

Treball de Final de Grau/Màster / Trabajo de Final de Grado/Máster

PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL RECOVERY.

Autor/a / Autor/a: Rubén Femenía LLoret.

Director/a / Director/a: Iván Carlos Legascue de Larrañaga

**Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Iván Carlos Legascue de
Larrañaga**

Data de lectura / Fecha de lectura: 02 al 06 de Noviembre, 2015



ÍNDICE.

MARCO TEÓRICO.

1. Introducción. Del asistencialismo hacia la recuperación.....pag.3
2. Concepto de recuperación.....pag.5
3. Instrumentos de medida del Recovery.....pag.7
4. El Recovery y los servicios que priorizan a las personas.....pag.10

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL RECOVERY.

- 1.Datos biográficos e información previa del individuo.....pag.11
- 2.Delimitación de los primeros objetivos para el PIR.....pag.12
 - 2.1. Para el usuario.....pag.12
 - 2.2. Para las personas significativas.....pag.12
 - 2.3. Desde el punto de vista profesional.....pag.12
 - 2.4. Motivación y expectativas.....pag.12
- 3.Evaluación Descriptiva.....pag.13
 - 3.1. Análisis histórico.....pag.13
 - 3.1.1. Historia personal y socio-familiar.....pag.13
 - 3.1.2. Historia clínica.....pag.20
 - 3.2. Análisis de la situación actual.....pag.21
 - 3.2.1 Descripción de la sintomatología actual.....pag.21
 - 3.2.2. Análisis descriptivo de las áreas de funcionamiento psico-socio-laboral.....pag.23
 - 3.2.2.1. Escalas e Instrumentos.....pag.26
 - 3.2.2.2. Listado de problemas en áreas.....pag.29
- 4.Análisis funcional por áreas.....pag.31
- 5.Formulación del caso.....pag.35
- 6.Plan Individual de rehabilitación.....pag.38
 - 6.1. Diseño, temporalización y desarrollo del PIR.....pag.38
 - 6.2. Devolución del PIR.....pag.47
- 7.Bibliografía utilizada.....pag.49
8. Bibliografía complementaria.....pag.50

MARCO TEÓRICO.

1.INTRODUCCIÓN. DEL ASISTENCIALISMO HACIA LA RECUPERACIÓN.

Diversas son las teorías y los escritos respecto a la definición y etiología de las enfermedades mentales y particularmente una de las más representativas, la llamada a partir de Bleuer (1908) esquizofrenia.

A lo largo de la historia diversas han sido las aportaciones y escuelas las que han mostrado creciente interés por el estudio y abordaje de la psicosis, y diversos los autores que encontramos en revisiones bibliográficas. Desde las teorías más biológicas, con sus modelos genético, neuropatológico y bioquímico, hasta las teorías psicológicas como la Freud (1911), Lacan, La psicología científica de Wundt, o a partir de los años 50 la psicología cognitiva. Desde esta última, la psicología cognitiva, y a partir de los años 50, aparecen diversos autores con gran grandes aportaciones y relevancia para el posterior avance en los tratamientos, así, Nancy C. Andreasen, describió la esquizofrenia como un trastorno cognitivo centrado en la deficiente o distorsionada capacidad de ser consciente de uno de mismo en relación con los demás. Anthony en 1974 habló sobre la invulnerabilidad o factores internalizados de competencia, Zurinb y Spring (1977), propusieron el hoy conocido y de tanto renombre “Modelo de vulnerabilidad”. La teoría de las emociones expresadas de Leff y Vaugh aportó un elemento importantísimo para el trabaja con las personas psicóticas y sus familias. Seligman definió la “indefensión aprendida”. El “Empowerment” fue definido por Rappaport (1981) como el proceso por el que personas, organizaciones y comunidad adquieren el control y dominio sobre sus vidas y Powell (1990) añadió al concepto la capacidad de controlar sus circunstancias y alcanzar sus propios objetivos luchando por obtener la mejor calidad de vida. En 1982 Liberman propuso un modelo multifactorial basado en anteriores teorías al que denominó Modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento- competencia. Ciompi en 1984 aseguraba que los factores biológicos no tiene una influencia clara en la evolución de la enfermedad, ni en su perspectiva de recuperación, utilizando ya en ese momento el término recuperación. El concepto de “recovery” (Farkas) aporta a día de hoy una nueva perspectiva ya que remite a la recuperación, más allá de la enfermedad, del proyecto vital, del presente y del futuro y unido a la asunción de un protagonismo y decisión de las personas en su proceso de tratamiento, rehabilitación y de inclusión socio-laboral.

Así pues en el transcurso de la historia, encontramos tres modelos de tratamiento de la discapacidad y las enfermedades mentales según la profesora Agustina PalacioT. En primer lugar el modelo antiguo de prescindencia, de origen religioso o proveniente de la superstición en la que la persona es contemplada como una carga que hay que apartar. Posteriormente se desarrolla el modelo médico o rehabilitador, se consolida a comienzos del siglo XX reconociendo la discapacidad con una causa científica y con la consideración que la persona con enfermedad puede llegar a ser útil, mientras sea rehabilitada o normalizada. Por último, aparece el modelo denominado Social. El presupuesto fundamental el que el encontrar las causas que originan la discapacidad no

es la persona en sí, sino la sociedad cuyas limitaciones son las que originan el problema al no proveer de los servicios y necesidades a las personas con discapacidad.

Durante muchos años, la idea aceptada en el tratamiento de la Salud Mental, ha sido que las enfermedades graves, como la esquizofrenia cursaban de manera lineal e inevitable hacia la cronicidad, el agravamiento y un deterioro progresivo. Las prácticas profesionales se centraban en el control de la sintomatología y la evitación de recaídas. Diversas iniciativas de investigación se llevaron a cabo durante los años 60,70 y 80 demostraron la variabilidad y heterogeneidad de la evolución de los pacientes, y demostraron que incluían la posibilidad de recuperación de actividades a largo plazo, desarrollando una vida satisfactoria, pero a pesar de ello, el tratamiento asistencial ha seguido alrededor de la evitación de recaídas y el deterioro.

Las personas con trastornos mentales graves, han sufrido a lo largo de la historia un proceso continuo de marginación. Como vemos, hasta hace unas décadas el principal modelo de atención y problemas psiquiátricos y psicosociales se organiza en torno al internamiento durante largos periodos de tiempo. Estas instituciones denominadas “manicomios” ofrecían una atención de tipo asilar y custodial. En las últimas décadas la situación ha cambiado y mejorado gracias a diversos factores como el desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos, de atención psicosocial, cambios políticos y culturales y luchas por los movimientos asociativos varios, por la defensa de los derechos humanos que han favorecido estos cambios y modificaciones en el abordaje de los trastornos mentales. El desarrollo de la reforma psiquiátrica puesta en marcha por muchos de los países desarrollados (EE.UU, Francia, Inglaterra, Italia, España) en las décadas de los 60 a los 80 planteó la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, desarrollando un modelo de atención a los problemas desde el propio entorno comunitario.

Los inicios del trabajo de rehabilitación los podemos identificar en la introducción de la terapia moral en los hospitales psiquiátricos a comienzos del siglo XIX (Shorter, 1997). La terapia consistía en técnicas cuyo objetivo eran que el enfermo recuperara el control racional de su conducta a través del ensayo con ciertas actividades.

En una primer fase, el objetivo de la rehabilitación se centro en la “deshospitalización” dando especial importancia al proceso de reinserción social. La constatación de que únicamente la voluntad de integrar a los pacientes en la comunidad no lograba la adaptación fue un estímulo para desarrollar nuevas intervenciones psicosociales más específicas en rehabilitación que contribuyeron al surgimiento de la rehabilitación social moderna. Esta rehabilitación moderna, desarrollada en las últimas tres décadas, con mayor auge en los años noventa como han señalado algunos autores (Anthony WA y Libertan P, 1993; Anthony WA, Cohen M y Farras M., 1990) han llevado a cabo avances tanto técnicos como organizativos y han contribuido a impregnar con su filosofía a los sistemas de atención de los trastornos mentales y a la psiquiatría en general.

Uno de los constructos en que los teóricos de la rehabilitación están haciendo más hincapié en los tiempos es el concepto de “recovery” (Anthony, 2000; Farkas, 19998; Harding, 2001) que hace referencia, no sólo al concepto de recuperación de la enfermedad, sino a la recuperación de un proyecto vital una vez aparecida la enfermedad y la discapacidad. Este concepto supone un nuevo enfoque para los

tratamientos, primando que la persona sea dueña de su vida, de sus proyectos, en un sentido realista y conociendo sus posibilidades. Este nuevo constructo refleja la posibilidad de una mayor participación de la persona, de su entorno social y familiar con su propio dinamismo, como protagonista, y hacia donde los servicios y profesionales que trabajan en la enfermedad mental se deben dirigir.

2. CONCEPTO DE RECUPERACIÓN.

El modelo de la recuperación, constituye un paradigma, una filosofía, un punto de inflexión y partida, con base en las demandas de los usuarios de la Salud Mental, la investigación empírica y algunos sucesos históricos, desde los que orientar nuestros Servicios de Salud Mental en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Como antecedentes históricos del concepto de recuperación encontramos el Tratamiento moral de Pinel (S.XVIII), Las Comunidades Terapéuticas (tras la segunda Guerra Mundial), Demandas de grupos de usuarios respecto a derechos civiles e ir más allá del alivio de síntomas (1950-70), El Paradigma de la rehabilitación psicosocial (50-70), la Investigación empírica y publicada sobre la variabilidad en el curso de la esquizofrenia (Bleuler, Ciompi, Harding, Strauss, 1960-2000), el impacto del estudio de casos y recopilación de historias personales sobre la recuperación (1980), la Psicología Positiva de Seligman (90) y el Pilot Studio de la OMS (80) y el reconocimiento por parte de la APA de la gran variabilidad de cursos de las enfermedades mentales graves (90).

Parece no haber un consenso con respecto al concepto de recuperación, sin embargo cada vez es más central en las políticas y las prácticas asistenciales en el sistema de Salud Mental de muchos países. La recuperación ha sido debatida en las últimas décadas por organizaciones de defensa de los pacientes, asistenciales, familiares y diferentes partes implicadas.

Los profesionales ofrecen puntos de vista diversificados y contrapuestos. Así por una parte encontramos los que contemplan la enfermedad mental como un proceso puramente biológico y que cuestionan la posibilidad de la recuperación e incluso argumentan que el concepto puede llevar a falsas expectativas tanto a las personas que padecen la enfermedad como a los familiares. Opuestamente, grupos de ex-pacientes y otros profesionales críticos con los enfoques meramente biológicos cuestionan incluso la posibilidad que las enfermedades mentales existan como entidades médicas y proponen la consideración de tales como crisis vitales propias de la experiencia humana, por tanto tampoco hablaríamos de recuperación puesto que no hay enfermedad.

El concepto de recuperación presenta unos inicios y origen muy especial. “La creación del concepto como punto de partida del abordaje socio-sanitario, no corresponde a los profesionales, ni a los políticos ni a las asociaciones de familiares”. (Shepherd, Boardman, Slade, 2008). El punto de partida para la aplicación del concepto “recuperación” es reciente (décadas 1990-2000) y lo encontramos en las narrativas, autobiografías, informes y experiencias subjetivas de personas con TMG. Por tanto, “son los movimientos de “clientes” o “consumidores” de los servicios de salud mental y “las iniciativas reivindicadoras de los derechos sociales” las que han acercado el concepto de “recuperación a nuestro sistema de salud mental (Jacobson, Curtis, 2000).

“Acercarse a la Salud Mental desde la perspectiva de la recuperación supone privilegiar el concepto de Healing (sanar) frente al de cure (curar)” (Jacobson, Greenley, 2001).

La recuperación no requiere necesariamente la vuelta a la salud y funcionamiento anterior a la enfermedad, el proceso, implica la construcción de la identidad integrando la enfermedad, que permita que la misma experiencia adquiera algún sentido y pueda conectar con componentes identitarios, que la enfermedad no domine a la persona. La percepción del control es un componente esencial, conectando con el concepto de “empowerment”, con la toma del poder, “la adquisición de una habilidad para actuar como agente independiente y autónomo, la toma de responsabilidades y la capacidad para aceptar riesgos y hablar con voz propia por parte de las personas que padecen TMG (Jacobson, Greenley, 2001).

Muchas han sido las propuestas y definiciones sobre el concepto de recuperación, sin embargo, una de las más completas y aceptadas actualmente es la propuesta de la norteamericana Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), en conjunto con otras agencias relacionadas con la salud mental, articularon los diez principios fundamentales de la recuperación:

1. Autodirección: El proceso y su ritmo han de estar determinados por las preferencias y metas de los propios individuos afectados.

2. Individualizada y centrada en la recuperación: La recuperación ha de guiarse por las peculiaridades biográficas y contextuales del individuo y por sus fortalezas y factores de resiliencia buscando la mejora de la salud mental y el bienestar posible.

3. Fortalecimiento: Los afectados (“consumidores” en términos de SAMSHA), tiene la autoridad de elegir opciones que se les presentan y para participar en las decisiones que afectarán a sus vidas, tanto a nivel individual como colectivo.

4. Holística: La recuperación debe tener en cuenta aspectos globales de la vida del individuo en su conjunto e intentar favorecer el mejor acceso a los recursos posibles.

5. No lineal: No es un proceso que transcurra a saltos sino un proceso de crecimiento continuo, contemplando pasos atrás ocasionales, y aprendizaje de las experiencias.

6. Basado en fortalezas: La recuperación se centra en conceder valor y apoyarse en las múltiples capacidades, resiliencias, talentos, capacidad de afrontamiento y valía inherente de los individuos, usado para construir y reforzar los nuevos papeles que se van desarrollando en el proceso.

7. Apoyo en los pares: El apoyo mutuo se reconoce como una pieza fundamental pues permite compartir experiencias, conocimientos, modos de afrontamiento y reduce aislamiento y la sensación de anomia.

8. Respeto: Se debe trabajar en la sociedad para que reduzca estigmas y permita la plena aceptación e inclusión de los individuos y el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos, tratándolo también a los propios afectados.

9. Responsabilidad: Los individuos tiene la responsabilidad personal en su propio cuidado y en la trayectoria de “su viaje de recuperación”. Se requiere trabajar la sensación de control, dirección de sus vidas y ayudar y dar sentido a sus experiencias y problemas y en encontrar las mejores estrategias para luchar eficazmente contra la adversidad.

10. Esperanza: Proporcionar un mensaje de esperanza y de posibilidad de cambio y crecimiento. Es el catalizador del proceso de recuperación.

“La recuperación de salud mental no sólo beneficia a individuos con discapacidades de salud mental, sino que también enriquece la textura de la vida comunitaria

Norteamérica”. (Declaración Nacional de consenso sobre la recuperación de Salud Mental, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.)

La Psicología Positiva ha propuesto que en general la Psicología y la Psiquiatría, se han centrado en la identificación de síntomas y el alivio de la enfermedad. Sin embargo, desde esta corriente se ha insistido en el crecimiento, los logros personales y el éxito en las funciones valoradas, que también son identificadas como resultados de la recuperación. Rogers et al han señalado que las dimensiones y procesos propuestos por la Psicología positiva son igualmente importantes respecto a los individuos que padecen enfermedades mentales graves (La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención, Marianne Farkas, septiembre 2007). Algunas de las investigaciones de las ciencias sociales y del comportamiento realizadas en la población y en áreas de autoestima, autocontrol, autoconsideración y bienestar subjetivo, son pertinentes al proceso y coinciden con los indicadores de resultados de recuperación.

