

Trabajo Final de Máster

“Un trastorno mental tanto en su inicio como camino a su rehabilitación depende de factores personales y ambientales”

Autora: Michelle Urtubia Fernández

Tutor: Juan Ignacio Fernández Blanco

Fecha de lectura:



Justificación

En éste mi TFM he realizado un cambio en el título y por consiguiente también en los objetivos.

El motivo principal, es una serie de descubrimientos en el desarrollo de mis prácticas, probablemente se debe a que es la primera vez que realizo un Programa Individualizado de Rehabilitación, un primer hallazgo fue el darme cuenta de que no solo la familia (un factor ambiental) es importante en el proceso de recuperación y rehabilitación de una persona con enfermedad mental grave, sino que existen mucho más factores ambientales importantes en este proceso, como son: las oportunidades a las que el usuario puede acceder, la idoneidad de las ayudas disponibles, las actitudes sociales (estigma), la accesibilidad y calidad de los tratamientos, la pertenencia a determinados grupos sociales, las normas sociales, la cultura y el estilo de vida condicionado por el entorno o también factores políticos, demográficos, geográficos y naturales.

La segunda revelación que se me ha ofrecido en este trabajo ha sido el darme cuenta de la gran importancia de los factores personales que afectan al inicio y evolución del trastorno para los usuarios de un CRIS o de otros recursos. Algunos de los factores pueden ser: género y edad, las circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes, el estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad, extracción social, educación, profesión, experiencias pasadas, etc.

Mi nuevo propósito de este trabajo entonces cambia a poder mostrar cómo los factores tanto personales como ambientales son importantísimos

tanto al inicio del periodo de rehabilitación psicosocial de una persona, como en su periodo de recuperación.

Palabras clave: PIR, factores ambientales, factores personales, rehabilitación, recuperación.

Objetivo

El objetivo principal del trabajo es desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) por y para la persona usuaria y mostrar cómo tanto los factores personales como los ambientales son una pieza clave en el inicio de la rehabilitación psicosocial como en su recuperación.

ÍNDICE

I)	Introducción.....	PÁGINA 6
II)	Objetivos del Trabajo de Fin de Máster.....	PÁGINA 8
III)	CRIS de Puzol. Recurso de práctica. Descripción del recurso.	PÁGINA 9
IV)	Fundamentación.....	PÁGINA 17
V)	Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).....	PÁGINA 19
	1. Datos biográficos.....	PÁGINA 19
	2. Evaluación descriptiva.....	PÁGINA 19
	2.1 Análisis histórico	
	-Historia personal	
	-Historia Clínica	
	2.2 Análisis de la situación actual	
	-Evaluación psicopatológica	
	-Evaluación conductual	

3. Diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).....	PÁGINA 38
3.1 Objetivos de Intervención	
3.2 Metodología de intervención	
3.3 Observaciones	
3.4 Devolución del PIR	
3.5 Evaluación de resultados	
VI) Conclusiones.....	PÁGINA 52
VII) Bibliografía.....	PÁGINA 55
VIII) Anexos.....	PÁGINA 57

I) **Introducción**

“A nivel mundial entre el 1 y el 4% de las personas sufren una EMG, y en España, se ha calculado que existen 165.000 personas con este diagnóstico”. (1)

La Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria para las personas con enfermedades mentales graves y crónicas, organizándose como un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es el de ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufre y a contribuir en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los distintos entornos comunitarios. La rehabilitación psicosocial es, sobre todo, un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

En la organización de un sistema de atención comunitaria a las personas con enfermedad mental, la rehabilitación psicosocial es un elemento esencial y debe ejercer como eje vertebrador de una adecuada atención continuada y apoyo a la integración de dicha población.

Según nos cuenta la historia a mediados del siglo XIX, a pesar de que los estudios y las investigaciones de ese tiempo eran netamente de modelo somatista, se insinuaba tener en cuenta la importancia que también tenía el tema socioambiental. Griesinger, uno de los padres del método clínico de la psiquiatría, afirmaba que las enfermedades psíquicas eran enfermedades del cerebro sin embargo reconocía que los estilos de vida humana estaban vinculados al origen de la enfermedad. Así también escribió que el momento histórico, la influencia de la política y la condición social del individuo son variables que influyen en la aparición del trastorno y en el contenido de sus síntomas. (8)

De este modo hasta nuestros días se sigue recalando la importancia de dos aspectos: las etiopatogenias y la evolución de los trastornos mentales. En el segundo caso que nos habla de la evolución, encontramos el modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring el cual a la fecha es el más acertado y aceptado por los profesionales que trabajan en el campo de la rehabilitación psicosocial y la salud mental. Se trata de una formulación teórica sobre el origen de la psicosis, que combinan múltiples factores causales. Este modelo explicativo parte del supuesto de que existe, una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de daño cerebral. La vulnerabilidad sin embargo no se considera suficiente para manifestar el trastorno, sino que necesita ser “desencadenada” por procesos ambientales: Los componentes ambientales pueden ser biológicos (por ej., una infección o el consumo de alcohol y drogas) o psicológicos (por ej., situaciones vitales estresantes, exámenes, cambios de residencia o trabajo, etc.). (6)

La Rehabilitación Psicosocial tiene dos objetivos: mejorar las habilidades de la persona con trastorno mental grave e intervenir sobre el ambiente en el que esta vive.

En este trabajo de fin de máster mi intención es mostrar qué factores personales y ambientales son esenciales en la rehabilitación de Luisa.

Comenzaré realizando una evaluación con una metodología estructurada, la cual se nutre de diferentes instrumentos y fases que me permitirán individualizar al máximo la intervención. Evaluación estructurada por fases y contenidos necesarios para una mejor comprensión del caso.

II) Objetivos del trabajo de fin de Máster

Objetivo General

Desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) por y para la persona usuaria y mostrar como la rehabilitación psicosocial de esta depende de factores personales y ambientales.

Objetivos Específicos

- Lograr un buen enganche con la persona usuaria.
- Realizar una Evaluación de y con la persona usuaria.
- Diseñar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)
- Aplicar estrategias y técnicas de intervención, para la consecución de los objetivos formulados en el PIR.
- Evaluar los resultados.

III) CRIS de Puzol. Recurso de Prácticas. Descripción del Recurso

Descripción Estructural del centro.

El C.R.I.S “*Mas de Mur*” se encuentra ubicado en el municipio de Puzol en el Carrer Les Palmeres n.2. Consta de dos plantas y un gran espacio al aire libre.

Misión, Valores y Objetivos Estratégicos del Centro.

La misión desde el C.R.I.S *Mas de Mur* se define de la siguiente manera. “Estamos por ti”, “Estamos por las personas”.

“Partiendo de los principios éticos, las buenas prácticas profesionales y teniendo en cuenta las necesidades individuales, prestar apoyos necesarios a las personas, para favorecer su integración y mejorar su calidad y proyecto de vida”.

Valores.

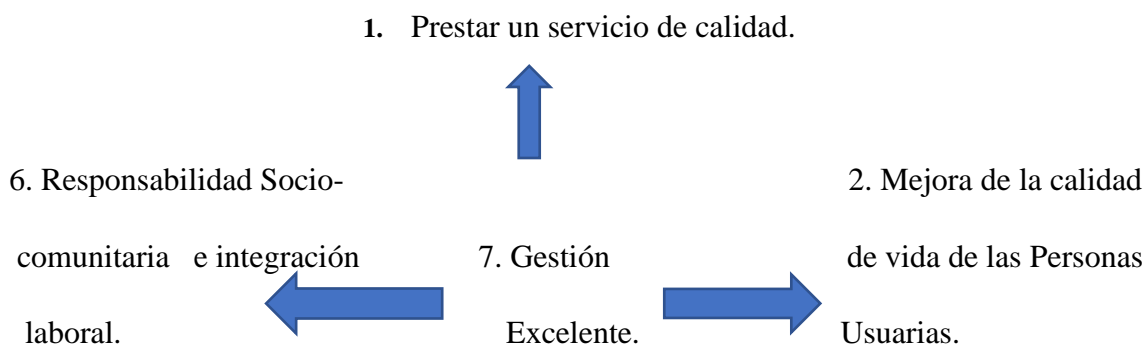
- Máximo respeto a la dignidad e intimidad de las personas.
- Individualidad en el trato y atención a las personas usuarias.

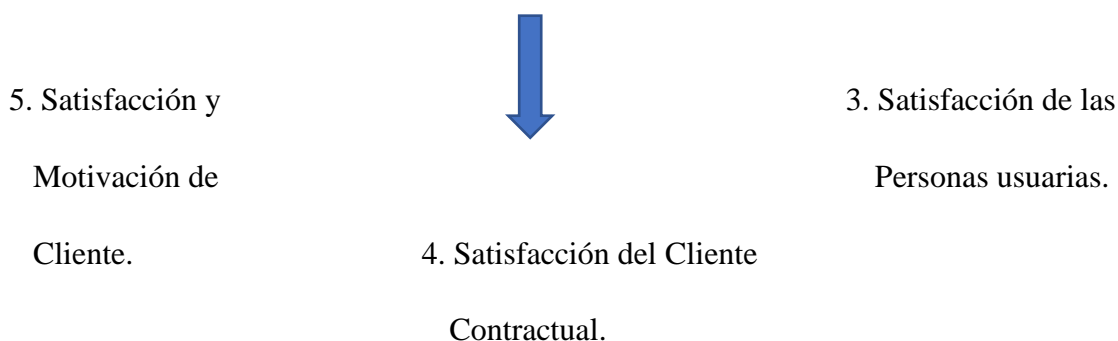
- Transparencia y compromiso con las personas usuarias, con sus familiares y con el cliente.
- Confianza e implicación del equipo profesional.

