



EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

Jacint Peris Roig¹

ASPEDIM

aspedim.info@gmail.com

PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

Dispongo de 30.000 palabras para exponer en Proyecto Oriol. A veces me parecen muchas y otras demasiado pocas para toda la información que me gustaría transmitir pero la limitación a 30 páginas me resuelve el conflicto.

El Proyecto Oriol es una idea que nace en Octubre de 2011 y se pone en marcha en Enero del 2012. El Proyecto Oriol (en adelante P.O.) debe su existencia a la crisis del 2008.

Es conocido por todos que a dicha crisis se debe un numeroso cierre de residencias privadas sin afán de lucro que se dedicaban a la atención de enfermos mentales crónicos siendo el coste de cada plaza de entre 1.000 y 1.400€.

Muchos perdimos nuestros trabajos y poco importaba el modelo atencional que aplicáramos, ni el grado de satisfacción de los usuarios.

Yo llevo 31 años atendiendo a personas con problemática mental y unos 30 trabajando en sistemas residenciales y ambulatorios. He trabajado siempre combinando la pública y la privada hasta hace casi 12 años en que accedí a una excedencia voluntaria como funcionario¹.

Nos encontramos en octubre de 2011, cuando se cierra Can Margarit Vallirana y Can Margarit Corbera, las dos residencias de enfermos mentales crónicos en las que trabajaba por aquél entonces.

Ya en ellas y gracias a su directora (la Sra. Victoria Maglione Morales) empezamos a poner en marcha un sistema de atención que realmente se encaminara a la consecución de los objetivos del concepto de salud mental que tan bien define el DSM.

1

En mi haber hay el diseño técnico de 3 centros ambulatorios públicos de atención a las drogodependencias, la modificación del concepto de atención residencial de dichos pacientes en el sentido de la incorporación de fármacos y de substitutivos, el diseño técnico de 3 comunidades terapéuticas y su dirección, el diseño de 2 proyectos de pisos de reinserción socio-laboral de toxicómanos, diseño del proyecto técnico y su dirección de 2 residencias para patología dual (2006), el diseño técnico y dirección de una residencia para enfermos mentales crónicos (2006), la dirección médica de dos residencias pequeñas de enfermos mentales crónicos (2009) y actualmente la Asociación ASPEDIM (Asociación para el Soporte a PErsonas con DIscapacidad Mental) la cual contiene el P.O.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

El DSM, como sabréis, acepta el concepto de trastorno en todos sus códigos (excepto 2) si se cumple un criterio que dice: "Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad individual, familiar, social, formativo-laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (como la legal)".

Existen muchos protocolos escritos que intentan definir el concepto de salud mental de una manera integral pero que se quedan generalmente ahí, en conceptos escritos. Se les suele llamar "Manuales de buena Praxis". Dichos manuales son muy correctos y completos pero no se aplican.

¿Por qué ocurre ello?

Muy simple: cuestión de presupuesto.

Os pongo un ejemplo que ilustra esta dicotomía: el dinero es necesario no tan solo para atender a dichos pacientes en todos los ámbitos de la salud mental descritos, sino que también es un escollo.

Dicho de otra manera y poniendo un ejemplo. Imaginaos que tenemos una residencia con capacidad para 30 usuarios (mejor llamarlos así que pacientes. Luego entenderéis por qué). Las ratios mínimas que se exigen de trabajadores por usuario son realmente ridículas. ¿Cómo se puede poner a alguien tan básico como una auxiliar para la higiene de 8 residentes, la limpieza de las estancias, la habitación de cada uno, la comida, etc.? Las funciones que se les otorgan por contratos laborales muy precarios sobrepasan la capacidad de acción de cualquiera de ellos.

Así acaba resultando más "eficaz" (económico) que las o los auxiliares les hagan la cama, les duchen cada semana, les dejen barba unos días, meados otros, aparcados ante la tele, que salgan por ahí a pasear, no controlen su vestimenta, coman lo que toca tanto si les va bien como si no, vayan manchados, con los dientes sucios o sin ellos, etc. Como mucho, se hacen talleres de distracción, como niños de párvulos y algunas actividades en las fechas señaladas.

Ello no es a nuestro entender atender al objetivo de la salud integral.

Luego, hay algo que falla, valga 1.400 o 3.800 euros al mes la plaza. Otra vez caemos en el concepto liberal económico del beneficio/coste en relación a la eficacia mínima. Así, las residencias se han convertido en guarderías de usuarios donde no hay otro objetivo que mantenerlos allí "lo mejor posible". Es decir que estén vivos y no molesten.

Lamento lanzar estas críticas pero es lo que hay.

Por otro lado y no puedo olvidarme de ellos, está la Administración que aplica una legislación imposible. De ahí que se hayan cerrado residencias con un modelo de atención integral bueno por el hecho de no tener ascensor. La interpretación de la ley en sus ordenanzas y disposiciones se fija más en que no haya un escalón que en que los usuarios vayan sucios, dejados y se encuentren "embrutecidos" o institucionalizados tras años de residencialismo. Residencialismo que puede ser familiar, hospitalario o residencial (sic).

El contemplar a nuestros usuarios irse a otras residencias y hacerles un discreto seguimiento nos hizo hervir la sangre. Fulanito ya no se afeita, menganita va "meada", sutanito ya no hace palabras cruzadas. A este no le van a ver porque está lejos y nadie habla con los tutores familiares. El otro vuelve a fumar más de un paquete al día. Aquél se toma tantos cafés como dinero de bolsillo tiene y no duerme, con lo cual le atiborran de hipnóticos y sedantes.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

No tienen más vínculos sociales que el bar donde van (los que pueden) y los otros usuarios. Los cuales, la mayoría de las veces son personas de la tercera edad con graves problemas neurológicos. El resultado es un embrutecimiento de la persona.

Así nos encontramos en octubre de 2011.

Un día de aquellos, mi compañera y amiga me contó que tenía en su casa a una anciana con la que había firmado un contrato de convivencia. El contrato de convivencia es una figura legal que permite establecer una relación de convivencia entre dos personas en casa de una de ellas. Indica que las faenas irán a medias entre las dos personas pero si una de ellas tiene dificultades para hacer alguna o algunas, puede compensar en especies o económicamente a la otra para que cubra su parte de responsabilidad.

Y así se encendió la bombilla aquella del "Eureka!". Nació el Proyecto Oriol.

El Proyecto Oriol parte de 2 conceptos básicos y persigue 2 objetivos también básicos. Por ello es un Proyecto de Salud Integral en el campo de la psiquiatría para enfermos mentales crónicos.

Los conceptos básicos son:

1. Aplicación de los protocolos necesarios para mejorar la salud integral por encima de los costes.
2. Calcular los costes en función del primer objetivo: la mejor salud integral posible. Los objetivos primarios son:
 1. Ofrecer una vida digna a los **usuarios**.
 2. Ofrecer una vida digna a los **soportes**.

Y aquí aparece un nuevo concepto: el SOPORTE.

¿Porqué no le llamamos cuidador?

Vamos a verlo.

LOS SOPORTES

El concepto de SOPORTE lo acuñamos en el 2011 en lugar del de cuidador y lo hicimos con toda la intención del mundo. Si se piensa un poco, la mayoría de las personas con trastornos mentales crónicos precisan más un soporte que un "ya hago yo tus tareas más simples", ello correspondería al concepto de cuidador que tiene su pleno sentido en personas que ya no rigen por sí mismas, bien por su CI, bien por su discapacidad neuro-muscular, bien por estar afectados de una demencia en un grado avanzado y, todo y con ello, nuestro estilo, nuestro protocolo, permite que la persona exprese al máximo sus potencialidades, sean las que sean, sean parciales o totales.

Qué es un SOPORTE? Acudimos hace unos 6 meses (primavera del 2014) a una ponencias que hablaban de ello. Acudimos por la palabra soporte en relación a la salud mental. Vimos y oímos que

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

en Europa se plantean temas similares pero que no acaban de saber bien, bien como aplicarlos. Otra vez choca la lógica enfocada a la salud con lo económico.