“La recuperación de la enfermedad mental implica mucho más que la recuperación de la enfermedad en sí misma. Implica recuperarse del estigma internalizado, de los efectos latrogénicos de los centros de tratamiento, de la falta de oportunidades para la autodeterminación, de los efectos adversos del desempleo, de los sueños rotos. La recuperación es a menudo un proceso largo y complejo, singular y profundamente personal, consistente en cambiar las actitudes, valores, sentimientos, metas y habilidades o roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente, a pesar de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad. Implica el desarrollo de un nuevo propósito y un nuevo significado de la vida, mientras uno crece superando los efectos catastróficos de la enfermedad mental (Anthony W.A. , 1993).

Todos estos acercamientos, definiciones y componentes coinciden con las definiciones que podemos encontrar en los usuarios de Salud Mental cuándo les preguntamos sobre qué les sugiera la recuperación y/o cómo la definirían. Encontramos frases como “Llevar una vida normalizada con la enfermedad incluida en ella”, “Tener autonomía plena, ser capaces de decidir por nosotros mismos y sentirnos bien con lo que hacemos”, “Asumir las limitaciones, pero también poder llevar una vida digna, con la que estemos satisfechos, con la que nos sentimos realizados y que la sociedad asuma que también somos capaces de aportar” (Definiciones textuales de personas con TMG).

Como elementos innovadores del modelo de recuperación encontramos un cambio del concepto tradicional de mejoría como eliminación del síntoma hacia el empoderamiento, un cambio en la relación del profesional-usuario más colaborativa, un cambio en la identidad del usuario, un paso del modelo institucional a un modelo comunitario , de inclusión, incidiendo en la socialización, la pertenencia a la comunidad y la red de vínculos dentro del sistema socio-sanitario.

Cambios sin duda esperanzadores, en el largo camino, aún por recorrer.

3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL RECOVERY.

Un grupo de trabajo de la Oficina de Salud Mental del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) cuyo nombre es Recuperación de la tierra tiene como objetivos promover los principios de la recuperación en Salud

Mental en la ciudad de Nueva York. En el año 2011 iniciaron un plan estratégico para incorporar las prácticas orientadas a la recuperación en el sistema de salud mental. En este proceso iniciaron un proyecto para identificar una medida que permitiría a los consumidores de salud mental evaluar la recuperación de la orientación de programas y servicios. El hecho de medir con eficacia algo tan complejo como una “cultura de recuperación” llevaría un largo período de duración. Llegaron a la conclusión que sería difícil recomendar cualquier medida a efectos de generar una “puntuación” válida y fiable. Sin embargo también sugirieron que las herramientas existentes son muy valiosas para los servicios interesados en comprender la cultura de la recuperación y la promoción de la práctica en sus programas.

Aquí se proponen un kit de herramientas de recuperación identificados durante la revisión sistemática. Podemos diferenciar en ellos dos categorías: herramientas de medidas a nivel individual de recuperación y herramientas de medidas de nivel de los programas de recuperación.

Las primeras hacen referencia a la medición individual del consumidor para evaluar su nivel de permanencia en su propio “camino de recuperación”, es decir, la evaluación del proceso y el cambio en el consumidor.

Las segundas van enfocadas a evaluar en qué medida los principios de la recuperación están integrados en la empresa, programa o servicio.

a) Instrumentos de medida a nivel Individual de Recuperación.

- Agreement with Recovery Attitudes Scale (ARAS) Murnen, S.K. & Smolak, L.(1996)
- Consumer Recovery Outcomes System (CROS) The Colorado Health Networks Partnership; Miller, A. (1997)
- Crisis Hostel Healing Scale (CHHS) Dumont, J.(1998)
- Illness Management and Recovery (IMR) Scales Mueser, K.T., Gingerich, S., Salyers, M.P., McGuire, A.B., Reyes, R.U., & Cunningham, H. (2004)
- Mental Health Recovery Measure (MHRM) Young, S.L., Ensing, D.S., & Bullock, W.A. (1999)
- Mental Health Recovery Star (MHRS) MacKeith, J. & Burns, S. (2008)
- Milestones of Recovery Scale (MORS) Pilon, D. & Ragins, M. (2002)
- Multi-Phase Recovery Measure (MPRM).(2009)
- Ohio Mental Health Consumer Outcomes System (OMHCOS).Ohio Department of Mental Health Office of Program Evaluation and Research; Roth,(2004)
- Peer Outcomes Protocol (POP) Campbell, J., Cook, J.A., Jonikas, J.A., & Einspahr, K. (2004)
- Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVRQ) Ensfield, L.B., Steffen, J.J., Borkin, J.R., & Schafer, J.C. (1998)
- Recovery Assessment Scale (RAS) Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain,M. (1995)
- Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey (RAFRS) Leavy, R.L., McGuire, A.B, Rhoades, C. & McCool, R. (2002)
- Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ) Steffen, J.J., Borkin, J.R., Krzton, K., Wishnick, H. & Wilder, K.E. (1998)
- Recovery Measurement Tool (RMT) Ralph, R.O. (2004)
- Recovery Interview (RI) Heil, J. & Johnson, L.K. (1998)

- Recovery Orientation (RO) Resnick, S.G., Fontana, A., Lehman, A., & Rosenheck R.A. (2005)
- Recovery Process Inventory (RPI) Jerrell, J.m., Cousins, V.C., & Roberts, K.m.(2006)
- Rochester Recovery Inquiry (RRI) Hopper, K., Blanch, A., Carpinello, S., Johnson, S., Knight E., Kovaszny, B., & Krauss, A. (1996)
- Reciprocal Support Scale (RSS) Silver, T., Bricker, D., Pesta, Z., & Pugh, D. (2002)
- Stages of Recovery Instrument (STORI) Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006)
- Self-Identified Stage of Recovery (SISR) Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2003)
- Questionnaire on the Processes of Recovery (QPR) Neil, S., Killbride, M. Pitt, L., Nothard, S. Welford, M.Sellwood, W. & Morrison, A.P. (2009)

b)Instrumentos de Evaluación de Programas de Recuperación.

- Recovery Oriented Service Evaluation (AAC-ROSE) American Association of Community Psychiatrists .
- Evaluation of the Collaborative Recovery Model(CRM) Marshall, S.M., Oades, L., & Crowe, T.P. (2008)
- Elements of a Recovery Facilitating System (ERFS) Patricia Ridgway (2008)
- Pillars of Recovery Service Audit Tool (PORSAT) Agnes Higgins Ireland (2008)
- Recovery Based Program Inventory (RBPI) Mark Ragins (2004)
- Recovery Enhancing Environment Measure (REE or DREEM) Patricia Ridgway (2003)
- Recovery Interventions Questionnaire (RIQ) Ellis, G. & King, R (2003)
- Recovery Knowledge Inventory (RKI) Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L (2006)
- Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS) Armstrong, N.P. & Steffen, J.J.(2009)
- Recovery Promoting Relationships Scale (RPRS) Russinova, Z.; Rogers, E. & Ellison, M.(2006)
- Recovery-Oriented Practice Index (ROPI) Anthony Mancini (2005)
- Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI)Oneken, S.J.; Dumont, J.M.; Ridgway, P.; Dornan, D.H., Ralph, R.O.(2005)
- Recovery Self-Assessment (RSA) O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005)
- Recovery Culture Progress Report Mark Ragins (2009)
- Scottish Recovery Indicator (SRI) Anthony Mancini Scotland n.d.
- Staff Attitudes to Recovery Scale (STARS) Crowe, T.P., Deane, F.P., Oades, L.G., Caputi, P., & Morland, K.M.(2006)

No existe un método único para seleccionar la herramienta de evaluación más adecuada, la decisión debe ser guiada por los objetivos de la evaluación, los del propio centro y servicio, y la posibilidad de implementar las evaluaciones.

4.EL RECOVERY Y LOS SERVICIOS QUE PRIORIZAN A LAS PERSONAS.

En los últimos años, la atención en salud mental se ha basado en un modelo comunitario y se ha beneficiado mucho por la perspectiva de la recuperación, ésta, supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista “en primera persona” de su proceso y de su crecimiento personal.

A pesar de que la recuperación no es una intervención al alcance de la mano de los profesionales, sí que los servicios pueden contribuir, o por el contrario, no contribuir a la experiencia de la recuperación y los resultados.

Aunque hay muchos valores que se han asociado a los servicios que se orientan hacia la recuperación, existen con consenso, al menos cuatro valores clave que aparecen de forma recurrente en la bibliografía sobre “recovery” que son los siguientes:

-Orientados hacia la persona: Se centran en los puntos fuertes o talentos, no en el problema, conciben a las personas en su totalidad, aceptan la totalidad de roles de enfermo y lo potencia, no únicamente el rol de enfermo y lo realizan desde una visión holística entendiendo su biografía entera.

-Implicación de la persona; Se pretende implicar a la persona en su proceso terapéutico y de cambio, fomentar la toma de responsabilidad y el sentido de empoderamiento y de una identidad propia.

-Autodeterminación. Entiendo que es la propia persona la que ha de tomar decisiones, ayudando a retomar el sentido de sus vidas, “colaborando” con las personas y no “pautando”, teniendo siempre en cuenta que la coacción se convierte en algo contraproducente.

-Esperanza. Pretende buscar siempre la oportunidad para crecer en cada circunstancia, potenciar el hecho de que la recuperación es posible, asumir el control de la propia vida, ir más allá de la sintomatología o la prevención de recaídas y ser capaz de avanzar y construir espacios vitales en muchos anteriormente conseguidos.

El campo de la recuperación está todavía en fase de desarrollo, en cuanto al conocimiento del proceso y el significado en sí, pero es evidente que la recuperación es una realidad. Los servicios dedicados a la salud mental deben aplicar buenas prácticas, con evidencias científicas que reflejen los cuatro valores básicos del constructo, siendo así se conseguirá que los servicios fomenten la recuperación de una vida plena, significativa para las personas con TMG.

Para conseguir llevar a cabo una transformación de los servicios hacia el paradigma de la recuperación, además del apoyo institucional, es necesario que las personas que utilizan los servicios, los consumidores, sean los protagonistas.

PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN DESDE EL CONCEPTO DE RECUPERACIÓN.

1.DATOS BIOGRÁFICOS E INFORMACIÓN PREVIA DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA EL INDIVIDUO DE FORMA GENERAL.

a) Datos del Paciente.

El paciente T.F. es un varón, joven, de veintiún años de edad, residente en un pueblo de La Comarca de La Safor que ha tenido las primeras manifestaciones de la Enfermedad Mental el año pasado.

Es soltero y reside en domicilio familiar con su padre, la mujer y dos hermanos (siendo el usuario el mayor de los tres).

Ambos miembros de la unidad familiar laboralmente están en activo, no presentan problemas económicos y gozan de una buena calidad de vida.

La vivienda es de su propiedad, con buenas condiciones de habitabilidad.

El usuario tiene presentada la solicitud de reconocimiento de grado de dependencia y un certificado de minusvalía del 44%. No percibe actualmente ninguna prestación.

En la infancia fue separado de la madre, ésta también padece una enfermedad mental, no podía cuidarlo debidamente y hubo una sentencia al respecto .

b) Motivo de la consulta.

Es derivado por el Hospital de Día de Salud Mental donde ha permanecido un par de meses. Nunca ha realizado un ingreso hospitalario en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Desde el equipo del Hospital de Día y el Programa de Primeros Episodios Psicóticos contactan con nosotros para valoración de la posible derivación de T.F. al CRIS La Safor para iniciar un tratamiento rehabilitador.

El usuario no está del todo motivado a la asistencia por lo que inicialmente el objetivo planteado por todo el equipo es el de producir el enganche terapéutico.

Puesto que ha estado en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos, y se lleva a cabo desde el CRIS conjuntamente un Programa de ocio para jóvenes, se propone la derivación al mismo, para ir realizando un acercamiento hacia el tratamiento rehabilitador.

Los profesionales del H.D. realizan acompañamiento al grupo y parece ser aceptado por el usuario y con cierta motivación, a partir de ahí se realizan las gestiones oportunas para la solicitud de plaza de CRIS.

En Marzo del 2015 le es concedida la plaza en el mismo.

c) Diagnóstico.

Esquizofrenia Paranoide.

En el momento de crisis consta (según informe psiquiátrico) abuso de consumo de tóxicos con alteración conductual considerable.

2.DELIMITACIÓN DE PRIMEROS OBJETIVOS PARA EL PIR.

2.1. Para el usuario.

- Mejorar la convivencia familiar.
- Retomar relaciones con la madre.
- Recuperar las relaciones sociales que poseía.
- Entrar en el circuito formativo-laboral.
- Llevar una vida autónoma e independiente (de la familia).
- Adquirir roles con los que se sienta satisfecho.

2.2. Para personas significativas.

- Aprender qué es la enfermedad de T.F
- Sentirse escuchados y acogidos durante el proceso de rehabilitación.
- Fomentar la asistencia del usuario al centro.
- Ayudar al usuario en el manejo de la enfermedad.
- Mejorar la convivencia.
- Fomentar roles con los que se sientan satisfecho.
- Ser agentes activos en la recuperación del usuario.
- Reconstruir el proyecto de vida familiar.

2.3.Desde el punto de vista profesional.

- Favorecer y conseguir vinculación terapéutica.
- Trasmitir esperanza en el proceso de recuperación.
- Conseguir el enganche al Centro y al proceso de recuperación.
- Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades del usuario.
- Elaborar los objetivos del proceso con el usuario.
- Diseñar el PIR, el desarrollo, y seguimiento del mismo para favorecer la recuperación.

2.4.Motivación y expectativas.

- Mejorar la convivencia familiar.
- Retomar las relaciones con su madre.
- Volver a recuperar las amistades.
- Llevar una vida autónoma.

El usuario presenta una actitud ambivalente hacia la rehabilitación. Por una parte parece motivado y verbaliza que “le gustaría mejorar, encontrar un trabajo y llevar una vida independiente” y por otro lado se muestra desesperanzado.

Desde el Hospital de Día nos informan también que no está motivado a la asistencia. En un primer momento se muestra desconfiado y agobiado por la asistencias, sin embargo conforme avanzamos en el proceso, se lleva a cabo un programa motivacional y conseguimos un cambio de actitud.

3.EVALUACIÓN DESCRIPTIVA.

3.1. Análisis Histórico.

3.1.1. Historia personal y socio-familiar.

-Descripción de la historia vital por etapas evolutivas.

El usuario es el mayor de tres hermanos (por parte de padre). Convive en el domicilio familiar con la cónyuge de su padre y sus dos hermanos. A lo largo de su vida, el usuario ha tenido muchos cambios de estructura familiar, según relata.

Los progenitores de T.F se separaron al poco al poco de nacer, cuando todavía era un niño.

El usuario describe que estuvo a cargo de su madre hasta los ocho años aproximadamente. A los 4 años recuerda que su madre lo dejó en el Preventorio donde convivía con otros niños que no tenían familia, aunque relata no tener recuerdos del lugar ni de las vivencias, solamente de algo referente al comedor que no da más importancia.