En resumen, los principios y valores del CRIS se resumen de la siguiente manera:

PRINCIPIOS Y VALORES		
<i>Máximo respeto a la dignidad y autonomía de la persona</i>		
<i>Autonomía</i>	<i>Prevención</i>	<i>Profesionalidad</i>
<i>Independencia</i>	<i>Diversidad</i>	<i>Responsabilidad</i>
<i>Integralidad</i>	<i>Igualdad</i>	<i>Honestidad</i>
<i>Individualidad</i>	<i>Empatía</i>	<i>Amabilidad</i>
<i>Participación</i>	<i>Accesibilidad</i>	<i>Confianza</i>
<i>Proximidad</i>	<i>Transparencia</i>	<i>Compromiso</i>
<i>Intimidad</i>	<i>Confidencialidad</i>	<i>Implicación</i>
<i>Inclusión</i>	<i>Confianza</i>	

Objetivos Estratégicos del Centro





Objetivos Generales, Específicos y Operativos del C.R.I.S.

➤ **Los Objetivos generales del CRIS son los siguientes:**

- Potenciar autonomía e integración social de los usuarios del centro.
- Recuperar la dignidad y alcanzar una forma de vida asumiendo los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar un apoyo continuado que facilite el mantenimiento en la sociedad, evitando la exclusión social.
- Intentar el acceso al mundo laboral.

➤ **Los objetivos específicos del CRIS son los siguientes:**

- Potenciar la adquisición de las habilidades y competencias necesarias para la vida en comunidad, intentando conseguir los mayores niveles de calidad de vida y normalización posibles.
- Prevenir el deterioro, la marginación y la institucionalización.
- Proporcionar apoyo, educación y asesoramiento a la familia.
- Potenciar la integración social en el medio comunitario.
- Apoyar y asesorar al resto de dispositivos sociosanitarios y recursos comunitarios.

➤ **Los objetivos operativos para el 2022 que el equipo se propone como mejora del servicio son:**

- Buscar y realizar charlas informativas con profesionales externos al CRIS sobre temas de actualidad e interés para el perfil de la persona usuaria.
- Repasar y mejorar la recogida de información sobre el área formativa y laboral para poder tener más datos en una nueva área laboral en el PIR de la persona usuaria.
- Realizar más visitas e intervención domiciliarias. Al menos en cada nueva alta administrativa.
- Mantener activo el nuevo programa de entrenamiento funcional con una asistencia de 10 personas.
- Realizar feedback positivo y por escrito a los trabajadores.

Organigrama.

DIRECCIÓN		
EQUIPO TÉCNICO: -Psicóloga -Trabajador Social -Terapeuta Ocupacional	EQUIPO: -Monitor ocupacional	-Auxiliar Administrativa. -Servicios Auxiliares.

Plantilla y Organización del personal.

La plantilla del centro la componen:

- 1 director/Psicóloga
- 1 trabajador Social
- 1 terapeuta Ocupacional

- 1 monitora Ocupacional
- 1 auxiliar administrativa/recepción
- Auxiliar de servicios.

Población atendida.

El C.R.I.S es un servicio específico y especializado, en régimen ambulatorio, dirigido a personas con enfermedad mental grave con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales donde se llevan a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios/as.

El perfil de la población a atender en el CRIS *Mas de Mur* es el siguiente:

- Personas de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento social y laboral y de sus capacidades funcionales.
- Deben tener edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- No presentar conductas disruptivas ni problemas de adicción, siendo previa su desintoxicación para la incorporación al centro.
- Deben estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental, los cuales serán los encargados de la atención y seguimiento psiquiátrico.

Actualmente, el CRIS, tiene capacidad para 35 personas usuarias.

El horario de atención del recurso es de lunes a jueves de 9:00 a 15:00 horas y de 16:00 a 18:00 horas y los viernes de 8:00 a 15:00. A excepción de fines de semana y días festivos, en los que el centro permanecerá cerrado.

Las personas usuarias deben estar incluidas en la red de salud mental y deben estar derivadas por el Centro de salud Mental, Hospital de referencia, Servicios Sociales, Unidad de Media Estancia y tener un diagnóstico de enfermedad mental.

Modelo Asistencial

El CRIS *Mas de Mur*, gestionado por Eulen Servicios Sociosanitarios S.A, es un lugar de convivencia donde profesionales, usuarios/as y familias compartimos momentos de nuestras vidas. Juntos/as caminamos para recuperar proyectos de vida, acompañando en los momentos difíciles, compartiendo metas e intereses.

Cuando la enfermedad mental aparece en la vida de la persona tiene una repercusión en sus diferentes áreas dificultando su funcionamiento habitual: a nivel personal, familiar, formativo, laboral y social. Rompe con el proyecto vital de muchas de las personas que la padecen, ocasionando pérdida de roles. Este impacto repercute en la persona con enfermedad mental, en su familia y en las personas de su entorno cercano. Además, deben vencer la dificultad de vivir con el estigma social que supone la enfermedad.

Las personas con trastorno mental grave (TMG) necesitan para su tratamiento de dos recursos indispensables, por un lado, el farmacológico y terapéutico, y por otro lado el de rehabilitación/recuperación funcional. Las terapias psicológicas y psicosociales complementarias al fármaco han demostrado que resultan necesarias para mejorar los síntomas resistentes, el funcionamiento social y la calidad de vida.

La recuperación de la persona con Trastorno mental

Centramos las intervenciones en el funcionamiento de la persona, en mejorar sus capacidades personales y sociales, en apoyar el desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria. En definitiva, queremos mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, apoyando su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible. Las articulamos a través de las habilidades y

competencias que cada persona requiere para funcionar en la comunidad, y por otro, actuaciones sobre el ambiente.

La recuperación, no es un conjunto de técnicas y medidas compensatorias. Es, ante todo, una filosofía de trabajo que comparte el equipo de profesionales, una filosofía de vida que está presente en la atención que se brinda a las personas desde el momento que se diagnóstica un trastorno mental grave. Junto con la rehabilitación, tenemos en cuenta la inclusión del individuo en la comunidad. Nuestra metodología de intervención consistente en:

- Evaluación funcional de las capacidades y habilidades del usuario/a en relación con el entorno.
- Planificación estructurada y flexible del proceso de recuperación.
- Implicación activa del sujeto y su grupo de apoyo (familia) en el proceso, planificación centrada en la persona.
- Entrenamiento de habilidades específicas.
- Intervención sobre el ambiente para facilitar el proceso de la inclusión.
- Seguimiento y apoyo del usuario/a durante todo el proceso.
- Intervención interdisciplinar.
- Evaluación periódica de los resultados.
- Intervención en el medio social en coordinación con los recursos socio-comunitarios, promoción y apoyo del desarrollo de redes sociales, servicios y programas.

Toda esta labor está inmersa en una serie de principios conceptuales:

El CRIS es un lugar de interacción que no sustituye a los espacios normalizados, sino que es el medio para acceder a ellos y utilizarlos de manera acorde a las necesidades de las personas usuarias. Ésta acude para

recuperar habilidades perdidas o deterioradas que le impiden relacionarse con el entorno. Facilitamos, enseñamos, capacitamos y apoyamos al usuario/a en todo su proceso de rehabilitación. NOTA: Esta información ha sido extraída del “Documento de consenso sobre: Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave” del Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Nuestro modelo tiene como fin la facilitación de los apoyos necesarios para que la persona desarrolle las competencias en su vida diaria. Desarrollamos un modelo de atención donde establecemos planes de rehabilitación psicosocial individuales e integrados de acuerdo con las necesidades de los usuarios/as, cuyo responsable del caso este perfectamente delimitado dentro del equipo transdisciplinar y permite la normalización e inclusión de la persona usuaria en la comunidad. Está orientado a nuevas formas de intervención, permitiendo a esta población alcanzar el nivel óptimo de empoderamiento que mejore su calidad de vida.

El concepto “empoderamiento” puede aplicarse a cualquier grupo colectivo vulnerable socialmente. “El empoderamiento se refiere al proceso mediante el cual tanto hombres como mujeres asumen el control sobre sus vidas: establecen sus propias agendas, adquieren habilidades (o son reconocidas por sus propias habilidades y conocimientos), aumentando su autoestima, solucionando los problemas y desarrollando la autogestión. Nos referimos a la ampliación de la habilidad de las personas que hacen elecciones estratégicas en sus vidas en un contexto en el que esta habilidad solía estar limitada”.