Para nosotros un soporte es cualquier persona con vocación y capacidad de adquirir conocimientos que se dedica a estas 3 funciones:

1. Promover la autonomía del usuario.
2. Substituir los déficits no recuperables del mismo.
3. Ayudar al desarrollo y cumplimiento de las iniciativas del usuario.

Ello, en la práctica se traduce en:

1. Enseñar de nuevo o recuperar habilidades de la persona, tanto para las básicas, como las instrumentales y otras muchas más que se han ido definiendo en nuestro PAI (Protocolo Atención Individual).
2. No desatender ninguna necesidad detectada o explicitada por el usuario y en caso necesario suplirle (cuidarlo).
3. Favorecer aquellas iniciativas que el usuario tenga y que sean viables.

Ejemplos serían:

1. Higiene personal: ducha, afeitado, corte de pelo, uñas, menstruación, ropa adecuada, etc.
2. Dificultades como lavarse la espalda, los pelos de debajo de la nariz, la podología, etc. Detectar patologías asociadas y ponerles el mejor remedio existente: colesterol, sobrepeso, hipertensión, estreñimiento, exceso de sedación, descompensaciones, etc.
3. Implicarlo en las actividades del barrio: petanca, casal, biblioteca, corales, centros sociales, gimnasios, cursillos, etc.

Luego, ¿qué es un SOPORTE?

Pues un soporte es una o más personas que se dedican a promover la autoestima, la autonomía y el autocuidado de los usuarios.

Como es evidente ello requiere esfuerzo, dedicación y unas cualidades personales que no todo el mundo posee ni desea poseer.

A mí me gusta comparar un SOPORTE con un bastón: un bastón te da seguridad al andar pero los pasos los has de dar tú pero a la vez suple una de tus deficiencias y en ello cuida de ti. Un bastón te permite ir a comprar pero no hace él las compras.

Y ahora que ya tenéis muchas ideas en la cabeza, va siendo hora de encaminarlas hacia nuestros protocolos para que consoliden en vuestras mentes y saberes.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

Quizás la mejor manera de empezar sea por el principio: el **protocolo de selección de soportes**.

Los soportes en relación a su identidad son personas que constituyen unidades familiares con uno o más miembros. Sus características son:

1. Voluntad de implicación.
2. Conocimientos previos del trato con nuestro tipo de usuarios.
3. Sin ánimo de lucro.
4. Con cuasi plena dedicación.
5. Sin hábitos tóxicos.
6. Residentes en hogares con espacio suficiente para albergar a otra persona de manera que esta tenga un espacio privado.
7. Integración del usuario en la unidad familiar.
8. Con un buen nivel de relación social en el entorno del barrio donde resida. Implicación en entidades comunitarias.

Bien, ya sabemos lo que queremos pero ¿cómo los encontramos y los seleccionamos?

1. Reclamo. Ello se hace a través de un anuncio gratuito
2. Curiosidad. Las personas se muestran interesadas y piden más información.
3. Remisión del P.O. en él se encuentra de manera clara, comprensible y sincera lo que esperamos de ellas.
4. Transmisión del OK.
5. Envío de test para valorar la personalidad y una encuesta.
6. Los que lo cumplimentan, son evaluados. Algunos se les descarta por el perfil psicológico que presentan y por la edad. La edad es un problema, así como la situación de pareja. Solemos desaconsejar a los jóvenes ya que un usuario de los que atendemos precisa una interacción y soporte constante. Por ello, en relación a la edad, escogemos personas con estabilidad familiar o personal. Hemos de recordar que nuestros usuarios no llevan bien los cambios bruscos de rutinas.
7. Luego se les entrevista en el despacho para comentarles más a fondo el P.O., responder sus preguntas y aclarar sus dudas. Ahí algunos acaban reconociendo que les mueve solo el dinero y acaban entendiendo que no se trata de convivir con un ser doméstico, sino con una persona discapacitada.
8. Finalmente, otro técnico del Proyecto va a su casa para ver cómo es a nivel íntimo la persona, recomendar algunos cambios o aportaciones a las estancias, etc. La evaluación de este técnico es fundamental ya que la conversación es más superficial y casual.
9. Luego se analiza todo el material. Si es necesario se vuelve a hablar con él o ella y se le inscribe en la cartera o no.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

A modo de datos, solo un 9% pasan todos los filtros.

No olvidemos que el perfil de personalidad del futuro soporte nos permite acoplar con mayor posibilidad de éxito a un paciente determinado el cual también presenta su propio perfil. Luego ya veremos cómo se hace ello.

Otros datos que nos da la estadística es que la mayoría han tenido relación con el cuidado de personas con discapacidad mental.

Todos carecen de trabajo en el momento de la selección. Ello les da mucho tiempo de dedicación. Luego ya expondremos como su dedicación va menguando en función del buen desarrollo de las partes que componen la ecuación de la salud integral. Cabe decir que los primeros 2 o 3 meses suelen ser duros ya que hay mucho que incentivar en los usuarios y casi todos vienen muy institucionalizados.

La mayoría de los soportes superan o se aproximan a la cincuentena. Este es otro dato significativo y por otra parte muy lógico.

Exponemos en el cuadro 1.- algunas características de las comentadas.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

Cuadro 1.- ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SOPORTES

			n = 18	
Edad	Menor	31 años		
	Media	49 años		
	Mayor	69 años		
Sexo	Hombre	33,33%		
	Mujer	66,66%		
Unidad familiar	1 miembro	39%		
	2 miembros	39%		
	> 2 miembros	22%		
Menores	Si	28%		
	No	72%		
Nivel estudios	Básicos	83%		
	Diplomatura	11%		
	Licenciatura	6%		
Nivel económico	Bajo	78%		
	Medio-Bajo	11%		
	Medio	11%		
Experiencia Cuidado	Si	100%	Cuidador familiares o trabajó de auxiliar geriatría o de clínica o atendiendo a terceros.	
	No	0%		
Hábito tabáquico	Si	11%		
	No	89%		
Hábito enólico	Si	0%		
	No	100%		
Animales en casa	Si	56%		
	No	44%		
Trabajo en 2014	Si	17%		A tiempo parcial, no todos los días de la semana, compatible con actividades fuera de casa del usuario. 94%
	No	83%		
Inclusión de los usuarios en las actividades familiares de los soportes.		100%		

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

Test de evaluación de la personalidad del candidato a soporte

El test de selección de los soportes en un inicio fue el 16PF-5 pero luego encontramos más apropiado pasar el test Cuida.

Lo que se pretende con el test es discriminar una serie de adjetivos o características de la personalidad que no son en nada compatibles con la función de SOPORTE.