Una vez es sacado del Preventorio se va a vivir de nuevo con su madre, al principio la convivencia fue buena, pero poco a poco su madre iba descuidándolo. Relata que lo abandonaba, se quedaba solo por las noches, tenía miedo y lloraba, no sabía que hacer. Esta situación se fue agravando y él recuerda que lo pasaba muy mal, puesto que no tenía a nadie de referencia a su lado. Se lo contó a su padre quien indagada la gravedad del problema. En varias ocasiones el usuario, no es llevado al colegio por su madre, o lo ha llevado pero no va a recogerlo. T.F nos relata la situación de indefensión que vivió durante esa etapa.

Es ahí donde le padre pone una demanda para que le den la custodia y entre los siete y los ocho años se resuelve y ya se va a vivir con su padre.

A partir de los 8 años pues, el usuario convive con su padre, sin embargo define la situación como muy complicada para él, entre los progenitores había conflictos continuados, discutían y lo utilizaban a él para hacerse daño. “Yo no sabía a quién creer, a quien hacerle caso, hasta que me di cuenta que mi padre tenía la razón, aunque por otra parte quería mucho a mi madre”: nos cuenta. Hablamos con él sobre la escolarización que admite que en ese época fue muy mal, no tenía amigos, los niños se metían con él, incluso se le pegaban, aunque iba aprobando las asignaturas, pero no tenía amistades.

Sobre los 11 años cambió de escuela y mejoró la situación. En esta nueva, parece que hizo nuevos amigos, era un colegio bueno, le gustaba, iba al comedor y ahí sacaba buenas notas. En esos momentos el núcleo familiar estaba compuesto por su padre, y una tía con la que convivían que para él es como su segunda madre. Ella se ocupaba de todas las necesidades del usuario, puesto que su padre trabaja mucho y era ella la que se ocupaba de la casa.

Alrededor de los 14 años empezó a consumir tabaco y a presentar algunas alteraciones conductuales. En la escuela las notas empezaban a no ir bien, se juntaba con malas compañías y empezaban los conflictos en casa, ya que repitió curso. Llegaba muy tarde a casa y ello le conllevaba un mal clima familiar.

Sobre los quince años relata que empezó a consumir cannabis de forma esporádica. Los amigos con los que iba todos consumían y además se sentía muy solo, espacio que

llenaba con las amistades y el consumo. Su padre iba a trabajar durante todo el día, y siente que no tiene a nadie con quien compartir o acudir si algo le sucedía, se sentía diferente al resto, comenta textualmente : “ No disfrutaba como los demás”.

Durante ese curso las notas fueron muy malas, ese curso aprobó pero el siguiente ya no, admite que no estudiaba y se lo dejaba todo para el final. Repitió 3º de la E.S.O. y dos veces el 2º de Bachiller.

Ello suponían además un aumento de conflictos familiares y situación de incompreensión en el usuario.

En ese momento decide dejar los estudios aparcados.

Durante todo este tiempo la relación con su madre, era muy fría y distante, únicamente se veían fines de semana alternos, y además no se llevaban bien. El usuario tenía muchas vivencias que le impedían un mayor acercamiento según nos cuenta.

A pesar de ello a los 16 años su madre se quedó embarazada y le comunica que va a tener un hermano por parte de madre. Al usuario parece que le hace mucha ilusión ya que así tendría un hermano con quien compartir sus vivencias. Al cabo de unos pocos meses la madre le comunica que decidió no tener al bebé y las ilusiones del usuario se desvanecen. Según refiere lo que más le dolió es que en ningún momento se lo comentara, consultara o comunicara, nota que su madre no lo ha tenido en cuenta nunca, ni siquiera para apoyarse en él, “mi punto de vista nunca ha servido”, y además se siente desplazado puesto que se lo ocultó todo.

A sus 16- 17 años, su padre empieza una relación con la actual pareja. Desde el inicio ha mantenido buena relación con la misma. Recuerda que cuando tenía 17 años le comunican que su padre y la pareja van a tener un bebé. De nuevo ante la llega del hermano el usuario de nuevo se alegra mucho y tiene mucha ilusión. Esta vez, por problemas médicos, vuelven a perder al bebé. Comenta que en esta ocasión lo llevó mucho peor, se sentía muy mal, no sabía cómo afrontarlo, “vi las ecografías, estaba muy ilusionado con él y se me quitó la ilusión de repente, como si lo hubieran robado”, comenta. Esta vez sí que había formado parte del proceso, estaba muy ilusionado y es por ello que se siente deprimido. Por una parte no tenía a nadie con quien apoyarse, y además se sentía mal por no apoyar a la mujer del padre que lo estaba pasando muy mal por la pérdida del bebé, todavía hoy se siente culpable de no haberla apoyado lo suficiente.

Durante los 17 años (no recuerda bien si anterior o posterior a lo relatado) fallece también un abuelo suyo con el que mantenía una buena relación y que también le afectó bastante.

El núcleo familiar se componía de T.F, el padre, la tía, y la mujer del padre. La convivencia entre todos parece que era buena exceptuando la de la tía con la mujer del padre, que según refiere se basaba en conflictos constantes. Nos lo relata como una fuente de estrés ya que la mujer del padre, para él, era un punto de apoyo y su tía era su referente para todo. Se sentía en medio, no sabía muy bien cómo actuar antes las peleas y simplemente se sentía mal, sin hacer nada.

Se produce también sobre esta edad, un cambio de domicilio familiar que vivió como estresante, no tenía amistades con quien quedar, se sentía en casa solo, aburrido la mayor parte del tiempo y desmotivado.

A los 18 años, edad en que el usuario marca un punto de inflexión, falleció su tía por problemas del corazón, no supo afrontarlo, según refiere y las cosas cambiar mucho más para ir a peor.

Empezó a consumir cannabis, casi de forma de diaria, pasando de un consumo esporádico más social, al consumo reiterado para evadir la situación. Se sentía solo, nadie era capaz de ayudarlo en los estudios, no podía contar con nadie ya que su tía hasta el momento había sido su máximo apoyo. Ante esta situación se sentía muy deprimido, se lo callaba todo y cada vez se sentía peor.

En esta misma etapa, la mujer del padre se queda embarazada y por fin tiene su primer hermano. Ante la llegada del nuevo hermano el usuario está muy contento, aunque admite que le costó adaptarse un poco.

Parece que el clima familiar y la convivencia en este momento van mejorando.

A los 19-20 años, el usuario vive de forma más alegre, dejó de consumir tóxicos y la convivencia era agradable. Únicamente se quejaba de que los familiares no le dejaban pasar demasiado tiempo con el hermano, o hacerse cargo de él, según comenta le decían que era un irresponsable, que no valía para ello, se sentía que lo dejaban en esto un poco de lado y que no le tenían en cuenta.

Al contrastar la información con los familiares nos comentan que esto es debido a que ya notaban en el usuario conductas que no eran normales, incluso con el hermano, ello les asustaba e intentaban que estuviera siempre vigilado.

Sobre los 20 años empieza a notar la sintomatología de la enfermedad mental. Refiere que veía muchas injusticias, se sentía atacado, que hablaban sobre él, que era muy criticado. Acude por primera vez a Salud Mental, porque no se sentía bien, se sentía diferente, pero sobre todo convencido porque tanto la familia como las amistades le decían que ya no era el mismo.

Según la familia en esta época ya presenta alteraciones conductuales importantes, conductas extravagantes, estados paranoides y es por ello que deciden llevarlo a la U.S.M.

Es derivado al Hospital de Día de Salud Mental, donde relata que en principio se sentía atacado que no le gustaba ir, pero poco a poco se dio cuenta de que lo que le sucedía tenía que solucionarlo. Se sintió muy ayudado por el equipo, se da cuenta que padece una enfermedad mental y que las actividades que allí realiza y las prescripciones que le dan le están ayudando mucho.

También a los 20 años, la mujer del padre se queda embarazada de nuevo y el usuario tiene a su segundo hermano.

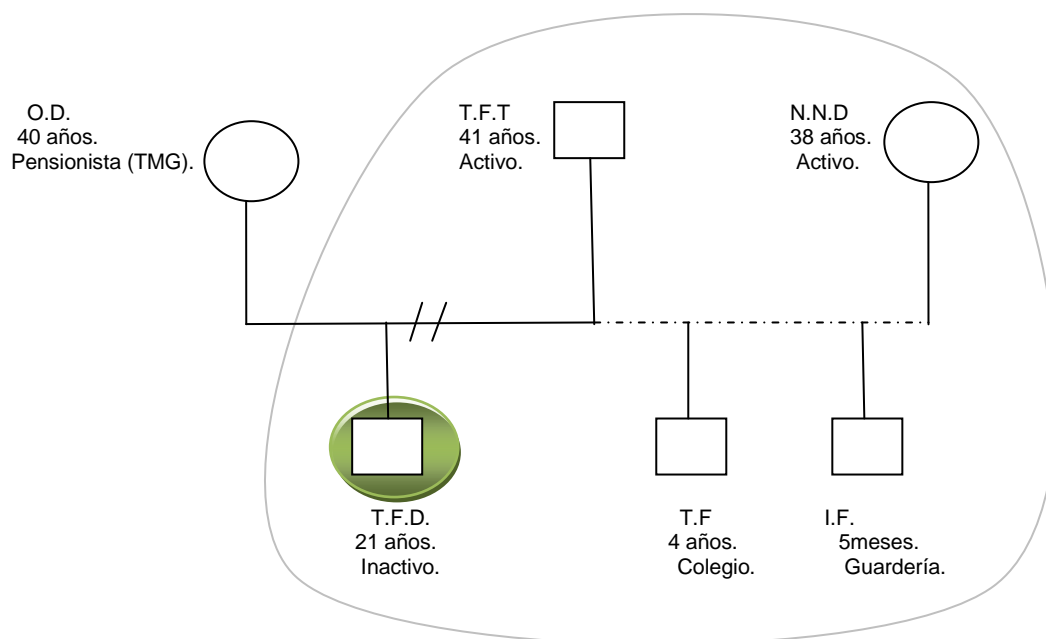
Desde este momento permanece en el H.D. hasta los 21 años que es derivado al CRIS para continuar con el tratamiento rehabilitador. Es derivado al centro y realizamos un proceso de acogida muy paulatino, con acompañamientos dado el riesgo marcado de que abandone, no está inicialmente motivado a la asistencia, tiene escasa conciencia de la enfermedad mental a pesar del trabajo realizado (según nos informan del H.D.), por ello realizamos un programa motivacional al respecto. A día de hoy parece que se ha conseguido una buena vinculación terapéutica con el equipo y el enganche al centro.

Durante las entrevistas le preguntamos sobre relaciones íntimas o parejas, ya que no lo ha comentado durante el recorrido por las diferentes etapas vitales. Según refiere tuvo

algunas parejas, de corta duración y más por necesidad de afecto, sentirse valorado y con prestigio de cara a los amigos, que porque de verdad le gustara.

También comentamos sobre la experiencia laboral y nos indica que trabajó ayudando a su madre de comerciante en algunos mercados, de camarero unos días, de ayudante de taxista con su padre, sin embargo todo trabajos esporádicos, sin continuidad y que no le aportaron experiencia ni motivación.

-Genograma y núcleo familiar.



Actualmente T.F reside en el domicilio familiar propiedad del padre, junto con la mujer del mismo y sus dos hermanos.

Las relaciones familiares actualmente son buenas, estables y no hay demasiada conflictividad.

El referente familiar para el usuario, es la mujer del padre, a quien acude para contarle cualquier cosa y la que siempre le ayuda.

Con el padre mantiene también buena relación, aunque dado el trabajo del mismo, pasa mucho tiempo fuera de casa, es una relación más distante y quizá más marcada por la conflictividad, puesto que tienen un carácter parecido y suelen ser los que más discuten.

Con respecto a los hermanos parece que el usuario está encantado con ellos, con el de cuatro años la relación es buena, comparten juegos y espacio de forma muy adaptativa para ambos. Únicamente los familiares comentan que no los dejan solos porque todavía existen desconfianzas con respecto a la conducta de T.F con respecto a ellos, las situaciones vividas los marcaron mucho y necesitan tiempo y adaptarse poco a poco.

Con respecto a las relaciones con la madre biológica, actualmente parece que también han mejorado. Hasta hace un año aproximadamente únicamente se veían fines de semana alternos, sin embargo últimamente va todos los fines de semana y refiere estar a

gusto con ella, aunque parece que sigue siendo una relación bastante fría y distante, más de compañeros de piso que verdaderamente de madre e hijo.

-Análisis de antecedentes patológicos en la familia.

Según informa la familia la madre del usuario padece una depresión, alteraciones conductuales importantes y está diagnosticada también de enfermedad mental.

Parece que también una tía materna y la abuela materna padecen algún tipo de enfermedad mental, aunque no saben indicarnos diagnóstico.

-Acontecimientos vitales relevantes, estresores y traumas.

De la historia biográfica según nos relata T.F han sido muchos los acontecimientos vitales y estresores importantes en su vida, son:

-Las consecuencias de la separación de sus padres. Situación que le llevó a vivir en el Preventorio y pasar por el proceso de la demanda de custodia por parte de su padre.

-El incumplimiento en el cuidado de la madre y el sentimiento de estar desde pequeño abandonado.

-Los conflictos continuados entre los progenitores, estando él en medio y no sabiendo como afrontar la situación.

-La escolarización en la infancia repleta de rechazos, insultos y acoso por parte de los compañeros.

-El primer cambio de domicilio en el que pase de vivir con su madre, a vivir en el domicilio familiar de su padre con éste y con su tía.

-Los conflictos familiares continuados que tenía con su padre y con la tía durante la adolescencia, unido a la mala relación con la madre biológica.

-La decisión de la madre de no tener al bebé que sería su hermano, interrumpir el embarazo sin ni siquiera contar con su opinión o con la posibilidad de prestar su apoyo, sentir que no forma parte de la familia.

-El fallecimiento de su abuelo con el que mantenía buenas relaciones.

-Los conflictos continuados en casa con la actual mujer de su madre y su tía.

-El aborto por situaciones clínicas de la mujer del padre, del que sería su primer hermano y que para él era tan importante.

Además en este suceso también relata que el estresor era mayor porque también sentía que no podía ayudar a la mujer de su padre, puesto que no se encontraba bien. Ella lo estaría pasando mal, y el usuario se culpabilizaba de no saber ayudarla.

-La muerte de su tía con la que estaba muy protegido y apoyo y que perdió de repente, no sabiendo afrontar el duelo, y con la sensación de que perdía su máximo apoyo.

-El cambio de domicilio en el que perdió a todos sus amigos de hasta entonces, la sensación de estar solo todo el día y deprimido.

-La negativa continuada por parte de los familiares a que se haga cargo de los hermanos porque consideran que después de todo el proceso de la enfermedad sigue sin ser lo suficientemente responsable.

-Ajuste premórbido de las áreas de funcionamiento psicosocial.

Respecto a las diferentes áreas del funcionamiento del usuario previas a la aparición de la enfermedad, nos basamos en los datos extraídos de las entrevistas y cuestionarios administrados al mismo y a la familia. Cabe destacar que el usuario es joven, por lo que algunas de las áreas no las adquirió previo a la enfermedad o el nivel de funcionamiento era muy básico.