IV) Fundamentación

Existen hoy en día numerosas revisiones realizadas por el *estudio PRISM*, sobre la **eficacia de los servicios comunitarios de salud mental**. Los resultados muestran datos favorables en todas las formas de tratamiento comunitario en comparación con la atención psiquiátrica tradicional. Entre las recomendaciones que se extraen del grupo de investigación están: atención planificada por sectores o áreas geográficas, visitas frecuentes en el domicilio, el equipo debe ser multidisciplinar, la existencia de una figura profesional de referencia para cada paciente con TMG de la red, atención rápida a las crisis agudas, y distintas fórmulas de equipos especializados en el seguimiento en la comunidad integrados en servicios tradicionales de salud mental. (12)

Uno de los tantos servicios comunitarios de salud mental son los llamados popularmente “CRIS” (centros de rehabilitación e integración social). Prestan un servicio específico y especializado, en régimen ambulatorio, que están dirigidos a personas con enfermedad mental grave que presentan un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios/as.

La primera consideración sobre programas de rehabilitación psicosocial hace referencia a las áreas que deben abordar los programas. Teniendo en cuenta que el objetivo de la rehabilitación psicosocial en psicosis es la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de las personas afectadas, la decisión de qué programas son pertinentes vendrá determinada por su mayor o menor relación para la consecución de dichos objetivos. Así, los programas deberán atender a algún aspecto de los que se podría denominar, “áreas vitales” o “áreas o parcelas de funcionamiento que

contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada”. (7)

La rehabilitación incluye programas dirigidos al usuario como el aprendizaje de habilidades sociales, el programa psicoeducativo, el desarrollo cognitivo o el entrenamiento en habilidades para la vida diaria, etc. Si buscamos el objetivo general de la rehabilitación psicosocial para sus usuarios nos encontramos con que pretende lograr una mejora de las condiciones de la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave. Esta mejora también se pretende proyectar en su familia la cual también tiene en beneficio con programas de psicoeducación y terapia familiar con los que se trabaja en conjunto con el usuario y los técnicos.

¿Cuál es el trabajo que tenemos que hacer los técnicos en este proceso de rehabilitación para los usuarios y sus familias?, pues durante el transcurrir de las prácticas en el recurso donde me encuentro, he descubierto que el valor de lo humano, el ofrecer ayuda tanto a nivel personal como a las familias, participando de manera activa en dar información y explicaciones a través de folletos, videos, charlas o cualquier otro recurso son la clave para el desarrollo de un proceso rehabilitador positivo.

V) Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

1. Datos Biográficos

-Nombre ficticio: Luisa

-Edad: 48 años

-Fecha de nacimiento: 6 de noviembre de 1973

2. Evaluación descriptiva

La evaluación pretende conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que tiene la persona usuaria en las diferentes áreas de su funcionamiento personal y social. Agregado a esto, se debe tener en cuenta tanto las características, objetivos, peticiones, exigencias, posibilidades y expectativas de la persona usuaria como las de su familia. En la evaluación, el trabajo que se realiza con la familia y la información que esta nos aporta en cuanto a ajuste premórbido, síntomas prodrómicos, factores de riesgo, conductas problemáticas o desempeño de roles, es importante y fundamental en todo el proceso de rehabilitación de la persona usuaria.

Algunas características de la evaluación en rehabilitación psicosocial son:

- Es un proceso, que se caracteriza por ser:
 - Continuo y no puntual. Se mantiene mientras dure todo el proceso rehabilitador, no se define por un protocolo estandarizado.
 - Ser abierto y no cerrado. Los resultados varían dependiendo si existe no evolución del sujeto.

- Es conductual. Se debe realizar un análisis individualizado de conductas concretas para luego describirlo operativamente de manera precisa, específica y observable. Se mide la intensidad, duración y adecuación de las conductas.
- Influyen en la realización de las conductas dos factores: El medio ambiente donde se realizan dichas conductas y las circunstancias que las preceden (antecedentes) y que las suceden (consecuentes).

Las áreas para evaluar, en una persona con trastorno mental grave y deterioro psicosocial, son:

- Datos Biográficos- clínicos (Habilidades y capacidades previas al inicio del problema, primeros síntomas, crisis, repercusiones en su vida cotidiana y antecedentes psiquiátricos de la familia).
- Actitud ante la enfermedad y la medicación (Autoadministración de la medicación y adherencia al tratamiento. Conciencia de enfermedad).
- Factores de riesgo (Situaciones que aumenten el riesgo de crisis o empeoramiento y saber y enumerar si estas son detectadas por la persona usuaria o su familia y saben que hacer al respecto).
- Factores protectores (Situaciones que favorecen la estabilidad del cuadro clínico y saber y enumerar si la persona usuaria y su familia las detectan y saben que hacer al respecto)
- Pródromos (Conductas que suelen preceder a una crisis o empeoramiento grave y saber y enumerar si la persona usuaria y su familia los detecta y saben que hacer)

- Conductas problemáticas (Conductas disruptivas que dificultan la integración al entorno socio-comunitario como: conductas suicidas, adicciones, agresividad, manierismos exagerados, etc.)
- Capacidades básicas (Comprensión, atención, memoria, orientación espacio temporal, lenguaje, etc.)
- Autocuidados (Conductas necesarias para la salud en general y adaptación socio-comunitaria en particular tales como: higiene personal, vestirse, hábitos de sueño, alimentación, etc.)
- Habilidades sociales (Conductas para poder interactuar con otras personas, tales como: iniciar, seguir y terminar conversaciones, hacer peticiones, resolver problemas, etc.)
- Red social (Compartir y realizar actividades con otras personas, nº personas, tipo de vínculo, tipo de actividades, apoyo, frecuencia, etc.).
- Ocio (Cantidad y calidad de las actividades que la persona usuaria realiza y realizaba en su tiempo libre, con quien o sin compañía)
- Medio familiar (Esto se refiere al tipo de interacciones que se dan entre los miembros de su familia, el ambiente, los conflictos y cómo estos repercuten en todos los miembros de la familia. Interesa tener información de: tipo de apego, apoyo familiar, conflictos, emoción expresada en la familia, etc.)
- Inserción laboral (Información trabajos que tuvo, motivo de pérdidas, los intereses laborales, la formación académica, las habilidades conservadas para un posible futuro empleo)

- Demandas y expectativas (Se trata de lo que esperan conseguir, la disposición que tienen para implicarse en el proceso rehabilitador tanto de la persona usuaria y de su familia)
- Integración comunitaria (Tipos de conducta que se necesita para desenvolverse bien y de manera autónoma en la comunidad, ejemplo: saber hacer la compra, usar transporte, realizar trámites, manejar y administrar dinero, etc.)

Todo este conocimiento recabado tiene que procesarse a través de una metodología. En la evaluación se utilizan métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación de contextos naturales, etc.) que resulten útiles y destacables dependiendo de las características de la persona usuaria, contexto y objetivos del proceso rehabilitador. (4)

2.1- Análisis histórico

Historia personal

La madre de Luisa tuvo un buen embarazo y parto en el hospital clínico en Valencia. Nada relevante.

La relación de Luisa con su padre en la infancia ella la considera buena, pero cuando se portaban mal sus hermanos o ella, este les pegaba con una varilla. Su padre trabajaba mucho en la fábrica y además tenía una zapatería en casa por esa razón lo veía poco.

Los cinco hermanos sufrían, por parte de su madre, maltrato físico y castigos.

La vida escolar de Luisa comenzó tempranamente en la guardería, no tiene muchos recuerdos de esa etapa, solo que se hirió fuertemente.

Ya en primaria Luisa tuvo dos muy buenas amigas. A los ocho años sufre un grave accidente donde tuvo que ir con escayola por un año lo que le impedía realizar actividades y deportes de movimiento con sus amigos.

La relación con su madre al comienzo de la adolescencia era tensa, discutía mucho con ella y la maltrataba físicamente.

A los quince años jugaba en el equipo de balonmano del Instituto, pero a causa del consumo de hachís, deja de jugar. Luisa en el Instituto, tenía buena relación con sus pares, pero justamente por las juntas comienza a consumir drogas esporádicamente, en las fiestas de fin de semana.

Ya a los 17 años su consumo de drogas era habitual ya no solo en fiestas también entre semana.

A los 18 años realiza un curso de animadora sociocultural en Valencia el cual le gustó muchísimo ya que entabló nuevas amistades con las cuales luego se fue de vacaciones, pero en este periodo comenzó su consumo asiduo de hachís, anfetaminas y LSD. Este curso fue el detonante para que ella decidiera estudiar la carrera de Psicología.

A los 19 años, Luisa comienza a estudiar la carrera de Psicología en la Universidad de Valencia. En esta época ella sigue consumiendo hachís, éxtasis y cocaína (en fines de semana), su trabajo en hostelería le conllevaba una dura carga y en ese periodo sufre un ataque sufriendo una violación grupal, la cual jamás fue denunciada. Por todas estas circunstancias desafortunadas Luisa suspende varias asignaturas como Estadística y Psicometría y tan solo le faltaba acabar 80 créditos para terminar la carrera.

En el año 2001 decidió abortar con 3 meses de gestación debido a su consumo frecuente de drogas (Pastillas específicamente)

En el año 2011, Luisa se casa con un ciudadano de nacionalidad polaca. Su relación se basaba en el consumo de tóxicos, alcohol y violencia tanto verbal como física hacia ella.

