Datos globales de atención**

Son los datos sobre derivaciones, accesos, lista de espera y salidas del centro. Se deberán presentar los datos por zonas, áreas y total del centro. Los puntos a incluir son:

#### **2.1. Derivación**

- 2.1.1. Número de derivaciones y procedencia
- 2.1.2. Personas aceptadas
- 2.1.3. Personas no aceptadas
- 2.1.4. Personas que no han acudido a primera cita (sin primer contacto)

#### **2.2. Lista de espera**

- 2.2.1. Tiempo medio de lista de espera
- 2.2.2. Número de pacientes en lista de espera

#### **2.3. Usuarios atendidos**

- 2.3.1. Usuarios atendidos

#### **2.4. Usuarios que han salido del centro**

- 2.4.1. Altas
- 2.4.2. Bajas (Especificar tipo de baja)

#### **2.5. Comentarios sobre la atención**

### **3. Perfil de la población atendida**

Se limitará a presentar las medias de los datos más relevantes. Es decir, se plasmará el perfil medio del usuario que se atiende en el centro, sin incluir las gráficas o datos de cada una de las variables medidas.

### **4. Datos de ocupación**

Son los datos referidos al movimiento asistencial interno del CRPSL. Se reflejarán los siguientes puntos:

- 4.1. Porcentaje de ocupación
- 4.2. Duración de la estancia en el CRPSL.

### **5. Datos del proceso de rehabilitación**

Son los datos de las diferentes fases, programas y actividades que se desarrollan en el centro. Tienen que reflejarse os siguientes puntos:

- 5.1. Fase de trabajo previo
- 5.2. Fase de evaluación y planificación
  - 5.2.1. Número de usuarios evaluado
  - 5.2.2. Número de PIR confeccionados

- 5.3. Fase de intervención
  - 5.3.1. Tutorías
    - 5.3.1.1. Número de tutorías
  - 5.3.2. Atención individual
    - 5.3.2.1. Número de personas en atención individual
    - 5.3.2.2. Número de actividades de atención individual
  - 5.3.3. Atención en grupo
    - 5.3.3.1. Número de grupos/número de personas
    - 5.3.3.2. Número de talleres/número de personas
- 5.4. Número de actividades realizadas fuera del centro
  - Actividades de ocio, excursiones y vacaciones.
- 5.5. Fase de seguimiento
  - 5.5.1. Número de usuarios en seguimiento
- 5.6. Comentarios sobre la atención

## 6. Resultados de la intervención

Se recogerán datos sobre los siguientes puntos:

- 6.1. Uso de recursos comunitarios estructurados
  - 6.1.1. Formación
  - 6.1.2. Ocio
  - 6.1.3. Otros
- 6.2. Uso de recursos comunitarios protegidos.
- 6.3. Uso de recursos comunitarios no estructurados.
- 6.4. Integración laboral
- 6.5. Ingresos hospitalarios
- 6.6. Satisfacción

Los datos presentados serán los de utilización de recursos comunitarios estructurados y se recogerán por ejemplo el número de actividades realizadas y el número de usuarios que las han desarrollado.

**En el caso de los ingresos hospitalarios, se incluirá la tabla correspondiente al nº de ingresos antes y después de la intervención desde el centro en usuarios que llevan como mínimo un año en intervención.**

## 7. Coordinación

Se recogerán el número de reuniones de coordinación con salud mental y aquellos datos que cada centro considere relevantes.

También se recogen el número de reuniones de coordinación internas para la supervisión de casos que tienen cada psicólogo con los tutores correspondientes.

Los apartados de este punto pueden ser:

- 7.1. Servicios de salud mental
- 7.2. Comisión técnica del PSM de área
- 7.3. Servicios sociales
- 7.4. Coordinación con otros recursos (laborales, residenciales, etc.)
- 7.5. Reuniones de supervisión de casos

## **8. Otras actividades del CRPSL**

Punto de formato libre en el que se recogerán aquellos aspectos que se consideren de interés: vinculación con asociaciones de familias, voluntariado, etc.

## **9. Valoración y comentarios**

Se reflejará la situación global del centro y todos aquellos puntos de interés para que las personas a quien se dirige la memoria entiendan la atención que se presta, sus dificultades y los resultados alcanzados.

También, si no es la primera memoria, se realizará la valoración del cumplimiento de los objetivos marcados en la memoria del año anterior.

En éste apartado se incluirá la valoración con respecto a los estándares de calidad.

## **10. Objetivos para el año siguiente**

Se recogerán los objetivos operativos planteados para el siguiente año: modificaciones de actividades, objetivos de atención, puntos de interés a los que se ha de prestar más atención, objetivos de integración, objetivos en relación con otros dispositivos o instituciones, etc.

Se dividirán en:

10.1. Objetivos de infraestructura o mejoras físicas

10.2. Objetivos asistenciales

10.3. Objetivos de apoyo laboral, residencial, comunitario...

10.4. Objetivos de soporte ....

## **11. Anexos**

Si procede se reflejarán en este apartado actuaciones concretas del centro que se consideren de interés: evaluación de programas, investigaciones, diseño de nuevos programas, docencias, participación en congresos, etc.



## **FORMACIÓN INTERNA CONTINUADA**

A continuación se presenta una ejemplificando la forma que podría tener el programa de formación interna, en cuanto a organización y contenidos.

Este programa deberá figurar en el tablón de los profesionales y ser conocido por todos ellos.

### **FORMACIÓN INTERNA CONTINUADA DE PROFESIONALES**

- **Viernes, 16 de Marzo. (coordinador)**  
***Organización de la atención en el CRPSL***  
***Estructura de los programas***
- **Viernes, 30 de marzo (psicólogo y trabajador social)**  
***Evaluación funcional y diseño del plan individualizado de rehabilitación***
- **Viernes, 20 de abril (educadores)**  
***Programa de entrenamiento en habilidades sociales***
- **Viernes, 4 de mayo (Psicólogo)**  
***Programa de psicoeducación para la salud de pacientes***
- **Viernes, 18 de mayo (Psicólogo y trabajador social)**  
***Programa de psicoeducación de familias***
- **Viernes, 1 de Junio (Psicólogo)**  
***Programa de autocontrol y afrontamiento del estrés***
- **Viernes, 15 de Junio (Psicólogo y terapeuta)**  
***Programa de rehabilitación cognitiva***
- **Viernes, 29 de Junio (Terapeuta)**  
***Programa de entrenamiento en actividades de la vida diaria***
- **Viernes, 7 de Septiembre (Educador)**  
***Programa de Orientación Sociocultural***
- **Viernes, 21 de Septiembre (Trabajador social)**  
***Trabajo Social en el CRPSL***
- **Viernes, 5 de Octubre (Centro Social)**  
***Programa de Integración Comunitaria***
- **Viernes, 19 de Octubre (Terapeuta)**  
***Programa de psicomotricidad***
- **Viernes, 9 de Noviembre (Psiquiatra USM)**  
***Psicofarmacología***



## PROGRAMACIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES:

- Viernes, 16 de Marzo
- Viernes, 30 de Marzo
- Viernes, 20 de Abril
- Viernes, 4 de Mayo
- Viernes, 18 de Mayo
- Viernes, 1 de Junio
- Viernes, 15 de Junio
- Viernes, 29 de Junio
- Viernes, 7 de Septiembre
- Viernes, 21 de Septiembre
- Viernes, 5 de Octubre
- Viernes, 19 de Octubre
- Viernes, 9 de Noviembre

### LUGAR:

CENTRO DE REHABILITACIÓN

### HORARIO:

DE 13:00H. A 15:00H.

### MÉTODO:

La utilización de una metodología estructurada y con una base de conocimientos sólidos y demostrados nos permitirá mejorar la eficacia de nuestra práctica diaria.

Cada profesional proporcionará bibliografía o lecturas sobre el tema a dar. La administrativa fotocopiará y repartirá el material 7 días antes. Si hay algún material que no se encuentre se solicitará con suficiente antelación a la administrativo que a su vez se lo dará al Coordinador para que haga la búsqueda oportuna.

Las sesiones tendrán una introducción teórica seguida de casos prácticos y exposición de ejemplos concretos.

Se invitará a otros profesionales de otros centros de trabajo que nos puedan aportar un enfoque complementario y útil para la rehabilitación de los enfermos mentales crónicos.