-Área familiar y de convivencia.

El usuario nos cuenta que la mayor parte de conflictos en el ámbito familiar aparecen en el inicio de la adolescencia en el momento en que se presenta el consumo de tóxicos, algunas alteraciones conductuales y los suspensos en el área académica. Posteriormente parece que la convivencia era bastante buena, no había demasiada conflictividad siempre se ha llevado bien con el padre, y mejor aún con la mujer del mismo. Se define como una persona de buena convivencia, fácil y que intenta colaborar en la casa, todo ello hasta la aparición de los síntomas de la enfermedad donde vuelven a aparecer los conflictos.

-Área Social ocio y tiempo libre.

Refiere haber tenido un buen nivel de actividad social toda la vida, excepto en la infancia. Durante la adolescencia siempre ha tenido muchas amistades y no ha tenido problemas en la realización de actividades de tiempo libre. En este aspecto el ajuste es bueno, puesto que hasta en los momento de aparición de la enfermedad nos relata que se dejó guiar por las amistades, lo cual nos hace prever que son amistades íntimas en las que confía.

-Actividades de la vida diaria Básicas e Instrumentales.

El usuario era prácticamente autónomo en cuanto a las actividades de la vida diaria básicas. En cuanto a los instrumentales, sí que nos comenta que la mayoría de ellas se encarga su padre, o la pareja del mismo. Algunas sí que las dividían entre los miembros de la familia, otras directamente no eran su responsabilidad.

Entendemos que dada la edad del usuario el ajuste es bastante bueno, con respectos a las instrumentales es posible que se encargara su padre dada la inexperiencia del usuario.

Parece que, según refiere no presentaba problemas en alimentación, ni el aseo personal, vestimenta, cuidados de salud, utilización de tecnología, administración del dinero de su paga, etc., por lo que entendemos había un buen ajuste adaptado a su edad y responsabilidades.

-Utilización del Entorno comunitario.

Según relata, era capaz de utilizar el transporte público, iba a la biblioteca, al médico cuando lo necesitaba, piscina, etc., no presentaba déficits en la utilización de recursos comunitarios que ha necesitado hasta la aparición de la enfermedad.

-Actividad laboral y económica.

El usuario nunca ha llegado a tener ingresos propios que le permitan mantenerse y gestionar grandes cantidades de dinero.

No ha mantenido actividades laborales remuneradas, por lo que no presenta experiencia ni destrezas en esta área.

-Factores de predisposición y vulnerabilidad personales y ambientales.

T.F presenta los siguientes factores de predisposición y vulnerabilidad personal:

-Predisposición genética. La madre del usuario está diagnosticada de enfermedad mental y en la familia materna hay más personas que han padecido depresión u otras enfermedades mentales.

-Esquemas cognitivos de sí mismo vulnerables y baja autoestima. Presenta un autoconcepto empobrecido y una imagen de sí misma muy negativa. Se compara con lo realizado a lo largo de la vida con el resto de amigos y cree que él no puede alcanzar metas como los demás.

-Escolarización dificultosa y sentimiento de fracaso escolar. Durante la infancia se sintió acosado e insultado por los compañeros. Refiere haberlo pasado muy mal y en esa etapa empezó ya a no ir bien en la escuela.

-Patrón personal introspectivo y con estilo de comunicación pasivo. Desde siempre comenta que no ha sabido comunicar a los demás lo que necesitaba, siempre se lo guarda todo y por ello se siente mal.

Presenta un estilo de comunicación pasivo, con pocas iniciativas, siempre espera a que le propongan y si algo no le sienta bien no es capaz de defender sus derechos.

-Déficits en la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas. No es capaz de afrontar situaciones de la vida diaria de forma adaptativa, necesita el apoyo y supervisión para cualquier manejo de situación, no afronta de manera adecuada situaciones sociales de poca complejidad.

Con respecto a factores familiares de predisposición y vulnerabilidad encontramos los siguientes:

-Madre , y tía y abuela por familia materna con diagnósticos de enfermedad mental.

-Abandono del rol de madre en la infancia que llevó al usuario al padecer una indefensión y sentimiento de soledad.

-Falta de referentes de aprendizaje. Desde muy pequeño comenta que se ha criado prácticamente solo, su madre no se hacía cargo de él y cuando pasó a vivir con su padre éste también trabajaba durante todo el día, por lo que no tenía referentes de aprendizaje presentes en la infancia.

-El usuario se ha criado en un ambiente con ausencia total de patrones o normas.

-Estilos educativos ambivalentes. El usuario no ha sido criado desde un estilo educativo adaptativo. Siempre ha tenido la figura de su madre con un estilo educativo entre permisivo y negligente dependiendo de las situaciones. El padre también adaptada estilos educativos permisivos durante épocas y autoritarios durante otras.

Nunca ha tenido un estilo educativo democrático ni un apego seguro, más bien siempre ha presentado estilos de apego más cercanos al desorganizado.

-Conflictividad continuada en el núcleo familiar. El usuario refiere haber vivido siempre en continua conflictividad tanto con sus padres como en el cambio de domicilio con su padre, los conflictos entre la tía y la madrastra eran continuados.

Siempre ha percibido un clima hostil lleno de conflictividades.

Como factores ambientales de predisposición y vulnerabilidad podemos destacar el rechazo social sufrido en la infancia, la percepción de acoso de escolar y los fracasos académicos que ha tenido. A pesar de que sí manifiesta desde el cambio de colegio que ha tenido buenas relaciones sociales con amigos que considera significativos, refiere

valorar que siempre hubo demandas excesivas continuadas ambientales a las que no era capaz de hacer frente.

De los factores concluimos pues, que las experiencias educativas no han sido satisfactorias ni gratificantes para el usuario. Es por ello que abandonó los estudios tras dos cursos de fracaso continuados.

Con respecto a las relaciones sociales, él manifiesta que siempre han sido íntimas y significativas, incluso en los momentos en que se manifiesta la enfermedad.

No se puede analizar las relaciones laborales puesto que no ha mantenido ningún empleo estable.

Con respecto a las experiencias afectivas y sexuales, relata que ha tenido varias relaciones de pareja, pero siempre buscando la afectividad, la comprensión y el apoyo, más como en la búsqueda de un rol de madre que de pareja.

Los modelos de conducta en algunos casos imitan a los de su historia biográfica y los vividos por él, de ahí la dificultad en el afrontamiento y resolución de problemas, con tendencia a la conflictividad y/o agresividad, la falta de apego y relaciones íntimas con los familiares.

Su estilo de comunicación pasivo, la introspección y la falta de iniciativa, probablemente vengan de la indefensión aprendida a lo largo de su vida en las diferentes situaciones que ha vivido y que algunas veces generaliza a la actualidad. Todo ello en ocasiones se traduce en un sentimiento de desesperanza ante la mejoría y la recuperación.

3.1.2. Historia Clínica.

T.F tiene una historia reciente en Salud Mental. A los 20 años de edad acude al hospital por alteración conductual según los familiares. Aunque ya hacía tiempo que observaban conductas inapropiadas no es hasta ese momento cuando el usuario accede a presentarse en los servicios de salud mental.

Los familiares actualmente refieren que tal vez, la enfermedad ya estaba latente desde el momento en que observan consumo de tóxico ya que había conductas (como vigilarles por la noche) que ahora identifican con posible sintomatología que en aquel momento no sabían identificar.

Presenta un inicio de la enfermedad insidioso, en el verano de 2013 tras abandonar el instituto y tras el segundo año de 2º de Bachiller sin aprobar. En ese momento presenta conductas desajustadas e inapropiadas, hipervigilancia, refiere estar perplejo, autorreferente, con risas inmotivadas, soliloquios, alucinaciones auditivas, abandono del aseo personal y realiza algunos toqueteos inapropiados a la madrastra, con connotaciones sexuales. En ese momento no presenta consumo de tóxicos, sin embargo si hay problemas de juego a las máquinas.

No tiene ninguna conciencia de la enfermedad. En ese momento es derivado al Hospital de Día para abordar los problemas de conducta que la familia no entiende y no sabe manejar, además no se pueden ajustar con intervención ambulatoria.

Relatan en ese momento los familiares que anteriormente ha consumido tóxicos, presentaba una conducta rebelde, no colaboraba en casa y estaban en continuo conflicto.

Durante su estancia en H.D. se consiguen contralar las conductas desajustadas y los síntomas psicóticos más agudos con tratamiento oral, inyectable y intervención intensiva de contingencia, terapias de grupo, intervención psicoeducativa familiar, terapia ocupacional y control de enfermería.

A través de las intervenciones se consiguen resultados positivos, como que tome una conciencia parcial de la enfermedad, aunque sigue minimizando los síntomas, sigue presentando déficits cognitivos considerables, está apragmático todavía y necesita un alto grado de supervisión.

La familia ha de estar continuamente sobre él para la realización de tareas de casa y planificar cualquier actividad o tarea externa ya que el contacto social fuera del ámbito familiar es prácticamente nulo y la familia se preocupa por el autoabandono, la falta de autocuidado e higiene y el sedentarismo presente.

Dada la posible evolución de la enfermedad a mayor deterioro, desde el equipo de rehabilitación de la comarca se propone en ese momento, al alta del H.D. la derivación del usuario al CRIS La Safor para continuar trabajando el proceso de rehabilitación desde un recurso más normalizado y de forma más continuada y longitudinal.

Observamos pues, que el usuario no ha requerido en ningún momento la hospitalización en UHP por agudización sintomática.

Se le propone tanto al usuario como a la familia la posibilidad acordada de la derivación al CRIS y a la familia les parece la mejor decisión, el usuario consiente la derivación pero por prescripción, no está motivado intrínsecamente hacia el proceso, por lo cual ya se nos avanza en reuniones de equipo desde el H.D. la posible dificultad con el enganche terapéutico hacia el proceso.

3.2. Análisis de la situación actual.

3.2.1. Descripción de la sintomatología actual.

En el momento de la derivación al CRIS y la realización del protocolo establecido de evaluación inicial, T.F., (basado en cuestionarios y escalas estandarizadas, así como en evaluaciones observacionales y entrevistas cualitativas, tanto al usuario como a la familia) no presenta excesiva sintomatología psicótica positiva, y la que presenta no son puntuaciones excesivamente elevadas.

Con respecto a esta destacan el contenido inusual de pensamiento, algunas ideas persistentes de suspicacia y prejuicio, alucinaciones transitorias, una percepción de desrealización e ideas obsesivoides en aspectos concretos.

Más predominante resultan aspectos directa o indirectamente relacionados con la sintomatología negativa.

Destacan episodios depresivos, afecto embotado, apatía, anhedonia, sedentarismo, pérdida de relaciones sociales, aislamiento, falta de iniciativa y desesperanza en cuanto a la vida en general.

Según el BPRS puntúa en ansiedad, depresión y sentimientos de culpa. En ocasiones refiere pensamientos recurrentes que le provocan ansiedad, no puede canalizar y tienen repercusión en el funcionamiento global.

En algunas ocasiones describe que piensa que no vale la pena vivir y estar más deprimido, pero en menor intensidad y regularidad que en tiempos anteriores que ha llegado a presentar conductas autolíticas.

En informes nos consta comorbilidad con diagnóstico de depresión.

El nivel de autoestima es bastante bajo, le puede el sentimiento de ser diferente y no valora los logros conseguidos hasta la actualidad, ya que está acostumbrado (como relata) a que no se le valore nada.

En el momento de la evaluación detectamos factores de riesgo para su estabilidad clínica con necesidad de intervención:

-Presenta conciencia parcial de la enfermedad. A pesar de las intervenciones realizadas en el H.D. únicamente tiene la enfermedad aceptada, sin embargo, no es capaz de identificar sintomatología ni pródromos, posiblemente no sea capaz de pedir ayuda o revisión del tratamiento anterior a una agudización y necesita mejorar el manejo de la misma.

-Escasa adherencia al tratamiento farmacológico. Depende de la supervisión continuada por parte de los familiares para la correcta administración del tratamiento.

-Consumo anterior de tóxicos. Aunque actualmente refiere estar concienciado de los riesgos que le puede aportar el consumo, al realizar una evaluación más intensiva predecimos que el “no consumo” está más motivado por evitar conflictos familiares que verdaderamente porque haya adquirido conciencia de las consecuencias de los mismos.

-Presenta ciertos déficits cognitivos que necesita trabajar.

-Relaciones familiares un tanto superficiales, con escasa satisfacción para el usuario y que no le suponen el apoyo demandado por él.

-Reducida red de apoyos sociales. Aunque parece que cuenta con ciertas amistades, que poco a poco está recuperando, todavía nos consta poca actividad social y no percibida como apoyos.

-Desesperanza ante la mejora y ante su proceso de recuperación.

-Sentimiento de pérdida de control ante la realización de un proyecto de vida con sentido e identidad y con el que sienta satisfecho.

Observamos que T.F cuenta con una serie de factores de riesgo y que pueden variar la estabilidad clínica, así como el proceso hacia la recuperación.

Como factores protectores también hemos identificado algunos en el momento de las evaluaciones : los familiares tienen buena predisposición a adquirir psicoeducación y pautas que les ayuden a llevar mejor la enfermedad del usuario, así como para convertirse en puntos de apoyo para él, cierta capacidad para pedir ayuda si cree

necesitarla, presenta cierta conciencia sobre la importancia de realizar un proceso de rehabilitación, presenta edad temprana, es joven por lo que se presupone buena capacidad de aprendizaje y asimilación, y tiene una buena calidad de vida en la estructura familiar actual.

3.2.2. Análisis descriptivo de las áreas de funcionamiento psico-socio-laboral.

-Tratamiento.

Actualmente el tratamiento farmacológico que se le ha prescrito ha de ser supervisado continuado por los familiares. Presenta conciencia parcial de la necesidad de tomarlo.

Hasta el momento el tratamiento pautado ha presentado buena efectividad y no se relatan efectos secundarios importantes.

-Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria Básicas.

Con respecto a la higiene corporal en ocasiones está más descuidado, especialmente en los periodos en que aparece sintomatología depresiva o mayor desmotivación. Es capaz de mantener cierta higiene personal, pero muchas veces tras la insistencia de los familiares en ello.

La higiene bucal y el aseo íntimo también lo realiza necesitando supervisión.

La alimentación, referida a hábitos alimenticios saludables, en ocasiones no es la adecuada. Hay temporadas en que se ha observado ingesta compulsiva y sobre todo ingestas de alimentos fuera de los horarios de las comidas.

Con respecto a las transferencias y traslados es totalmente autónomo e independiente.

-Hábitos de vida.

En general actualmente los hábitos de vida, son bastante saludables. Hace tiempo que no hay consumo de tóxicos, no es consumidor de tabaco, no consume alcohol, y los fines de semana realiza alguna actividad física como ir a la piscina, jugar al fútbol, etc.

Los familiares están concienciados en este aspecto y también supervisan las citas médicas y cuando lo precisa la realización de analíticas de sangre de control.

Con respecto a los hábitos de sueño, si que ha manifestado desregulación al respecto en temporadas en que tiene preocupaciones o ideas obsesivas.

-Habilidades domésticas y Actividades de la Vida Diaria Instrumentales.