Tras casarse, Luisa y su marido querían tener hijos, pero los médicos se negaban a esta situación por dos razones, su consumo de tóxicos y la personalidad violenta y agresiva de él hacia ella.

Su red social actual está comprendida básicamente de su Padre y Hermano con los cuales actualmente convive. La relación con sus hermanos es buena exceptuando una hermana que vive en Alemania con la cual no se habla desde navidades. De vez en cuando una vez al mes queda con alguna amiga (Abelina e Inma) y toman algo en el bar.

Luisa comienza a trabajar a los 16 años realizando trabajo de limpieza en CONSUM. Luego en el periodo que estudia Psicología intenta compatibilizar sus estudios con el trabajo en hostelería. Lamentablemente por los largos turnos su carga de trabajo era considerable lo que la llevó a dejar la carrera. Su último trabajo lo realizó como soldadora en una empresa de placas solares, en el cual manifestó que se encontraba a gusto por estar trabajando allí.

Historia Clínica

Inicio del trastorno: Luisa tiene su primera crisis en el año 2000 a la edad de 27 años. La sintomatología maniaca que presentaba en ese momento, eran gestos exagerados, verborrea, delirios persecutorios (pensaba que los vecinos hablaban de ella y que le habían dañado su coche a propósito). Sus padres la llevaron de manera obligada al ambulatorio de Puzol. Fue diagnosticada de Trastorno Bipolar.

Acude al CSM desde el 2003.

Actualmente se encuentra estable. Sus periodos de eutimia son largos, pero a veces presenta ansiedad, cansancio, tiene dificultades de concentración y en muchas ocasiones está irritable.

Luisa, en la fase maniaca presenta síntomas como irritabilidad, locuacidad, euforia y síntomas psicóticos específicamente delirios persecutorios.

Por otro lado, en la fase depresiva presenta apatía, cansancio (no quiere levantarse de la cama), aumento de sus horas de sueño, pierde la ilusión por las cosas.

En el curso de su trastorno, encontramos que Luisa ha estado ingresada en 6 ocasiones. Última vez en noviembre del año 2020. Descompensación maníaca. Síntomas: Locuacidad excesiva, delirio (susplicia con los vecinos), Insomnio (No dormía apenas).

Luisa tiene conciencia de enfermedad, tiene muy claro cuál es su diagnóstico, sabe la medicina que le esta está pautada para que sirva y cuanto tiene que tomar.

Actualmente no presenta síntomas. Permanece estable, toma la pauta de manera adecuada por lo que permanece estable y con largos periodos de eutimia.

En los antecedentes personales encontramos que Luisa ha consumido: THC y Cocaína. Está abstinente desde hace 5 años.

En los antecedentes familiares: Su hermano tiene trastorno de Esquizofrenia, pero actualmente permanece estable.

Dentro de otras enfermedades y diagnósticos que constan en el informe de Luisa cabe destacar las siguientes:

- Amenorrea.

- Dependencia de nicotina, cigarrillos, sin complicaciones.
- Abuso de tabaco.
- Reacción de adaptación no especificada.
- Ansiedad.
- Migraña con Aura.
- Tabaquismo.

La medicación actual de Luisa que consta en informe es el siguiente:

- Depakine Crono 500 mg 0-0-0-2
- Depakine Crono 300mg 1-0-0-0 (Su psiquiatra decidió quitarla de su pauta en enero del 2022, debido a una intoxicación por exceso de consumo de este medicamento. Perdió la fuerza y se derrumbó permaneciendo inconsciente y paralizada casi dos días),
- Topamax 100 mg 1-1-1-0
- Quetiapina 100 mg 0-0-0-1
- Xeplion 150mgx2 cada 28 días. (Su psiquiatra decidió rebajar la dosis a 50 mg el día 10/07/2022)
- Lormetazepam 1 mg comp (23H) Si precisa.

Control de Valproato en Hospital de Sagunto. Control cada 3 meses.

Luisa está de acuerdo y acepta su diagnóstico. Tiene conciencia de su trastorno. Se toma todos sus medicamentos y sabe para qué sirven cada uno de ellos. Actualmente ella se prepara cada toma de su medicación.

La psiquiatra cita a Luisa cada 15 días. Quiere que vaya a verle. No cree que necesite hospitalización domiciliaria, pero si acudir al CRIS.

2.2- Análisis de la situación actual

- **Evaluación Psicopatológica:**

Evaluación de la depresión, ansiedad y autoestima.

Evaluación Objetiva		
Esca	Puntuaciones	Valoración/Interpretación
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	10	La puntuación directa nos indica que tiene ansiedad muy baja. Las puntuaciones oscilan de 0 a 21.
Escala de Autoestima de Rosenberg	20	La puntuación nos indica una Autoestima Baja. Las puntuaciones oscilan de 10 a 40.
BDRS	16	La puntuación nos indica un índice de síntomas depresivos poco graves. Las puntuaciones oscilan entre 0 a 60.
HAM-D	PT (17 ítems)14 PT (22 ítems)14	La puntuación indica "Depresión ligera". En los subíndices: Melancolía (1-No depresión), Ansiedad/somatización (5-baja) Ansiedad(2-baja) Alteración del sueño (0-no presenta)
EVEA Escala de Valoración del Estado de Ánimo.	Subescalas Tristeza-depresión:2.5 Ansiedad:3.5 Ira-hostilidad:2.2 Alegría:4	Los niveles de las cuatro subescalas son bajos. La puntuación máxima en cada subescala es de 10.

Los resultados de las pruebas realizadas a Luisa coinciden con la sintomatología actual.

En el momento actual Luisa afirma a través de la entrevista y de conversaciones que hemos mantenido en el CRIS, que se encuentra tranquila viviendo con su Padre y Hermano y ahora motivada con las actividades que se encuentra desarrollando en el Centro “*Mas de Mur*”.

Luisa relata que en cuanto consiga el botón de emergencia (lo tiene pedido ya al centro de salud) se mudará y vivirá en su piso que mantiene en alquiler.

Sus síntomas que aumentan actualmente, por el estrés causado debido a problemas familiares, estos son: aumento de consumo de tabaco y conductas autolíticas como rascarse en exceso algunos lunares y sacárselos por completo.

Luisa tiene una baja autoestima, su aumento de peso considerable (más de 10 kilos) y el pensar que no puede retomar los estudios de psicología para acabar la carrera, porque según ella no retiene información y se encuentra que está lenta mentalmente y más débil físicamente por todas las enfermedades que actualmente acarrea (Parkinson, dolores musculares, etc.).

Descripción de los síntomas actuales

Actualmente no presenta síntomas. Mantiene periodos largos de eutimia.

Si encontramos comorbilidad, por el alto consumo de tabaco y una alta ansiedad cuando se encuentra en momentos estresantes, como sucede en la actualidad con el divorcio angustioso y complicado de su hermana ya que no se sabe quién se quedará con la custodia de sus sobrinos.

Entre los “factores de riesgo” y “factores de protección” para la estabilidad clínica encontramos:

Personales de riesgo: Falta de control de la ansiedad y el estrés.

Personales de protección: Motivación por venir al CRIS, adherencia a los fármacos, conciencia de enfermedad.

Sociales de riesgo: Problemas familiares que le producen estrés (mala relación con una hermana y proceso de divorcio de su hermana)

Sociales de protección: Apoyo familiar.

Formulación Clínica conductual

Los problemas que presenta Luisa en la actualidad (Abandono del ejercicio físico y el movimiento, consumo de tabaco en exceso y conductas autolíticas por mal manejo de estrés) pueden explicarse en su origen por el mal clima familiar, una alta emoción expresada en la familia, el tipo de apego desorganizado que tuvo en su infancia. Estas variables pasadas familiares más la sobreestimación de la necesidad de aprobación social y miedo a la crítica por parte de sus iguales en la adolescencia, generaron un patrón de conducta por parte de Luisa destructivo como el consumo de drogas de manera continua. Este abuso de drogas detonó su primera crisis con episodio psicótico donde tras ser internada en el hospital la psiquiatra le diagnosticó trastorno bipolar.

Luego de culminar su primera crisis, algunos factores mantenedores como algunos sucesos vitales estresantes tales como el fallecimiento de su madre, víctima de violación grupal, dos abortos, consumo de drogas y maltrato por parte de su pareja la hicieron recaer en distintas ocasiones con síntomas psicóticos e ideas de suicidio.

Tras su divorcio dejó las drogas y nueve años más tarde tuvo su última crisis en el 2020. El detonante una discusión con su padre.

Actualmente el consumo de tabaco disminuye su ansiedad.

- **Evaluación conductual.**

Análisis descriptivo de las áreas de funcionamiento psicosocial y laboral.

➤ **Factores de riesgo**

- Problemas o conflictos familiares:

a) A Luisa, le genera mucha ansiedad las discusiones con cualesquiera de los miembros de su familia. El último episodio fue una discusión con su padre que finalizó en la última crisis fuerte de Luisa y posterior internamiento. Con una de sus hermanas, la que vive en Alemania, ha discutido fuertemente toda la familia y por el momento no hay signos de reconciliación.

b) Actualmente su hermana menor se encuentra en proceso de divorcio, y a Luisa le genera muchísima ansiedad el no saber si sus sobrinos se van a quedar a cargo de su hermana o su cuñado.