## **REFERENCIAS DOCUMENTALES**

Para La elaboración de los anexos y el manual de procedimientos nos hemos basado en distintas instituciones y empresas especializadas en la gestión de centros de rehabilitación psicosocial. En concreto se han tomado y adaptado los siguientes elementos:

- Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Protocolo de evaluación de usuarios y la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial del Centro de Rehabilitación de Día.
- CRPS "Vázquez de Mella". Guía de evaluación de la familia, la guía de evaluación del Terapeuta Ocupacional.
- INTRESS. Manual de procedimientos de CRPS gestionados por la empresa, fichas y registros de actividades.
- Escala de satisfacción de pacientes y familiares. Escala de Alicia López (1995), diseñada para su aplicación en centros de rehabilitación psicosocial.
- CRPSL "Tomelloso". Protocolos de evaluación y PIR, procesos de atención, registros y fichas
- Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica de la Comunidad de Madrid. Procesos técnicos y administrativos tomados del "Pliego de prescripciones técnicas para la contratación de la gestión de centro de rehabilitación psicosocial".

## LEY 41/2003 REGULADORA DE PACIENTES, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

40126

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

**22188** LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren, Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo verigo en sancionar la siguiente Ley.

### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Ultimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en

el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad anunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros

agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínica las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

## CAPÍTULO I

### Principios generales

#### Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

#### Artículo 2. *Principios básicos.*

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

#### Artículo 3. *Las definiciones legales.*

A efectos de esta Ley se entiende por:

Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza acti-

vidades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención o información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

## CAPÍTULO II

### El derecho de información sanitaria

#### Artículo 4. *Derecho a la información asistencial.*

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará



al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

#### Artículo 5. *Titular del derecho a la información asistencial.*

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

#### Artículo 6. *Derecho a la información epidemiológica.*

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

### CAPÍTULO III

#### Derecho a la intimidad

##### Artículo 7. *El derecho a la intimidad.*

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

### CAPÍTULO IV

#### El respeto de la autonomía del paciente

##### Artículo 8. *Consentimiento informado.*

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información pre-

vista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

##### Artículo 9. *Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.*

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

**Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.**

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

**Artículo 11. Instrucciones previas.**

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.**

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema

Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

**Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.**

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, o igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

## CAPÍTULO V

### La historia clínica

**Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.**

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

**Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.**

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

#### Artículo 16. Usos de la historia clínica.

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en

relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

#### Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

#### Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia



clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

**Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.**

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

## CAPÍTULO VI

### Informe de alta y otra documentación clínica

**Artículo 20. Informe de alta.**

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

**Artículo 21. El alta del paciente.**

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oír al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

**Artículo 22. Emisión de certificados médicos.**

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

**Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.**

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran

los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

**Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.**

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

**Disposición adicional segunda. Aplicación supletoria.**

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

**Disposición adicional tercera. Coordinación de las historias clínicas.**

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

**Disposición adicional cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.**

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

**Disposición adicional quinta. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.**

La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, se regularán por su normativa específica, sin perjuicio de la aplicación de las reglas establecidas en esta Ley en cuanto a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.

**Disposición adicional sexta. Régimen sancionador.**

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.

40132

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

**Disposición transitoria única. Informe de alta.**

El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.

**Disposición derogatoria única. Derogación general y de preceptos concretos.**

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley y, concretamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

**Disposición final única. Entrada en vigor.**

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 14 de noviembre de 2002.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,  
JOSE MARIA AZNAR LÓPEZ

**22189 LEY 42/2002, de 14 de noviembre, de creación del Colegio de Prácticos de Puerto.**

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.  
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

La promulgación de la Ley 27/1992, de 24 de noviembre, de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, ha supuesto un cambio radical en lo referente a la estructura del practica, configurándolo como un servicio portuario cuya titularidad corresponde a las autoridades portuarias, al tiempo que se residen en la Administración marítima competencias sobre su regulación por razones de seguridad marítima.

Los prácticos de puerto constituyen en la actualidad un conjunto de profesionales con suficientes señas de identidad propias e intereses comunes cuyas legítimas aspiraciones de agrupamiento corporativo merecen ser atendidas por medio del correspondiente cauce legal. En este sentido, la Federación de Prácticos de Puerto de España ha solicitado la creación de un Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto adscrito al Ministerio de Fomento.

Por otra parte, no faltan razones de interés público que justifiquen la creación del Colegio Oficial de Prácticos de Puerto, ya que puede coadyuvar muy eficazmente a la mejor prestación del servicio de practica y servir como órgano cualificado para participar en los

procedimientos de elaboración de normas susceptibles de afectar a dicho servicio con carácter general.

En consecuencia, parece pertinente la creación de un Colegio Oficial de ámbito nacional que, sin perjuicio de las competencias que en esta materia tienen constitucionalmente reconocidas las Comunidades Autónomas, alienda los fines anteriormente referidos y venga a llenar un vacío largamente sentido en el ejercicio de la profesión.

**Artículo 1.**

Se crea el Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto, que tendrá personalidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines con sujeción a la Ley.

**Artículo 2.**

1. El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto agrupará a todos los profesionales con nombramiento de práctico expedido por las autoridades competentes. Asimismo, integrará a aquellos prácticos que estén en posesión del título de Práctico de Número de Puerto y Práctico de Puerto de España y a todos los prácticos de atraques otorgados en concesión.

2. Para ejercer legalmente la profesión, será requisito indispensable estar incorporado al Colegio y cumplir los requisitos legales y estatutarios exigidos por la Ley de Colegios Profesionales y demás normativa que, como prácticos profesionales, les fuere de aplicación.

**Artículo 3.**

El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto se relacionará con la Administración General del Estado a través del Ministerio de Fomento y, en lo sucesivo, con aquel que tenga atribuidas las competencias en la materia.

Dicho Ministerio ostentará la capacidad de convocar al Colegio Profesional para participar en los Consejos u organismos consultivos de la Administración que considere oportunos.

**Disposición transitoria primera.**

El Ministro de Fomento, a propuesta de la Federación de Prácticos de Puerto de España, aprobará los Estatutos provisionales del Colegio, que regularán, conforme a la Ley, los requisitos para la adquisición de la condición de colegiado que permita participar en las elecciones de los órganos de gobierno, el procedimiento y plazo de convocatoria de las mencionadas elecciones, así como la constitución de los órganos de gobierno.

**Disposición transitoria segunda.**

Constituidos los órganos de gobierno colegiales, según lo establecido en la disposición precedente, aquéllos remitirán al Ministerio de Fomento, en el plazo de seis meses, los Estatutos a que se refiere la legislación vigente sobre Colegios Profesionales. El citado Ministerio someterá a la aprobación del Gobierno los mencionados Estatutos. La citada aprobación dejará sin efecto dichos Estatutos provisionales.

**Disposición final primera.**

Se faculta al Ministro de Fomento para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución de la presente Ley.

\*\*\*\*\*

**Consejería de Sanidad**
**Orden de 09-10-2006, de la Consejería de Sanidad, de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha en las Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Guadalajara.**

El mapa sanitario de Castilla-La Mancha, que fue aprobado por Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de agosto de 1996, está integrado por las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, con los municipios y entidades singulares de población, que las integran.

El Decreto 13/1994, de 8 de febrero, de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha, dispone en su artículo 18 que cualquier modificación del mapa sanitario será sometida a información pública. Mediante la Resolución de 19 de julio de 2006, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad sometió a información pública una propuesta de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha. Esta Resolución fue publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha de 31 de julio de 2006.

Finalizado el plazo de información pública, dado que no se han presentado alegaciones a la propuesta de modificación, el Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria ha formulado la propuesta de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha. De acuerdo con dicha propuesta y en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 17 del referido Decreto 13/1994, de 8 de febrero.

Dispongo:

Artículo único:

Se modifica el mapa sanitario de Castilla-La Mancha mediante la creación y modificación de las Zonas Básicas de Salud que figuran en el Anexo de esta Orden.

Disposición derogatoria:

Queda derogado el Anexo de la Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de agosto de 1996, por la que se determina el mapa sanitario de Castilla-La Mancha, en todo aquello que se oponga a lo dispuesto en la presente Orden.