Exponemos en orden decreciente dichas características negativas según el 16PF-5 y el CUIDA (se entiende por bajo o alto valores por $= < 3$ o $= > 8$):

16PF-5		CUIDA	
↓	Tolerancia a la Frustración	↓	Cuidado Responsable
↑	Ansiedad	↑	Agresividad
↑	Autosuficiencia	↓	Cuidado afectivo
↑	Tensión Érgica	↓	Sensibilidad hacia los demás
↑	Aprensión		
↑	Dominancia		
↓	Autocontrol		

Encuesta breve

La encuesta que administramos es muy simple y consta de 3 partes:

1. Datos personales y sobre el entorno familiar inmediato (vivienda).
2. Disponibilidad.
3. 5 preguntas simples.

Reproducimos aquí el formulario por su simpleza:

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

<p>Data: ____ - ____ - 201 ____</p> <p>Nom _____ Cognoms _____</p> <p>Data Naixement: _____, edat: ____ anys</p> <p>Tf: _____; _____</p> <p><u>Pis:</u></p> <p>Poble o ciutat: _____ codi postal: _____</p> <p>Ubicació immoble (subratlla la que sigui correcte): centre, barri comercial, barri residencial, altre.</p> <p>Transports Públics: _____</p> <p>Planta: _____, Ascensor: _____, Bar. arquitectòniques: _____,</p> <p>1 o 2 WC _____</p>
<p>Places disponibles: _____, N° habitants: _____, Animals: _____</p> <p>Edats i sexes dels ocupants habituals:</p> <p>_____</p> <p><u>Disponibilitat:</u></p> <p>Àpats. Esmorzar: _____, Dinar: _____, Berenar: _____, Sopar: _____</p> <p>Hores d'atenció directa (subratlla les que disposis): 8 , 6 , 4 .</p> <p>Quan les disposes (subratlla les que disposis): D , M , T .</p> <p>Possibilitat de localització immediata: _____ Vehicle propi: _____</p> <p>Possibilitat acompanyar (metge, taller, etc): _____</p> <p>Caps de setmana i festius: _____</p> <p><u>5 Preguntes simples:</u></p> <p>1.- Motivació: _____</p> <p>2.- Què pensa dels malalts mentals crònics?: _____</p> <p>3.- Què faria en aquest cas? _____</p> <p>El resident beu massa cafès amb cafeïna:</p> <p>4.- I en aquest altre? _____</p> <p>El resident es nega a prendre la medicació:</p> <p>5.- I en aquest altre? _____</p> <p>El resident es nega a aixecar-se al matí:</p>

Con este simple test nos hacemos una idea del entorno, las posibilidades de dedicación y de las capacidades de solución de problemas no coercitivo de los futuros soportes.

Entrevistas

Realizamos 2 entrevistas con los futuros soportes. Hasta este momento no hemos conocido personalmente al soporte.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

La **primera entrevista** se realiza por parte del psiquiatra en el despacho del mismo. Lo hace el psiquiatra pero la podría hacer un psicólogo o un trabajador social.

Los objetivos de la primera entrevista son:

1. Conocer personalmente al candidato a soporte y a través de la entrevista valorar su personalidad, buena predisposición y capacidades del mismo.
2. Exponer con mayor profundidad y detalle cómo funcionan los protocolos del P.O. Ello se hace a través de la exposición de lo que llamamos el Manual de Buena Praxis del P.O. Dicho manual es un dossier de 41 páginas que contiene:
 - a. Definición del concepto de salud mental integral
 - b. La clasificación de los usuarios en función de sus **necesidades de soporte**. Distinguimos 3 niveles de soporte: intermitente, limitado y móvil. Ya los definiremos cuando expongamos el tema de los usuarios.
 - c. La organización mínima exigida:
 - i. Plánning diario.
 - ii. Uso de la agenda.
 - iii. El pastillero semanal.
 - iv. Los derechos de los usuarios.
 - v. Los derechos de los representantes legales (tutores) o de los familiares responsables.
 - vi. Los deberes de los usuarios.
 - vii. Los deberes de los representantes legales (tutores) o de los familiares responsables.
 - viii. La normativa del hogar.
 - d. Los principales protocolos:
 - i. El de acogida.
 - ii. La Higiene del usuario, actividades diarias:
 1. Despertarse y asearse.
 2. Ducha y uso del aseo (dientes, afeitado, peinado, ropa interior, uso de chanclas y toalla, ropa sucia, etc).
 3. Higiene y orden en la habitación del usuario.
 4. El ritual de las comidas: antes, durante y después de las mismas.
 5. Uso del W.C.
 6. Acostarse.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

- iii. La Higiene del usuario, actividades no diarias:
 - 1. Uñas manos y pies.
 - 2. Menstruación.
 - 3. Corte de pelo.

 - iv. Administración de los fármacos.
 - v. Alimentación: regímenes y conducta.
 - vi. Protocolos de emergencias sanitarias (leve, moderada y grave).
 - vii. Relaciones sexuales y de pareja. Abuso sexual.
 - viii. Conductas agresivas.
 - ix. Consumo de drogas y alcohol.
 - x. Descompensación mental.
 - xi. Negativas conductuales.
- e. Material que se precisa y usos:
- i. Directorio de teléfonos: Policía, urgencia médicas, CAP, CSM, Gabinete, tutores, farmacia, etc.
 - ii. Agenda anual: 1 hoja, un día.
 - iii. Diario de eventos, donde se anota lo más significativo de cada día.
 - iv. Pautas farmacológicas.
 - v. Orden de los informes médicos, psicológicos, sociales, etc.
 - vi. Registros diarios o periódicos:
 - 1. Dinero de bolsillo diario.
 - 2. Gastos extras.
 - 3. Tensión arterial.
 - 4. Peso.
 - 5. Control glucemia (en su caso).
- f. Dietas según las necesidades del usuario:
- g. De protección gástrica.
 - h. Pobre en grasas.
 - i. Baja en azúcares.
 - j. Laxante.
 - k. Pobre en sal.

 - l. Reducción del ácido úrico.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

- m. La importancia de informar de cualquier acontecimiento por insignificante que pueda parecerles. Los soportes con los meses se relajan en sus deberes. Ya veremos más adelante cuáles son los mecanismos de supervisión que aplicamos para que todo fluya de manera constante y lo más precisa posible.
- n. Cómo interpretar las pautas farmacológicas.

Durante toda la exposición es fácil observar como el candidato a soporte se va "asustando". A menudo no piensan en las complejidades de dar soporte a alguien que lo precisa, la responsabilidad que se asume ante los mismos usuarios, sus representantes legales (tutores) o responsables familiares, ni ante nosotros (P.O.). Ahí, muchos abandonan.

- 3. Responder a las dudas de los candidatos. Las principales dudas versan sobre:
 - a. Potencial peligrosidad: agresividad, sexual, etc.
 - b. Convivencia con otros miembros de la familia, sobre todo hijos y adolescentes.
 - c. Económicas. ¿Qué incluye lo percibido como compensación según el contrato de convivencia?
 - i. Alimentación: desayuno, comida, merienda y cena.
 - ii. Habitación de 6m2 mínimos, ropa de cama, cama, armario, alfombra, mesilla de noche con luz, escritorio con luz, silla, papelera.
 - iii. Agua, luz, gas.
 - iv. Toallas.
 - v. Acompañamientos a citas con el CAP, CSMA, etc.
 - d. Posibilidad de tiempo libre (Respir) para los soportes.
 - e. Otras.

Una vez finalizada la entrevista y si el candidato sigue mostrándose dispuesto y la valoración que se ha hecho del mismo es positiva, se le comunica que le llamará otro técnico del P.O. para ir a visitar su casa y aclarar las dudas que le surjan en los 7 días que suele demorarse dicha visita. La demora le permite al candidato hacerse una mejor idea de lo que se le pide y de lo que se le ofrece. También nos permite a nosotros valorar más tranquilamente el resultado de la entrevista junto con los resultados del test y de la encuesta.

La **segunda entrevista** se concierta por teléfono y la suele hacer mi compañera, la cual posee mucha experiencia sobre el terreno en el soporte de usuarios y una gran capacidad de observación y análisis de las personas. Es en esta llamada de teléfono donde se le pide por primera vez al candidato su dirección concreta (fijaos que en la encuesta escrita que se le pasó en un principio no se le pidió

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

su dirección postal). Ello se hace así para ofrecer al candidato a soporte la seguridad de no invasión privada (cartas de propaganda, spams, etc).

