



INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

Rocio Valera Moya

Psicóloga del Centro de Día de Vallecas. Madrid

msanz@grupoexter.com

RESUMEN:

Describe el recurso Centro de Día para la atención a personas con enfermedad mental grave y duradera. El perfil de la población atendida, que cursa con gran deterioro asociable a la evolución de la patología psiquiátrica. El porcentaje de personas atendidas que tienen comorbilidad enfermedad mental y consumo de drogas y la intervención que realizan para instaurar hábitos de autocuidado, entre ellos la limitación del consumo y los cuidados propios de la patología psiquiátrica. Así como otros aspectos que favorezcan la autonomía personal, dentro de las posibilidades y la integración de estas personas tan afectadas.

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

1. QUÉ ES UN CENTRO DE DÍA DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS AFECTADAS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.

Los **Centros de Día** (CD en adelante), pertenecen a La Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Y se conciben como un tipo de centros de atención social dirigidos a ayudar a las personas con enfermedad mental y mayores dificultades y necesidades de apoyo, a que se mantengan en la Comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía personal y social.

Todos los usuarios que llegan a los CD, vienen derivados por los Servicio de Salud Mental (SSM) de los distritos de referencia, a través de sus respectivos Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. En todo momento, siguen siendo atendidos por su SSM (psiquiatra, DUE, Trabajadora Social, etc.) que es responsable de su atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Por ello el CD trabaja de un modo coordinado y complementario con dichos programas, así como con el resto de recursos de la Red existentes en la zona.

El perfil de usuarios a los que se dirigen los CD es:

- Edad entre 18 a 65 años.
- Ambos sexos.
- Personas con enfermedad mental severa o grave de curso crónico en tratamiento en los SSM e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, que presentan un alto nivel de deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Pacientes con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar.

Aunque si bien es cierto, y dado que los CD son un recurso comunitario de apoyo social y apoyo a la integración, al que acceden pacientes que debido a su grave patología mental y deterioro psicosocial asociado necesitan una atención de soporte social y estructuración de la vida cotidiana. Los dos perfiles que más nos encontramos, suelen ser usuarios que han realizado programas activos de rehabilitación y que a causa del importante nivel de deterioro y dificultades de integración socio-comunitaria, mantienen importantes necesidades de apoyo y soporte social. O por el contrario, personas que no estarían a priori en condiciones de iniciar un proceso activo de rehabilitación psicosocial y el CD serviría de contexto de enganche, soporte y adaptación flexible.

Asimismo además de con la personas afectadas de enfermedades mentales crónicas, se trabaja

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

específicamente con sus familias, reconociendo su papel esencial como principal recurso de cuidado y convivencia para este colectivo, y ofreciéndoles el apoyo y asesoramiento que necesitan.

El personal específico con el que cuentan normalmente los CD es el siguiente:

- 1 Directora.
- 1 Psicóloga.
- 1 Terapeuta Ocupacional.
- 3 Educadoras.
- 1 Auxiliar Administrativo.
- 1/2 Auxiliar de Limpieza

Profesionales asignados para 30 plazas, que son las diseñadas para la mayoría de los CD. Pero en algunas ocasiones (CD Vallecas, por ejemplo) se cuenta con una educadora más, puesto que la ratio se amplía hasta los 50 usuarios.

Las funciones de cada profesional se entienden de una forma flexible y dinámica desde una lógica de trabajo interdisciplinar que optimiza las posibilidades del equipo y asegura un proceso global y eficiente de apoyo social comunitario. Este equipo, además trabaja con una orientación comunitaria desarrollando sus intervenciones no sólo en el propio CD sino también en el entorno comunitario, facilitando y optimizando la utilización de recursos socio-comunitarios normalizados.

En relación a las principales áreas de actuación, se organiza y desarrolla con cada usuario y con su familia, un proceso de atención e intervención de apoyo y soporte social individualizado.

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

Con cada usuario, por tanto, se desarrolla un proceso individualizado encaminado a ofrecerle el apoyo que necesita para favorecer el mantenimiento en la comunidad y el logro de niveles de autonomía y para prevenir el riesgo de mayores deterioros y de aislamiento y marginalización social.

El proceso de atención de apoyo social en el CD se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

usuario y de su entorno socio-comunitario concreto.