Luisa y su familia han estado aprendiendo y detectan las situaciones generadoras de estrés y ansiedad. Ambas situaciones se están trabajando para lograr solucionarlas de la mejor manera posible.

- Estrés generalizado

a) Luisa tiene miedo a ir a sitios concurridos como Bancos, Metro, Playa, etc., y no saber cómo actuar y quedarse en blanco.

b) Luisa aún tiene miedo de quedarse sola en casa y no poder cubrir las necesidades mínimas realizando las tareas del hogar, como abrir botellas, mover muebles, etc. Esto se debe a la poca fuerza que tiene por sufrir de Parkinson.

En ambos casos tanto Luisa como su familia tienen claro que estas situaciones pueden ocurrir, pero su familia la apoya y la acompaña a sitios concurridos, tiene la ayuda del SAD y tiene claro que cuando vaya a vivir a su piso sola, tendrá precaución con las tareas que ella sabe que le resultan más difíciles y pedirá ayuda con anterioridad.

➤ **Factores protectores**

- Luisa tiene una buena disposición para recibir ayuda. Está dispuesta a venir al Centro de rehabilitación, ya ha quedado pautado su horario y está asistiendo todos los días.

-Luisa tiene un apoyo familiar general. El padre y los hermanos son lo que actualmente viven con ella y están dispuestos a trabajar para que Luisa vuelva a su piso y la acompañan en su proceso de recuperación. En cuanto a las hermanas no se ha hablado directamente con ellas, pero a través de Luisa queda claro que la apoyan. Algunos sobrinos han venido al CRIS a visitarla y se muestran muy amables y preocupados por ella.

-Luisa ha demostrado tener una alta motivación para trabajar en áreas en las cuales quiere mejorar como son el conocimiento de las nuevas tecnologías (saber usar su correo o algunas otras aplicaciones de móvil) y también mejorar el control de sus emociones (controlar su ansiedad).

En estos puntos se ha hablado y llegado a un acuerdo con Luisa, posteriormente el Padre y hermano han mostrado estar al tanto de esta situación y están de acuerdo.

➤ Pródromos

Los signos que Luisa y su familia están aprendiendo a detectar antes de desarrollar una posible crisis, son los siguientes:

- Se encuentra excesivamente irritable, se enfada por cualquier incidente, aunque este sea leve, común o casi no le competa. Además, no tiene paciencia para esperar y ni siquiera tolera a sus sobrinos que son a las personas que más aprecia.
- No puede concentrarse bien ni siquiera mirando algún programa o película de su gusto y se distrae fácilmente ante cualquier estímulo por muy pequeño que este sea.
- No disfruta de ir al bar con sus dos amigas, ni escuchando música ni haciendo nada que normalmente es de su gusto.
- Consume mucho más tabaco que el habitual.
- Su ansiedad es elevada y se preocupa en demasía por algún tema en concreto.
- Se queja en exceso por algún dolor corporal.
- Se encuentra todo el día cansada.
- Descuida su aspecto físico, no se depila, no se peina y se pone ropa que a veces no combina bien.

La familia de Luisa ya se ha dado cuenta de estos signos y cuando le puede venir un “*Arrebato*” así cuenta su Padre, pero ella muchas veces como no se encuentra bien, no detecta en si misma estas señales. Está muy interesada en conocerse más y por eso acudir a los talleres del CRIS que le ayudarán a mejorar en ello, así nos comenta.

➤ **Conductas problemáticas**

Actualmente y desde hace años que Luisa no presenta este tipo de conductas. Esto lo manifiesta su familia y ella también.

➤ **Capacidades básicas**

La evaluación de estas capacidades la hemos realizado a través de los diferentes talleres a los que asiste en el CRIS.

-Actualmente presenta un buen nivel de comprensión lectora ha respondido acertadamente a todas las preguntas de los textos que pasamos en el taller de Cognitivo.

- Focaliza y presta atención a los temas que se tratan en el taller de aula cultural además de participar activamente en ellos y dar opiniones contingentes.

- Se orienta correctamente por el pueblo esto queda demostrado en las excursiones a almorzar, a la playa, a la torreta, etc.

- Utiliza un lenguaje correcto según las ocasiones, es fluido.

- En algunas ocasiones se muestra más lenta que el resto de sus compañeros, pero no le genera ningún problema a la hora de realizar las tareas.

➤ **Autocuidados**

Luisa lleva actualmente unos hábitos de vida bastante saludables

- Su higiene personal es correcta. Además, recibe la ayuda diaria del SAD. Su pelo lo lleva limpio y arreglado, sus uñas están siempre cortadas.

- Vestuario: Luisa se viste acorde con la estación del año y combina colores.
- Sueño estructurado: Duerme entre 8 y 10 horas por la noche y algunas veces se duerme la siesta. No tiene insomnio.
- Alimentación: Desayuna un vaso de leche, come comida casera hecha por su padre, merienda algo de fruta y cena en casa con su padre y hermano. No suele tomar mucha Coca-Cola, en ocasiones cuando se junta en el bar con sus amigas.
- No consume sustancias tóxicas a excepción del tabaco. Diario 10 cigarrillos.
- Deporte o Gimnasia: No realiza ningún tipo de actividad de deporte.

➤ **Habilidades sociales**

En este sentido Luisa es capaz de interactuar perfectamente con otras personas, como lo ha ido demostrando con sus compañeros del CRIS.

- Luisa sabe comenzar, seguir y terminar una conversación.
- Además, en los talleres de habilidades sociales ha demostrado una alta capacidad para resolver conflictos de manera asertiva.
- Tiene capacidad de ocupar el lugar de otra persona ya que hemos visto que se alegra cuando algo o a alguien le va bien y se entristece cuando algún compañero se encuentra mal, etc.

➤ **Red social**

- De manera diaria Luisa viene al CRIS y desarrolla actividades con sus compañeros. Suelen asistir una media de 20 usuarios.
- Diariamente desayuna, come y cena con su padre y hermano mayor.

- Actualmente queda día por medio a tomar algo en un bar con un con una amistad que ha descubierto en el CRIS.
- Algunos fines de semana queda con sus dos mejores amigas a tomar algo en algún bar.
- Suele ver a su hermana que vive en Madrid por todo el verano y por videollamada habla casi a diario con el resto de las hermanas, excepto con la que está en Alemania.

➤ **Ocio**

En este punto existía y existe una leve deficiencia de la utilización de este.

En el pasado, en la época de Instituto y trabajo:

- Se iba de fiesta todos los fines de semana a pubs, discotecas o fiestas en casa, pero esto provocaba el consumo de drogas.
- Jugaba al baloncesto en el equipo del Instituto.
- Veía los programas de televisión favoritos casi a diario.

Después de dejar el Instituto y de trabajar hasta la actualidad:

- Va a tomarse un refresco con un amigo que ha hecho en el CRIS casi día por medio.
- Se junta con sus dos mejores amigas una vez al mes y van a tomar algo.
- No realiza ejercicio físico ni en los talleres del CRIS ni fuera de él. (Se siente insegura con su cuerpo y los movimientos que ahora pueda realizar, después de diagnosticarle Parkinson y de la lesión en el hombro después de la caída que tuvo en el mes de enero)
- Va de excursiones, al cine o a almorzar con el CRIS, pero aún no quiere ir a la piscina ni a la playa. (Aunque prometió que la próxima

ida a la playa se apunta si puedo acompañarla para sentirse más segura)

- Ve sus programas preferidos a diario.

➤ **Medio familiar**

Entrevista Familiar

El modelo familiar que relata la familia de Luisa en su infancia era disfuncional. El padre reafirma que pasaba poco tiempo con los pequeños porque trabajaba todo el día y cuando se portaban mal los castigaba, se arrepiente de no haber sido más paciente y haber compartido más con ellos. Era muy estricto y violento. Relata que su mujer era la encargada de cuidar de la casa y de sus hijos, ella trabajaba mucho y tampoco tenía mucha paciencia, solía pegarles también.

La emoción expresada en la infancia era alta. Pero actualmente esto ha cambiado. Desde que falleció su mujer el Padre de Luisa afirma que con los hijos se lleva bien y que está para ayudarlos. Actualmente vive con su hijo mayor que está diagnosticado de Esquizofrenia, pero ahora permanece estable y además ayuda a Luisa desde que esta sufrió el accidente, la caída que la dejó tumbada por más de dos días sola en su piso.

Él quiere que sus hijos y nietos estén con salud y bien y que en el futuro la mala relación con su hija de Alemania mejore. Además, que los problemas del actual divorcio de su otra hija no le influyan tanto a Luisa para que esta permanezca estable y cada vez mejor como la ve.

El Apoyo familiar tanto de su padre y hermanos para con Luisa es absoluto.

En este caso no se considera necesario trabajar de manera específica con su familia. Los problemas que podrían darse por convivir en la familia con personas con trastornos mentales graves, tales como carga familiar, alta emoción expresada o un estado de ánimo bajo han sido trabajados durante periodos anteriores y para seguir manteniendo este buen clima, se considera necesario que la familia siga viniendo cada tres semanas a las reuniones con otros familiares, donde se pueda hablar, compartir y seguir informándose sobre el trastorno de su familiar.