Dicha entrevista tiene los siguientes objetivos:

1. Reconocimiento del entorno inmediato: calle, edificios colindantes, establecimientos próximos importantes (bares, supermercados o mercados de barrio, entidades bancarias), limpieza de la calle, tránsito rodado, densidad humana en las calles y aspecto de las gentes (no del vestir o del ser sino de la higiene y modales) y todo aquello que puede llamar la atención por lo positivo (farmacia, plaza o parque) y de lo negativo (locales de juego, .
2. Conocimiento de la vivienda.
 - a. Habitación para el usuario. Ya hemos descrito los mínimos que debe contener.
 - b. Lavabo.
 - c. Estancias comunes: comedor, terrazas, cocina, sala de estar o espacios polivalentes.
 - d. Limpieza, orden y distribución de la vivienda.
 - e. Barreras arquitectónicas del edificio y de la vivienda en sí: escalones, escaleras, ascensores, desniveles, brandas, ancho de los pasadizos y de los marcos de las puertas, distancia de la cama a la pared, etc.
3. Conocimiento de los convivientes de la unidad familiar. Empatía, ambiente que se respira (¿qué transmite la vivienda en sí?), edades, sexos. Animales de compañía (carácter de los mismos).
4. Apaciguamiento-análisis de la personalidad-recopilación de información complementaria básica. Ésta tríada requiere un entrenamiento especial en el arte del interrogatorio así como sensibilidad y experiencia.

Aunque lo pongamos en el punto número 4. hay que entender que dicho análisis se inicia ya con el contacto telefónico para acordar la entrevista. Sigue con la toma de contacto, la cual ha de ser empática y simpática y se extiende a lo largo de toda la visita, simultaneándose con los demás puntos antedichos.

El apaciguamiento deviene de la inquietud creada a menudo por la exposición del Manual de Buena Praxis ya citado. Dicho apaciguamiento que se resume en una desdramatización del imaginario del soporte, permite valorar aspectos de la personalidad como la tensión interna, niveles de ansiedad, responsabilidad, capacidad de raciocinio, inteligencia emocional y lógica, etc.

El apaciguamiento también produce en el soporte una empatía positiva hacia la persona que le entrevista ya que esta será su soporte a lo largo de todo el proceso y sobre todo en los 3 primeros meses, así como en los puntuales momentos de crisis de convivencia.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

A la vez y en el contexto de la entrevista se investiga el conocimiento del candidato de los recursos del barrio. Con ello también se le empieza a transmitir cuáles serán sus labores para la conexión del usuario con el barrio y los servicios públicos y comunitarios.

5. Recomendaciones. Hay habitaciones a las que les falta alguno de los requisitos indispensables anteriormente citados. Hay que definir un espacio al aire libre donde el usuario pueda fumar. Se empieza a instruir al candidato sobre cómo ha de ser el tarto inicial con el usuario, cuáles son los aspectos más importantes a tener en cuenta (cómo la higiene, el concepto de soporte vs el de cuidador, los riesgos como el café, el control del tabaco, la medicación, las pautas, los informes, etc.).
6. Indicaciones. Se repiten muchas indicaciones de las que se dieron al candidato en la primera entrevista: importancia del plánning, importancia del documento donde se explicitan las normas de convivencia, los derechos y deberes. Documentos todos ellos que han de estar a la vista. Importancia de los protocolos escritos, etc.
7. Resolución de dudas.
8. Despedida. Generalmente se propone al candidato ir a tomar un café. Y ya en un ambiente más distendido se entabla una conversación más íntima donde se recopila más información personal e histórica de la unidad familiar y se suelen atender a dudas que por timidez o prudencia antes no se han formulado.

Una entrevista de este tipo suele durar un mínimo de 2 horas.

Luego el entrevistador realiza un informe pormenorizado oral y sintético por escrito. Dicha información se conjuga con la recopilada en las anteriores etapas de la selección y da un resultado (apto o no apto) y un perfil del soporte.

Si la persona es apta se le comunica por teléfono o correo electrónico y se la introduce en la "cartera" de soportes.

Si no es apta se le dan las explicaciones pertinentes. Cabe decir que nunca hemos tenido problemas con los no aptos.

No se le cobra nada de nada al candidato, ni al futuro soporte. No hay obligaciones de ningún tipo, así como tampoco ningún precontrato o contrato de exclusividad. El soporte siempre tiene la libertad de seguir en el programa o no. Al soporte se le recalca que si le acucia la necesidad y ha de subarrendar la habitación, no tiene ninguna obligación para con nosotros. Al soporte se le deja ya bien claro desde un principio que puede que tarde meses en recibir a un usuario.

Bien, ahora ya hemos visto como se selecciona a los soportes, ahora nos toca conocer como se seleccionan a los usuarios.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

LOS USUARIOS

Empecemos por aclarar por qué les llamamos usuarios y no pacientes. Reconocemos que a nivel psiquiátrico o médico son pacientes por sus enfermedades pero no lo son a nivel social, ni familiar, ni formativo-laboral, ni como individuos capaces de desarrollar, sostener y mejorar un nivel de autonomía y responsabilidad. Paciente es aquel que yace enfermo, aquel que padece una enfermedad y que por ello precisa cuidados. Dicha acepción se encuentra en contradicción con el objetivo del P.O. a nivel de salud integral. Preferimos la palabra usuario del P.O. El que usa puede decidir, el que padece solo recibe.

Quizás primero deseéis conocer algunos datos reales sobre los usuarios que tenemos o han pasado por el P.O. a lo largo de estos casi 3 años (cuando lo leáis ya habrán pasado 3 años pero ahora estamos en octubre del 2014).

- 14 han sido los usuarios que están o han pasado por el P.O.
- Actualmente hay 11 en el P.O.
- 1 sigue realizando seguimiento pero reside con sus familiares después de un año de re-educación (por llamarlo de alguna manera).
- 1 fue alta forzosa a las 24 horas. Este caso fue fruto de la combinación de dos errores: el de percepción por el psiquiatra (yo mismo) de la gravedad y inestabilidad del caso y el del engaño del familiar responsable.
- 1 se reconcilió con su ex-mujer después de muchos años sin poder ver a su hijo.

Retención

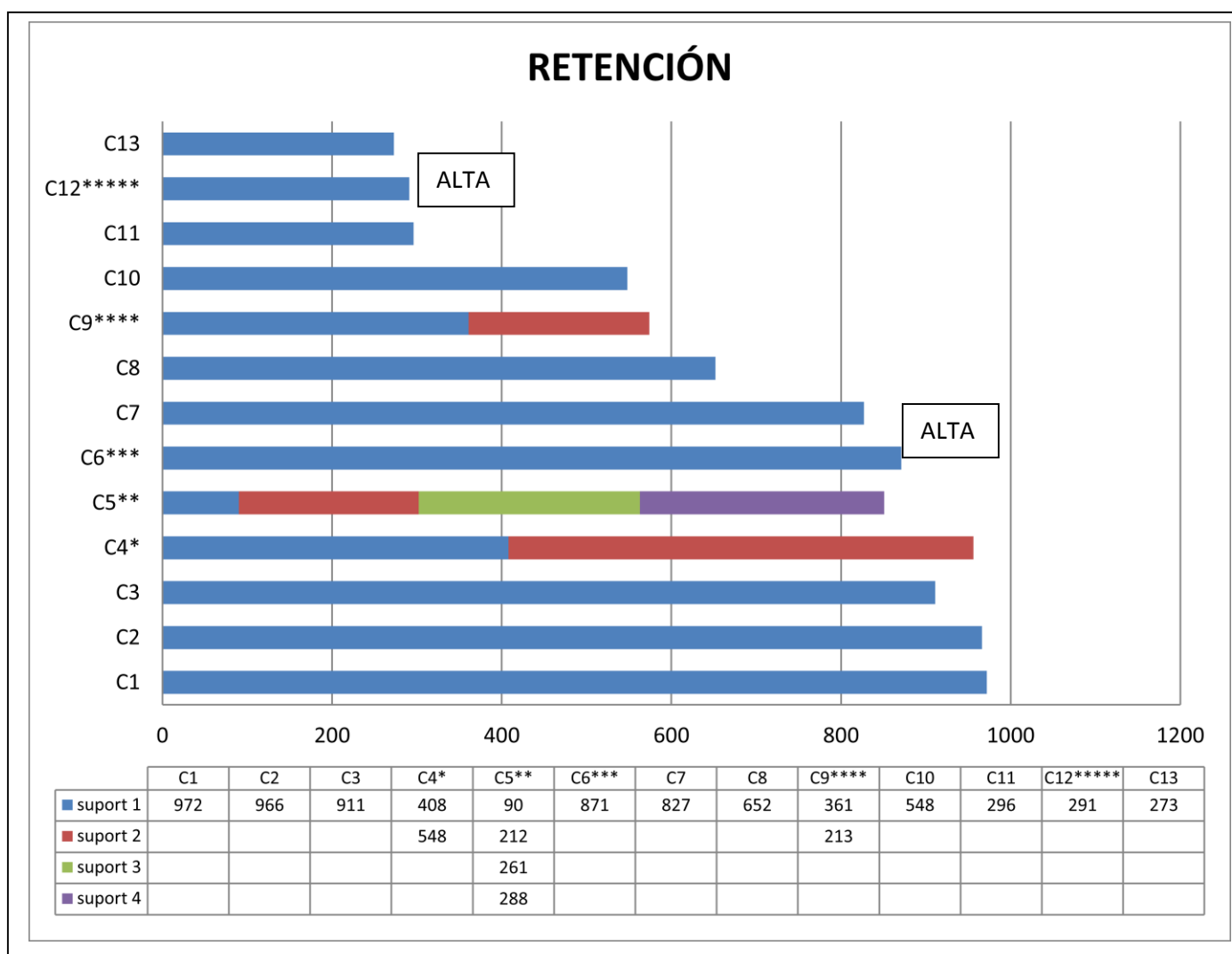
Es sabido que la calidad de un servicio puede medirse por su capacidad de retención. También es sabido que hay patologías que son de más fácil retención en recursos "residenciales" que otras. Por ejemplo las toxicomanías tienen en comparación con la tercera edad una muy baja capacidad de retención.