Cuida el propio espacio y la casa en general. Mantiene el orden de la habitación y de las zonas de la casa comunes que utiliza, de acuerdo a las normas de convivencia de la familia, aunque habitualmente recibe supervisión e indicaciones verbales para que lo mantenga. Ocasionalmente se encarga de las labores y cuidados del perro.

Con respecto al cuidado de otros no asume grandes responsabilidades en el cuidado de sus hermanos pequeños, aunque es verdad que juega con ellos y colabora en pequeñas tareas.

Es capaz de cuidar de su ropa, saca su ropa a lavar y la mantiene ordenada en el armario o en las cajoneras de su habitación.

Tiene destrezas mínimas para la organización y elaboración de comida, realizando comidas sencillas, cocina fría o algunas recetas básicas, además presenta motivación en esta área.

Realiza pequeñas compras, siempre indicadas, e incluso es capaz de ir a comprar ropa si lo necesitara aunque habitualmente las realiza de forma acompañada.

Tiene teléfono en su propiedad, lo usa, se hace responsable del mismo, es cuidadoso con él, únicamente es el padre el que se encarga de realizar la recarga del saldo.

Al igual que con el teléfono móvil, es capaz de utilizar los electrodomésticos de forma totalmente autónoma.

Posee carné de conducir automóvil, pero no dispone de vehículo propio, además en la actualidad, tampoco le es permitido usar coche. Utiliza el transporte de forma autónoma.

-Afrontamiento.

Presenta autocontrol en cuanto a la ingesta y alteración conductual relacionada con la agresividad cuando se encuentra estable. En momentos de agudización sintomática se han relatado episodios de agresividad e ingesta compulsiva.

Presenta niveles elevados de ansiedad y depresión que interfieren en su funcionamiento psicosocial.

Describe un autoconcepto desajustado de la realidad y baja autoestima, junto con una deficitaria capacidad de resolución de problemas, necesitando supervisión.

-Funcionamiento Cognitivo.

No presenta excesivo deterioro cognitivo, sin embargo, sí que refiere y observamos problemas de concentración, atención, memoria y dificultades en ciertas funciones ejecutivas.

-Autonomía Básica.

Presenta un buen manejo de administración del dinero, puesto que no tiene ingresos propios y dispone de pequeñas cantidad económicas para administrar de forma autónoma. En época anteriores sí que presentó problemas de gastos inadecuados (realizaba apuestas en línea de forma descontrolada).

Es capaz de utilizar el transporte público.

Posee conocimientos educativos básicos puesto que aprobó hasta primero de Bachiller, tanto a nivel numérico como lectoescritura, y además presenta motivación por el aprendizaje.

-Autonomía Social.

Respecto a la realización de gestiones burocráticas delega totalmente en los familiares, no utiliza los recursos comunitarios existente en la zona.

No participa prácticamente en actos públicos o sociales, ya que permanece la mayor parte del día en su casa.

Referidos a la utilización de medios socio-sanitarios, usualmente son los familiares son los que toman la iniciativa para la realización de los mismos.

Las actividades de ocio que realiza corresponden a un ocio más bien pasivo, como ver la televisión o escuchar música. No asiste a lugares recreativos, ha dejado gran parte de las actividades de ocio que realizaba previamente a la aparición de la enfermedad, y que además relata que le gustaría volver a realizar.

Actualmente está ya derivado al Grupo de Ocio de Jóvenes implementado por el CRIS y el Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Santa Francesc de Borja.

-Desempeño formativo-laboral.

La situación laboral del usuario actualmente es de desempleado.

Posee el título de Graduado en ESO, aunque repitió 3º curso. Finalizó el 1ª de Bachillerato, pero abandonó los estudios cuando estaba repitiendo 2º.

De momento no se ha planteado continuar con la formación de los estudios que no finalizó.

No presenta historia laboral, su único empleo, sin contrato fue en la Hostelería. Permaneció solamente unos días. Ha acompañado de forma esporádica a su madre como ayudante en un puesto del mercado.

Actualmente está inscrito como demandante de empleo en el SERVEF. Afirma que a más largo plazo le gustaría tener un objetivo laboral, dentro de algún trabajo protegido.

La orientación y el ajuste de expectativas son inexistentes, por lo que se necesita trabajar el área, necesita información, orientación y formación previa.

-Soportes Sociales.

El usuario no dispone de soportes sociales adaptativos y que favorezcan su recuperación en la actualidad.

Principalmente la única actividad que realiza es la de venir al CRIS (parece que se ha producido la adherencia al centro) y las visitas a la madre biológica durante los fines de semana.

La convivencia en la unidad familiar actualmente es bastante buena, únicamente en momentos de agudización es donde aparecen más conflictos. Únicamente aparecen pequeñas disputas en la vida cotidiana relacionadas con el sedentarismo, la falta de iniciativa y el poco apoyo percibido por el usuario.

No realiza prácticamente actividades de ocio (últimamente los fines de semana parece que sale con algún amigo que todavía ha conservado) y no se conocen actividades estructuradas y reconocidas por él como roles, por ello muchas veces realiza demandas con respecto a que le permitan ejercer el rol de cuidador-hermano mayor de sus hermanos.

No tiene ingresos económicos, dado que no tiene actividad remunerada, ni ninguna prestación, por lo que a nivel económico es totalmente dependiente de la familia.

La red de apoyos sociales y amistades es insuficiente tanto a nivel de frecuencia, iniciativa, búsqueda, contacto y nivel de apoyo percibido por él mismo.

El lugar habitual de residencia es la vivienda de la madrastra, donde convive con su padre y sus dos hermanos. Se trata de una vivienda en un tercer piso sin ascensor, con unas condiciones de habitabilidad e higiénicas óptimas. La habitación está totalmente acondicionada y adaptada según sus preferencias y necesidades, dispone de intimidad en ella.

La vivienda está ubicada en el centro de una pequeña población de la comarca de La Safor, toda la gente es conocida por todos y con los recursos comunitarios existentes están cercanos al domicilio.

3.2.2.1. Escalas e Instrumentos utilizados.

Para la realización del análisis y evaluación inicial, cada una de las áreas (psicológica, social, ocupacional, laboral, familiar) realizan las evaluaciones mediante evaluación observacional, entrevistas cualitativas semi-estructuradas y escalas y cuestionarios estandarizados.

Algunas de las escalas y cuestionarios utilizados y las puntuaciones obtenidas por el usuario son las siguientes:

-Manual para la forma ampliada de la escala breve de valoración psiquiátrica breve. BPRS, Lukoff, Nuechterlein & Ventura, (1986).

Escala de evaluación de síntomas psicóticos, que proporciona una puntuación global, incluyendo diferentes variables o síntomas.

Variables/síntomas:	Puntuación:
Preocupación Somática	1
Ansiedad	4
Depresión	4
Culpa	4
Hostilidad	2
Susplicacia	3
Contenido inusual Pensamiento	4
Grandiosidad	1
Alucinaciones	2
Desorientación	1
Desorganización conceptual	2
Excitación	2
Retardo motor	2
Afecto embotado	2
Tensión	1
Manierismos y posturas	1
No cooperatividad	1
Alejamiento emocional	2
Suicidio	3
Autoabandono	3
Conducta estafalaria	2
Humor elevado	1
Hiperactividad motora	1
Distraibilidad	2

-QLS, Heinrich, Hanlon y Carpenter, (1984).

Instrumento que pretende evaluar el funcionamiento del individuo, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología psicótica. Se evalúa la riqueza de su experiencia personal, calidad de relaciones interpersonales y la productividad de roles ocupacionales, mediante una entrevista semiestructurada.

Relaciones interpersonales y red social.	Puntuaciones.
1-Relaciones con miembros del hogar	5
2-Relaciones íntimas	2
3-Relaciones con conocidos.	1
4-Nivel de actividad social	2
5-Implicación en la red social	2
6-Iniciativas sociales	2
7-Retraimiento social	2
8-Relaciones socio-sexuales	1
Funciones Intrapsíquicas	Puntuaciones
13-Objetivos	2
14-Grado de motivación	2
15-Curiosidad	3
16-Anhedonia	3
17-Utilización tiempo	2
18-Objetivos comunes	4
19-Actividades comunes	4
20-Capacidad de empatía	3
21-Capacidad de interacción emocional	5

-Cuestionario Gandia, Seguimiento de Pacientes Crónicos.

Breve cuestionario de sencilla administración, que realiza una evaluación de diferentes áreas del funcionamiento psicosocial. Permite y pretende una visión general a nivel longitudinal de la evolución del paciente.

Subescalas.	Puntuación Ponderada.	Rango Puntuación Ponderada.
Familia	9	0-10
Autonomía Personal	12.14	0-20
Economía	10	0-10
Relaciones sociales	7.5	0-15
Autovaloración Personal.	6.6	0-10
Sexualidad	7.5	0-10
Intereses-aficiones	4.16	0-10
Tratamiento Farmacológico	6	0-15

-WHO/DAS, OMS (1992).

Entrevista de ajuste social, herramienta útil para evaluar el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de una persona.

Áreas.	Puntuación, Esquema de Disfunción.
Comportamiento general: Cuidado personal	3
Comportamiento general: Empleo tiempo libre	4
Comportamiento general: Comunicación	5
Comportamiento general : Rapidez de ejecución	3
Desempeño de roles sociales: Participación en la vida familiar	4
Desempeño de roles sociales: Interés en la relación de pareja.	5
Desempeño de roles sociales: Contactos fuera del hogar.	4
Desempeño de roles sociales: Rol ocupacional.	4
Desempeño de roles sociales: Interés y formación	4
Desempeño de roles sociales: Intereses e información	4
Desempeño de roles sociales: Situaciones Imprevistas	1

-MEC, Folstein et al (1975).

La Mini prueba del estado mental es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos.

Es una herramienta de tamizaje, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Puntuación Total.	Puntuación Máxima.
33	35

-K-BIT. ,A.S. Kaufman y N.L. Kaufman.

El test Breve de Inteligencia de Kaufman está diseñado para la medida de la inteligencia verbal y no verbal en niños, adolescentes y adultos. Permite la estimación de la inteligencia como parte de una evaluación completa de la personalidad cuando el interés primordial radica en detectar una supuesta patología psiquiátrica más que en obtener un perfil intelectual, es de evaluación rápida cuando además se evalúan otras variables.

Subtests	Puntuación Directa.	Puntuación Típica.	Centil.
Vocabulario	61	91	27
Matrices	37	102	55
CI Compuesto	193	94	34

-Índice de Barthel, Mahoney y Barthel, (1955).

La escala o índice de Barthel es utilizada para determinar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ó AVD, dando mayor importancia al control de esfínteres y la movilidad.

Es uno de los test más utilizados internacionalmente para la valoración funcional de pacientes neurológicos y es de fácil y rápida administración y su aplicación es esencial en centros de Rehabilitación.

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. Puntuación Índice de Barthel: 100 , Independiente.

-Escala de Lawton y Brody (AIVD), Lawton y Brody (1969).

Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

Puntuación Índice de Lawton: 6. Dependencia leve.

-ESFA, Barraca y López-Yarto (1997).

La escala de satisfacción familiar es una medida objetiva destinada a obtener una percepción global del sujeto respecto a su situación familiar. Puede utilizarse en la evaluación clínica como instrumento complementario para conocer el bienestar en un área tan fundamental como es la familia, especialmente tras cambios normativos (por ejemplo: muerte repentina de algún miembro, cambio de residencia, desempleo, etc.) aunque desde la escala se extrae una única puntuación, en el trabajo con caso único pueden examinarse más pormenorizadamente los adjetivos para detectar posibles causas concretas de la satisfacción o insatisfacción familiar, en virtud de los adjetivos señalados con puntuaciones extremas

Puntuación Directa Total	Centil
86	Menor que 10.

3.2.2.2. Construcción listado de problemas en áreas de funcionamiento.

Tras la realización de la evaluación inicial de T.FC. detectamos el siguiente listado de problemas.

- 1-Conciencia parcial de la enfermedad.
- 2-Comorbilidad con otros diagnósticos (depresión).
- 3-Conflictos familiares y escaso apoyo familiar percibido.
- 4-Conductas desajustadas y llamadas de atención.
- 5-Sedentarismo y déficits en autocuidado y hábitos de vida saludables.

6-Red social de apoyos deficitaria.

7-Autoestima baja y presencia de estigma y autoestigma.

8-Déficits pronunciados en actividades Instrumentales y utilización de recursos comunitarios.

9-Desesperanza en el proceso de recuperación.

10-Desempeño de rol social y actividades de ocio escasas.

Todos estos problemas mencionados están interrelaciones entre sí.

Como he descrito anteriormente, el usuario presenta una conciencia parcial de la enfermedad, ha asimilado el hecho de tener una enfermedad mental, sin embargo no es capaz de identificar pródromos en etapas de agudización previa a las crisis. Además de ello presenta (según informe psiquiátrico) comorbilidad con diagnóstico de depresión.

Esta situación se agrava por la falta de apoyo percibida por el usuario por parte de sus familiares. Su madre biológica, según refiere, no se ocupa en este aspecto (también padece una enfermedad mental), no es capaz de ayudarle cuando lo necesita, y por otra parte, su padre y la mujer de éste actualmente no saben muy bien todavía cómo manejar la situación, no han aprendido habilidades comunicativas ni destrezas para ser agentes activos y favorecedores de la recuperación del usuario. A causa de esto, muchas veces el usuario presenta conductas desajustadas y molestas, llamadas de atención, que pueden desembocar en conflictos familiares y disputas que hacen la convivencia más tensa.

La problemática más destacada por los familiares que componen actualmente el núcleo familiar, es el excesivo sedentarismo del usuario, no saben cómo ayudarle para que realice actividades, observan que está la mayor parte del tiempo en casa sin hacer nada y además cuando no se encuentra bien presenta abandono en la higiene, el cuidado personal, las tareas de casa, la alimentación y la problemática se agrava.

La red social de apoyos de T.F es deficitaria, sólo tiene algún amigo con el que realiza alguna actividad esporádicamente, la mayor parte del tiempo la pasa con la familia. Puesto que no tiene una red social amplia, el sedentarismo y la falta de iniciativa se apoderan de él entrando en círculo difícil de manejar.

La posibilidad de realizar nuevas amistades y ampliar la red social, es dificultosa, ya que la propia sintomatología, la baja autoestima que presenta y el componente de autoestigma, le producen mucha inseguridad y dificultad a la hora de buscar y mantener nuevas amistades. El desempeño de roles sociales y las actividades de ocio se reducen prácticamente a la familia.

Otro de los problemas comentados por la familia es la preocupación por la falta de destrezas del usuario para cualquiera de las actividades instrumentales de la vida diaria, es incapaz de realizar cualquier gestión o utilizar recursos comunitarios no específicos sin su sugerencia y supervisión.

Todo ello lleva al usuario a tener un bajo control sobre su vida, poca identidad percibida y en general a un estado de desesperanza con respecto a la mejoría de su situación y a la recuperación.

4. ANÁLISIS FUNCIONAL POR ÁREAS.

-ÁREA FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA.