➤ **Inserción laboral**

La vida laboral de Luisa es la siguiente:

- A los 16 años comienza a trabajar como limpiadora en el supermercado CONSUM. Deja de trabajar al irse a estudiar a Valencia.
- A los 18 años comienza a trabajar en la hostelería por bastantes años. Su función cocinera de restaurante. Lo dejó por un trabajo mejor.
- Trabajó como soldadora de placas solares le gustaba el trabajo y era bien pagado, tuvo que dejarlo tras una crisis en el año 2014.
- **Intereses laborales:** se decantan por cualquiera que sea servicio a los demás, pero actualmente no le interesa trabajar no se ve capaz.
- Recibe una IPA (Prestación por incapacidad permanente absoluta).

3- Diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

El siguiente proceso por seguir tras la evaluación, para luego intervenir con la persona usuaria, es la elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación.

Según Fernández Blanco (2010), el PIR es una programación del trabajo rehabilitador, es un marco de referencia que guía la toma de decisiones. Basándose en esta guía, los técnicos, derivarán a la persona usuaria, a unas prácticas rehabilitadoras concretas.

Algunos puntos característicos del PIR son:

- Se valida tras los resultados y conclusiones a los cuales se llega tras la evaluación.
- Se ajusta a principios que lo organizan y le dan persistencia como sistema de programación.
- Es un consenso con la persona usuaria y su familia.
- Tiene en cuenta las demandas y propuestas de la persona usuaria y su familia.
- Se centra en la persona usuaria evaluada y su particularidad.
- Esta, estructurado secuencialmente y su lógica es de complejidad creciente.
- Es flexible, puede cambiarse dependiendo de la evolución de la persona usuaria en el proceso rehabilitador.
- Se basa en la teoría general de la programación. El trabajo se centra en, la formulación de objetivos, si se interviene individual o

grupalmente y en las estrategias de intervención que se necesitan para la consecución de estos objetivos.

Como se comentó en el punto anterior, un elemento central del PIR es, “la formulación de objetivos”. Estos tienen que estar bien formulados, es decir ceñirse e informar sobre el significado que tiene para la persona usuaria, que sufre un trastorno mental crónico el rehabilitarse. Hay cuatro características que se resumen en:

-Los objetivos propuestos no son definitivos, dependiendo del proceso que tenga la persona usuaria pueden ser rectificadas o modificadas.

-Los objetivos han de proponerse para ser conseguidos por la persona usuaria y su familia.

- Los objetivos operativos han de diferenciarse de las intervenciones, ya que son fácilmente confundibles.

-Los objetivos formulados deberán ser de dos tipos:

a) Generales: Entre sus características encontramos que tienen que ver con la meta con lo ideal, son inespecíficos y vagos, sus metas son exigentes, son una guía para metas concretas y sólo pueden ser evaluados a través de objetivos más específicos.

b) Específicos: Se caracterizan porque tienen que ver con lo real lo material, son precisos y concretos, materializan los objetivos generales, son formulados conductualmente con metas específicas, a partir de estos se elaboran las propuestas de intervención y pueden ser evaluados. (5)

3.1- Objetivos de la Intervención

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Mejorar el autocontrol y afrontamiento en situaciones estresantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a utilizar habilidades asertivas tanto en discusiones con sus familiares como con amigos u otras personas para evitar posibles recaídas. -Reconocer conductas autolesivas y parar en el momento de realizarlas. --Disminuir el estrés en sitios abarrotados.
<p>Realizar actividades de Ocio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar la motivación y el interés por actividades que necesiten mantenerse en movimiento. -Realizar alguna actividad física dentro y fuera del CRIS. -Mejorar o mantener las reuniones que mantiene actualmente con sus dos amigas de siempre, seguir con las juntas de sus nuevos amigos del

	CRIS y continuar con las reuniones familiares de los fines de semana y en fiestas.
Mejorar comportamientos saludables y autocuidado.	-Consumir menos tabaco -Ordenar sus comidas (comenzar a almorzar y con ello sociabilizar en el CRIS)

3.2- Metodología de la Intervención

Para alcanzar los objetivos propuestos en este PIR se selecciona algunas intervenciones individuales y grupales que se pueden desarrollar en el Centro.

Profesional	Objetivos específicos	Estrategias de intervención y acciones a realizar.
Psicóloga	- Aprender a utilizar habilidades asertivas tanto en discusiones con sus familiares como con amigos u otras personas	- Aprender a utilizar las herramientas (que se enseñan en el taller de habilidades sociales y comunicación asertiva.

	<p>para evitar posibles recaídas.</p> <p>-Disminuir el estrés en sitios abarrotados.</p>	<p>- Para mejorar el autocontrol de sus emociones y disminuir pensamientos negativos consideramos que el “Taller de Grupo de apoyo” le brindará a Luisa las herramientas para desarrollar estas competencias y adquirirá un mayor autoconocimiento sabiendo identificar sus emociones y la de los demás, desarrollará la empatía poniéndose en el lugar de algún personaje de una historia, role-playing o videos que se visualizan en los talleres.</p> <p>- Las primeras veces ir acompañada y poco a poco lograr acudir sola a sitios como, por ejemplo, banco, aeropuerto, playa que son los que generan estrés y ansiedad en Luisa.</p>
--	--	--

	<p>-Reconocer conductas autolesivas y parar en el momento de realizarlas.</p>	<p>- Por otro lado, para parar el aumento de la ansiedad que Luisa desarrolla ante situaciones que para ella son generadoras de estrés, como las anteriormente mencionadas en los objetivos específicos, se considera beneficioso que asista al “Taller de Relajación” en el cual trabajaría la conciencia de su cuerpo, la concentración durante el desarrollo del ejercicio y mejoraría el control de su respiración además de reconocer conductas autolesivas y parar en el momento de realizarlas.</p>
<p>Terapeuta y Monitor ocupacional.</p>	<p>-Desarrollar la motivación y el interés por actividades que necesiten mantenerse en movimiento.</p>	<p>- Desde un comienzo Luisa ha manifestado el desinterés por todo tipo de actividad física. Hay que despertar su interés de forma gradual. Un buen comienzo</p>

	<p>-Realizar alguna actividad física dentro y fuera del CRIS.</p>	<p>sería convidarla a las excursiones y salidas que se desarrollan fuera del CRIS (Idas al cine, museos, caminatas breves...).</p> <p>-Una vez que se haya afianzado las conductas en las actividades de ocio con sus compañeros y monitores invitarla a que participe en el “Programa de Psicomotricidad” (básica y baile) ya que por el Parkinson la gimnasia funcional sería inviable.</p> <p>- A su vez, en conjunto explicar los beneficios de las actividades físicas para la salud a través de diferentes “Talleres: Psicoeducativo, psicomotricidad, hábitos saludables, etc.” Esto se puede trabajar mostrando vídeos o consiguiendo información de diferentes recursos del entorno: Ayuntamiento, centro social y casa de la cultura del pueblo</p>
--	---	---

	<p>-Ordenar sus comidas (comenzar a almorzar y con ello sociabilizar en el CRIS)</p> <p>-Mejorar o mantener las reuniones que mantiene actualmente con sus dos amigas de siempre, seguir con las juntas de sus nuevos amigos del CRIS y continuar con las reuniones familiares de los fines de semana y en fiestas.</p>	<p>(donde se realizan diferentes actividades como baile entretenido, yoga, pilates).</p> <p>- El entrenamiento de autocuidado domésticos se realizará individualmente en el hogar de Luisa, visitándola las veces que haga falta antes de su retorno a su piso, previsto para el mes de octubre. La idea es que ella se sienta segura realizando tareas de limpieza y cocina además de desarrollarlas de manera autónoma.</p> <p>-Poner en marcha los conocimientos aprendidos en el taller de habilidades sociales.</p>
--	---	--

	<p>-Consumir menos tabaco</p>	<p>-En el curso del trimestre se realizarán talleres Psicoeducativos de sensibilización ante enfermedades atribuidas al tabaquismo (respiratorias, cardiovasculares, oncológicas), además en las entrevistas individuales con Luisa se valorará el grado de motivación existente para dejar el hábito, el modo de actuar es con actitud cordial y empática sin entrar en confrontación con las ideas de ella.</p>
--	-------------------------------	---

3.3- Observaciones

- En un primer momento trabajamos con Luisa de manera individual en aquellas áreas en las que necesita mejorar, empezando por actividades de su interés y más fáciles para su integración para luego ir sumando otras más complejas.
- Con la familia comenzamos con la entrevista inicial, para luego todos los jueves cada quincena, se realiza el taller con las familias que consta de sesiones psicoeducativas.

- Hemos creado un horario semanal en conjunto con Luisa, teniendo en cuenta su disponibilidad, ya que ni los viernes, ni por las tardes, suele asistir al centro, debido a que tiene que cuidar de su Padre.