Nuestra capacidad de retención hasta la hora presente la mostramos seguidamente (al usuario que estuvo 24 horas no lo contabilizamos).

Antes pero quisiera haceros ver que una de las ventajas del P.O. es que cuando un usuario o soporte, por las razones que sean, no pueden seguir conviviendo, podemos ofrecer otro soporte en 24-48 horas. Ello permite que no hayan crisis de convivencia demasiado serias. Es fácil entender que cuando una situación se hace imposible (por enfermedad el soporte, por ejemplo) o insostenible (por intoxicación de la convivencia), cuanto antes se rompa la convivencia, mejor. Ello, cuando ocurre en residencias, suele acabar en expulsiones fulminantes del usuario el cuál puede muy bien acabar en la calle, en urgencias de psiquiatría o en una pensión. La maquinaria administrativa es demasiado lenta para atender de manera satisfactoria dichas situaciones extremas. A ello le llamamos **capacidad de recambio** y tiene que ver mucho con la capacidad de retención del programa o del recurso. Pocas son las residencias que poseen una capacidad de recambio tan elevada como el P.O. La mayoría de

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

las residencias o recursos residenciales son únicos, no disponen más que de un centro. Algunas disponen de 2 y aun es más difícil que sean de más de 3. Nosotros disponemos de las que queremos ya que no hemos de construir. Siempre tenemos un remanente en la cartera de soportes y siempre tenemos una unidad familiar disponible. Eso sí, hay que tener en cuenta que puede que el usuario sea mal seleccionado (como el caso comentado) o puede que se haya deteriorado o haya enfermado y ya no sea compatible con el P.O. Pero ello cuando ocurre de manera aguda siempre requiere una estancia en un hospital (sea por causas orgánicas o psiquiátricas) permitiendo al sistema seguir su ritmo hasta encontrar un recurso adecuado. Cuando es de manera subaguda y previsible, aplicamos los protocolos necesarios para preparar el traslado en el momento establecido a fin de que el usuario no se quede en situación de abandono o se le inserte en un sistema residencial inadecuado para él o ella, a ello se le llama anticipación.



C4* Agotamiento del soporte.

C5** Usuario muy complicado, al límite de lo sostenible según criterios del P.O.

C6*** La familia lo reclamó. Se le sigue haciendo un seguimiento ambulatorio y se da soporte a la familia cuando lo demanda.

C9**** Cambio fortuito por necesidades personales del soporte.

C12**** Reconciliación con su ex-mujer y re-encuentro con su hijo después de más de 6 años.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

Edad y sexo

Exponemos las edades al ingreso

CASO	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
Edad	36	67	46	64	33	44	44	20	42	62	50	47	61
Sexo	V	V	V	V	M	V	V	V	V	V	V	V	V

Usuarios, DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

Exponemos los diagnósticos principales y otros relevantes para determinar la necesidad de soporte.

CASO	Dt principal	Otros - 1	Otros - 2	Otros - 3
C1	Esquizofrenia ¹⁶	TPI ⁴		
C2	TLP ¹	DD ⁵		
C3	CI ²	Alt-Cdta ⁶		
C4	Esquizofrenia ¹⁶	TAP ⁷		
C5	THP ¹⁰ -TLP ¹	CI límite ²	Parálisis EEII ⁹	Orgánico ¹¹
C6	Sd. LF ³	DD ⁵	Cdta-AS ⁷	
C7	Esquizofrenia ¹⁶	Alt-Cdta ⁶		
C8	Esquizofrenia ¹⁶	Cdta-AS ⁷	CI límite ²	
C9	Esquizofrenia ¹⁶	DD ⁵	Alt-Cdta ⁶	Neurológico ¹²
C10	Alzheimer ¹⁵	DD ⁵		
C11	EQZTP ¹³	Neurológico ¹²		
C12	TLP ¹	DD ⁵		
C13	TB-I ¹⁴	Sd-K ⁸	CI límite ²	

Referencias:

1. TLP: Trastorno Límite de la Personalidad ([clica](#) si quieres saber más de estetrastorn)
2. CI: Retraso Mental Moderado (entre 35 i 55) Edad intelectual 6 años
3. Sd. LF: síndrome del lóbulo frontal. En este caso por intento de suicidio
4. TPI: Trastorno inespecífico de la personalidad ([clica](#) para saber más)
5. DD: Antecedentes de toxicomanías que han tenido relación con la patología principal
6. Alt-Cdta: conductas disruptivas, impulsivas, etc.
7. Cdta-AS: conducta antisocial que no cumple criterios para ser diagnosticado de TAP. TAP⁷,TAP: Trastorno antisocial de la personalidad ([clica](#) para saber más)
8. Sd. K: Síndrome de Klinefelter, alteración congénita por anomalías cromosómicas ([clica](#) para saber más).
9. Parálisis EEII: miembros inferiores. En este caso por defenestración voluntaria
10. THP: Trastorno Histriónico de la Personalidad ([clica](#) para saber más)
11. Orgánico: enfermedad orgánica importante, incapacitante.
12. Neurológico: problema nervios periféricos, en este caso deambulación y habla afectada por accidente de circulación.
13. EQZTP: Trastorno esquizotípico de la personalidad ([Cllica](#) pera saber más)
14. TB-I: Trastorno Bipolar tipo I ([clica](#) para saber más)

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

15. Alzheimer: demencia ([clica](#) para saber más)
16. Esquizofrenia: psicosis ([clica](#) para saber más).

Protocolo de Selección de usuarios

1.- Fuentes de derivación

Actualmente las propuestas o demandas nos vienen de 3 fuentes diferentes:

1. Privados. Familias que han oído hablar de nuestro proyecto: 61,54%
2. Fundaciones tutelares: 15,4%
3. Entidades públicas hospitalarias (psiquiatría): 23%

Generalmente la vía de contacto es por teléfono o correo electrónico.

2.- Estudio del caso

1. Aproximación al caso: tras el primer contacto se demanda por teléfono o correo electrónico una primera información.
 - a. Edad, sexo.
 - b. Diagnóstico/s (informes clínicos, mejor si son hospitalarios y recientes).
 - c. Situación tutelar.
 - d. Alteraciones conductuales.