A continuación se describe el proceso global de atención en sus diferentes fases o momentos:

1. EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

- Desde el centro se trabaja activa y específicamente para asegurar el adecuado *enganche* de los usuarios que son derivados desarrollando para ello las actividades que resultan pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de atención teniendo en cuenta el plan global establecido de rehabilitación y continuidad de cuidados por su SSM.
- Se desarrolla una evaluación funcional conductual y social que permite conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se trata de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social.
- La evaluación no se realiza, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que se articula como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo.
- La metodología de evaluación se sirve de métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) que resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso.
- El proceso de intervención se estructura a través del diseño de un **plan individualizado de atención (PIA)** que establece de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de atención, así como el tipo de intervenciones a desarrollar (individuales, grupales, etc.). Este plan se realiza por escrito y es presentado y consensuado con el usuario y su familia. También se coordina y consensúa con el responsable del caso en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del SSM que haya derivado al usuario al CD.
- Una vez establecido el PIA e iniciada la intervención, se desarrolla una evaluación continuada de la misma que se ira plasmando una vez al año, en los *Informes anuales de tutorías*, en los que

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

se reajusta de un modo flexible el PIA reorientado y adaptando el proceso de intervención.

2. INTERVENCIÓN: Metodología, áreas de trabajo y actividades:

Uno de los objetivos del CD es el de favorecer la **Mejora del Funcionamiento Psicosocial** de los usuarios atendidos. Para ello se desarrolla con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición del conjunto de capacidades y habilidades personales y sociales que le permitan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, fomentando el desempeño de roles sociales normalizados y su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

Complementariamente al apoyo del proceso de mejora de la autonomía personal y del funcionamiento psicosocial y de apoyo a la integración social, se tiene en cuenta las necesidades de apoyo y soporte social específicas de cada usuario, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Para lo cual se desde el CD se organiza y promueven un amplio abanico de **actividades de apoyo y soporte social** (sociales, culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) que sirven de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana, así como de apoyo y soporte para los usuarios que lo pueden necesitar, especialmente aquellos con mayores niveles de deterioro y dificultades de integración.

Así pues, se organiza a través del CD una amplia gama de actividades variadas que se organizan y programan de acuerdo a las necesidades, intereses y objetivos de los usuarios en el marco de su Plan Individualizado de Atención (PIA) y que les permiten durante la mañana y la tarde desarrollar un conjunto amplio de objetivos, encaminados a estructurar su tiempo y dar apoyo y soporte a aquellos usuarios que más lo necesitan.

Las **principales áreas de actividades a desarrollar en el CD** serán las siguientes:

- Actividades de psicomotricidad.
- Apoyo en habilidades de autocuidado y actividades de la vida diaria relativas al manejo en la vivienda, aseo, vestido, y hábitos saludables.
- Apoyo en la mejora de las relaciones sociales y el desarrollo de redes sociales de apoyo.
- Entrenamiento cognitivo (memoria, atención, concentración, etc.)
- Talleres de actividades de soporte social: Estas actividades serán variadas incluyendo, entre otras, algunas como: manualidades, juegos de mesa, gimnasia, actividades de ocio, y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes y de

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

interés.

- Grupos de encuentro y autoayuda.
- Ocio y tiempo libre.
- Apoyo a la integración socio-comunitaria.

Estas actividades se desarrollan no solo en el propio CD sino también fuera del mismo optimizando, de acuerdo al principio de normalización, el uso de recursos socio-comunitarios y la implicación y potenciación de las redes sociales comunitarias.

2. PERFIL DE PATOLOGÍA DUAL EN UN CD

Entre los usuarios de nuestros CD (Moratalaz y Vallecas) se observa una alta prevalencia de personas con **patología dual** (PD) y por tanto con dificultades específicas que suponen un obstáculo en la intervención y rehabilitación de las mismas.

En un estudio realizado por la empresa Grupo Exter en 2009-2010 un dato relevante es el 45,35 % presentaban patología dual (CD Vallecas)

El perfil de usuario que acude al CD, es fundamentalmente el de una persona con una media de edad de 46 años (datos de la última memoria 2011), que se encuentra estable psicopatológicamente, con muchos años de evolución en la enfermedad, que posee conciencia de enfermedad, aunque ésta a veces sea parcial.

Respecto a la problemática referente a patología dual, es frecuente que en la historia del usuario haya habido consumo de sustancias. Y haya estado en ocasiones este consumo asociado al inicio de la enfermedad, a recaídas, etc. Siendo menos frecuente el consumo activo a su llegada al Centro.

Si bien es cierto, aunque en un porcentaje más bajo en la actualidad, existen personas que llegan al CD con consumo activo, y cuando esto sucede, lo habitual es que se trate de un uso o abuso de la sustancia, y con mucha menor frecuencia dependencia.

Las sustancias utilizadas (si a la llegada el consumo es activo) suelen ser alcohol o cannabis y en menor frecuencia otro tipo de sustancia o un policonsumo.