Disposición final:

Esta Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Toledo, 9 de octubre de 2006

El Consejero de Sanidad  
**ROBERTO SABRIDO BERMÚDEZ**

Anexo

Modificación del Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha

A. Zona Básica de Salud que se crea:  
 Área de Salud de Guadalajara.

Zona Básica de Salud de Guadalajara 5 –Manantiales-La Chopera.  
 Municipios: Guadalajara.  
 Entidades singulares de población: Guadalajara.  
 Distrito 5: Sección 1ª, Sección 2ª, Sección 3ª y Sección 4ª.

B. Zonas Básicas de Salud que se modifican:  
 Área de Salud de Guadalajara.

1. Zona Básica de Salud de Guadalajara 1 –Sur.  
 Municipio: Guadalajara.  
 Entidades singulares de población: Guadalajara.  
 Distrito 3: Sección 1ª (C/ Francisco Medina, C/ San Roque, Travesía San Roque, C/ José María Jaudenes), Sección 2ª (Arreal del Agua –nºs impares-, C/ Chorón, C/ Tomás Camarillo, Paseo de San Roque, Paseo Aritmendi, C/ Zaragoza, nº 2 C/ Argentina –nºs pares –zona del Fuerte de San Francisco-), Sección 5ª, Sección 6ª, Sección 7ª y Sección 8ª.  
 Distrito 4: Sección 1ª (C/ Padre Tabernero, C/ Manuel Paez Xaramillo, C/ Virgen de la Soledad –nºs impares desde nº 17-, C/ Amparo –nºs pares desde nº 30-, C/ Dr. Fleming –desde intersección con W. Argumosa hacia Parque José de Cref- C/ Alvargómez de Ciudad Real), Sección 2ª, Sección 3ª, Sección 4ª, Sección 5ª, Sección 6ª, Sección 7ª, Sección 9ª, Sección 10ª y Sección 11ª.

2. Zona Básica de Salud de Guadalajara 2 –Balconillo.  
 Municipio: Guadalajara.  
 Entidades singulares de población: Guadalajara.  
 Distrito 1: Sección 1ª (En su totalidad, excepto: C/ Dos de Mayo, 2 -Colegio Mª Cristina-, C/ Madrid, 1 -Escuela de Magisterio-, Avda. Ejército 2 y 4 -archivo Militar-), Sección 2ª, Sección 3ª, Sección 4ª, Sección 5ª, Sección

6ª, Sección 7ª, Sección 8ª, Sección 9ª (C/ Cifuentes, 28 y 30, C/ Cardenal González Mendoza –desde nº 11 hasta final-, C/ General Moscardó Guzmán), Sección 10ª, Sección 11ª, Sección 12ª, Sección 13ª, Sección 14ª y Sección 15ª.

Distrito 2: Sección 2ª (En su totalidad, excepto: C/ Madrid, 2 -Cuartel Militar San Carlos-).

3. Zona Básica de Salud de Guadalajara 3 –Aiamin.  
 Municipio: Guadalajara.  
 Entidades singulares de población: Guadalajara.  
 Distrito 2: Sección 3ª, Sección 4ª, Sección 5ª, Sección 6ª, Sección 7ª, Sección 8ª, Sección 9ª y Sección 10ª.  
 Distrito 3: Sección 3ª y Sección 4ª.

4. Zona Básica de Salud de Guadalajara 4 –Cervantes.  
 Municipio: Guadalajara.  
 Entidades singulares de población: Guadalajara.  
 Distrito 1: Sección 1ª (C/ Dos de Mayo, 2 -Colegio Mª Cristina-, C/ Madrid, 1 -Escuela de Magisterio-, Avda. Ejército 2 y 4 -Archivo Militar-) y Sección 9ª (C/ Cardenal González Mendoza nºs 1 a 9, C/ Enrique Fluiters, Plazuela del Cerro del Pimiento, C/ Luis Ibarra Landete).  
 Distrito 2: Sección 1ª y Sección 2ª (C/ Madrid, 2 -Cuartel Militar de San Carlos-).  
 Distrito 3: Sección 1ª (C/ Virgen del Amparo hasta nº 39, C/ Capitán Boixareu Rivera, C/ Padre Félix Flores, C/ Nuño Beltrán Guzmán) y Sección 2ª (C/ Marqués, Travesía Arrabal del Agua, C/ Dr. Serrano, C/ Arrabal del Agua, nºs pares).  
 Distrito 4: Sección 1ª (C/ Virgen de la Soledad, nºs. 1 al 15, C/ Wenceslao Argumosa, C/ Virgen del Amparo, nºs. 2 a 28, C/ Santa Teresa de Jesús, Plaza de la Llanilla, C/ Pasaje Dr. Fleming, C/ Capitán Arenas, C/ Dr. Fernández Iparraguirre, nºs. 1 a 9, C/ Dr. Fleming hasta intersección con Wenceslao Argumosa) y Sección 8ª.

\*\*\*\*\*

**Orden de 09-10-2006, de la Consejería de Sanidad, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental.**

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos

sanitarios, tiene por objeto, entre otros aspectos, regular las bases generales del procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios por las Comunidades Autónomas.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha reguló el procedimiento de las autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios mediante el Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En la disposición final primera de este Decreto, se faculta al Consejero de Sanidad para que dicte las Órdenes de desarrollo, en las que se establecerán las condiciones y requisitos que deberán cumplir los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Los trastornos mentales y del comportamiento son un problema sanitario y social de primera magnitud por su elevada prevalencia, así como por la profunda alteración que ocasionan en la calidad de vida de las personas que los padecen, e indirectamente en los familiares y allegados. Los problemas de salud mental se presentan de forma diferente en las distintas etapas vitales y, por ello, es conveniente su trato o separado: salud mental infanto-juvenil, salud mental del adulto, psicogeriatría. El vigente Plan de Salud Mental contempla la adaptación de los recursos materiales y humanos a las necesidades reales en cada área de salud y garantiza la adecuada capacitación de los profesionales.

Los problemas relacionados con el consumo de drogas son abordados específicamente por el Plan Regional de Drogas y están regulados en nuestra Comunidad por la Ley 15/2002, del 11 de julio, de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, que determina en su artículo 19 e) que la Junta de Comunidades tendrá que "establecer las normas necesarias para autorizar, acreditar, e inspeccionar todos los recursos y programas que oferten atención a los drogodependientes". La importancia del problema social y sanitario que representan las drogodependencias justifica una intervención específica, aunque es importante igualmente atender el problema desde el ámbito de la salud mental, por la elevada comorbilidad existente entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos.

Mediante la presente Orden se establecen las condiciones y requisitos téc-

nico-sanitarios mínimos que deben cumplir los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios de atención a la salud mental.

Una vez oídos los interesados respecto de lo que se regula en la presente Orden y en el ejercicio de la facultad que me confiere el Decreto 13/2002, de 15 de enero,

Dispongo:

#### Artículo 1. Objeto.

Esta Orden tiene por objeto determinar las condiciones y requisitos técnico-sanitarios que deben cumplir los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios de atención a la salud mental para su autorización administrativa.

#### Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Se ajustarán a la presente norma todos los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios públicos o privados de atención a la salud mental en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

#### Artículo 3. Definiciones.

Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios de atención a la salud mental, según la modalidad e intensidad de la prestación asistencial ofertada, pueden clasificarse en:

1. Centros y servicios ambulatorios:
  - a) Consulta o Unidad de Psiquiatría: centro o servicio sanitario en el que un médico especialista en psiquiatría es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento.
  - b) Consulta o Unidad de Psicología Clínica: centro o servicio sanitario en el que un psicólogo especialista en psicología clínica es responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento.
  - c) Consulta o Unidad de Psicología: centro o servicio sanitario en el que el responsable técnico es un psicólogo que acredite disponer de la formación necesaria para llevar a cabo actividades sanitarias.
  - d) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ): centro o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de edad.

e) Unidad de Salud Mental de Adultos (USM): centro o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas adultas.

f) Unidad de Conductas Adictivas (UCA): centro o servicio sanitario ambulatorio en el que se presta una atención integral a pacientes con conductas adictivas.

g) Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ): centro o servicio sanitario ambulatorio para el tratamiento intensivo de pacientes menores de edad con trastornos mentales graves.

h) Hospital de Día de Adultos (HDA): centro o servicio sanitario ambulatorio donde se lleva a cabo el tratamiento intensivo de los adultos con trastornos mentales graves.

i) Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA): centro o servicio sanitario para la atención de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

j) Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL): centro socio-sanitario ambulatorio de atención al enfermo mental crónico en el que se realizan programas individualizados de rehabilitación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria.

k) Centro de Salud Mental: centro sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas y que comprende varios servicios ambulatorios, siendo al menos uno de carácter sanitario.