2. Primera entrevista: puede hacerse en el despacho del psiquiatra o nos desplazamos a un punto de encuentro que se nos indique. Preferimos que la primera entrevista sea sin el candidato a usuario ya que lo que pretendemos es recompilar cuanta más información sobre la salud integral del candidato (para entender mejor dicho concepto de salud integral, ir al apartado "concepto salud integral del P.O.", pág. 24).

Es en esta entrevista que puede tener una duración de 60 a 180 minutos, en la que aplicamos nuestra encuesta para determinar el grado de soporte necesario. A esta encuesta la llamamos QxVS (en castellano sería CxVS y significa Cuestionario Para Valorar el grado de Soporte).

Nos vamos a entretener un poco en explicar en qué consiste.

QxVS

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

El QxVS actual es la 5ª revisión del prototipo inicial i mide las siguientes variables globales:

1. Autonomía
2. Orientación
3. Esfínteres
4. Ocupación
5. Conducta
6. Orgánico.

Las variables simples son en total 45.

Cada variable puntúa de 1 a 3 y cada valor tiene un coeficiente de corrección que lo homologa al resto en función de la necesidad de soporte que cada una de ellas presente. Por ejemplo, no tiene el mismo valor el control de una diabetes que una persona que no controla el esfínter anal.

La suma simple de los valores corregidos de todas las variables nos da un número total.

Dicho número se encuadra en unos intervalos que definen el grado de soporte necesario y también nos excluyen a aquellas personas que no son compatibles con el P.O. De hecho ha demostrado ser una herramienta muy eficaz pero única ni exclusiva. Es un complemento, como todos los test.

Es decir, nos indica un valor a priori pero dicho valor solo ha de corroborar la conclusión a la que lleguemos después del estudio del caso.

3. Entrevista con el posible usuario, sus familiares (si existen y están en condiciones de atenderlos) o cuidadores. Es una entrevista distendida, cordial, agradable que se hace en presencia de quien nos ha solicitado la plaza. Se trata de averiguar aquellos detalles que no se encuentran en los informes. En concreto investigamos sobre los cinco ejes o áreas de nuestro concepto de salud integral (cómo ya hemos indicado, encontrarás toda la información en el apartado "concepto salud integral del P.O.", pág. 24). Ahora solo numeramos dichas áreas:

i. Individual:

1. Psicológica-psiquiátrica-neurológica
2. Orgánica

ii. Familiar

iii. Social

iv. Formativo-laboral

- v. Legal.
4. Selección de las posibles unidades familiares para aquél usuario en concreto. Una vez recopilada toda la información, obtenemos un perfil de las necesidades del usuario propuesto, así como de sus características psicopatológicas y de su personalidad.
- Comparamos dicho perfil con los perfiles que poseemos de los soportes disponibles en la cartera y elegimos aquél o aquellos que más pueden ajustarse o complementarse. De ello nos salen un o unos candidatos.
5. Contacto con la unidad familiar de soporte. Ello se hace por teléfono o por correo electrónico. Se les explica cómo es el caso, así como algunas características fundamentales del mismo en relación a la convivencia. Para dicho proceder se emite y remite una ficha de la propuesta del caso. Exponemos por su brevedad un ejemplo del modelo usado:

PROPUESTA DE RESIDENTE

Para: Nombre unidad familiar

Datos del posible residente:

Nombre:

FN: , años

Diagnósticos:

TLP (Trastorno Límite de la Personalidad). Actualmente episodios depresivos.

Ex adicto a la cocaína i al alcohol (abstinente de hace 2 años)

Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales.

Hipertensión tratada.

Situación de dependencia: Nivel 1 medio, soporte intermitente.

Estabilidad psicológica: se ha estabilizado en un estado depresivo.

Estabilidad orgánica: hay hipertensión, diabetes.

Actividades externas: no tiene, que haya referido.

Trastornos conductuales: no hay actualmente y de hace 2 años.

Orientación ciudadana: positiva

Nivel de relación con los demás: normal-bajo.

Educación personal: Correcta.

Trastornos del sueño: No.

Trastornos alimentarios: no.

Enuresi nocturna: no.

Intentos autolíticos: no.

Tabaquismo: Sí.

Trastornos sexuales: no.

Incapacitado: no.

Familiares de referencia: no.

Propuesta de remuneración (bruto): 837,07€/m + extras (Nivel 1).

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

6. El o los soportes seleccionados nos responden en relación a su disposición y se satisfacen sus dudas o preguntas. Si hay preacuerdo se concierta una entrevista en el domicilio del soporte candidato. A dicha entrevista acuden el posible usuario, sus representantes legales (tutores) o el familiar responsable y un técnico del P.O. Las partes se conocen mutuamente, satisfacen sus dudas o sus preguntas y se llega a un acuerdo de aceptación por ambas partes o no. Caso de que se descarten unilateralmente o por ambas partes, se procede a otro soporte candidato y así hasta encontrar una unidad familiar que satisfaga lo más posible a ambas partes (soporte y usuario o sus representantes). Se establece la fecha del ingreso en la unidad familiar.

3.- Preparación al ingreso

1. **Entrega de documentación.** Este es un punto muy importante ya que la cantidad de documentación que se remite al soporte y al usuario (o sus representantes) es grande. Contiene:
 1. Para el soporte:
 - a. Encuesta para la elaboración de la normativa de aquél hogar. Por su brevedad transcribimos dicha encuesta:

NORMATIVA DEL HOGAR

Para que podamos diseñar para ti la normativa interna del hogar, necesitamos que nos respondas a las siguientes preguntas:

1. Horarios de salida y llegada a casa del residente (indica la hora):
 - a. Salida mañana: _____
 - b. Llegada mañana: _____
 - c. Salida tarde: _____
 - d. Llegada tarde: _____
2. Uso de los medios de comunicación:
 - a. Teléfono Móvil propio, horarios: _____
 - b. Teléfono fijo hogar:
 - i. Recibir llamadas (Si, No): _____
 - ii. Horarios recibir llamadas: _____
 - iii. Hacer llamadas (SI, No): _____
 - iv. Quién paga las llamadas desde el fijo? (Usuario, Arendador): _____
 - v. Horarios llamadas desde el fijo: _____
 - c. TV propia en habitación:
 - i. (Si, No): _____
 - ii. Horarios:
 1. Mañana: _____
 2. Tarde: _____
 3. Noche: _____
 - d. TV hogar:
 - i. (Si, No): _____
 - ii. Horarios:
 1. Mañana: _____

- 2. Tarde: _____
 - 3. Noche: _____
 - e. Radio-cd o dvd:
 - i. Con/sin auriculares: _____
 - ii. Horarios:
 - 1. Mañana: _____
 - 2. Tarde: _____
 - 3. Noche: _____
 - f. PC propio:
 - i. Si, no: _____
 - ii. Horarios:
 - 1. Mañana: _____
 - 2. Tarde: _____
 - 3. Noche: _____
- 3. Espacios restringidos al residente. Indicar:
- 4. Espacios de libre uso del residente (habitación, wc). Indicar:
- 5. Espacios semi-restringidos (horarios) del residente (comedor, sala, cocina). Indicar:
- 6. Espacio privado (derechos y usos):
 - a. modificaciones del espacio o redistribución del contenido:
 - i. Si/no: _____
 - ii. Pactar (Si/no): _____
 - b. Comida en habitación (Si/no): _____
 - c. Bebidas en habitación (Si/No): _____
 - d. Horarios de estar en habitación:
 - i. Mañana
 - ii. Tarde
 - iii. Apagar luz noche:
- 7. En caso de ser fumador:
 - a. Espacios donde se puede fumar:
 - b. Número de cajetillas o cigarrillos al día: _____
- 8. Uso de alcohol:
 - a. Uso en casa (Si/No): _____
 - b. Uso fuera de casa (Si/No): _____
 - c. Aceptación embriaguez o abuso (Si/No): _____
- 9. Uso cafeína:
 - a. Uso en casa (Si/No): _____
 - b. Uso fuera de casa (Si/No): _____
- 10. Aceptación abuso (Si/No): _____
- 11. Colaboración en las tareas domésticas:
 - a. El conviviente dejará siempre los espacios que use (sobre todo los aseos) limpios, libres de ropa, tal y como los ha encontrado.
 - b. Indicar en qué tareas ha de participar el conviviente:
 - i. Parar mesa (SI/NO) _____
 - ii. Desparar mesa (SI/NO) _____