Problema	Antecedente	Respuesta	Consecuencia
Conflictos familiares	<ul style="list-style-type: none"> -Situaciones en que no le hacen caso. -Cuando no sale de casa. -Si no realiza las actividades -Se siente atacado. -Le reprochan alguna conducta por incumplimiento de normas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se evade y huye para no tener que afrontarlo. -Contesta de malas formas. -En alguna ocasión lanzamiento de objetos. -El también reprocha y se gritan. 	<ul style="list-style-type: none"> -La familia se distancia y pierde confianza. -Empeora el clima familiar y la comunicación. -Se genera un clima familiar tenso y ansioso. -Finalmente se siente culpable. -Baja su autoestima.
Falta de apoyo percibido.	<ul style="list-style-type: none"> -Ante un problema que no sabe cómo afrontar. -Frente a sintomatología de la enfermedad. -En situaciones en que no le dejan cuidar de sus hermanos. -Situaciones de responsabilidad que no le permiten asumir. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se evade y no lo cuenta a nadie. -Se aísla en su habitación. -Llamadas de atención, conductas inapropiadas hacia los hermanos. -Realiza sonidos desagradables para el resto. -Explosiones de ira , gritos y rabietas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Introspección y sentimientos de frustración. -La familia desconfía de sus actos, se genera mayor distancia emocional entre ellos. -Genera rechazo hacia él. -Se siente más solo y rechazado. -Aumenta la baja autoestima y culpabilidad
Escasa relación con la madre.	<ul style="list-style-type: none"> -Va los fines de semana y no se siente cómodo. -Percibe que su madre no cuenta con él para nada. 	<ul style="list-style-type: none"> -No le cuenta nada de la enfermedad ni de su vida privada. -No intenta aumentar las visitas. -No realiza más 	<ul style="list-style-type: none"> -No hay un acercamiento emocional real. -No percibe el rol de hijo ni el cariño de la madre.

		demandas, ni le motiva.	
--	--	-------------------------	--

-ÁREA DE SALUD.

Problema	Antecedente	Respuesta	Consecuencia
Conciencia parcial de la enfermedad.	<p>-Ante aumento de la sintomatología. (ideas obsesivoides, contenido inusual de pensamiento).</p> <p>-Etapas en las que se siente deprimido.</p> <p>-Para tomar el tratamiento prescrito.</p> <p>-Ante tratamiento rehabilitador.</p>	<p>-No reconoce los síntomas, no comunica lo que le está sucediendo, le cuesta confiar, aumenta suspicacia.</p> <p>-Se pone más ansioso y se siente peor.</p> <p>-No mantiene responsabilidad y pautas, necesita supervisión.</p> <p>-Actitud de consentimiento, pero no presenta motivación ni esfuerzo.</p>	<p>-Dificultades en la identificación de la situación por parte de la familia.</p> <p>-Dificultades en la intervención.</p> <p>-Se agudiza todavía más.</p> <p>-Sobre vigilancia de los familiares.</p> <p>-Desconfianza.</p> <p>-No observa cambios, se frustra.</p> <p>-Crea en el mayor desesperanza hacia la recuperación.</p>
Sedentarismo	<p>-Los días que no asiste al Centro y está en casa con la familia</p>	<p>-No realiza ninguna actividad externa.</p> <p>-Pasa todo el día acostado en el sofá.</p>	<p>-Desesperación de los familiares y posibles reproches.</p> <p>-Se siente aburrido y aumenta el aburrimiento y el desasosiego.</p> <p>-Se siente inútil.</p> <p>-Baja autoestima.</p> <p>-Entra en un círculo del que no sabe salir.</p>
Alimentación inadecuada.	<p>-Épocas en que se siente más triste o deprimido.</p>	<p>-No se realiza ningún plato preparado y se alimenta de platos fríos o precocinados.</p> <p>-Come fuera de</p>	<p>-Enfadados de la familia.</p> <p>-Desestructura el ritual de las comidas ya que algunas se las</p>

		horarios de las comidas y realiza ingestas compulsivas.	salta. -Percibe el deterioro de su imagen corporal y aumenta el descuido.
Descuido en el aseo personal.	-Si se siente más sintomático y deprimido.	-No se ducha regularmente. -Descuida la vestimenta. -No se lava la cara ni afeita. -Realiza alguna conducta auto lítica como arrancarse el pelo.	-Sobreesfuerzo y cansancio en la insistencia por parte de los familiares. -Aumenta la dejadez. -Baja la autoestima. -Evitación de las relaciones sociales. -Produce mayor retraimiento. -Se siente frustrado y más depresivo. -Aumenta el autoabandono.

-ÁREA SOCIAL Y DE OCIO.

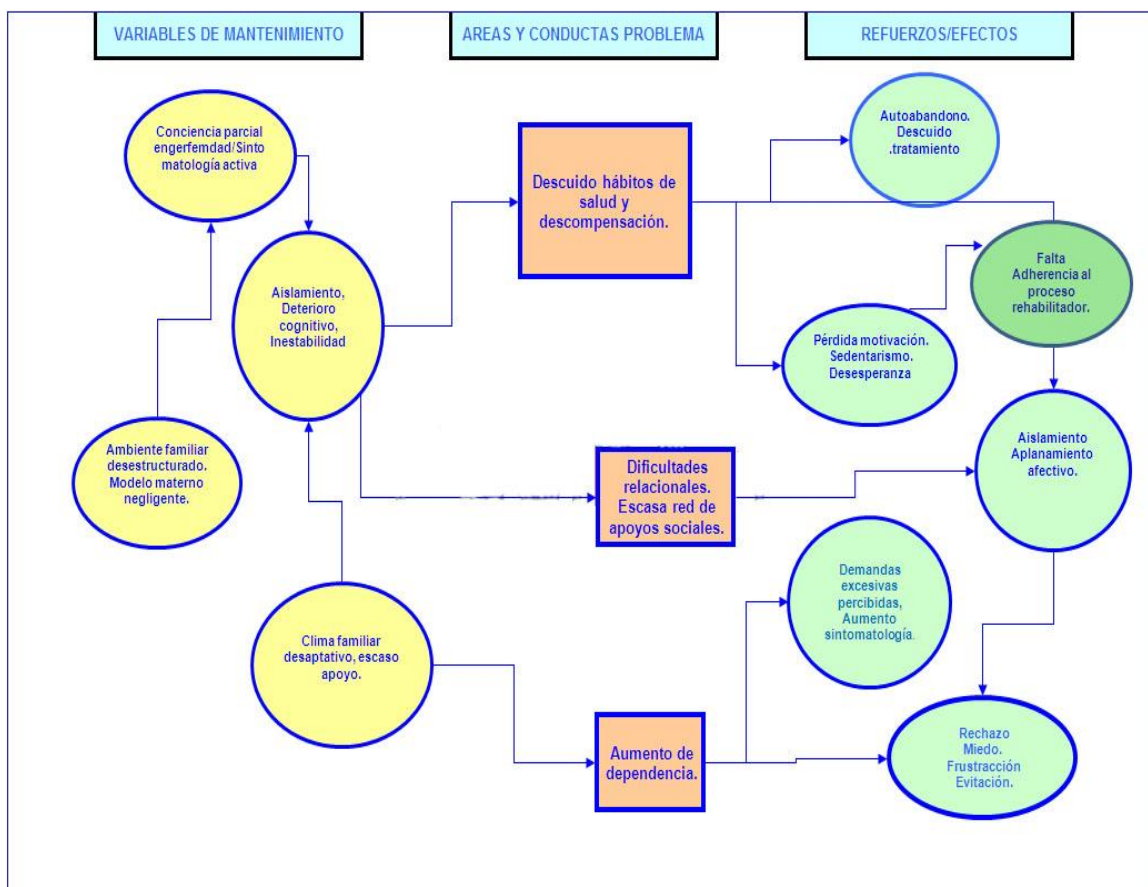
Problema	Antecedente	Respuesta	Consecuencia
Escasa red social de apoyos.	-No posee habilidades relacionales que le permitan empezar y mantener amistades. -Se siente más retraído en épocas en que presenta más sintomatología.	-Evita las relaciones. -Únicamente se relaciona de forma esporádica con un amigo que conserva. -No tiene búsqueda activa de nuevas amistades. -Bloquea los posibles grupos y acciones que presentan mayor interrelación.	-Las posibles amistades que puedan surgir se alejan. -No consigue establecer nuevas relaciones, se siente inferior. -Baja su autoestima y aumenta el autoestigma. -Se sienta cada vez más solo, sentimiento de indefensión.
Ausencia de práctica	-Fines de semana	-No fomenta ni toma	-Aumenta el

y disfrute de actividades de ocio.	que va con su madre. -Días que está solo en casa. -Se siente inferior a los demás.	iniciativas por la práctica de actividades de ocio. -Se queda en el sofá. -Le cuesta mantener conversaciones o iniciar posibles amistades para realizar alguna actividad.	aburrimiento. -Se siente frustrado. -Termina pensando porqué le pasa esto a él y aumentan las ideas irracionales. -La gente tampoco lo busca para realizarle proposiciones.
------------------------------------	--	---	--

-ÁREA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS.

Problema	Antecedente	Respuesta	Consecuencia
Déficits de autonomía en la utilización de recursos.	-Ante la necesidad de acudir al médico de atención primaria. -Visitas a las citas de la USM. -Cuando hay que realizar alguna gestión en organismos públicos.	-No es capaz de identificar la necesidad, no pide ir al médico. -Pide ser acompañado siempre, no se siente capaz de ir solo. -Se niega a realizarlo y delega en sus familiares.	-Hipervigilancia en aspectos de la salud por parte de los familiares. -Sensación de sobrecarga de los familiares. -Desconfianza y no se estimula la autonomía. -Desconfianza en él. -Le retiran todas las responsabilidades que le hacen sentir que no sirve para nada. -Aumenta la dependencia.

5.FORMULACIÓN DEL CASO.



HIPÓTESIS DE ORIGEN.

Según nos relata T.F en la base de la enfermedad como factores de origen pudieron influir diversas variables predisponentes y precipitantes desde muy temprana edad. A nivel familiar la ausencia del referente materno, por el que el usuario vivió una situación de abandono, le llevó a una falta de un modelo de apego seguro, un estilo comunicativo de alta emocionalidad expresada, en un ambiente desagradable, hostil, con una madre con diagnóstico de enfermedad mental y con conflictos permanentes entre su padre y ella, que le llevaban a estar en una situación de indefensión y tensión continuadas. El usuario ha podido generar un patrón de conducta similar con tendencia al conflicto, al aislamiento o a la evitación según las situaciones de la vida diaria que se le presentan. Esa percepción de abandono es la que el usuario todavía presenta a día de hoy cuando verbaliza que su padre no le tiene en cuenta o que siempre está trabajando o que su madre únicamente se hace cargo de él los fines de semana.

A nivel emocional, desde muy pequeño, las relaciones han sido siempre muy superficiales y escasas, sin la percepción de apoyos, que puede estar relacionado con la falta de interés de búsqueda de relaciones emocionales que presenta actualmente.

Durante la escolarización en la infancia el usuario presenta dificultades, influidas por el ambiente familiar desadaptativo en el que vive. Además parece que los compañeros se burlan de él, vive una época de sufrimiento también en la escuela y lo relata como un acoso en el que padeció mucho, la cual cosa podría explicar también su dificultad para empezar nuevas amistades, la desconfianza e incluso ideas de suspicacia o autorreferentes que ha presentado en algunos momentos.

Tras el cambio de domicilio, y la convivencia con su padre, su tía y su madrastra, siguen perpetuándose ciertos roles y estilos comunicativos que siguen siendo estímulos estresantes. El clima es de alta emocionalidad expresada, con conflictos reiteradas entre la tía y la madrastra, quedando él en medio de ellos, no sabiendo cómo reaccionar, no ha tenido referentes de aprendizaje en cuanto a afrontamiento y resolución de problemas, falta de aprendizaje que sigue presentando y que desemboca en uno de los problemas actuales, la falta de autonomía, la excesiva dependencia y necesidad de supervisión para realizar cualquier tarea que para él sea novedoso y le cause estrés. Desde pequeño ha percibido demandas excesivas del ambiente, a las que no sabía dar salida y resolver que hoy se traducen en rechazo, miedo, frustración y que según sean percibidas pueden producirle un aumento de la sintomatología y contenidos para ideas delirantes. El hecho de presenciar conflictos entre los demás, el sentimiento de abandono y falta de apoyo percibido puede explicar las llamadas de atención que en ocasiones realiza con conductas inapropiadas o desajustadas.

A nivel personal encontramos en el usuario unos esquemas cognitivos de sí mismo vulnerables, con baja autoestima, una escolarización dificultosa, un patrón comunicacional con tendencia a la introspección, más bien pasivo. Ha presentado durante la adolescencia alteraciones conductuales importantes, quizá por déficits propios en su capacidad de afrontamiento, con tendencia a la evasión como por ejemplo el consumo de tóxicos o en algún momento puntual juegos de apuestas “on line”. Este consumo de tóxicos es uno de los factores identificados como desencadenantes por parte de los familiares, ya que si bien es cierto que se produjeron anteriormente, piensan que ahí ya estaba presente cierta sintomatología que no supieron identificar.

Todas estas variables, que se han ido generalizando en el proceso de maduración, junto con estresores vitales importantes como la pérdida de los futuros hermanos que iba a tener, la muerte de su abuelo, de su tía que era su mayor apoyo, le han creado un sentimiento de desesperanza, de autoabandono, de baja autoestima, un autoestigma percibido, un patrón de evitación de relaciones sociales y paranoide (en ocasiones), que lo dejan inmerso en el aislamiento y en el aplanamiento afectivo, desembocado en etapas depresivas y en agudización de sintomatología psicótica.

Dentro de este marco, y realizando cada vez menos actividades se agudizan los déficits en la autonomía personal, aparecen conductas desorganizadas como el descuido de la higiene personal o el aseo, falta de afrontamiento social, capacidades en Actividades de la vida diaria instrumentales deterioradas, incapacidad de utilización de recursos comunitarios, motivación formativo-laboral disminuida, e incluso abandono del tratamiento rehabilitador que fomenta la persistencia de la sintomatología psicótica y que a su vez retroalimenta todo lo expuesto agravándose cada vez más la situación de su enfermedad, los déficits cognitivos (que podía venir ya de la falta de escolarización) la dificultad en relaciones y el aislamiento, y la falta de autonomía en todas las áreas

vitales y el deterioro en el funcionamiento psicosocial, no contando tampoco con un soporte social con estrategias idóneas para fomentar la recuperación.

HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Encontramos una serie de variables que están ayudando a mantener las conductas problemáticas que presenta T.F y los consecuentes efectos.

Por una lado la conciencia parcial de la enfermedad influye de manera negativa en su proceso de recuperación y de adquisición de mayor autonomía . Se presentan épocas de rechazo o la creencia de que no necesita tratamiento rehabilitador, que hacen reestructurar el proceso centrándolo más en la búsqueda de la motivación y el enganche que en seguir trabajando por la recuperación. Por otra parte esta conciencia parcial, dificulta la expresión de pródromos cuando aparecen y el trabajo y fomento del manejo de la enfermedad, ya que todavía hay sintomatología persistente que se necesita trabajar.

La familia sigue siendo un factor de lo más determinante, el patrón de conducta y el estilo de comunicación pasivo-agresivo, con conflictos, con falta de apoyo y falta de estabilidad emocional, fomenta la angustia y la ansiedad del usuario propiciando el aislamiento en su cuarto y potenciando hábitos poco saludables, el autoabandono y el sentimiento de inutilidad.