2. Centros y servicios con internamiento:

a) Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil: servicio sanitario con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento que aparecen en pacientes menores de edad, que requieren hospitalización de corta duración.

b) Unidad de Hospitalización Breve (UHB): servicio sanitario con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en pacientes mayores de edad que requieren hospitalización de corta duración.

c) Unidad de Media Estancia (UME): centro o servicio sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes cuya patología sobrepase el marco de actuación de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB). Centrará sus actuaciones en

tratamientos de tipo asistencial y rehabilitador.

d) **Unidad de Atención Especial:** centro o servicio sanitario con internamiento dirigido a la atención de pacientes con trastornos mentales que, por su gravedad y trastornos del comportamiento asociados, precisen de un abordaje más complejo o de mayor duración que el que se presta en el resto de centros y servicios de salud mental. Centrará sus actuaciones en tratamientos de tipo asistencial y rehabilitador.

e) **Comunidad Terapéutica:** centro sociosanitario con internamiento cuyo objetivo principal es facilitar a las personas con conductas adictivas su rehabilitación e inserción sociolaboral.

f) **Hospital de Salud Mental:** centro sanitario con internamiento destinado a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisen ser ingresados y que sufran enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías.

#### Artículo 4. Autorizaciones.

1. El procedimiento para las autorizaciones administrativas de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios públicos o privados a que se refiere la presente Orden se ajustará a lo dispuesto en el Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. Para la obtención de la autorización, deberá acreditarse que los mismos reúnan los requisitos exigidos en la presente Orden.

3. Para la obtención de la autorización de los centros o servicios sociosanitarios, con o sin internamiento, será preciso un informe favorable del programa terapéutico emitido por el órgano competente en planificación y gestión en programas de atención sociosanitaria.

#### Artículo 5. Requisitos técnico-sanitarios.

Los requisitos técnicos-sanitarios de cada centro y servicio se detallan en el Anexo incluido en esta Orden.

**Disposición transitoria única.** Centros y servicios de salud mental con autorización

Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios con autorización de instalación o de puesta en funcionamiento antes de la entrada en vigor de esta Orden dispondrán de un plazo de un año para adaptarse a los requisitos

establecidos en la misma, excepto los requisitos de planta física, siempre que continúen en su actual emplazamiento y no sufran modificaciones que necesiten ser autorizadas a tenor de lo dispuesto en el Decreto 13/2002, de 15 de enero.

**Disposición derogatoria única.** Derogación normativa.

1.- Quedan derogadas la Orden de 20 de enero de 1993, sobre autorizaciones administrativas de centros sanitarios de atención a drogodependientes, la Orden de 10 de junio de 1993, sobre autorización administrativa de centros no sanitarios de atención a drogodependientes y el punto 10 del apartado 3 sobre la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia del Anexo II de la Orden de 21 de mayo de 1991, sobre Autorizaciones administrativas de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

2.- Asimismo quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Orden.

**Disposición final única.** Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Toledo, 9 de octubre de 2006

El Consejero de Sanidad  
ROBERTO SABRIDO BERMÚDEZ

#### Anexo

**Requisitos técnico-sanitarios de centros y servicios de atención a la salud mental**

1.- **Requisitos comunes a todos los centros y servicios recogidos en la presente Orden.**

#### A. Requisitos generales.

1. Los locales deberán cumplir la legislación vigente en materia de accesibilidad.

2. Las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación de los locales serán las adecuadas para que quede garantizado el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan.

3. Deberán cumplir las medidas de protección y seguridad que establece la normativa vigente.

4. La gestión de los residuos biosanitarios generados por la actividad de estos centros y servicios se adecuará

a lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia.

5. En un lugar visible del interior del local deberá permanecer expuesto el documento acreditativo de la inscripción del centro en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

6. Los centros tendrán en la puerta de entrada del local o edificio una placa identificativa, con el nombre del mismo y nº de inscripción en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

7. Los centros deben disponer de un buzón para sugerencias y hojas de reclamaciones y cartel anunciador de las mismas.

#### B. Requisitos de planta física y de equipamiento.

1. Cuando se trate de servicios sanitarios o sociosanitarios podrán tener las áreas de dirección y de servicios generales compartidos con el resto del centro donde estén ubicados.

2. Las consultas donde se lleve a cabo el reconocimiento y la exploración de los pacientes contarán con una camilla, un lavabo y el instrumental mínimo imprescindible para realizar la exploración física.

#### C. Requisitos de funcionamiento.

Todos los centros o servicios dispondrán de:

1. Un director técnico responsable del centro o servicio, designado entre el personal sanitario del mismo, que se encargará, además de sus funciones clínicas, de promover el cumplimiento de los objetivos programados y asegurar la coordinación con el resto de recursos sanitarios y sociosanitarios.

2. Una memoria en la que se incluya como mínimo: tipo de patologías atendidas, programas y actividades terapéuticas que se desarrollan y un organigrama de personal y de sus funciones, así como los requisitos para el ingreso y la derivación a otros centros.

3. Un expediente personal para cada uno de los usuarios que, en los centros y servicios sanitarios, será la historia clínica y, en los centros sociosanitarios, incluirá:

a) Los informes: médicos, psicológicos o sociales disponibles en el momento del ingreso y cuantos se obtengan a lo largo de su estancia en el centro.

b) Descripción de la evolución del usuario desde su ingreso hasta el momento de abandonar el centro.

c) En caso de abandono o alta del centro, un informe acerca de los motivos del mismo.

4. Los centros sociosanitarios dispondrán de un programa terapéutico en el que se especifiquen los objetivos del programa, las actividades a desarrollar, el tiempo de dedicación a cada una de ellas y la duración máxima del programa.

5. Un sistema de registro de usuarios y un archivo, que permita guardar los expedientes personales durante cinco años como mínimo, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, y que garantice la confidencialidad y la seguridad establecida en la normativa vigente.

6. Un programa de formación continua para el personal.

II.-Requisitos específicos de los distintos centros o servicios ambulatorios.

#### A. Unidad o consulta de psiquiatría.

1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Sala de espera con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

b) Despacho consulta con espacio mínimo de 12 m<sup>2</sup>, que dispondrá de una mesa de entrevistas con 3 sillas o sillones de confidentes y del equipamiento necesario para el reconocimiento y exploración de los pacientes.

c) Aseo con acceso desde la sala de espera.

2. Requisitos de personal: Médico psiquiatra, que será el director técnico.

3. Requisitos de funcionamiento: Servicio de cita previa.

#### B. Unidad o consulta de psicología clínica.

Los requisitos de planta física, de equipamiento y de funcionamiento serán los mismos que para la unidad o consulta de psiquiatría, salvo en lo que respecta al equipamiento necesario para el reconocimiento y la exploración de los pacientes, siendo el director técnico un psicólogo clínico.

#### C. Unidad o consulta de psicología.

Los requisitos de planta física, de equipamiento y de funcionamiento serán los mismos que para la unidad o consulta de psiquiatría, salvo en lo que respecta al equipamiento necesario para el reconocimiento y la exploración de los pacientes, siendo el director técnico un psicólogo que acredite la formación necesaria para llevar a cabo actividades sanitarias. A los efectos de esta Orden, se entiende por formación necesaria para llevar a cabo actividades sanitarias la establecida en la dis-

posición adicional única de la Orden 1741/2006, de 29 de mayo, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se modifican los Anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

#### D. Unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ).

1. Requisitos de planta física y de equipamiento

El centro o unidad dispondrá de un local con las siguientes dependencias:

a) Área de Dirección-Administración: espacio para la recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En ella se custodiarán las hojas de reclamaciones, las historias clínicas y el registro de usuarios.

b) Área de servicios generales: 1º Sala de espera, con dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

2º Aseos, diferenciados por sexo.

3º Almacén, con unas dimensiones mínimas de 4 m<sup>2</sup>.

4º Cuarto de limpieza, con toma de agua y pila para cubos.

c) Área asistencial:

1º Cuatro despachos polivalentes para consultas, con unas dimensiones mínimas de 12 m<sup>2</sup>. Cada despacho tendrá: una mesa de entrevistas y tres sillas o sillones de confidentes. El número de despachos podrá aumentar según las necesidades del centro y la demanda asistencial. Uno de los despachos, además del equipamiento necesario para el reconocimiento y la exploración del paciente, dispondrá del equipamiento y material necesario para hacer reanimación cardiopulmonar básica, así como los medicamentos precisos para atender las urgencias más frecuentes en este tipo de pacientes.