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

- iii. Preparar comidas (SI/NO)_____
- iv. Hacerse la cama (SI/NO)_____
- v. Orden en su habitación (SI/NO)_____
- vi. Limpieza de su habitación (SI/NO)_____
- vii. Limpieza del resto de la casa (SI/NO)_____ indicar si de toda la casa o de partes de ella.
- viii. Tender ropa (SI/NO)_____
- ix. Ordenar su ropa (SI/NO)_____
- x. Otras labores (indicar):_____

12. El residente puede traer a casa:

- a. Amistades (SI/NO)_____
- b. Parejas (SI/NO)_____

13. Compromiso de buenas formas y maneras, tanto conductuales como verbales.

14. El "dinero de bolsillo" lo administra el arrendatario-cuidador. Cada día se le entregará la cantidad estipulada en el momento del contrato de ____€ los días laborables y ____€ los sábados y festivos.

15. Los gastos que realice el conviviente se han de objetivar a través de factura o ticket de compra.

16. El conviviente se compromete siempre a avisar con suficiente antelación de las salidas: horarios, lugar, acción.

17. Y aquellas otras que se estimen oportunas para el correcto funcionamiento de la relación de convivencia: CITARLAS

- e. Derechos y deberes (ya comentado).
- f. Hoja del planning a rellenar con el usuario.
- g. Hoja control gastos extras.
- h. Pauta farmacológica.
- i. Modelo de informe mensual a remitir a fin de mes para la elaboración del informe mensual pertinente.

2. Para el usuario o representantes: La Maleta (contenido mínimo exigible para iniciar la convivencia).

2. Visita al hogar previo al definitivo ingreso por parte de técnico del P.O. para ver que todo está en condiciones: habitación completa, normativa del hogar, derechos y deberes en un lugar común y visible para todos (generalmente el comedor o el recibidor).

4.- **Ingreso.** El día y hora pactados se produce el ingreso. En dicho momento se firman los contratos. A saber:

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

1. Contrato de convivencia: lo firman por una parte el usuario y los representantes legales (tutores) y por la otra el soporte.
2. Contrato mercantil de prestación de servicios por parte de ASPEDIM.

ÁREAS DE ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL

Antes de hablar del control y evaluación diacrónica (continuada) de la nueva unidad familiar creada y de sus miembros, creo que es menester explicar y exponer cómo desarrollamos la atención a la salud integral del usuario.

Podéis encontrar información más detallada y dinámica en el video que seguidamente os linko y que es de **obligada visión y atención**:

<https://www.facebook.com/photo.php?v=1484640455117383&set=vb.100007143288490&type=2&theater> (haz un corta-pega en tu barra de internet). La sonoridad del video no es muy buena y la información está en catalán pero no es difícil de entender para una persona de habla hispana.

Yo uso el Chrome pero se puede acceder a él desde cualquier navegador.

Os indico dónde lo habéis de pegar:



CONTROL Y EVALUACIÓN DIACRÓNICA DE CADA UNIDAD DE CONVIVENCIA

Una de las preguntas que se nos formula cuando exponemos el P.O. es "¿Y quién controla todo esto?".

Evidentemente la pregunta tiene todo el sentido del mundo y más en la época de crisis en la que nos encontramos donde el expolio a personas discapacitadas se encuentra a la orden del día. Solo hace falta escuchar las noticias para darse cuenta de lo que ocurre. Hoy, día 22-10-2014, sin ir más

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

lejos, saltaba en los noticieros el hecho irrefutable de dicho expolio a personas de la tercera edad. Dicho expolio también existe en los familiares que tutelan de forma legal o asumida a discapacitados mentales.

Nosotros, con experiencia en el campo del tratamiento a ambos tipos de colectivos ya diseñamos en el 2011 un severo control para nuestro programa.

Veamos cuáles son y en qué áreas se establece este control:

1. Economía el usuario.
2. Atención a la Salud Integral del Usuario
3. Atención a la Salud integral de la unidad familiar de soporte
4. Atención a la Salud integral de los tutores legales o de los familiares responsables.

1.- Economía del usuario

Dividimos dicho apartado en tres categorías:

1. Hoja de control del dinero de bolsillo. Este concepto explícito implica que cada día se le entrega al usuario una modesta cantidad de dinero para gastos menores. Generalmente entre 3 y 5€.

El usuario firma cada día la pertinente hoja de control. Así prevenimos que el soporte pueda incurrir en desvíos económicos. Nunca ha pasado.

El usuario ha de entregar recibo de cada gasto que hace (tiques del bar, periódicos, etc.).

Los comprobantes se guardan y se presentan a final de mes a los responsables familiares o tutores legales.

2. Hoja de control de gastos extras. Este concepto explícito implica que aquellos gastos considerados extras: pasta de dientes, jabón corporal, cremas corporales, etc. se han de justificar y aportar los tiques o comprobantes de compra.

Aquellos gastos extras que superen la cantidad de 10€ han de ser previamente autorizados por los familiares responsables o tutores legales (ropa y calzado, utensilios como máquina de afeitar, peluquería, podólogo, etc.). Los tiques se presentan a final de mes.

3. Gastos excepcionales. Son aquellos que superan los 100€ y que se hacen muy de vez en cuando. Pertenecen a áreas de salud y de ocio. Precisan de la autorización de los familiares responsables o tutores legales y se deben a eventos como: vacaciones anuales, aparatos como Pc, móviles, etc. o a cursos, talleres y otras actividades privados o subvencionados. Generalmente dicho dinero no pasa por las manos del soporte sino que se ingresa directamente a la empresa que los proporciona.

2.- Atención a la salud integral del usuario

Se sigue el protocolo explicitado en el video que habéis visto del apartado "áreas de atención a la salud integral" de la página 24.

Papel de **ASPEDIM** en dicho control:

1. **Informe semanal:** si bien en un principio de la relación convivencial se exige un informe escrito semanal, la experiencia nos ha demostrado que con el tiempo, dicha predisposición por parte del soporte se relaja.

La observancia de este hecho nos llevó a formular un nuevo protocolo que consiste en que un técnico del P.O. se pone en contacto telefónico con el soporte una vez por semana para recopilar diferentes variables (peso, T.A., Glucemia - en su caso-, eventos destacables -actividades, enfermedades comunes, etc.-, conducta del usuario y relación con la unidad familiar, etc.).

2. **Acompañamientos:** cada entrevista con profesionales de la seguridad social, servicios sociales, servicios legales, centros de día, hospitales de día, talleres, etc. que sean importantes o por primera vez o para coordinación de los casos, implica que un técnico del P.O. acompañe al usuario y al soporte (caso de ser necesario) para participar y coordinarse con el servicio.
3. **Control periódico estandarizado:** dos veces al mes en los 3 primeros meses y luego 1 vez al mes, un técnico del P.O. se desplaza al domicilio de la unidad de convivencia y realiza una entrevista evaluativa estandarizada. Dicha entrevista se divide en dos partes:
 - a. Formulario semi-estructurado.
 - b. Recopilación de información general.

Los campos que se miden son:

1. Higiene del hogar.
2. Estado de la habitación del usuario.
3. Estado de satisfacción del usuario.
4. Estado de satisfacción del soporte.
5. Observaciones del técnico.
6. Uso correcto de los registros y controles
7. Conclusiones, ecomendaciones y necesidades.