En este horario se incluyen actividades que no están específicamente en el apartado: “Estrategias de Intervención y ejercicios a realizar”, pero que consideramos en conjunto interesantes para su curso. Estas actividades son: Asamblea (donde se tratan los temas de interés semanal como excursiones, noticias, demandas de usuarios, etc.), Aula Cultural (Un taller realizado por el trabajador social en el cual se desarrollan temas de interés común y noticias del momento), Ejercicio de hombro doloroso (Indicados específicamente por el médico de cabecera tras sufrir Luisa una caída en su hogar), Nuevas tecnologías (Taller que demandó la usuaria al tener un interés específico en el tema), Activa tu mente (Este es un taller en el cual consideramos importante estimular el trabajo mental, el cual se ve enlentecido debido a su trastorno). Todos estos talleres, sumados a los que se encuentran en dicho apartado, tienen como fin último, el logro de los objetivos de su Plan de Intervención Rehabilitador.

Horario Luisa año 2022

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
9:10-10:00	PASEO	MERCADO	BAILE	PASEO
10:00-10:50	PSICO EDUCATIVO	EJERCICIO HOMBRO	HÁBITOS SALUDABLES AUTONOMÍA	ASPECTOS LEGALES
10:50-11:10	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
11:10-12:00	ASAMBLEA	NUEVAS TECNOLOGÍAS	ACTIVA TU MENTE	HABILIDADES SOCIALES
12:00-12:50	AULA CULTURAL	GRUPO DE APOYO	COCINA	EJERCICIO HOMBRO
13:00-13:50	RELAJACIÓN	OCIO	OCIO	RELAJACIÓN

- De forma paralela se trabajará con la terapeuta Ocupacional todo lo relacionado con su traslado en octubre para vivir nuevamente sola en su piso. Se trabajará específicamente sobre las complicaciones que le pueda surgir a Luisa el vivir sola con su padecimiento de la enfermedad de Parkinson (Dejar las cazuelas donde les sea fácil cogerlas, la ropa que quede bajo porque el armario es muy alto, etc.).
- En todo este tiempo que Luisa se encuentre de usuaria en el Centro, se irán teniendo reuniones con los distintos técnicos para ver cómo está llevando su proceso rehabilitador, se intentará reforzar sus logros y realizar cambios en los que no haya habido facilidad ni progreso.

3.4- Devolución del PIR

Una vez se finalizó el PIR de Luisa (programa que se fundamenta en los resultados obtenidos durante proceso de evaluación inicial) se convocó a una reunión donde participaron todos los miembros del equipo (Área Psicológica, Social y Ocupacional) donde se aunó y jerarquizó los objetivos a trabajar. En este proceso se tuvieron en cuenta las dimensiones de la calidad de vida y las acciones previstas para alcanzar dichos objetivos, de manera que todo esto sea funcional y asequible para Luisa.

Una vez terminado el documento se procedió a la devolución del PIR, esto es realizado para que este Programa Rehabilitador se

convierta en definitivo. El profesional de referencia (En este caso yo estudiante en prácticas con la tutorización de la Psicóloga) lo presenté a Luisa. Ella estuvo de acuerdo con el contenido escrito, es decir participó activamente con la elección de los programas y de su proyecto vital, y por lo tanto se comprometió con llevar a cabo lo allí escrito.

Un año más tarde se llevará a cabo la revisión del PIR. El fin de esta acción es valorar cada objetivo (en qué medida se ha alcanzado cada objetivo de su PIR) e intervención (hasta qué punto las intervenciones y los programas en los que ella esta apuntada han ayudado a conseguir sus objetivos).

3.5- Evaluación de resultados

En el caso de Luisa como también de todos los usuarios que acuden al centro, están sujetos a evaluaciones continuas. Luisa acude al centro hace tres meses. Atendiendo al modelo de calidad implantado en Cris “Mas de Mur”, mensualmente se mide a través de datos que tiene que ver con la eficacia en la consecución de objetivos mínimos de “enganche” y normalización. La manera en que se procede a evaluarlas es a través de: observación directa en los diferentes talleres en los que esta apuntada, asistencia y motivación que muestra en las actividades, y, además, cada quince días o cuando ella lo necesite, se realizará una pequeña entrevista para ver cómo va evolucionando en su proceso rehabilitador.

Tras varias entrevistas con el usuario y en concordancia con lo que el resto del equipo: Psicóloga, Terapeuta ocupacional, Asistente social y Monitor ocupacional, hemos concluido que Luisa demuestra una evolución muy positiva ya que nos solo ha mostrado resultados

satisfactorios en los objetivos propuestos, sino que también ha aumentado la asistencia los viernes para participar en la “Gimnasia” y “Tardes de Cine”. En cuanto a los objetivos específicos, tales como:

- Aprender a utilizar habilidades asertivas tanto en discusiones con sus familiares como con amigos u otras personas para evitar posibles recaídas. (Luisa nos comenta que no ha tenido discusiones con su padre y que se siente feliz en su compañía).
- Disminuir el estrés en sitios abarrotados. (Ha logrado ir al banco y realizar recados sola, sin necesidad de compañía, sin embargo, a la playa o a conciertos aún no se atreve).
- Reconocer conductas autolesivas y parar en el momento de realizarlas. (Según Luisa, el taller de Relajación la ha ayudado a ser más consciente de su cuerpo y de estar más atenta cuando le sucede este tipo de conducta ansiosa).
- Desarrollar la motivación y el interés por actividades que necesiten mantenerse en movimiento. (Ya se ha logrado que los viernes acuda a la Gimnasia del centro y además de lunes a viernes camina 40 minutos de ida a vuelta a su casa, para venir al CRIS).
- Realizar alguna actividad física dentro y fuera del CRIS. (En este punto aún no ha logrado mayor avance, pero estamos seguros de que lo conseguirá en el futuro si sigue trabajando como lo está haciendo hasta ahora).
- Mejorar o mantener las reuniones que mantiene actualmente con sus dos amigas de siempre, seguir con las juntas de sus nuevos amigos del CRIS y continuar con las reuniones familiares de los fines de semana y en fiestas. (En este sentido ha mejorado, ya que no solo sigue con sus reuniones de amigos

y familiares, ahora ha creado nuevos vínculos con compañeros del CRIS, con los que queda casi a diario para merendar o tomar algún refresco).

- Ordenar sus comidas, comenzar a almorzar y con ello sociabilizar en el CRIS. (Luisa ya se queda a comer al menos dos días a la semana cuando hay taller de cocina, el tema del almuerzo no lo ha conseguido porque del desayuno se pasa a la hora de comida).
- Consumir menos tabaco. (Aún no se ha quedado con Luisa de manera individual para comenzar a trabajar con este tema. En los próximos meses seguro que los profesionales que trabajan en el centro se pondrán a trabajar con ella sobre este objetivo).

Luisa hace referencia que está muy a gusto en el CRIS, que se siente motivada a seguir viniendo, se siente acompañada con sus compañeros por el equipo de profesionales y se nota mejor de ánimo y físicamente desde que está viviendo.

VI) Conclusiones

En la realización de este Plan Individualizado de Rehabilitación llevado a cabo con y para una persona usuaria con trastorno mental grave, mi propósito se ha cumplido. Esto se debe a diversas razones.

La primera, es el haber realizado mi primer PIR, al menos su primera parte, ya que debido al tiempo de estancia en las prácticas (menos de un año) éste no pudo concluirse en el seguimiento anual de la persona usuaria en su totalidad, por lo que la evaluación del RE-PIR no llegó a ser posible. Aun así, logré evaluar a la persona usuaria individualmente y en numerosas ocasiones, ya fuera en entrevistas individuales, evaluando su motivación y asistencia en los talleres y actividades en las cuales le tocaba participar y de manera observacional en otras actividades.

En segundo lugar, he demostrado mi hipótesis constatando que los factores ambientales que rodean a la persona usuaria como su familia, son un eje fundamental en el camino de recuperación. Sin su ayuda en los momentos de crisis y posteriores, la rehabilitación se tornaría muy difícil, por no decir imposible. Pero también cabe mencionar que existen otros ejes muy importantes que también contribuyen a este fin, y que en definitiva se engloban en las oportunidades a las que pueden acceder las personas con trastornos mentales graves, como, por ejemplo, el poder asistir a este mismo tipo de centro de rehabilitación psicosocial comunitario, la cercanía con su hogar, el tipo de pensión que reciben, a que grupo social pertenecen, situación económica, etc. Y, además, no se puede dejar de destacar, que además de estos factores que podríamos denominar “externos” existen otros, no menos importantes y que provienen del ámbito de la propia persona, como aquellos que operan desde el mismo nacimiento como, por ejemplo, el hecho de ser mujer.

Otra de estas variables que podríamos considerar “internas” se encuentra en la edad. Así, la mayoría de los trastornos bipolares tienen una edad estándar de comienzo, que son los veinte años. Esto lo constaté en este PIR y en las historias de los usuarios que lo padecen.

Además, podríamos incluir en este campo, las experiencias vividas en el pasado, que pueden resultar vitales para desencadenar el trastorno, como por ejemplo en el caso de este PIR, el abuso de drogas y haber sido víctima de abusos sexuales y físicos.