2º Sala para reuniones y terapias de grupo, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

3º El equipamiento del centro estará adaptado a las peculiaridades de la edad infantil y juvenil.

4º Cada unidad dispondrá del material necesario para la realización de pruebas psicológicas.

5º Igualmente dispondrá de los juguetes necesarios, definidos por el equipo, tanto para las sesiones de juego como para las de psicoterapia.

2. Requisitos de personal. Los recursos humanos mínimos necesarios son:

a) Un médico psiquiatra.

b) Un psicólogo clínico.

c) Un enfermero, preferentemente especializado en salud mental.

d) Un trabajador social.

e) Un auxiliar administrativo.

3. Requisitos de funcionamiento:

a) El centro tendrá establecida la coordinación asistencial con un centro hospitalario en caso de necesidad de ingreso psiquiátrico, bien en las Unidades de Hospitalización Breve infanto-Juvenil o en las Unidades de Hospitalización de Pediatría.

b) El equipo de la USMIJ se coordinará con el hospital de referencia para garantizar la "continuidad de cuidados" de los pacientes hospitalizados e interconsultas. También actuará como apoyo de otros servicios sanitarios o sociosanitarios, tanto de Atención Primaria como Especializada.

c) Además de las actividades asistenciales propias de la unidad, desarrollarán las siguientes:

1º Planificación y evaluación de la actividad del equipo.

2º Proyectos de prevención y promoción de la salud mental en la población infanto-juvenil y

3º Elaboración de informes para los agentes autorizados que lo requieran.

#### E. Unidad de salud mental de adultos (USM).

Los requisitos técnico-sanitarios serán los mismos que para la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, pero adaptados a las personas mayores de edad.

#### F. Unidad de conductas adictivas (UCA).

1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Área de Dirección-Administración: espacio para la recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En ella se custodiarán las hojas de reclamaciones, las historias clínicas y el registro de usuarios.

b) Área de servicios generales:

1º Sala de espera, con dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

2º Aseos diferenciados por sexos.

3º Almacén, con unas dimensiones mínimas de 4 m<sup>2</sup>.

4º Cuarto de limpieza, con toma de agua y pila para cubos.

c) Área asistencial:

1º Cuatro despachos polivalentes, con un espacio mínimo de 12 m<sup>2</sup> cada uno. Uno de los despachos, además del equipamiento necesario para el reconocimiento y la exploración del paciente, dispondrá del equipamiento y material necesario para hacer reanimación cardiopulmonar básica, así como los medicamentos necesarios para atender las urgencias más frecuentes en este tipo de pacientes.

2º Sala para reuniones y terapias de grupo, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

3º El equipamiento del centro estará adaptado a las peculiaridades de la edad adulta.

4º Cada unidad dispondrá del material necesario para la realización de pruebas psicológicas.

2º Sala para reuniones y terapias de grupo, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

3º Sala de laboratorio, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>, equipada con: una encimera, una piletta, frigorífico, un analizador de sustancias tóxicas, el material necesario para realizar análisis y toma de muestras, un dosificador de líquidos y un armario con llave para guardar la metadona y otras medicaciones relacionadas con los tratamientos. Cuando este servicio esté concertado con un laboratorio externo, no serán necesarios el analizador de sustancias tóxicas ni el material para realizar análisis.

4º Aseo de toma de muestras, con acristalamiento o con cualquier otro mecanismo para la observación en la obtención de muestras de orina para controles toxicológicos. Preferentemente debe estar en comunicación con la sala de laboratorio.

5º Zona de dispensación de Metadona y otras medicaciones relacionadas con los tratamientos, con mostrador y ventana.

2. Requisitos de personal. Los recursos humanos mínimos necesarios son:

a) Un psiquiatra. Con carácter excepcional, la Consejería de Sanidad podrá autorizar que el puesto sea desempeñado por un médico con experiencia en el tratamiento de drogodependencias y otras conductas adictivas siempre que se acredite que previamente se ha formulado una solicitud de empleo para ese puesto y categoría sin obtener respuesta positiva, en estos casos, deberá garantizarse la interconsulta con un psiquiatra de otro centro autorizado.

b) Un psicólogo clínico o un psicólogo que, aún no ostentando el título de especialista en Psicología Clínica, cumpla los requisitos especificados en la disposición adicional única de la Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los Anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

c) Un enfermero, preferentemente especializado en salud mental o con experiencia en drogodependencias y otras conductas adictivas.

d) Un trabajador social.

e) Un auxiliar administrativo.

3. Requisitos de funcionamiento:

a) Existirá un consentimiento informado, por escrito, que acredite la aceptación por parte del usuario del tratamiento.

b) Deberá tener garantizada o establecida documentalmente la coordinación

asistencial con un centro hospitalario en caso de necesidad de ingreso. Se coordinará, además, con todos los centros y servicios sanitarios y socio-sanitarios del área de salud.

G. Hospital de día infanto-juvenil (HDIJ).

1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Área de Dirección-Administración: espacio para la recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En ella se custodiarán las hojas de reclamaciones, las historias clínicas y el registro de usuarios.

b) Área de servicios generales:

1º Sala de espera, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

2º Almacén, con unas dimensiones mínimas de 4 m<sup>2</sup>.

3º Cuarto de limpieza, con toma de agua y pila de cubos.

4º Cocina y comedor cuando en el centro se sirvan comidas, que deben adaptarse a la legislación vigente. El servicio de manutención podrá estar concertado con empresas de servicio externas; en estos casos, no sería necesario disponer de cocina pero sí de oficio para mantener los alimentos en buen estado de conservación y de comedor. El mobiliario se adaptará a los distintos grupos de edad.

5º Espacio abierto de ocio, como patio o similar, con una zona cubierta.

6º Aseos diferenciados por sexo.

7º Una ducha para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidados.

8º Aunque el Hospital de Día esté ubicado junto a otros recursos sanitarios, el espacio abierto de ocio y los aseos serán de uso exclusivo.

c) Área Asistencial:

1º Cuatro despachos-consultas, cada uno con un mínimo de 12 m<sup>2</sup>. Uno de los despachos, además del equipamiento necesario para el reconocimiento y la exploración del paciente, dispondrá del equipamiento y material necesario para hacer reanimación cardiopulmonar básica, así como los medicamentos precisos para atender las urgencias más frecuentes en este tipo de pacientes.

2º Una sala de reuniones para personal del centro.

3º Un control de enfermería (con una zona alcatada y un lavabo), donde se situará el depósito de medicamentos o depósito regulador, que reunirá las condiciones necesarias de seguridad, de forma que el acceso a las medicaciones existentes sólo sea posible por personal autorizado del centro.

4º Una sala, de 6 m<sup>2</sup> como mínimo, para situaciones de agitación, trastor-

nos de la conducta y reacciones adversas, sin ningún tipo de equipamiento y con el interruptor de la luz fuera de la misma.

5º Una sala para terapias de grupo, con un mínimo de 15 m<sup>2</sup>.

6º Dos salas de talleres ocupacionales, una para usuarios de 0-12 años y otra para usuarios de 13-17 años, equipadas con el material terapéutico necesario para las distintas actividades y con piletta. Con unas dimensiones mínimas, cada una, de 15 m<sup>2</sup>.

7º El equipamiento del centro estará adaptado a las peculiaridades de la edad infantil y juvenil, incluyendo material de juegos de mesa y terapéuticos.

2. Requisitos de personal. Los recursos humanos mínimos serán:

a) Un médico psiquiatra.

b) Un psicólogo clínico o un psicólogo que, aún no ostentando el título de especialista en Psicología Clínica, cumpla los requisitos especificados en la disposición adicional única de la Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los Anexos del R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

c) Un enfermero, preferentemente especializados en salud mental.

d) Dos auxiliares de enfermería.

e) Un trabajador social, a tiempo parcial, según la actividad del centro.

f) Un auxiliar administrativo, a tiempo parcial, según la actividad del centro.

3. Requisitos de funcionamiento:

a) Dispondrá de programas asistenciales que contemplarán un plan individualizado para cada paciente y que incluirán las siguientes actividades:

1º Reuniones de equipo.