El total de ítems son: 44 digitales y 2 de analógicos más la aportación del punto 7.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

4. **Control bio-psico-social:** una vez al mes el psiquiatra o el psicólogo del P.O. se desplazan al domicilio de la unidad de convivencia o la unidad de convivencia se desplaza al Gabinete y se realiza una entrevista estandarizada semi-estructurada. Dicha entrevista se divide también en las mismas dos partes.

Los campos que se miden son:

1. Funcionalismo orgánico básico (sueño, dolores, peso, diuresis, defecación, etc.)
2. Estado psíquico.
3. Habilidades básicas del usuario y su evolución.
4. Integración social. Mide salud social, familiar, ocio y formativo-laboral.
5. Eventos, proyectos, etc. aquí se incluyen todas aquellas mejoras que se pueden ofrecer a través de los organismos públicos o comunitarios.

El total de ítems son: 32 digitales y los contenidos en el punto 5.

5. **Control telemático:** de manera constante y a demanda del soporte, a propuesta de los técnicos del P.O., a propuesta de los tutores y/o responsables familiares, se atiende o generan inputs para la mejor marcha de la unidad de convivencia. Ello se realiza por teléfono, correo electrónico o Skype.
6. **Emisión del informe mensual por parte de los soportes:** es otro formulario semi-estructurado que los soportes remiten a los técnicos del P.O. entre el día 28 y fin de mes. En él se resume por parte del soporte lo que ha ocurrido a lo largo del mes.
7. **Emisión del informe mensual por parte de los técnicos del P.O.** Contempla un resumen de los datos más relevantes monitorizados en los anteriores apartados más las observaciones, recomendaciones y comentarios pertinentes.

Se remite a los tutores legales o familiares responsables y al propio soporte ya que a veces contiene recomendaciones o recordatorios de asuntos pendientes.

3.- Atención a la salud integral de la unidad familiar de soporte

Este es otro campo tan importante como el de la atención al usuario y cómo veremos después, a la atención de la familia responsable o tutores legales (aunque sea una fundación).

Hemos de tener en cuenta que por muy armoniosa que sea la convivencia, los soportes o su unidad familiar sufren un desgaste y no solo ello, sino que presentan necesidades de diferente tipo.

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

La premisa de la que partimos es que si la unidad de soporte sufre, el usuario sufrirá. Y por sufrir no solo nos atendemos a lo afectivo sino a lo económico o instrumental.

Me explicaré con un ejemplo muy simple y repetido. Un soporte en una de las herramientas de control telemático nos comenta que se le ha estropeado la nevera o la lavadora. Ello que para algunos es una simpleza para personas con un poder adquisitivo bajo es realmente un problema. Imaginemos un caso real, unidad de convivencia de 5 elementos: dos menores, la madre, el padre y el usuario. Se estropea la lavadora. Para una unidad de convivencia de este volumen la mejor opción es una lavadora de 7 u 8 kg de carga. Su precio en el mercado es de unos 500€. A qué se exponen? No hay nóminas ya que ambos están en el paro. Pues bien, ASPEDIM posee un programa que se llama la Bolsa de Rutxill (para quien quiera saber el porqué del nombre, puede consultar en el siguiente link: <https://docs.google.com/file/d/0B16FwGrrMFw8dEJZWTM5VDVmaGs/edit>)

En resumen se trata de un "préstamo" sin intereses. ASPEDIM compra la lavadora y el soporte devuelve el dinero en cómodos plazos sin interés alguno.

Dicho dinero se recicla constantemente en función de las necesidades básicas de los soportes.

También se hace lo mismo con necesidades de los usuarios con más problemas económicos (cepillos eléctricos de dientes, máquinas de afeitarse, etc.).

Otras necesidades que cubrimos son **asesoría legal, atención psiquiátrica o psicológica**, etc.

La observación constante del sistema familiar nos permite detectar sus necesidades perentorias y actuar de manera rápida y eficaz sobre ellas.

Reciclaje continuado: mensualmente se realizan reuniones con todos los soportes para debatir y formar a los mismos.

Promoción de actividades lúdicas para los soportes: aquí hablamos de conceptos como el Respir (vacaciones, días de asueto, etc). Ello lo subvenciona de manera total o parcial ASPEDIM.

Promoción del asociacionismo eventual: fomentamos la interrelación entre los soportes con un fin lúdico (comidas, cenas, excursiones, eventos culturales, etc) tanto para los soportes como para los usuarios o para ambos (cumpleaños, festividades -castañada, San Juan, etc-).

4.- Atención a la Salud integral de los tutores legales o de los familiares responsables

A menudo se detectan situaciones problemáticas en ellos. Bien por la edad, bien por la sensación de pérdida, bien por sentimientos de culpa por haber de ceder la responsabilidad de los hijos a terceros, bien por intrusismo. También por problemas

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

afectivos o neurológicos. Nosotros detectamos y tratamos o mediatizamos en la resolución de conflictos o en problemas de salud de los familiares responsables.

Ya veis que partimos de la base que cualquier anomalía en el sistema del usuario repercute negativamente en él. Por tanto si el entorno está bien, él o ella estarán bien.

Dicha atención es de todo tipo, al igual que la prestada a los usuarios o a las unidades de convivencia: biológica, psíquica, social, legal, etc.

Podéis encontrar mucha más información en nuestro blog. Está en catalán pero lleva un traductor a cualquier idioma que permita Blogger.

<http://aspedim.blogspot.com.es/>

EPILOGO

Ya sin más espacio y supongo que cansados vosotros de tanta información nos vamos a despedir y cerrar la conferencia, que más que una conferencia parece un tratado o un curso completo.

Antes pero, quisiera aportar un cuadro de cómo se han enriquecido las actividades formales de nuestros usuarios:

CASO	AL INGRESO	ACTUALMENTE			
		BARRIO	ONG	CSMA	PRIVADO
C1	0	0	0	0	2, guitarra, informática
C2	0	1, casal	0	0	1 informática
C3	TALLER ALBA	0	Taller ALBA	0	0
C4	0	1, casal	0	0	2, piscina, informática
C5	0	0	ECOM	GRUPO SOCIAL	AVON
C6*	0	2, casal, petanca	0	0	2, Zoo Aquarium
C7	0	0	0	GRUPO SOCIAL	2, Piscina, informática
C8	0	1, futbol	0	2 Ht Dia, Prelaboral	1, Gimnasio
C9	0	0	JOIA	0	1, Piscina
C10**	0	0	0	0	0
C11	Ht DIA	0	0	Ht Dia	0
C12	0	0	0	0	1, Piscina
C13	0	1, Casal	0	Pendente	1, Piscina

C6*: Recordar que marchó de P.O. por causas económicas familiares

C10**: Alzheimer muy avanzado y ya no es reconoce a sí mismo).

EL PROYECTO ORIOL, UN NUEVO MODELO DE VIDA PARA DISCAPACITADOS MENTALES

ANEXOS

De **obligada** visión:

1. ASPEDIM en 90 segundos. En catalán pero de fácil entendimiento:
<https://www.youtube.com/watch?v=262v6M3xMP0>
2. ASPEDIM, organigrama funcional. En catalán pero de fácil entendimiento:
<https://www.youtube.com/watch?v=AVHqvEaVjNo&feature=youtu.be>
3. El Projecte Oriol, el origen. Video. En catalán pero de fácil entendimiento:
<https://www.facebook.com/photo.php?v=604913762869083&set=vb.100000513934479&type=3&theater>

SUMARIO DE LA CONFERENCIA

TEMA	Pág.
Presentación e introducción	1
Los soportes	4
Los usuarios	15
Áreas de atención a la Salud Integral. Concepto según ASPEDIM	24
Control y evaluación diacrónica de cada unidad de convivencia	25
Epílogo	29
Anexos Obligada visión	29