Las vivencias de abandono por parte de sus familiares, siguen siendo un factor mantenedor, puesto que se siguen manteniendo en la actualidad, el padre trabaja todo el día y a la madre únicamente la ve los fines de semana, algo que el usuario sigue verbalizando como un sentimiento de abandono y falta de apoyo familiar.

Además la falta de información sobre la enfermedad, la dificultad en el manejo de la misma, la dificultad en mantener una comunicación saludable, y la dificultad en la resolución de problemas se traducen en un empeoramiento del usuario en ocasiones, por lo que es imprescindible trabajar estas áreas con la familia.

Actualmente T.F vive una situación social de aislamiento, por una lado por la sintomatología persistente y por otra por los propios patrones personales aprendidos y asimilados. Este aislamiento social, aplanamiento afectivo y el malestar que relata ante demandas relacionales, la sintomatología negativa, están provocados por la frustración al ver su historia de vida y la pérdida de ciertas áreas que mantenía conservadas (amistados, estudios, actividades de ocio, independencia, etc.).

El aislamiento en el que se ha refugiado, es otro de los factores mantenedores de los problemas, no realiza ninguna actividad, cosa que va en deterioro de su propia autonomía, de la dificultad de mantener las capacidades cognitivas, no teniendo que trabajarlas para nada, y por supuesto, manteniendo todo el ámbito de ocio y formativo-laboral abandonado.

Como factores de protección ante la enfermedad podríamos destacar que en momento en que ha seguido las prescripciones y el tratamiento farmacológico, ha sido capaz de aceptar ayudar cuando ha precisado, se mantiene estable, ha progresado en los recursos y actualmente está asistiendo al CRIS más o menos motivado.

T.F es joven, con una detección temprana de la enfermedad, por lo que la capacidad de aprendizaje y recuperación se supone elevada.

La familia tiene buena predisposición y motivación para convertirse en apoyo y agente favorable del cambio para el usuario, y además en general presentan una buena calidad de vida en la estructura familiar que puede ser favorecedor para el usuario.

Nos encontramos pues con una serie de factores de vulnerabilidad predisponentes y precipitante a tener en cuenta a la hora de trabajar para entender mejor la enfermedad y la sintomatología de T.F, por otra lado la identificación de los mantenedores nos marca las líneas de actuación por áreas, para evitar que estos factores se sigan perpetuando y por tanto dificultando la recuperación. Es importante tener en cuenta los factores de protección como facilitadores en el proceso.

Estas hipótesis, factores y posibles explicaciones han sido comentadas y consensuadas con el usuario con la finalidad de que reflejen la realidad por una parte, y que el usuario así también entienda mejor la enfermedad y el abordaje integral que requiere, por otra.

6.PLAN INDIVIDUAL REHABILITACIÓN.

6.1. Diseño, temporalización y desarrollo del PIR.

OBJETIVO FINAL DE REHABILITACIÓN
Determinación de los objetivos últimos a alcanzar básicamente en tres áreas: <u>Alternativa residencial:</u> Residencia familiar en el que se sienta integrado o a largo plazo una vivienda de alquiler. <u>Actividad reconocida:</u> Que adquiera un rol ocupacional o laboral dentro de su proyecto vital con el que esté satisfecho y una red social de apoyos. <u>Independencia económica:</u> Conseguir un empleo remunerado y que sea capaz de administrar y gestionar su dinero de forma autónoma.

OBJETIVO URGENTE DE REHABILITACIÓN	ACCIONES URGENTES
-Conseguir la adherencia al centro, y la motivación para su asistencia.	-Entrevista individual motivacional y acogimiento . -Derivación a algún taller actividad que le pueda resultar gratificante.

NECESIDADES DE INTERVENCION (objetivos generales)	OBJETIVOS ESPECIFICOS:	ACCIONES Y TECNICAS:	INICIO
Conseguir el enganche al centro y la alianza terapéutica.	-Conseguir un buen rapport y alianza con el equipo. -Que se sienta acogido en el centro.	Intervención individual y programa motivacional. Acompañamientos si precisa.	Inmediata.

		Participación en talleres de integración (grupo de usuarios) u otros que le motiven.	Inmediata.
	-Que interiorice la asistencia como parte del proceso hacia la recuperación.	Intervención psicológica individual.	Inmediata.
Toma de conciencia plena de enfermedad y mantener la estabilidad clínica.	-Que conozca las características de su enfermedad. -Que sepa identificar los síntomas -Que sea capaz de pedir ayuda cuando note sintomatología aguda. -Identificación de los sesgos cognitivos a la base de la sintomatología. -Aumentar capacidad de autocontrol	-Intervención individual. -Grupo de psicoeducativo. -Grupo de manejo de enfermedad y prevención de recaídas -Grupo de Metacognitiva. -Grupos de relajación -Técnicas de autocontrol y reducción de ansiedad..	Inmediata Sep/15 Sep/15 Enero/16 Sep/15
Mejorar la comunicación y las relaciones familiares así como el apoyo percibido.	-Reducir la alta emocionalidad expresada. -Dotar de información y de estrategias a los familiares para ser un punto de apoyo para el usuario. -Cambiar patrones comunicacionales y roles. -Introducir a los familiares que lo deseen como agentes activos en el cambio. -Aumentar la relación con la madre biológica.	-Intervención psicológica individual y familiar. -Grupo de familiares de psicoeducación. Ó -Intervención unifamiliar de Falloon. -Grupo de resolución de problemas para familiares. -Grupos de ayuda mútua.	Inmediata Sep/15 Enero/16 Enero/16

		-Intervenciones individuales con la madre y con el usuario.	Enero/16
Reducir el aislamiento Social y ensimismamiento	<p>-Incrementar el número de actividades gratificantes y el estado de ánimo.</p> <p>-Fomentar el interés por el grupo de iguales.</p> <p>-Fomentar actividades semi-dirigidas, salidas de ocio.</p>	<p>-Programas de soporte social,</p> <p>-Derivación a talleres que él mismo demande. (deporte, radio, formativas)</p> <p>-Taller grupo de ocio</p>	<p>Sep/16</p> <p>Sep/15</p> <p>Enero/16</p>
Aumentar la autonomía y favorecer hábitos de vida saludables.	-Incrementar el afrontamiento a nivel social	<p>-Grupo de resolución de problemas.</p> <p>-Taller habilidades sociales, comunicación.</p> <p>-Taller asertividad</p>	<p>Marzo/16</p> <p>Sep/15</p> <p>Marzo/16</p>
	-Mantener y rehabilitar las capacidades cognitivas deterioradas.	-Talleres estimulación cognitiva y rehabilitación	Sep/15
	<p>-Reducir conductas poco saludables (descuido alimentación, higiene) en momentos de sintomatología.</p> <p>-Conseguir el autocuidado y favorecer estilos de vida saludables.</p> <p>-Adquirir autonomía en cuanto a actividades de la vida diaria básicas (tareas casa, higiene, etc.) e instrumentales (manejo dinero, gestiones, etc.)</p>	<p>-Grupos de avds básicas e instrumentales.</p> <p>-Intervención individual Terapia ocupacional.</p> <p>-Taller hábitos de vida saludables.</p> <p>-Grupo de fútbol.</p> <p>-Taller de cocina.</p> <p>-Talleres de utilización de Recursos comunitarios.</p>	<p>Sep/15</p> <p>Marzo/16</p> <p>Sep/15</p> <p>Enero/16</p>
Mejorar autoestima y capacidades personales de afrontamiento.	-Incrementar la motivación y aprender a identificar problemas en relación a la presencia de ansiedad, y potenciar objetivos de	<p>Programa de Terapia:</p> <p>-Modulo autocontrol y recuperación personal.</p>	El programa de Terapia empezará en Sep.2015, llevándose a

	<p>recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incrementar el autoconcepto. -Promover autovaloración realista y positiva de sí mismo. -Aprender a valorar capacidades y potencialidades. -Aprender a identificar pensamientos negativos. -Fomentar capacidad de modificar y reestructurar pensamientos irracionales. -Aprender a identificar, expresar y valorar emociones de uno mismo y de los demás. -Desarrollar técnicas de automanejo de estados emocionales negativos. <p>-Reducir el autoestigma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Modulo autoestima. -Módulo reestructuración cognitiva. -Módulo Manejo emocional. -Módulo del Manejo del estigma. 	<p>cabo los módulos de forma continua y consecutivos.</p>
<p>Incrementar la participación en la vida social y comunitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conseguir motivación para realizar actividades de ocio. -Aumentar el grupo de soportes sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intervención y seguimiento de la Trabajadora Social, para intervención comunitaria si precisa. -Salidas ocio semi-dirigido o autónomo. -Grupo de ocio de jóvenes. 	<p>Sep/15</p> <p>Marzo/16</p> <p>Marzo/16</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Que aprenda la utilización de los recursos comunitarios de la zona. -Recuperar amistades anteriores. -Adquisición de un ocio saludable y satisfactorio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Taller de Recursos comunitarios. -Intervención individual de apoyo en la puesta en contacto y mantenimiento. -Programa de adaptación al medio. Seguimientos. 	<p>Enero/16</p> <p>Marzo/16</p> <p>Marzo-Sep/16</p>
<p>Fomentar la inserción en el área formativo- laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar la motivación en área formativo laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> -Taller motivación laboral. 	<p>Sep/15</p>

	-Conseguir rol ocupacional adecuado.	-Intervención individual ajuste expectativas por Técnico de Integración Laboral.	-Enero/16
	-Realización de una búsqueda activa de empleo.	-Inserción en cursos laborales o TFILs.	-Marzo/16
	-Conseguir trabajo.	-Taller búsqueda empleo. -Apoyo en la búsqueda activa de empleo.	-Sep/16 -Sep/16

DESARROLLO DEL PLAN:

El usuario es dado de alta por la Conselleria de Benestar Social en Abril del 2015. En ese momento se incorpora de inmediato al centro y realizamos las primeras visitas antes de las vacaciones de Semana Santa y Pascua con la finalidad de que sienta la continuidad con el tratamiento recibido por el H.D. y no perciba una ruptura.

En el momento de su incorporación desde el inicio empezamos con la primera fase descrita posteriormente, el proceso de enganche y para ello mantenemos coordinación y reuniones con el H.D. ya que hasta el momento ellos han sido el personal de referencia y con los que ya se aprecia una vinculación terapéutica. Previamente realizamos reuniones del caso para pautar el plan de acogimiento y motivación y los acompañamientos por su parte que precisen.

Tras las primeras visitas y entrevistas, empezaremos a realizar el protocolo de evaluación funcional inicial, cada una de las áreas realizará sus evaluaciones consensuadas (resultados expuestos anteriormente en el apartado de escalas e instrumentos) : psicológica, social, ocupacional y laboral.

Terminado el protocolo inicial de evaluaciones realizaremos una devolución de los datos al usuario sobre las hipótesis de la enfermedad, el origen, los factores de mantenimiento, las áreas problemas, formuladas y consensuadas con él, y con la familia en un marco de acogida que no resulte intrusivo y que, a su vez, aumente la motivación por el proceso.

Siempre tendremos en cuenta las características personales de T.F, sus vivencias, las capacidades cognitivas y adaptaremos el lenguaje asegurándonos que asimila la información. Nuestra actitud en el proceso será positiva, con una visión optimista y esperanzadora, al mismo tiempo que realista, reforzando los logros conseguidos hasta el momento para fomentar la esperanza y la motivación por alcanzar su proyecto vital.

Dentro de este proceso se le explicará las necesidades observadas y relacionadas según los modelos y se tratará de explicar y consensuar junto con el usuario la elaboración de los objetivos del PIR teniendo en cuenta la importancia de los objetivos para él, dentro

de un encuadre en el que se priorice la motivación por la asistencia y la adherencia al centro y al tratamiento rehabilitador. Se hará entender que todo ello forma parte de un proyecto vital, que se irá consiguiendo poco a poco, para su satisfacción, independencia y autonomía. Paralelamente se puede proponer a la familia alguna sesión en la misma línea en que se expliquen las hipótesis y las intervenciones propuestas, para dar información y también recibirla, se podrá valorar también la predisposición a ir trabajando paulatinamente aspectos familiares importantes en la rehabilitación del usuario.

La temporalización por fases de los objetivos marcados y consensuados con el usuario y sus familiares será la siguiente, teniendo en cuenta que los objetivos marcados y temporalizados para enero del 2016 (por necesidad de la programación del centro) son aquellos que comprenden el final de la segunda fase y se mantendrán durante la tercera fase.

1ª FASE:

En la primera fase trataremos de trabajar los aspectos más urgentes, aquellos que supongan un riesgo para el usuario y para el proceso de rehabilitación.

Trabajaremos aquellos aspectos y objetivos relacionados con la vinculación al equipo y la adhesión al centro, con la finalidad de conseguir la motivación a la asistencia para poder seguir avanzando posteriormente en el proceso.

Para ello a parte las entrevistas motivacionales, las evaluaciones iniciales, se propone un programa motivacional, se puede incluir al usuario en algunas de las actividades del centro que le resulten atractivas y motivantes y que mejoren su estado de ánimo. Tal como él ha manifestado se le puede incluir en el grupo de ocio para jóvenes o el taller de deporte (fútbol) que a su vez es óptimo para reducir el aislamiento social.

En las primeras visitas se propone que sea acompañado por algún profesional del equipo de HD con los que ya tiene una buena vinculación. Al mismo tiempo se pueden realizar acompañamientos si precisa hasta el transporte público para que se sienta más protegido inicialmente.

También se propone la inserción en algún taller de participación y de integración como puede ser la asamblea.

Puesto que en esta fase trabajaremos todos los aspectos que puedan dificultar y/o impedir seguir con el trabajo hacia la recuperación, se trabajaran también los objetivos con respecto a la conciencia de enfermedad y la toma del tratamiento farmacológico (los aspectos más básicos que garanticen estabilidad) de forma correcta, para evitar una agudización sintomatológica que podría llevar al abandono del recurso o a un ingreso.

De la misma forma trabajaremos desde el inicio algunos objetivos básicos referentes a la mejora del clima familiar, que también podrían influir en la asistencia del usuario al centro.

Se propone a la familia intervención para que desde un primer momento también se sientan acogidos, partícipes y motivados hacia el proceso de recuperación del usuario.

En general trabajaremos la motivación, adherencia y vinculación al centro y aquellos aspectos que puedan suponer un riesgo en la continuidad del proceso de recuperación.

Es vital en esta fase inicial el trabajo continuado, conjunto e interdisciplinar con el HD que es hasta el momento su centro de referencia. Para ello programamos dos reuniones del caso y establecemos el plan de actuación y acompañamientos paulatinos al CRIS.

Esta fase tendrá una duración de tres meses aproximadamente.

2ª FASE:

Una vez conseguida el enganche al centro, conseguidos los objetivos marcados para la primera fase, pasado el verano y los “talleres estivales” que se ofertan, en el mes de Septiembre empezaremos a trabajar aquellos aspectos relacionados con la recuperación de habilidades, mejora de conductas y áreas que causan malestar al usuario y hemos consensuado trabajar con él.