2º Actividades de programación terapéutica.

3º Actividades terapéuticas grupales, familiares e individuales.

4º Actividades terapéuticas complementarias: actividades que se pueden desarrollar desde el HDIJ con una perspectiva grupal pero orientada hacia el exterior de la institución.

b) El uso de los espacios de ocio y las salas de terapia de grupo se realizará en horarios distintos según los grupos de edad.

c) Contará con profesionales de apoyo del sistema educativo.

H. Hospital de día de adultos (HDA).

Los requisitos de planta física, de equipamiento, de personal y funcionamiento serán los mismos que para el Hospital de Día Infanto-Juvenil pero adapta-

dos para personas mayores de edad; incluyendo, dentro de los requisitos de personal, a un terapeuta ocupacional y excluyendo al profesional de apoyo del sistema educativo.

#### I. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTA).

Las unidades de trastornos de la conducta alimentaria pueden ser con o sin internamiento:

1. Si el centro no tiene internamiento, los requisitos serán los mismos que para el HDIJ.

2. Si es con internamiento, los requisitos serán los mismos que para la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil.

En ambos casos se incluirán, dentro de los requisitos de equipamiento de la unidad, material específico para el reconocimiento y exploración de estos pacientes, como báscula de precisión con tallímetro, pliómetro y un espejo de tamaño suficiente y colocado a una altura que pueda reflejar la imagen completa de, al menos, dos personas juntas.

Asimismo, dentro de los requisitos de funcionamiento, deberá garantizarse:

- La coordinación con las unidades de hospitalización psiquiátrica del área.
- La interconsulta con los servicios de pediatría o medicina interna, dependiendo de la edad, y endocrinología.

#### J. Centros de rehabilitación psicosocial y laboral (CRPSL).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral deberá estar situado en el ámbito comunitario, en área urbana o próximo a ella, bien comunicado y con una estructura diferenciada de cualquier otro centro o servicio sanitario o sociosanitario.

1. Requisitos de planta física y de equipamiento. Preferentemente será de planta baja, debiendo disponer, como mínimo:

a) Área de Dirección-Administración: espacio para la recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En ella se custodiarán las hojas de reclamaciones, los expedientes personales y el registro de usuarios.

b) Área de servicios generales. Contará con:

1º Sala de espera, con dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

2º Aseos diferenciados por sexo, que estarán dotados de ducha para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidados.

3º Almacén, con unas dimensiones mínimas de 4 m<sup>2</sup>.

4º Cuarto de limpieza, con toma de agua y pila para cubos.

c) Área asistencial. Dispondrá de:

1º Despacho del director técnico.

2º Dos despachos polivalentes para la atención individual. Cada despacho con unas dimensiones mínimas de 12 m<sup>2</sup>. Los despachos tendrán el equipamiento y material técnico necesario para la evaluación de pacientes y familias.

3º Una sala para programas de entrenamiento grupal y ocupacional, con unas dimensiones mínimas de 35 m<sup>2</sup>.

4º Dos salas para programas de entrenamiento grupal, con unas dimensiones mínimas de 15 m<sup>2</sup>.

5º Sala polivalente que haga las funciones de sala de estar, con unas dimensiones mínimas de 40 m<sup>2</sup>.

6º Cocina para el entrenamiento en habilidades domésticas, con el equipamiento necesario de electrodomésticos y cubertería. Contará como mínimo con 15 m<sup>2</sup>.

7º Espacio abierto de ocio, como patio o similar, con una zona cubierta.

2. Requisitos de personal. Los recursos humanos mínimos necesarios son:

a) Un psicólogo clínico o un psicólogo que, aún no ostentando el título de especialista en Psicología Clínica, cumpla los requisitos especificados en la disposición adicional única de la Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los Anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

b) Un terapeuta ocupacional.

c) Dos monitores-educadores o, en su defecto otros profesionales cualificados en la planificación de actividades sociales y laborales.

d) Un trabajador social.

e) Un auxiliar administrativo.

3. Requisitos de funcionamiento:

a) Todos los usuarios tendrán un plan individualizado de rehabilitación (PIR), que recogerá el funcionamiento, la capacidad y los apoyos comunitarios, así como los objetivos y actividades a seguir en el centro.

b) Se desarrollarán actividades orientadas a fomentar y potenciar:

1º Las habilidades de autonomía y afrontamiento personal y social.

2º La psicoeducación y manejo de la enfermedad.

3º La integración comunitaria.

4º La intervención y la psicoeducación familiar.

5º La promoción de la salud mental en el área de salud.

c) El ingreso en este tipo de centros estará condicionado al informe de las

unidades de salud mental, relativo al grado de estabilidad del enfermo mental crónico y su dificultad en el funcionamiento psicosocial y en la integración laboral.

d) Estarán coordinados con los centros y servicios de atención a la salud mental, otros centros sanitarios y sociales, recursos de rehabilitación e integración laboral y recursos residenciales de su área sanitaria y social.

#### K. Centro de salud mental:

Además de los requisitos técnico-sanitarios comunes a todos los centros y servicios de salud mental, deberán cumplir los requisitos específicos de los servicios.

Excepcionalmente el personal podrá ser compartido siempre que no impida el buen funcionamiento de los servicios que integran el centro. En este caso, deberá especificarse y justificarse claramente en la memoria descriptiva el personal y funcionamiento del centro y será preciso el informe favorable del Servicio de Atención Sanitaria de la correspondiente Delegación Provincial de Sanidad.

#### III. Requisitos comunes de los centros y servicios con internamiento:

##### A. Requisitos de planta física y de equipamiento.

1. Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios con internamiento dispondrán de una zona específica habilitada para fumadores, con las características de señalización, sistemas de ventilación y demás requisitos recogidos en la legislación vigente.

2. Además de los requisitos de planta física y de equipamiento comunes a todos los centros, estos centros con internamiento, a excepción de las comunidades terapéuticas, contarán con:

a) Medidas de seguridad pasivas en ventanas, puertas y escaleras que eviten el riesgo de defenestración y faciliten el control de accesos.

b) Acceso específico a través de una puerta cerrada a la entrada del centro o servicio, dotada de interfono.

c) La mayoría del material y equipamiento será ignífugo; como mínimo, los colchones y almohadas, así como sus fundas.

d) Las puertas:

1º Las puertas de las distintas estancias serán correderas o con apertura hacia el exterior.

2º Las puertas de los baños contarán, además, con cierre desbloqueado.





3º Las puertas deben ser de material inastillable y con suficiente resistencia a los golpes, sin manivelas, con pomos chatos y planos.

e) Los aseos deben tener:

1º Sanitarios preferentemente de aluminio.

2º Inodoro de sistema baja o fluxómetro.

3º Espejo encastrado en la pared y de material irrompible.

4º Si tienen ducha, ésta debe ser de base ancha en la pared, de forma inclinada que impida la suspensión. Dispondrá de agua fría y caliente, siendo los mandos de los grifos botones.

5º Sistema de llamada de emergencia al control.

f) Un baño asistido por unidad de hospitalización. Se entiende por Unidad de Hospitalización la estructura física que depende de un control de enfermería.

g) Las habitaciones:

1º Un 10% de las habitaciones y aseos cumplirán las características y dimensiones definidas en la normativa de accesibilidad.

2º Al menos una habitación por cada unidad de hospitalización dispondrá de servicio de oxígeno y vacío, pero su utilización será inaccesible al paciente y estará bajo el control de enfermería.

3º Las individuales tendrán unas dimensiones mínimas de 10 m<sup>2</sup>, mientras que en las dobles serán de 16 m<sup>2</sup>.

4º Tendrán un sistema de llamada al control de enfermería, punto de luz en la cabecera, cama de 0,90 m de ancho, silla, armario empotrado, mesita de noche y mesa escritorio, estas dos últimas sujetas a la pared.

h) Calendarios y relojes, situados en el área general y residencial (fuera de las habitaciones) para facilitar la orientación de los pacientes.

i) Unidad de radiología y unidad de laboratorio, que podrán ser propias o concertadas. La unidad de laboratorio dispondrá del equipamiento y material necesario para determinar tóxicos en orina.

j) Unidad de lavandería, propia o concertada, en la que estarán diferenciadas las zonas de clasificación, lavado, secado, planchado y almacenamiento de ropa sucia. Se utilizarán espacios diferenciados para la ropa limpia y la ropa sucia. Cuando la lavandería sea concertada se deberá disponer de un local o zona de almacenamiento adecuado para ropa limpia y otro para ropa sucia.

k) El equipamiento y medicación necesarios para realizar reanimación cardiopulmonar avanzada.