En un tercer lugar, puedo decir que los objetivos que he propuesto para este TFM se han conseguido ya que:

- He logrado un buen enganche con la persona usuaria. Mi tutora me derivó a Luisa que llegaba por primera vez al Centro de Rehabilitación “Mas de Mur”. Comencé a realizarle entrevistas y las primeras evaluaciones, y desde un primer momento, sentí que ella estaba avocada a que este proceso en conjunto que estábamos empezando funcionara. Se mostró cooperadora e interesada en el camino que comenzaba a transitar y me permitía estar a su lado como una guía.
- He realizado evaluaciones con la persona usuaria sin problemas y sin que ésta mostrara dificultad para cooperar en el proceso.
- He diseñado con y para ella, un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

- He aplicado las estrategias y técnicas de intervención, para la consecución de los objetivos que formulamos en su PIR. (Esto ha sido por un tiempo corto, de aproximadamente dos meses).

Puedo afirmar, en conclusión, que pese a la enorme cantidad de personas que padecen trastornos mentales graves y que además están diagnosticadas en España, existen diversos medios de ayuda para ellos. Un gran ejemplo de esto son los Centros de Rehabilitación Psicosocial que constituyen un valioso recurso para los que allí pueden asistir. Y lo son porque en ellos existen grandes técnicos, que están implicados en la recuperación y en la rehabilitación de los usuarios, en su integración en la comunidad y en lograr un proyecto de vida que alcance su bienestar. Las personas usuarias comienzan con un proyecto individual, que se comprometen a desarrollar, este es el Programa de Rehabilitación Psicosocial (PIR), en el influyen factores personales y ambientales únicos en el mundo de cada individuo, este programa se va evaluando y cambiando constantemente, todo esto por supuesto depende de las necesidades y deseos de cada persona usuaria.

VII) Bibliografía

1. Acero, G, Cano-Prous, A., Canga, A. (2016). An. Sist. Sanit. Navar, 39 (2), 203-212
2. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. Transcultural adaption and validation of the Spanish version of the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS-S). J Affect Disord. 2015 Feb 1;172:110-5. Disponible en <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=370>
3. Escala de Hamilton. M.J Purriños. Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saude. Disponible en <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
4. Fernández Blanco, J (2002). Cap.4. Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) (pp.77-91). Madrid, España. Ediciones 02/2002.
5. Fernández Blanco, J (2002). Cap.4. Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) (pp.77-91). Madrid, España. Ediciones 02/2002.
6. Fernández Blanco, J., María del Carmen Sánchez Vicente. (2003). La influencia de los socioambiental en los trastornos mentales. Intervención Psicosocial, Vol. 12, N°1,7-18.
7. González Cases, Juan, & Rodríguez González, Abelardo. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clínica y Salud, 21(3), 319-332. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&tlng=es.
8. Griesinger (1876). Patología y terapéutica de las enfermedades mentales psíquicas. Berlín.

9. Inventario de Ansiedad de Beck. Clínica las Condes. Disponible en <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck#:~:text=El%20Inventario%20de%20Ansiedad%20de,puntuaci%C3%B3n%20entre%200%20y%2063>
10. Roserberg,1965; Atienza, Balaguer, & Moreno,2000. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Disponible en <https://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/EAR.pdf>
11. Sanz Jesús (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA). Análisis y Modificación de conducta, 2001, vol. 27, N°111. Disponible en https://eprints.ucm.es/id/eprint/37320/1/Un%20instrumento%20para%20evaluar%20la%20eficacia%20de%20los%20procedimientos%20de%20inducci%C3%B3n%20de%20estado%20de%20%C3%A1nimo_la%20EVEA.pdf
12. THORNICROFT, G., y otros, «From Efficacy to Effectiveness in Community Mental Health Services», British Journal of Psychiatry, 1998, 173, pp. 423-427

VIII) Anexos

- **Escalas y técnicas de evaluación**

1. Escala que evalúa el estado de ánimo.

➤ **EVEA**

Tipo de instrumento: Inventario de autoinforme de papel y lápiz.

Objetivos: Evaluar el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado d ánimo transitorio de una persona en un momento dado.

Población: Inicialmente desarrollado para estudiantes universitarios, pero ha sido aplicado y validado con otro tipo de poblaciones tanto no-clínicas (p.ej., adultos de la población general) como clínicas (p.ej., pacientes adultos con trastorno depresivo mayor, pacientes adultos con delirio de persecución, pacientes con trastornos de ansiedad).

Número de ítems:16

Tiempo de administración estimado:1-2 minutos

Normas de aplicación: las instrucciones de la EVEA hacen hincapié en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor como se “siente ahora mismo”, en el mismo momento de completar el instrumento. La

orden de presentación de los ítems del EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que los dos ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

Momento de aplicación: tanto antes como durante o después de un procedimiento de inducción de estado de ánimo, y en cualquier momento en el que se desee conocer el estado de ánimo actual o de la persona. (11)

2. Escala que evalúa la Depresión

➤ **HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale**

Es una escala de observación hetero aplicada.

Objetivos: Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento.

Población: Personas con diagnóstico de trastorno depresivo. También es utilizada en pacientes alcohólicos y con demencia, en población geriátrica.

Descripción: Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días de la semana previa. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y

comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.

Tiempo de administración: 15 a 20 minutos

Normas de aplicación: Se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas). Hamilton sugiere que, para aumentar la fiabilidad de las evaluaciones, estén presentes los evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio.

Momento de evaluación: Evaluación pre, durante y postratamiento.

(3)

3. Escala que evalúa la autoestima.

➤ **Rosenberg Self-Steem Scale (Rosenberg S-S)**

Los objetivos de esta escala son evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.

La población a la que está dirigida es adolescentes, adultos y personas mayores.

La escala consta de 10 ítems, 5 planteados de forma positiva y 5 de forma negativa (para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente).

El tiempo de administración son 5 minutos.

La persona evaluada responde los 11 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos (de muy de acuerdo a muy desacuerdo).

La corrección y la interpretación: La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2,5,8,9,10 y la puntuación invertida de los ítems 1,3,4,6,7. La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta.

El momento de aplicación: evaluación pretratamiento. (10)

4. Inventario que evalúa la Ansiedad

➤ **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

Inventario de autoinforme de papel y lápiz. No obstante, se puede administrar en una entrevista si es necesario.

Objetivos: Valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Desarrollado con el objetivo de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Población: Inicialmente desarrollado para la población clínica de pacientes adultos, ambulatorios o internos con trastornos psicopatológicos, pero ha sido aplicado y validado con otro tipo de poblaciones tanto clínicas (p.ej., pacientes adolescentes con trastornos psicopatológicos, pacientes adultos y adolescentes con enfermedades médicas, pacientes geriátricos) como no clínicas

(adultos, adolescentes y ancianos de la población general, estudiantes universitarios).

Número de ítems:21

Tiempo de aplicación estimado: 5 minutos

Momento de la aplicación: Tanto en la exploración inicial como durante el curso, finalización y seguimiento del proceso terapéutico. (9)

5. Escala que evalúa la severidad de síntomas depresivos.

➤ **La Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)**

La BDRS está diseñada para medir la severidad de los síntomas depresivos en la depresión bipolar. La BDRS está validada para su uso clínico por evaluadores entrenados. Las siguientes convenciones están diseñadas para estandarizar la puntuación BDRS. Basándose en una entrevista clínica los ítems de la BDRS puntúan la severidad de los síntomas depresivos o mixtos manifestados por los pacientes ahora o en los últimos días. Si hay una discordancia entre los síntomas que presentan en la actualidad y en los últimos días, la puntuación debe reflejar los síntomas actuales. La escala contiene 20 ítems y la máxima puntuación posible es 60. Puntuaciones más elevadas indican mayor gravedad.

Los ítems pueden ser evaluados tanto de forma subjetiva (información del paciente), objetiva (evaluación el clínico) o como una combinación de ambas. En aquellos ítems que se produzcan discrepancias entre el criterio subjetivo y el objetivo, éste último debe recibir mayor ponderación. Si el evaluador considera que la

puntuación del paciente se encuentra entre dos puntos de gravedad, y no está en condiciones de aclarar donde se encuentra una determinada puntuación, debe anotarse la calificación más grave. Cuando las definiciones operativas y las sugerencias para un ítem no consiguen describir plenamente una situación determinada, las categorías de leve/moderada/grave deben guiar la calificación. Sin embargo, no se debe preguntar a los pacientes que escojan la respuesta correcta, por ejemplo, leve/moderada/grave.

Siguiendo el protocolo general para las entrevistas clínicas, las preguntas deberían ir de lo más general a lo más específico. A los pacientes se les suele hacer las mínimas preguntas posibles para obtener la puntuación. Dentro de cada tema, las preguntas deberían pasar de más abiertas a más estructuradas según vaya siendo preciso. Los evaluadores deben procurar mantener un equilibrio entre realizar las mínimas preguntas asegurándose al mismo tiempo de obtener suficiente información para que la puntuación sea la correcta y representativa de la sintomatología del paciente. Habitualmente los pacientes que se encuentran peor necesitaran más preguntas mientras que los pacientes con un mejor funcionamiento pueden ser capaces de responder a las preguntas con menos intervención del evaluador. (2)