Esta fase tendrá una duración de seis meses aproximadamente y los objetivos y contenidos trabajados serán reforzados y se seguirán trabajando progresivamente también en la tercera fase del proceso.

En esta fase se trabajarán los objetivos relacionados con la conciencia de enfermedad, el manejo de la misma, la adquisición de hábitos de vida saludables, la reducción del aislamiento y la introspección, mejora de la autoestima, reducción de estigma, habilidades sociales, resolución de problemas, desde las intervenciones y técnicas expuestas anteriormente en el cuadro de objetivos.

Estos objetivos se irán trabajando de forma paulatina según la aceptación y demanda del usuario y según la respuesta que vayamos viendo. Para ello se utilizará la evaluación continuada, así como registros de observación por parte de los profesionales, reuniones del caso y puesta en común de la evolución.

Las intervenciones y estrategias a seguir en el plan de rehabilitación se realizarán con un funcionamiento interdisciplinar.

Las diferentes disciplinas (psicológica, social, ocupacional, laboral) irán volcando y realizando las intervenciones de los objetivos propuestos y consensuados con el usuario de forma paulatina y progresiva en autonomía y reducción de aislamiento.

Se consensuará con el usuario el horario y se plasmarán talleres básicos en la rehabilitación de T.F como habilidades sociales, grupo terapéutico, técnicas de control, psicoeducación y manejo de enfermedad, entrevistas individuales, seguimientos, rehabilitación cognitiva, resolución de problemas, visita a recursos comunitarios, introducción en actividades de ocio dirigidas, entrenamiento en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, talleres de deporte y salud, taller de motivación laboral, etc.

Se realizarán evaluaciones periódicas (cada seis meses aproximadamente) para valorar la evolución y la adaptabilidad del ritmo de rehabilitación a sus demandas y capacidades.

En esta fase se realizarán también las intervenciones familiares, con o sin el usuario presente, dependiendo de los objetivos a conseguir, y se podrán incluir a los familiares (si lo consideran pertinente) en algún grupo de psicoeducación, manejo de problemas, o ayuda mutua. Consideramos oportuno tal vez, empezar con la terapia unifamiliar de Falloon.

En esta segunda fase se planteará también empezar a trabajar alguna de las áreas de participación comunitaria como el taller de recursos comunitarios o alguna salida de ocio semi-dirigida.

Con respecto al área formativo-laboral, en esta fase mantendrá intervenciones con la TIL para ir realizando el ajuste de expectativas y el perfil de rol profesional.

Durante esta fase estaremos coordinados con el equipo de SM y el HD, informando periódicamente de los logros conseguidos o si hubiera alguna demanda específica. Seguiremos trabajando y reforzando los objetivos conseguidos en la primera fase relacionados con la motivación por la asistencia y la recuperación, la esperanza en el proceso y la mejora del clima familiar.

3ª FASE:

En la tercera fase cuyo inicio corresponderá a Marzo del 2016 aproximadamente trabajaremos objetivos más ambiciosos de generalización de los resultados aprendidos hasta el momento, objetivos de inclusión, integración social y participación comunitaria. En esta fase se seguirán trabajando los objetivos de la fase primera, así como progresivamente los de la segunda fase que se superpondrán con los trabajados en esta. Se seguirán realizando los programas relacionados con el manejo de la enfermedad, reducción del sedentarismo y aislamiento, mejora en hábitos de vida saludables, resolución de problemas, autocontrol, hábitos de autocuidados, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, habilidades sociales y ocio.

En esta fase también se seguirá trabajando a nivel familiar en mejorar la convivencia, la comunicación y la resolución de problemas. Se trabajará también la inclusión del madre biológica en el proceso para mejorar la relación, la convivencia y la satisfacción.

En esta fase además de los talleres y programas que se están llevando a cabo se introducirán aquellos relacionados con el aprendizaje para la vida comunitaria y la consecución de un rol en el ámbito formativo-laboral, la búsqueda de empleo con apoyo, etc. Será un aprendizaje hacia la autonomía y la vida social comunitaria desde un enfoque más directivo para la generalización de los resultados y la autonomía plena en la siguiente fase. Concretamente se realizarán programas e intervenciones que fomenten un ocio saludable, estrategias para la recuperación de viejas amistades, adquisición de un rol ocupacional o la búsqueda de empleo.

A nivel de ocio y tiempo libre se acompañará y fomentará la gestión de un ocio autónomo, la adherencia a alguna asociación o recursos de ocio.

Se realizarán acompañamientos pertinentes a los diferentes recursos que precise, se adaptarán los objetivos e irán más enfocados a buscar recursos comunitarios no específicos de formación, talleres de formación e inserción laboral, búsqueda de empleo en recursos normalizados.

4ª FASE:

En esta última fase se tratará de realizar la generalización de los objetivos trabajados y logrados al entorno comunitario, se trabajarán los objetivos planificados a más largo plazo.

Se implementará alrededor del año y medio desde la llegada de T.F al centro, siempre habiendo revisado que los objetivos anteriores han sido alcanzados.

Los programas, talleres y actividades a los que es derivado en esta fase irán enfocados a la inserción social y laboral, y a la adquisición de la autonomía, a los objetivos finales de la rehabilitación. Serán la fase de integración comunitaria plena, aquella en la que el usuario desarrollará todos los aspectos y objetivos que él mismo marcó y que le

permitirán llevar a cabo el proyecto vital satisfactorio, esperanzador y con el que sienta su identidad y el desarrollo de su rol. Las acciones y las intervenciones irán focalizadas en realizar acompañamientos, proceso de enganche, etc., hacia otros recursos “ no específicos” y formativos o laborales, donde el usuario podrá desarrollar todos aquellos aprendizajes que ha tenido durante su proceso de rehabilitación. Nuestra función será cada vez menos directiva y se fomentará la autonomía plena del usuario en las diferentes facetas de su vida. Seremos los facilitadores “ in situ” , si precisa, para la plena integración social.

Con respecto al ámbito familiar revisaremos que se han cumplido los objetivos tanto con la familia actual del padre, como con la madre biológica y actuaremos de facilitadores y acompañantes para que se mantengan las buenas relaciones y la buena convivencia en un ambiente satisfactorio y acogedor para el usuario.

En esta fase se realizará una evaluación exhaustiva (a parte de las ya realizadas con anterioridad durante el proceso) para ver los logros conseguidos y los objetivos alcanzados.

Al finalizar esta fase si los resultados son los esperados y los objetivos plenamente conseguidos propondremos al usuario y familiares el alta terapéutica si también lo consideran oportuna, especificando que tras el alta, pasará a formar parte en un proceso de seguimiento que inicialmente puede ser quincena, posteriormente mensual, bimensual, semestral, según evolución y necesidades y que en todo momento contará con nuestro apoyo y con el de la USM con la que trabajamos de forma coordinada. Revisaremos junto con él la consecución de los objetivos marcados, y verificaremos que tanto su valoración como su percepción son de haber conseguido los logros y recursos personales para llevar a cabo su proyecto vital de forma satisfactoria, el proyecto que él mismo estableció, que supone para él la recuperación y la posibilidad de desempeñar un rol y una vida con la que se sienta realizado y satisfecho.

Si por el contrario no ha cumplido los objetivos, percibimos que todavía necesita trabajar alguna de las áreas o él mismo realiza nuevas demandas nos plantearemos realizar otra formulación del PIR.

-Seguimiento del proceso.

Durante la duración de las fases de la puesta en marcha del PIR iremos realizando evaluaciones continuadas, para ir verificando que se van cumpliendo los objetivos marcados en cada fase y poder pasar a la fase siguiente, o por el contrario replantear los mismos o las técnicas y acciones utilizadas para su consecución.

A lo largo de la evolución marco junto con el usuario un calendario de visitas de seguimiento que será semanal inicialmente, en el que valoraremos cómo ha ido la semana, dificultades observadas, demandas, etc. Posteriormente estas sesiones podrán ser quincenales.

Cada dos meses tendremos las reuniones de seguimiento de caso con su psiquiatra de referencia que estará presente desde el inicio del PIR. Será informado inicialmente de los objetivos planteados (consensuados también con él), y posteriormente en las reuniones se irá valorando conjuntamente la evolución de T.F así como la revisión del tratamiento farmacológico si fuera necesario.

Aproximadamente a los seis meses de la asistencia del usuario al CRIS, se expondrá el caso en la reunión de equipo, en las que todos los implicados y presentes en el proceso del usuario y en los talleres podrán volcar la información y la evolución que está llevando al resto de equipo. Entre todos se realizará una valoración conjunta de cómo va evolucionando en las diferentes áreas, posibles dificultades, necesidad de reformulación de objetivos, etc.

Al año de estar de alta en el Centro se realizará la Re-evaluación del PIR. En el re-PIR se evaluarán de nuevo de forma exhaustiva e intensiva todas las áreas y se valorará la necesidad de reformular objetivos o la aparición de otras necesidades no detectadas en el PIR. Los resultados del re-PIR serán oportunos para las líneas de actuación de la cuarta fase, así como ya nos dará resultados que sean predecibles de una posible alta terapéutica o no, al finalizar esta fase.

6.2. Devolución del PIR.

Tras la realización del protocolo de evaluación inicial, el consenso con el usuario de las necesidades y demandas y los objetivos a conseguir, establecemos con T.F una o dos entrevistas para realizar la devolución de los resultados y se propondrán acuerdos sobre las intervenciones a llevar a cabo, con el siguiente esquema:

-Repasaremos con el usuario el inicio de la enfermedad, como se desarrolló, los signos de alerta que encontraron tanto los familiares, como los amigos, y lo que pensaba él mismo en ese momento.

-Valoraremos su paso por el Hospital de Día de Salud Mental, los tratamientos recibidos, cuáles cree que mejor le funcionaban y lo que le aportaban.

Valoración de su paso por el recurso hospitalario, aspectos que le han servido para mejorar en el manejo de la enfermedad.

-Solicitud de plaza en el CRIS, por qué la solicitó, que le parece hasta el momento, expectativas que tenía y cómo se ha adaptado hasta el momento.

Realizaremos un repaso por el funcionamiento del centro, los objetivos que persigue, las áreas que trabajamos y cómo los vamos a trabajar, algo que ya fue consensuado con él durante el proceso.

Así pues se puede realizar un feedback de lo observado por el equipo.

Es una persona joven, con capacidad de aprendizaje, con capacidades cognitivas no excesivamente deterioradas, con capacidad de seguir las prescripciones terapéuticas y con curiosidad por el cambio. El equipo lo ve como una persona con esperanza hacia la recuperación.

-Expondremos un resumen de los resultados de las evaluaciones que ha realizado, explicando cada una de las pruebas, los resultados y lo que significan, verificando que lo entiende y preguntando sobre posibles dudas que puedan surgir.

Preguntaremos si cree que reflejan de manera certera su realidad por si en algún aspecto no estuviera de acuerdo, valorar si hemos podido cometer algún error o sesgo en las evaluaciones.

-Dejaremos que T.F nos plantee sus necesidades y demandas más inmediatas.

-Acordaremos y consensuaremos el calendario de objetivos, metas y acciones a tomar que se revisarán periódicamente.

-Expondremos el cuadro del PIR elaborado, explicando cada uno de los objetivos plasmados, la temporalización, las acciones y técnicas utilizadas para su consecución y verificaremos que son los objetivos marcados también por el usuario y que están completos.

Todo ello lo realizaremos en tono optimista y esperanzador, con un lenguaje sencillo y entendible, cerciorándonos que asimila la información y que entiende el PIR en su conjunto. Para ello podremos realizar algunas preguntas, o pedirle que repita algunos de los objetivos por áreas para ver que realmente lo ha asimilado. Es importante que el usuario forme parte de la elaboración del PIR y también que lo entienda, que para él las acciones y talleres que realiza tengan un sentido observable de cara a conseguir su recuperación.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.

1. Andreasen, Nancy C., Carpenter William T., Kane, John M., Lasser, Robert A., Marder Stephen R. y Winberger, Daniel R.(2005). *Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus*. Amj Psychiatry.
2. Anthony William, Ph.D., Charberlin Judi, Farkas Marianne, ScD. y Gagne Cheryl, M.S. (2005). *Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs; Identifying the Critical Dimensions*. Community Mental Health Journal.
3. Campbell-Orde, T. M.P.A., Chamberlin, J. y Carpenter Jenneth, M.S. W.(2005) *A Compendium Of Recovery Measures*. The evaluation Certer HSRI.
4. Ciompi.L. (1980). *The natural history or schizoprenia in the long term.*; The British Journal of Psychiatry. Oxford, England.
5. Dilruba Khanam, BA, MA, Kate McDonald, Dr.PH. y Connie Williams Neils, MA. (2013). *Measuring Recovery: A Toolkit for Menalt Health Providers in New York City*. The Bureau of Mental Health, NYC Department of Health and Mental Hygiene.
6. Froggart D.(2007). *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders:The Concept of Recovery*. WFSAD Newsletter.
7. Hernández Monsalve, M., Peter K.Smith, S. y Rosillo Herrero, M. (2013). *La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría.
8. Hirvonen,N., Isohanni,M., Jääskeläine, E., Juola P., McGrath, John J., Miettunen, J. y Veijola, J. (2012). *A systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. Oulu, Finland.
9. Huertas Zarco, M., Peris Rausell, P. y Muñoz Escandell, I. (2014) *Los contextos de la Intervención Orientada a la Recuperación*. Máster universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Ed. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
11. National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville, Md, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005. Disponible en: store.samhsa.gov/shin/content//SMA05-4129/SMA05-4129.pdf
12. Saavedra Macías, F.J. (2010). *Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*. Universidad de Sevilla.

13. SAMHSA Press Office. SAMHSA announces a working definition of “recovery” from mental disorders and substance use disorders. SAMHSA News Release Disponible en: <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>
14. SAMHSA’s Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles of Recovery. SAMHSA’s Recovery Support Initiative (2012). Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
15. Working Definition of Recovery Center for Substance Abuse Treatment, National Summit on Recovery Conference Report, 2005. Disponible en: http://partnersforrecovery.samhsa.gov/docs/ROSCs_principles_elements_handout.pdf

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.

1. Alcaín Oyarzun, E., Colis Hernández, J.A., Galila García, V., Lavado Ciordia, A.I., Muñiz Giner, E., Nicolás Gómez, M., Pagola Pérez de la Blanca, R., Rodríguez González, A., San Bernardo Vicente, M.T., Sánchez Rodríguez, O., Sobrino Calzado, T. (2001). *Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental Crónica: Programas básicos de Intervención*. Madrid. Servicio de Coordinación y Apoyo técnico, Conserjería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
2. Fernández Iglesias, M.P., Lemos Giráldez, S. y Vallina Fernández, O. (2013) *Intervenciones Psicológicas en la Esquizofrenia*. FOCAD, Centro de Rehabilitación Psicosocial “Padre Menni”. Torrelavega (Cantabria).
3. Fernández, J.A., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP.
4. Kaufman, Alan S. y Kaufman, Nadeen L. (2000). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Tea Ediciones, Madrid.
5. Lopez Santiago, J.(2015), *Tratamiento asertivo comunitario en salud mental*. FOCAD, Servicio de Salud Castilla-La Mancha (SESCAM).
6. Roder, V., Brener, H.D. y Kienzle, N. (1996) *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Ed. Ariel Psiquiatría, Barcelona.