#### B. Requisitos de funcionamiento.

Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios con internamiento dispondrán de un reglamento de régimen interno a disposición del usuario, que especifique:

a) Derechos y deberes de los usuarios.

b) Régimen de visitas y salidas.

c) Reglas de convivencia.

d) Motivos de traslado y de alta del centro.

#### IV. Requisitos específicos de los centros y servicios con internamiento.

##### A. Unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.

##### 1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Área de servicios generales específica de la unidad. Esta área dispondrá de:

1º Vestíbulo.

2º Aseos, diferenciados por sexos, en la zona de uso común.

3º Un despacho de uso administrativo; que podrá estar situado en esta área o en el área asistencial.

4º Un comedor, que debe adaptarse a la legislación vigente.

5º Armario o local para ropa limpia y otro para ropa sucia.

6º Cuarto de limpieza, con toma de agua y pila para cubos.

7º Almacén, con unas dimensiones mínimas de 4 m<sup>2</sup>.

b) Área Residencial: zona destinada a las habitaciones de los pacientes ingresados.

1º Habitaciones:

a' Pueden ser dobles o individuales (20% del total como mínimo)

b' Una habitación para estado de crisis, individual, con las características de localización o instalaciones que permitan la vigilancia establecida en el protocolo de contención del centro. Entre el equipamiento, contará con una cama articulada que pueda ser fijada al suelo para evitar desplazamientos y permita el uso de sistema de contención mecánica.

c' El 20% de las habitaciones contará con instalación de circuito cerrado de televisión.

d' Un aseo con ducha en cada habitación.

2º Control de enfermería:

a' Ubicado preferentemente en el centro de la unidad de hospitalización, de manera que permita el control visual del pasillo en toda su extensión y de la habitación de crisis o, en su defecto, disponga de un circuito cerrado de televisión.

b' Dispondrá de una zona de estar para el personal de enfermería.

c' Así mismo, en él se instalarán los monitores del circuito cerrado de televisión de las habitaciones.

3º Depósito regulador de medicamentos; se situará próximo al control de enfermería y estará cerrado con llave

4º Sala de estar para los pacientes; con ventilación o iluminación natural, de dimensiones de 30 m<sup>2</sup>, como mínimo, y dotada con sillones, mesas, estanterías y televisor (estos dos últimos fijados a la pared).

5º Espacio abierto, terraza o similar, separado de la unidad por una puerta. Este espacio estará rodeado en su totalidad por un mecanismo que impida la salida del mismo sin autorización y, en caso de no estar situado en planta baja, la precipitación de los pacientes desde la misma.

c) Área asistencial; comprende los espacios destinados a la prestación de servicios y tratamientos específicos que requieran los usuarios, así como el desarrollo de los programas propios del centro. Dispondrá de:

1º Un despacho para el director técnico.

2º Tres despachos para uso clínico, con dimensiones mínimas de 12 m<sup>2</sup>. Al menos uno de ellos dotado del equipamiento necesario para permitir el reconocimiento y la exploración de los pacientes.

3º Una sala de reuniones para el equipo.

4º Una sala para actividades grupales, con un mínimo de 20 m<sup>2</sup>, con pilota.

5º Una sala de curas, como mínimo de 10 m<sup>2</sup>, con lavabo y camilla de exploración.

d) El equipamiento estará adaptado a las peculiaridades de la edad infanto-juvenil.

e) El centro dispondrá de material de terapia ocupacional y material de juegos terapéuticos.

##### 2. Requisitos de personal. Cada Unidad contará con:

a) Un psiquiatra por cada siete camas.

b) Un psicólogo clínico.

c) Un trabajador social, a tiempo parcial, según la actividad del centro.

d) Un total de enfermeros equivalente a 1 enfermero/10 camas/turno, preferentemente especializado en salud mental.

e) Un total de auxiliares de enfermería equivalente a 2 por cada 10 camas y turno.

f) Un auxiliar administrativo.

##### 3. Requisitos de funcionamiento:

a) Contará las 24 horas del día con la presencia física, como mínimo, de un psiquiatra, que podrá ser compartido con otros servicios del mismo centro, un enfermero y un auxiliar de enfermería.

b) Deberá garantizarse la interconsulta con los servicios de pediatría o medicina interna, pudiendo ser propio o concertado.

c) Existirá un protocolo de contención del centro, que deberá conocer todo el personal sanitario.

#### B. Unidad de hospitalización breve (UHB).

Los requisitos técnico-sanitarios serán los mismos que para la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, pero adaptada a la edad adulta.

#### C. Unidad de media estancia (UME).

1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Área de Dirección-Administración: espacio para la recepción de usuarios, dirección, administración y gestión del centro. En ella se custodiarán las hojas de reclamaciones, las historias clínicas y el registro de usuarios.

b) Área de Servicios Generales, dispondrá de:

1.º Vestíbulo con zona de recepción y espera de visitas.

2.º Aseos diferenciados por sexo.

3.º Cocina y comedor, que deben adaptarse a la legislación vigente. El servicio de manutención podrá ser concertado con empresas de servicio externas; en estos casos, no sería necesario disponer de cocina pero sí de oficio para mantener los alimentos en buen estado de conservación y de comedor. Si se trata de un servicio, la cocina puede ser compartida con la del centro, siendo sólo necesario el oficio y el comedor propios.

4.º Cuarto de limpieza con toma de agua y pila para cubos.

5.º Almacenes: deberán contar con espacios suficientes destinados a material de limpieza y otro equipamiento, que podrán estar en la propia UME o en zonas de servicios generales si está ubicada en un centro sanitario de nivel superior.

c) Área Residencial: es la zona destinada a las habitaciones de los pacientes ingresados. Cada UME contará con una o varias unidades de hospitalización (de 30 plazas, como máximo, cada unidad) y dispondrá de:

1.º Habitaciones individuales, el menos, un 15% del total de plazas.

2.º Una habitación para estado de crisis, individual, con las características de localización o instalaciones que permitan la vigilancia establecida en el protocolo de contención del centro. Entre el equipamiento, contará con una cama articulada que pueda ser fijada al suelo, para evitar desplaza-

mientos, y permita el uso de sistema de contención mecánica.

3.º Un control de enfermería por unidad de hospitalización. Dispondrá de sistema de recepción de llamadas y aviso a seguridad o de llamada al exterior, así como de sistema de control de entradas y salidas de la unidad. También albergará los monitores de visualización de la habitación de crisis y de los pasillos si los hubiese. Deberá garantizarse la seguridad del control.

4.º Un depósito de medicamentos o depósito regulador de medicamentos (según sea centro o servicio), que estará cerrado con llave.

5.º Una sala de estar para los pacientes: con ventilación e iluminación natural, con unas dimensiones mínimas de 25 m<sup>2</sup>, dotada con sillones, mesas, sillas, estanterías y televisor, estos últimos fijados a la pared.

6.º Pasillos: con sistemas de visualización para control de la actividad en ellos.

7.º Una sala de visitas, que garantice mínimas condiciones de privacidad.

8.º Espacio abierto, terraza o similar, separado de la unidad por una puerta. Este espacio estará rodeado en su totalidad por un mecanismo que impida la salida del mismo sin autorización y, en caso de no estar situado en planta baja, la precipitación de los pacientes desde la misma.

d) Área Asistencial: comprende los espacios destinados a la prestación de servicios y tratamientos específicos que requieran los usuarios, así como el desarrollo de los programas propios del centro, disponiendo de:

1.º Un Despacho para el director técnico.

2.º Tres despachos para uso clínico, con unas dimensiones mínimas cada uno de 12 m<sup>2</sup>. Uno de ellos dotado del equipamiento suficiente para permitir el reconocimiento y la exploración de los residentes. El número de despachos puede aumentar en función de los facultativos del equipo.

3.º Un aseo de toma de muestras, con acristalamiento o con cualquier otro mecanismo para la observación en la obtención de muestras de orina para controles toxicológicos. Preferentemente debe estar en comunicación con la sala de laboratorio.

4.º Una sala de curas, como mínimo de 10 m<sup>2</sup>.