Además en la mayoría de las ocasiones, y dados los numerosos años de evolución de la enfermedad psiquiátrica, los años de consumo, así como el tipo de sustancia consumida en el pasado (opiáceos, más frecuente hace unas décadas, que en la actualidad) a la llegada al CD, la conjunción de ambas

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

patologías ha potenciado las consecuencias negativas sobre su salud, presentando frecuentemente problemas como:

- Enfermedades asociadas como VIH, hepatitis, tuberculosis.
- Desestructuración de horarios.
- Cambio ciclo sueño-vigilia.
- Aumento o pérdida de apetito.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Interferencia de tóxicos en metabolización de medicación.
- Síntomas negativos: abandono de autocuidados, reducción de actividad, aislamiento, apatía.
- Efectos secundarios de medicación psiquiátrica: aumento de peso, dificultades sexuales, sedación, etc.
- Síndrome metabólico: hipertensión arterial, exceso de grasa en perímetro abdominal, colesterol y aumento en nivel de azúcar.

Por ello, consideramos que en estos casos, es necesario intervenir para evitar la interferencia de la problemática de consumo en el proceso rehabilitador así como frenar el deterioro clínico que en ocasiones se esconde tras el diagnóstico dual.

3. OBJETIVOS GENERALES DE TRABAJO EN PD EN UN CD

Por todo esto se evidencia la necesidad de **programas e intervenciones específicas** para favorecer la rehabilitación e integración de cada una de estas personas.

Así desde nuestros CD abordamos la patología dual persiguiendo los siguientes objetivos generales:

- Mantener o conseguir un **nivel mínimo de autocuidados y autonomía.**
- **Estructuración de la vida cotidiana** del paciente.
- Prevenir el deterioro de capacidades **cognitivas.**
- Ofrecer **soporte social** que favorezca el mantenimiento en la comunidad.
- Desarrollo y potenciación de **habilidades sociales básicas.**
- Incremento de las **redes sociales.**
- Fomentar las actividades de **ocio y tiempo libre.**
- **Apoyo a las familias.**

4. INTERVENCIONES ESPECIFICAS EN P. DUAL DESDE UN CD

Algunas de las intervenciones más específicas que abordamos desde el CD son:

- **Apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria:**
 - ASEO: déficit en higiene personal, falta de piezas dentales, aspecto descuidado. **Aumento de frecuencia de ducha y aseo, cuidado del aspecto físico, higiene y arreglo dental, etc.**
 - VESTIDO: ropa inadecuada, sucia, rota, viejas. **Adecuación de la ropa al contexto. Compra y cuidado de la ropa.**
 - HÁBITOS ALIMENTICIOS: falta de rutinas, y alimentación poco saludable. **Pautas para una alimentación saludable, recuperar horarios, etc.**
 - HÁBITOS DE SUEÑO: alteraciones. **Higiene del sueño.**
 - TAREAS DOMÉSTICAS: malas condiciones en la vivienda, poca implicación en dichas tareas... **Adquisición de destrezas para mantenimiento del domicilio en buenas condiciones de habitabilidad, apoyo para acceso a SAD.**
 - MANEJO DE DINERO: gasto descontrolado, deudas, problemas legales y familiares, mendicidad **Planificación de gastos.**
 - USO DE TRANSPORTES: no respetar normas de seguridad vial (cruzar en rojo, conducción temeraria, uso de "kundas"), no adquirir billete en el transporte público. **Uso adecuado de los mismos (comprar el billete, uso de plano), educación vial.**
 - USO DE TECNOLOGIAS: no disponen de teléfono y/o ordenador, o no conocen su uso. **Entrenamiento en el manejo del teléfono móvil, internet...**
- **Instaurar hábitos saludables** -prevención, promoción salud, reducción del daño- **Supervisión del cumplimiento de seguimientos médicos de patologías asociadas al consumo, cumplimiento de pautas farmacológicas y otras indicaciones terapéuticas, etc. Educación para la salud y sexual, etc.**
- Apoyo en la mejora de las competencias **sociales y el desarrollo de redes sociales de apoyo saludables** -alternativas al consumo- **Aprendizaje de técnicas asertivas: DECIR NO!!!** Con el objetivo de facilitar la **integración social**, a través de la mejora de la capacidad para comunicarse y relacionarse con sus semejantes. Y reducir así las probabilidades de consumo, generando **red social alternativa a la consumidora y mejorando la asertividad.**
- **Actividades** sociales, ocupacionales o culturales que puedan resultar relevantes y de interés. **Incorporación a recursos comunitarios específicos (SM y drogas) y generales.** Para

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL DESDE UN CENTRO DE DÍA

reducir la probabilidad de crisis y la aparición de síntomas, **reduciendo el aislamiento.**

- **Estructuración del tiempo.** Para mejorar la calidad de vida.
- **Entrenamiento cognitivo** -frenar deterioro- (memoria, atención, concentración, etc.)
- **Trabajo con las familias**-manejo de contingencias, informadores, control externo.