5.º Una sala polivalente, como mínimo de 30 m<sup>2</sup>.

6.º Una sala de terapia ocupacional, no inferior a 30 m<sup>2</sup>, con piletas.

7.º Una sala de reuniones del equipo.

2. Requisitos de personal. Contará con:

a) Un psiquiatra por cada 10 camas,

b) Un psicólogo clínico por cada 15 camas.

c) Un trabajador social.

d) Dos terapeutas ocupacionales, uno en el turno de mañana y otro en el de tarde.

e) Un total de enfermeros equivalente a 1 enfermero por cada 15 camas y turno, preferentemente especializado en salud mental.

f) Un total de auxiliares de enfermería equivalente a 1 por cada 10 camas y turno, preferentemente con experiencia en salud mental.

g) Un auxiliar administrativo.

3. Requisitos de funcionamiento:

a) Contará en todo momento con la presencia física de, como mínimo, un enfermero y un auxiliar de enfermería por unidad de hospitalización. En el caso de tratarse de un servicio, en los turnos de mañana y tarde deberá haber un enfermero propio de la UME y en el turno de noche podrá o no ser del propio equipo. Existirá siempre un psiquiatra de referencia, al menos de guardia localizada.

b) Existirá un protocolo de contención del centro que deberá conocer todo el personal sanitario.

c) Se desarrollarán actividades de autocuidados, manejo de tratamiento, psicoeducación e intervención familiar.

d) Deberán disponer de una programación asistencial que incluya programas de rehabilitación individual, autocuidados, modificación de la conducta, mejora del funcionamiento cognitivo y psicoeducación.

e) El tiempo de estancia no superará, por lo general, el año de duración.

#### D. Unidad de atención especial.

Los requisitos de planta física, de equipamiento y de funcionamiento son los mismos que los de la UME, pero, dadas las características especiales de estos pacientes psiquiátricos, esta unidad, además, debe incluir:

1. Requisitos de planta física y de equipamiento:

a) Un 15% del total de plazas adscritas a esta unidad serán individuales.

b) Toda la unidad estará dotada con medidas especiales de vigilancia y contención.

c) En el caso de tratarse de un servicio, la unidad será independiente del resto del centro sanitario, su acceso será restringido y su puerta permanecerá cerrada. Las zonas de terapia ocupacional, de ocio y tiempo libre se situarán dentro de la misma y serán de uso exclusivo de los pacientes ingresados.

2. Requisitos de personal. Contará con:



- a) Un psiquiatra por cada 10 camas.
- b) Un psicólogo clínico por cada 10 camas.
- c) Un total de enfermeros equivalente a 1 enfermero por cada 10 camas y turno, preferentemente especializado en salud mental.
- d) Un total de auxiliares de enfermería equivalente a 1 por cada 8 camas y turno, preferentemente con experiencia en salud mental.
- e) Un trabajador social.
- f) Un terapeuta ocupacional cada 10 camas.
- g) Un auxiliar administrativo.

**3. Requisitos de funcionamiento:**

- a) Existirá una comisión de ingreso y evaluación, que elaborará el protocolo de ingreso del centro además de evaluar y gestionar la admisión y alta de los pacientes en esta unidad. Esta comisión estará formada, al menos, por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero y un trabajador social del personal de la unidad y estará presidida por el director técnico de la misma.
- b) Los ingresos tendrán carácter programado y se realizarán derivados por los distintos centros y servicios de atención a la salud mental tras el cumplimiento del protocolo de ingreso del centro.
- c) Contará en todo momento con la presencia física de, como mínimo, un enfermero y un auxiliar de enfermería por unidad de hospitalización.
- d) Existirá siempre un psiquiatra de referencia, al menos de guardia localizada.
- e) Deberán disponer de una programación asistencial que incluya programas de rehabilitación individual, autocuidados, modificación de la conducta, funcionamiento cognitivo y psicoeducación.

**E. Comunidad Terapéutica.****1. Requisitos de planta física y de equipamiento:**

- a) Los requisitos de planta física y de equipamiento del Área de Dirección-Administración y del Área de Servicios Generales serán los mismos que los específicos descritos para la UME, añadiendo además el siguiente punto: Unidad de lavandería, propia o concertada en la que estarán diferenciadas las zonas de clasificación, lavado, secado, planchado y almacenamiento de ropa sucia. Se utilizarán espacios diferenciados para la ropa limpia y la ropa sucia. En caso de utilizar un servicio concertado, podrá prescindirse de éstas áreas, debiendo disponer de un armario o local para ropa limpia y otro para ropa sucia.
- b) El Área Residencial dispondrá de:

1º Habitaciones individuales o dobles, de 10 ó 16 m<sup>2</sup> respectivamente. Cada habitación tendrá por residente una cama de 0,90 m de ancho, una mesilla de noche y un armario.

2º Un cuarto de baño (compuesto de lavabo, inodoro y ducha) por cada 5 residentes.

3º Una habitación para cada monitor o educador de guardia, con unas dimensiones mínimas de 12 m<sup>2</sup> y con aseo dotado de lavabo, inodoro y ducha.

**2. Requisitos de personal:**

Dependerá de la capacidad del Centro, garantizándose siempre que todos los usuarios dispongan de atención sanitaria y social proporcionada por personal con la titulación oficial correspondiente.

Contará al menos con:

- a) Un médico.
- b) Un psicólogo.
- c) Un terapeuta ocupacional.
- d) Un monitor-educador, por cada 20 camas y turno.
- e) Si el centro o servicio no cuenta en su plantilla con tales profesionales, deberá acreditar documentalmente su vinculación formal con otro centro que le proporcione los citados servicios profesionales.

**3. Requisitos de funcionamiento:**

Además de los requisitos de los CRPSL:

- a) Deberá garantizarse la presencia de un educador o monitor las 24 horas del día.
- b) Existirá un documento que acredite la aceptación por parte del usuario de la realización del tratamiento, del programa terapéutico y del reglamento de régimen interior del centro y, en su caso, del traslado de centro.

**F. Hospital de Salud Mental.**

Además de los requisitos técnico-sanitarios comunes a todos los centros y servicios de salud mental y los comunes a centros con internamiento, deberán cumplir los requisitos específicos de los servicios que se integran en el centro.

Excepcionalmente el personal podrá ser compartido siempre que no impida el buen funcionamiento de los servicios que integran el centro. En este caso, deberá especificarse y justificarse claramente en la memoria descriptiva el personal y funcionamiento del centro y será preciso el informe favorable del Servicio de Inspección de la Consejería de Sanidad.

\*\*\*\*\*

**Resolución de 09-10-2006, de la Dirección General de Consumo, por la que se da publicidad a determinadas acreditaciones de inspectores locales de consumo.**

Con base en lo estipulado por los arts. 24.2 y 25.1 de la Ley 11/2005 de 15 de diciembre del Estatuto del Consumidor de Castilla-La Mancha, esta Dirección General ha resuelto:

Dar publicidad a las acreditaciones que se relacionan, efectuadas en su día por los respectivos Alcaldes o Presidentes de Entidades Locales y Mancomunidades, en virtud de las atribuciones que les confiere el artículo 25.2.g de la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local y el artículo 6.2.b de la Ley 11/2005 de 15 de diciembre del Estatuto del Consumidor de Castilla-La Mancha:

Nombre del Inspector: Carmen Hurtado Notario

Ámbito Territorial de Actuación: OMIC de Sacedon

Fecha Acreditación: 16-08-2006

Toledo, 9 de octubre de 2006

El Director General de Consumo  
JESÚS MONTALVO GARRIDO

\*\*\*\*\*

**Consejería de Educación y Ciencia****Resolución de 11-10-2006, de la Consejería de Educación y Ciencia, por la que se hace pública la composición del Comité de Disciplina Deportiva de Castilla-La Mancha.**

En cumplimiento de lo prescrito en el artículo 53.2 de la Ley 1/1985 de 2 de marzo del Deporte en Castilla-La Mancha y en el artículo 52.2 del Decreto 159/1997, de 9 de diciembre, de Disciplina Deportiva de Castilla-La Mancha, previa aprobación de la Comisión Directiva del Consejo Regional de Deportes, tengo a bien disponer el nombramiento de los vocales titulares y suplentes del Comité de Disciplina Deportiva de Castilla-La Mancha, por un nuevo periodo de cuatro años, siendo la composición de dicho órgano la siguiente:

Titulares: